

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas

Programa de Pós-graduação em Psicologia: Cognição e Comportamento

Rafaela da Luz Azevedo

**FATORES DE SAÚDE QUE INFLUENCIAM A AUTOESTIMA: UM ESTUDO  
CORRELACIONAL**

HEALTH FACTORS INFLUENCING SELF-ESTEEM: A CORRELATIONAL STUDY

Belo Horizonte

2023

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas

Programa de Pós-graduação em Psicologia: Cognição e Comportamento

Rafaela da Luz Azevedo

**FATORES DE SAÚDE QUE INFLUENCIAM A AUTOESTIMA: UM ESTUDO  
CORRELACIONAL**

HEALTH FACTORS INFLUENCING SELF-ESTEEM: A CORRELATIONAL STUDY

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia: Cognição e Comportamento da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Profa Dra. Karina da Silva Oliveira

Belo Horizonte

2023

153.4      Azevedo, Rafaela da Luz.  
A994f      Fatores de saúde que influenciam a autoestima [manuscrito] :  
2023      um estudo correlacional / Rafaela da Luz Azevedo. - 2023.  
116 f.  
Orientadora: Karina da Silva Oliveira.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais,  
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.

Inclui bibliografia.

1.Psicologia – Teses. 2. Autoestima - Teses. 3.Personalidade -  
Teses. 4. Saúde mental - Teses. 5.Imagem corporal. I.Oliveira,  
Karina da Silva. II.Universidade Federal de Minas Gerais.  
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III.Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA: COGNIÇÃO E COMPORTAMENTO

### ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA RAFAELA DA LUZ AZEVEDO

Realizou-se, no dia 12 de dezembro de 2023, às 14:00 horas, remoto, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *FATORES DE SAÚDE QUE INFLUENCIAM A AUTOESTIMA*:

*UM ESTUDO CORRELACIONAL*, apresentada por RAFAELA DA LUZ AZEVEDO, número de registro 2022659419, graduada no curso de PSICOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PSICOLOGIA: COGNIÇÃO E COMPORTAMENTO, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Karina da Silva Oliveira - Orientador (UFMG), Prof(a). Sílvia Miranda Amorim (UFMG), Prof(a). Tatiana de Cassia Nakano Primi (Pontifícia Universidade Católica de Campinas).

A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 12 de dezembro de 2023.

Prof(a). Karina da Silva Oliveira ( Doutora )

Prof(a). Sílvia Miranda Amorim ( Doutora )

Prof(a). Tatiana de Cassia Nakano Primi ( Doutora )



Documento assinado eletronicamente por **Sílvia Miranda Amorim, Professora do Magistério Superior**, em 13/12/2023, às 11:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Karina da Silva Oliveira, Professora do Magistério Superior**, em 13/12/2023, às 13:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ta ana de Cassia Nakano Primi, Usuária Externa**, em 13/12/2023, às 16:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A auten cidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufmg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **2889571** e o código CRC **74C7ACF0**.

## AGRADECIMENTOS

É com o coração cheio de alegria que me percebo escrevendo esse tópico de agradecimentos em um projeto que foi muito além de uma pesquisa de base científica, finalizar esse trabalho traz outros significados importantes em minha vida. O mais importante deles é a presença de Deus e o quanto sinto que Ele está comigo a todo momento e o quanto Ele sabe muito mais do que eu sobre o que é melhor pra mim. Além Dele, preciso agradecer meu pai e dizer que tenho muito orgulho em ser sua filha, os valores que aprendi com o senhor fizeram a diferença durante todo o processo. Outra pessoa que meu coração fica quentinho ao agradecer é você mãe, que apesar de não nos vermos pessoalmente, eu te sinto o tempo todo e sei que a senhora sempre está aqui comigo, me dando forças, me lembrando das minhas capacidades, me abraçando e oferecendo seu carinho, amo vocês.

Ao meu marido, pelo incentivo e por toda parceria durante essa caminhada. À minha filha, que ainda está no forninho, mas já desse "tamanhozinho" é capaz de me dar forças e vontade de fazer o meu melhor. Às minhas irmãs por vibrarem comigo cada conquista e por estarem sempre torcendo por mim. Ao meu sogro, minha sogra e minha cunhada por todo apoio, carinho e por estarem sempre presentes. A todos os meus familiares, amigos e todos aqueles que também contribuíram com meu projeto de pesquisa.

Em especial, à minha orientadora Karina, por todo ensinamento, dedicação, cuidado e por acreditar tanto em mim. Esse trabalho também é seu.

## EPÍGRAFE

"A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo".

Albert Einstein (1879- 1955)

"Cada pessoa é uma ilha em si mesma, em um sentido muito real, e só pode construir pontes em direção a outras ilhas se efetivamente desejar ser ele mesmo e estiver disposto a se permitir".

Carl Rogers (1902- 1987)

## RESUMO

A autoestima é um construto relevante e abrangente, que envolve desde aspectos sociais a até de saúde mental, se tornando um fator significativo para identificação e prevenção de problemas psicológicos. Indiferente a sua relevância, nota-se uma lacuna na literatura nacional quanto a presença de estudos recentes que envolvam a autoestima, notadamente relacionando-a a outros aspectos que impactam a vida do indivíduo. Por esta razão, o objetivo deste trabalho foi verificar a relação da autoestima, como as variáveis: satisfação corporal, personalidade, saúde mental e afetos em grupos de diferentes idades. Para isso, foram realizados dois estudos, o primeiro, caracterizado por uma revisão, que teve como objetivo analisar pesquisas de produção científica nacional relacionadas à autoestima. Por sua vez, o segundo caracteriza-se como um estudo transversal, e com amostra de 218 pessoas, considerando sexo feminino, masculino e outros, de diferentes faixas etárias, com idade de 19 a 89 anos de idade. Os instrumentos foram respondidos na modalidade *online*, sendo eles: questionário de dados sociodemográficos, Escala de Autoestima Rosenberg, Escala de Satisfação Corporal (*Body Shape Questionnaire*), Escala de Afeto Positivo e Negativo, Bateria Fatorial de Personalidade, Escala de Índice de Saúde Mental. Como resultado observou-se diferença significativa para autoestima global entre idades, no entanto, entre sexo esta diferença não foi encontrada. Além disso, a autoestima teve correlação moderada e positiva com afetos positivos, moderada e negativa com insatisfação corporal, moderada e positiva para o fator Realização, forte e negativa com o fator Neuroticismo e moderada e positiva com Saúde Mental. Dessa forma, com o aprofundamento trazido por esta pesquisa, foi possível ter uma maior compreensão do comportamento das variáveis estudadas no funcionamento de indivíduos, e com isso espera-se poder contribuir para estratégias de promoção da qualidade de vida.

Palavras chave: autoestima, afeto, personalidade, saúde mental, imagem corporal

## ABSTRACT

Self-esteem is a relevant and comprehensive construct, which ranges from social aspects to mental health, being crucial for the identification and prevention of psychological problems. Regardless of its relevance, there is a gap in national literature concerning the presence of recent studies involving self-esteem, notably relating it to other aspects that directly impact the individual's life. For this reason, this study aims to verify self-esteem's relationship with the following variables: body satisfaction, personality, mental health and affections in groups of different ages. To this end, two studies were carried out, the first, characterized by a review, which aimed to analyze national scientific research related to self-esteem. In turn, the second is characterized as a cross-sectional study, with a sample of 218 people, considering females, males and others, of different age groups, aged from 19 to 89 years old. The instruments were answered online, namely: sociodemographic data questionnaire, Rosenberg Self-Esteem Scale, Body Shape Questionnaire, Positive and Negative Affect Scale, Personality Factor Battery, Mental Health Index Scale. As a result, there was a significant difference in overall self-esteem between ages, however, this difference was not found between genders. In addition, self-esteem had a moderate and positive correlation with positive affects, moderate and negative correlation with body dissatisfaction, moderate and positive correlation with the Achievement factor, strong and negative correlation with the Neuroticism factor, and a moderate and positive correlation with Mental Health. Thus, with the deepening brought by this research, it was possible to have a greater understanding of the behavior of the variables studied in the functioning of individuals, and with this it is expected to be able to contribute to strategies to promote quality of life.

Key words: Self Esteem, Affect, Personality, Mental Health, Body Image

## **Lista de Figuras**

### Modelos Teóricos da Autoestima

Figura 1. Modelo cognitivo (baixo para cima) relacionado à autoestima. 16

Figura 2. Modelo afetivo (cima para baixo) relacionado à autoestima. 17

## Lista de Tabelas

Tabela 1. Exemplos cujo termo autoestima esteve presente como sintomas descritos em critério de diagnóstico ou modelo alternativo no DSM V-TR	19
Tabela 2. Características sociodemográficas por sexo	55
Tabela 3. Frequência dos transtornos mentais por sexo	58
Tabela 4. Frequência de doença crônica por sexo	59
Tabela 5. Frequência de procedimentos estéticos já realizados por sexo	60
Tabela 6. Frequência de procedimentos estéticos que desejam serem realizados por sexo	62
Tabela 7. Descritivos dos totais nas escalas por sexo	67
Tabela 8. Descritivos dos totais nas escalas por grupo etário	68
Tabela 9. Descritivos dos totais nas escalas por estado civil	69
Tabela 10. Descritivos dos totais nas escalas por classe social	71
Tabela 11. Descritivos dos totais nas escalas por escolaridade	73
Tabela 12. Descritivos dos totais nas escalas por diagnóstico transtorno mental	76
Tabela 13. Descritivos dos totais nas escalas por diagnóstico doença crônica	77
Tabela 14. Descritivos dos totais nas escalas por realização de procedimento estético	78
Tabela 15. Descritivos dos totais nas escalas por vontade de realizar procedimento estético	79
Tabela 16. Teste- t (Welch) para escalas por informação sociodemográfica	80
Tabela 17. ANOVA One- Way (Welch) para escalas por informação sociodemográfica	84
Tabela 18. Correlação de Spearman para os totais das escalas	86

## Lista de Abreviaturas e Siglas

AN	Afetos negativos
AP	afetos positivos
APA	American Psychiatric Association
BES	Bem-estar subjetivo
BIG FIVE	Grandes Fatores
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CGF	Cinco Grandes Fatores
COVID-19	Doença do Corona Virus
DSMV-TR	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais Edição Revisada
ISAPS	Sociedade Internacional de Cirurgia Plástica Estética
ISM	Índice de Saúde Mental
RSES	Escala de Autoestima de Rosenberg
TCLA	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## Sumário

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	10
1.1 Contexto Histórico	10
1.2 Modelos teóricos da Autoestima	15
1.3 Autoestima e saúde mental	18
1.4 Autoestima e relação social	27
1.5 Autoestima e personalidade	28
1.6 Autoestima e afetos	30
1.7 Autoestima e Imagem Corporal	31
1.8 Autoestima e processos desenvolvimentais	32
<b>2 MOTIVAÇÃO E JUSTIFICATIVAS</b>	34
2.1 Objetivo Geral	35
2.2 Objetivos Específicos	35
<b>3 MÉTODO</b>	35
3.1 Estudo 1- Revisão da literatura:	35
3.2 Participantes	53
3.3 Instrumentos	64
3.4 Procedimentos	65
3.5 Análise de dados	65
<b>4 RESULTADOS</b>	67
<b>5 DISCUSSÃO</b>	86
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	90
<b>7 REFERÊNCIAS</b>	92
<b>8 ANEXOS</b>	105

## 1 Introdução

### 1.1 Contexto Histórico

Com o passar dos anos o conceito de autoestima tem se tornado muito popular nos livros de autoajuda, sendo frequentemente utilizado pelo senso comum para referir-se ao quanto o indivíduo demonstra estar bem consigo mesmo, fazendo com que o tema apresente uma ideia de não serem necessárias mais pesquisas enquanto ciência (Gobitta & Guzzo, 2002). Contudo, Avanci et al. (2007) afirmam que disseminação "superficial" desse tema pode trazer por um lado dificuldades, uma vez que é necessário um esforço científico maior de algo que já está registrado no senso comum, porém, por outro lado, traz vantagens visto que é um conceito já inserido no imaginário social há um período razoável de tempo.

A palavra estima é originada do verbo em Latim "*aestimare*". Que tem como significado: apreciar; prezar; avaliação ou valor de (Ferreira et al., 1999, p. 836). Segundo o dicionário Houaiss (2015, p. 106) significa "qualidade de quem se valoriza, se contenta com seu modo de ser e demonstra confiança em seus atos e julgamentos". De acordo com Ward (1996), o termo "*self-esteem*" foi referenciado pela primeira vez há mais de um século na psicologia, precisamente em 1890, com a obra "*Principles of Psychology*", considerada como o primeiro livro/texto americano de psicologia, o que nos permite afirmar que a autoestima seja um dos temas mais antigos em Psicologia (Mruk, 2006).

James (1890), autor da referida obra, traz o conceito de *Self* não apenas no que diz respeito ao corpo do sujeito, mas inclui neste conceito: as suas roupas, sua família, sua casa, sua reputação e a somatória de tudo que consegue chamar de seu. Ainda, segundo James (1890), o indivíduo sente e age em relação a certas coisas que são deles, do mesmo modo em que sente e age em relação a eles, para esta reflexão o autor faz a seguinte pergunta: "E nossos próprios corpos, eles são simplesmente nossos, ou eles são nós?". A partir disso, o autor escreve sobre como o indivíduo se estima, se referindo a autoestima como uma fração, cujo resultado tem como numerador o sucesso e o denominador as pretensões. Portanto, segundo a compreensão da época, para aumentar a autoestima seria necessário aumentar o sucesso ou diminuir as pretensões.

Após a obra de James, se passaram aproximadamente setenta anos, até que em meados da década de 1960, houve um adensamento do interesse de diferentes autores sobre a autoestima (Mruk, 2006). Segundo Seligman (1995), este adensamento foi decorrente de um processo histórico, ao qual dava-se início a uma radical mudança social, após a segunda

guerra mundial, saindo de uma teoria cuja ação humana era empurrada ou puxada por forças externas além de seu controle, para uma teoria em que a escolha individual, ou seja, preferência pessoal, decisão, controle e autodireção passou a ser uma explicação válida do porque as pessoas fazem o que fazem. Essa mudança ocorreu coincidentemente no momento em que os Estados Unidos se levantava após uma depressão econômica e passou a ser grande potência em riqueza e economia impulsionada pelo consumo individual (Seligman, 1995).

Em consequência a este processo histórico, um movimento chamado de *Self-Esteem Movement* que existiu, durante a década de 1980 na Universidade da Califórnia em Davis, passou então a incentivar pesquisas e técnicas que promovessem o aumento da autoestima (Marrone et al., 2019). Tal movimento, foi liderado por pesquisadores como Stanley Coopersmith que compreendia a autoestima como uma avaliação que o indivíduo faz de si mesmo, seja de aprovação ou de repulsa, dessa forma, realiza um autojulgamento em relação a sua competência e valor. Destaca-se que, segundo o autor, o autojulgamento pode ser percebido nas atitudes que o indivíduo tem consigo mesmo e é acessível às pessoas através de relatos verbais e comportamentos observáveis (Coopersmith, 1967). Por sua vez, Morris Rosenberg que, ainda nos dias de hoje é muito citado por ter criado uma escala para avaliar a autoestima, define este construto como sendo um agrupamento de sentimentos e de pensamentos que o indivíduo tem sobre si, com relação ao valor, a competência e a adequação, e que se reflete em um comportamento positivo ou negativo diante a si mesmo (Rosenberg, 1965).

Ainda sobre estes autores, Rosenberg (1965) divide a autoestima entre baixa e alta. A alta autoestima indica a satisfação consigo mesmo, ou seja, o indivíduo se considera uma pessoa de valor, respeitando-se da forma como é, sem medo e sem esperar admiração alheia. Já na baixa autoestima, o indivíduo demonstra insatisfação consigo mesmo, dessa forma, não se respeita como é, considera sua imagem desagradável e gostaria de ser diferente. O autor ainda descreve que o indivíduo cria autoestima a partir de uma autopercepção compatível a um determinado grupo de autovalores centrais, compreendidos através do processo de socialização (Rosenberg & Simmons, 1971). Paralelamente, neste momento histórico, Coopersmith (1967) realizou um estudo com o objetivo de compreender como a autoestima é aprendida, como pode ser desenvolvida e como modificá-la. Diante disso, o autor considerou quatro bases principais: competência, significância, virtude e poder. Portanto, o indivíduo se auto avalia de acordo a sua performance diante a execução de tarefas, ao atendimento a padrões éticos e religiosos, ao quanto se sente amado e aceito pelos outros e ao quanto poder

exerce. A proposta de Coopersmith, portanto, propunha que a partir da determinação de qual base ou bases o indivíduo considera seu valor poder-se-ia prever onde estão suas dificuldades e conseqüentemente favorecer-se-ia a identificação de uma direção para intervenção terapêutica.

Com o processo histórico, na literatura, foram surgindo vários conceitos sobre a autoestima de acordo com diferentes abordagens. Na psicanálise, Freud (1924) afirmava que a autoestima demonstra o tamanho do ego. Dessa forma, tudo que o indivíduo realiza ou possui, contribui para aumentar a autoestima. Adicionalmente, o autor relacionava a autoestima com a libido narcisista, na qual processos de diminuição da autoestima estariam associados ao desejo e a privação, e, por outro lado, os processos de elevação da autoestima estariam associados a presença de desejo correspondido. Freud (1924) também defendia que a autoestima fosse composta por três partes, sendo a primária: o resíduo do narcisismo infantil; a secundária: a realização do ideal do ego e a terciária: advinda da satisfação da libido-objetal. Já na perspectiva humanista, Maslow (1954), identificou a autoestima como sendo uma das necessidades humanas básicas e Branden (2001), outro psicólogo humanista, acrescentou dizendo que a natureza humana impossibilita que o indivíduo se sinta indiferente com relação a sua autoavaliação.

Ao longo das investigações, duras críticas foram direcionadas ao tema, sendo que uma esteve relacionada à dimensionalidade da autoestima. Autores como Coopersmith (1989) e Harter (1999) apresentaram a ideia de que a autoestima possui uma estrutura multidimensional, considerando uma possível decomposição do construto em fatores, indicando a importância em avaliar a autoestima em diferentes domínios (tais como: social, escolar, familiar, dentre outros possíveis), sugerindo que os sujeitos podem ter percepções positivas de si em algumas áreas e em outras não.

Outra crítica ao construto se fez presente em meados da década de 1990, em decorrência ao movimento *Self-Esteem Movement* que existiu, durante a década de 1980 (Marrone et al., 2019). Uma das conseqüências desse movimento, por exemplo, foi a ideia de que pais e professores promoveram um grande esforço para aumentar a autoestima das crianças, enfatizando o aspecto de como a criança se sente, em prol do que ela faz (perfeição, persistência, superação à frustração e tédio) e dessa forma, poderiam provocar em uma geração de indivíduos, maior vulnerabilidade à depressão (Seligman, 1995). Para o autor, ao invés de encorajar as crianças a se sentirem bem, os pais e professores deveriam intervir para

mudar a forma como as crianças pensam sobre o fracasso, desenvolvendo habilidades para encorajar a tolerância à frustração e recompensar a persistência e não exclusivamente ao sucesso.

Considerando as extensas investigações resultantes tanto do interesse, quanto das críticas apresentadas, entendendo, também, a importância da autoestima do ponto de vista ampliado da ciência psicológica, esperava-se que as definições do construto tivessem maior esclarecimento e um lugar de destaque na psicologia positiva que emergia no final do século XX. No entanto, isto não foi observado, pois a autoestima raramente esteve presente como um capítulo, tema chave ou de destaque nos textos (Mruk, 2006). Segundo o autor, esta expectativa fundamentava-se em pelo menos duas razões: primeira razão diz respeito a compreender a autoestima como um construto que fez parte do movimento científico desde os momentos iniciais, e segunda razão estaria associada à valorização do tema.

Além das críticas feitas ao construto enquanto à representação do fenômeno apresentadas na literatura, diferentes pesquisadores demonstraram grande preocupação de que o conceito também estivesse sendo definido de forma superficial e/ou inadequada. Isto porque, tal superficialidade consequentemente resultaria em mensurações de baixa qualidade (Blascovich & Tomaka, 1991). Corroborando esta preocupação, um estudo de revisão foi conduzido, por Crandal (1973), com o objetivo de verificar o potencial de 33 instrumentos de medidas de autoestima disponíveis na época. Dentre elas, foram destacados quatro instrumentos que apresentaram melhores qualidades psicométricas, sendo estes: a Escala de Autoestima de Rosenberg -RSES (Rosenberg, 1965), a Escala de Sentimentos de Inadequação de Janis-Field (Janis & Field, 1956), o Inventário de Autoestima de Coopersmith (Coopersmith, 1967) e a Escala de Autoconceito do Tennessee (Fitts, 1965).

No Brasil, Marrone et al. (2019) realizaram dois estudos em um mesmo artigo, com o objetivo de identificar a utilização das escalas de autoestima em publicações científicas. No primeiro estudo perceberam que a RSES foi a escala mais utilizada na avaliação da autoestima, presente em 16 dos 31 casos. No segundo estudo, os mesmos autores avaliaram as publicações disponíveis no Portal CAPES e notaram um aumento de publicações com escalas de autoestima a partir de 1990, no total foram identificadas 31 escalas diferentes, além da RSES, avaliando o mesmo construto, sendo que a RSES foi a mais referida, citada em 66 publicações, o que significa 64% da amostra (ver Marrone et al. 2019 para mais detalhes). Atualmente, de forma global, a medida de avaliação da autoestima explícita mais utilizada é a

RSES , também considerada como a mais válida (Buhrmester et al., 2011; Donnellan et al., 2015).

A partir do exposto, pode-se afirmar que a autoestima é um construto amplamente investigado por pesquisadores nas áreas de ciências comportamentais e sociais. Há também o interesse da população geral sobre o tema, visto que existem vários livros populares que também relatam a importância e os benefícios da autoestima. No entanto, persiste um debate na literatura científica quanto aos benefícios efetivos da presença de níveis elevados de autoestima (Orth & Robins, 2022). Alguns autores, como por exemplo Swann et al. (2007), alegam que uma alta autoestima pode auxiliar os indivíduos em seus relacionamentos românticos e com amigos, favorece o sucesso escolar e no trabalho, além de promover maior bem-estar psicológico.

Porém, outros autores discordam desta proposta unicamente positiva. Baumeister et al. (2003) em um estudo de revisão, defendeu que com exceção da felicidade, a maioria dos efeitos relacionados à autoestima variam de fracos a moderados. Os autores ainda afirmam que não encontraram evidências de que o aumento da autoestima, através de intervenções terapêuticas ou programas escolares, traz benefícios. Ainda, os autores entendem que os resultados não sugerem que a estimulação da autoestima, por si, seja suficiente para o alcance de bons resultados e bons desfechos. Em contrapartida, Orth e Robins (2022) realizaram uma revisão sistemática reunindo diferentes estudos de metanálises para compreender se existiam benefícios relacionados à autoestima. Os autores concluíram que existem evidências que justificam as inferências quanto aos benefícios da estimulação da autoestima. Isto porque, as informações encontradas em seus estudos, sugerem que indivíduos com baixa autoestima concentram uma grande quantidade de resultados negativos disfuncionais na vida. Logo, compreendem a autoestima como um fator de risco modificável, o que a torna um importante potencial de intervenções, e que os benefícios apresentados pelo construto são válidos em diferentes fases da vida, diferentes grupos raciais e étnicos, tanto para homens quanto mulheres.

Considerando as questões históricas, de estratégias de avaliação e de desfechos associados à autoestima já apresentados, bem como os debates conceituais ainda presentes na literatura, a próxima seção voltar-se-á para as diferentes propostas de modelos teóricos sobre o construto.

## 1.2 Modelos teóricos da Autoestima

Na última década, alguns autores têm buscado investigar com maior intensidade a autoestima, o que favorece a compreensão teórica e a organização dos modelos explicativos sobre o construto (Gobitta & Guzzo, 2002; Hutz & Zanon, 2011; Ito et al., 2007; Paixão et al., 2018; Sbicigo et al., 2010). Ainda assim, embora não exista consenso sobre o conceito da autoestima Marrone et al. (2019), afirmam que a definição utilizada por Rosenberg (1965) e por Coopersmith (1967) ainda têm sido as mais utilizadas. Desse modo podemos afirmar que a autoestima é um agrupamento de sentimentos e de pensamentos que o indivíduo tem sobre si, com relação a um auto julgamento de valor, de competência e de adequação. Nesse sentido, o autojulgamento pode ser percebido em comportamento positivo ou negativo que o indivíduo tem consigo mesmo (Coopersmith, 1967; Rosenberg, 1965).

Em um estudo de revisão sistemática, Niveau et al. (2021) concluíram que a autoestima é um construto multidimensional, ou seja, surge a partir de como o indivíduo avalia seu autoconceito em domínios específicos, influenciados por experiências e em diferentes ambientes. Conseqüentemente, o conjunto de avaliações dos autoconceitos em domínios específicos constroem a autoestima global (ou autoconceito geral), que está no topo da hierarquia. Esse modelo hierárquico multidimensional originado por Shavelson et al. (1976) apresenta que a autoestima pode ser avaliada tanto em domínios específicos (refletindo a avaliação de um determinado domínio do *self*), por meio de escalas multidimensionais por exemplo: *Coopersmith Self-Esteem Inventory* (Coopersmith, 1967), quanto de forma global (refletindo uma avaliação geral do *self*), utilizando por exemplo: Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965). Além disso, a autoestima é avaliada em dois níveis: se é alto ou baixo, segundo Coopersmith (1967) e em sua estabilidade: se é estável ou instável segundo (Kernis & Waschull, 1995).

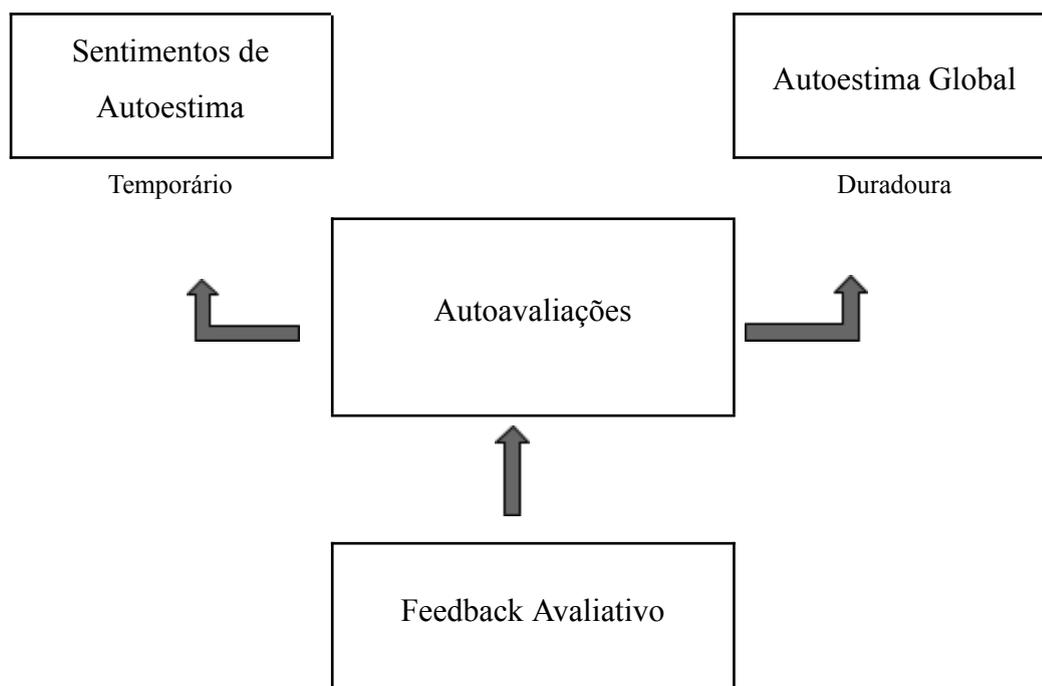
Concordando com a proposta multidimensional, atualmente o construto é compreendido em três componentes, ou ainda, três faces: Autoestima global (traço), Sentimentos de Autovalor (estado) e Autoavaliação (autoestima em domínios específicos) (Marrone et al., 2019). No que diz respeito à Autoestima global (traço), esta é reconhecida por ser a maneira na qual o indivíduo sente sobre si, sendo que é considerada relativamente duradoura e com provável componente genético (Neiss et al., 2002). A segunda face, Sentimentos de Autoestima (estado), refere-se às reações emocionais auto avaliativas, como por exemplo: se sentir orgulhoso consigo mesmo (aspecto positivo), ou humilhado e

envergonhado consigo mesmo (aspecto negativo). Dessa forma, a diferença essencial entre a primeira e a segunda face é que a Autoestima Global tem uma característica mais constante, enquanto os Sentimentos de Autoestima são mais transitórios. A terceira face, Autoavaliação (autoestima em domínios específicos) é caracterizada por ser a forma como o indivíduo se avalia frente às suas habilidades e refere-se à maneira como as pessoas avaliam suas várias habilidades e competências. Nesse sentido, os indivíduos podem ter diferentes níveis de autoestima a depender do domínio alvo de compreensão (Orth et al., 2021). Por exemplo, determinada pessoa pode ter alta autoestima no trabalho, mas baixa autoestima social, enquanto outra pessoa pode ter baixa autoestima no trabalho, mas alta autoestima social (Brown & Marshall, 2006).

Diferentes pesquisas vêm sendo realizadas, para se ter maior compreensão sobre as faces da autoestima (Brown, 2014; Josephs et al., 1992; Pyszczynski et al., 2004). Dois modelos atualmente são mais utilizados, um deles é o Modelo Cognitivo, chamado de baixo para cima e o outro é o Modelo Afetivo, de cima para baixo, sendo que ambos procuram explicar a formação e funcionamento da autoestima.

### Figura 1

*Modelo cognitivo (baixo para cima) relacionado à autoestima.*

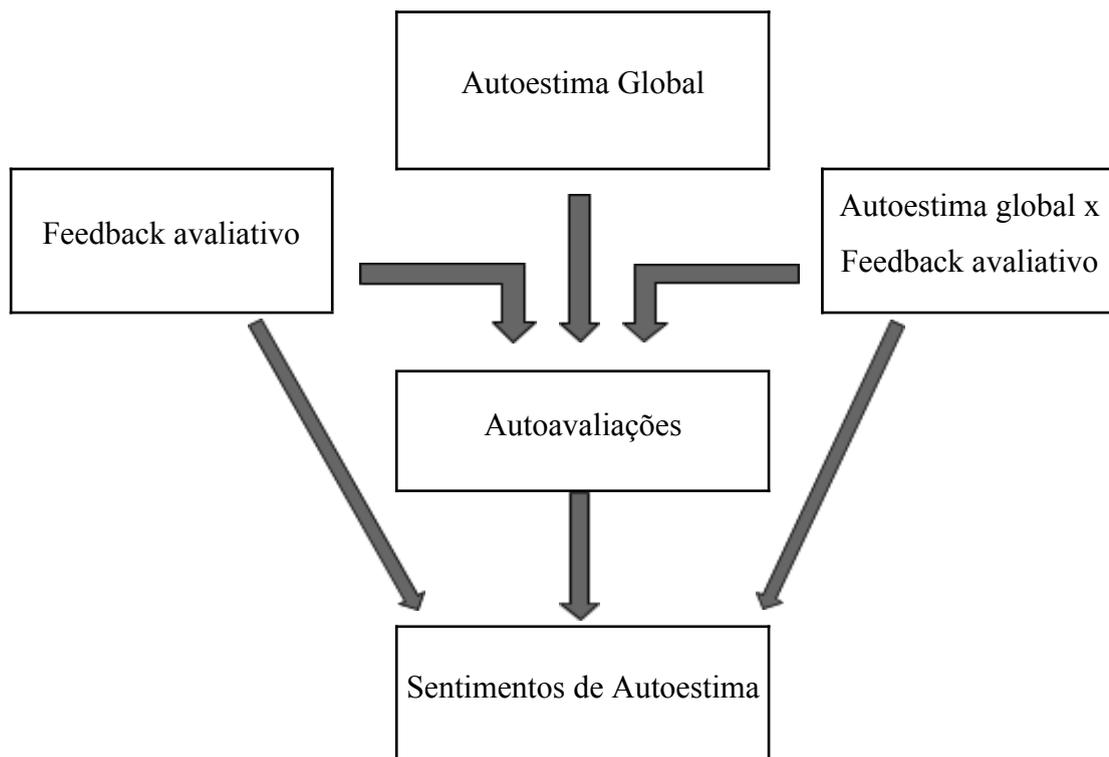


Fonte: Extraído de Brown e Marshall (2006).

Conforme ilustrado na Figura 1, o Modelo Cognitivo apresenta a ideia de que o *feedback* avaliativo (por exemplo, sucesso ou fracasso em determinada situação) influencia as avaliações que o indivíduo faz de si mesmo e conseqüentemente estas autoavaliações indicam sentimentos de autoestima e autoestima global (Brown & Marshall, 2006). Contudo, alguns autores ressaltam que nem todas as autoavaliações influenciam a autoestima, por exemplo Josephs et al. (1992), afirmam que homens podem ter sua autoestima fundamentada pela forma que avalia sua competência, por outro lado, as mulheres podem fundamentar sua autoestima em suas percepções sobre suas habilidades sociais. Outros autores como Pyszczynski et al. (2004) descrevem que a importância dada pela autoestima em cada domínio tem relação cultural, podendo variar de acordo com o que é culturalmente valorizado.

## Figura 2

*Modelo afetivo (cima para baixo) relacionado à autoestima.*



Fonte: Extraído de Brown e Marshall (2006).

No Modelo Afetivo ilustrado na Figura 2, o *feedback* avaliativo não influencia a autoestima global, na verdade ambos se combinam para influenciar as autoavaliações e sentimentos de autoestima. Dessa forma, é possível compreender que quando um indivíduo

com baixa autoestima enfrenta um *feedback* negativo, como um fracasso em determinada situação, isso impacta suas autoavaliações de forma negativa e seu sentimento de autoestima tende a diminuir. Por outro lado, se o indivíduo possui alta autoestima e se depara com um *feedback* negativo, sua autoavaliação não é influenciada, ou seja, seus sentimentos de autoestima são protegidos e com isso, mesmo sabendo que tenha falhado, não se sente mal consigo mesmo (Brown & Marshall, 2006). Dadas essas questões, é relevante refletir sobre o papel da autoestima na experiência de saúde mental dos indivíduos. Assim, a seção seguinte voltar-se-á a esta temática.

### **1.3 Autoestima e saúde mental**

Na literatura, a autoestima é citada como fator relevante para a experiência emocional, uma vez que, além de ser considerada um importante marcador de saúde mental, é, também, capaz de influenciar aspectos afetivos, sociais e bem estar psicológico (Imaginario et al., 2018; Moreno & De Roda, 2003) . Além disso, é possível identificar sua relação com diversos transtornos mentais, como a depressão, a ansiedade e problemas de aprendizagem (Fernandes et al., 2017; Mruk, 2006; Paixão et al., 2018) o que faz com que se torne um importante fator para identificação e prevenção de problemas psicológicos (Zhu et al., 2016).

Ainda sobre a importância da autoestima para a saúde mental e considerando as informações presentes no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSMV-TR (*American Psychiatric Association* [APA], 2022), nota-se que o termo autoestima é citado em pelo menos 23 transtornos mentais. Na Tabela 1 podemos observar exemplos de condições em que o termo autoestima esteve presente em alguma categoria, demonstrando o quanto a autoestima é um importante componente da saúde mental.

**Tabela 1**

*Exemplos cujo termo autoestima esteve presente como sintomas descritos em critério de diagnóstico ou modelo alternativo no DSM V-TR*

<b>Pág</b>	<b>Grupo</b>	<b>Nome do Transtorno</b>	<b>Definição</b>	<b>Categoria</b>	<b>Menção no DSM</b>
61	Distúrbios do neurodesenvolvimento	Transtorno do Espectro Autista	As características essenciais são o prejuízo persistente na comunicação social recíproca e na interação social e padrões de comportamento, interesses ou atividades restritos e repetitivos.	Recursos de diagnóstico	Se questionados sobre interação social, podem responder que sua autoestima é afetada negativamente por serem incapazes de ser eles mesmos.
73	Distúrbios do neurodesenvolvimento	Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade	Um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento ou no desenvolvimento.	Consequências Funcionais	Indivíduos com TDAH têm menor autoestima em relação aos pares sem TDAH.
88	Distúrbios do neurodesenvolvimento	Transtorno de Coordenação do Desenvolvimento	A aquisição e execução de habilidades motoras coordenadas está abaixo do esperado, dada a idade cronológica do indivíduo e a oportunidade de aprendizado e uso de habilidades.	Consequências Funcionais	As consequências do transtorno do desenvolvimento da coordenação incluem : Baixa autoestima e senso de valor próprio;
140	Transtornos Bipolares e Relacionados	Transtorno Bipolar Tipo I/ Episódio de mania e hipomaniaco	Episódio de mania: Um período distinto de humor anormal e elevado, expansivo ou irritável e atividade ou energia anormal e aumentada, com duração de pelo menos 1 semana e presente na maior parte do dia, quase todos os dias . Episódio hipomaniaco: Um período distinto de humor anormal e elevado, expansivo ou irritável e atividade ou energia anormal e aumentada, com duração de pelo menos 4 dias consecutivos e presente na maior parte do dia, quase todos os dias.	Critérios de Diagnóstico	Durante o período de perturbação do humor e aumento da energia ou atividade, três (ou mais) dos seguintes sintomas (quatro se o humor for apenas irritável) estão presentes em um grau significativo e representam uma mudança perceptível do comportamento habitual: 1-Autoestima aumentada ou grandiosidade.

(Continua)

**Tabela 1**

*Exemplos cujo termo autoestima esteve presente como sintomas descritos em critério de diagnóstico ou modelo alternativo no DSM V-TR (Continuação)*

<b>Pág</b>	<b>Grupo</b>	<b>Nome do Transtorno</b>	<b>Definição</b>	<b>Categoria</b>	<b>Menção no DSM</b>
150	Transtornos Bipolares e Relacionados	Transtorno Bipolar Tipo II / Episódio Hipomaníaco	Um período distinto de humor anormal e elevado, expansivo ou irritável e atividade ou energia anormal e aumentada, com duração de pelo menos 4 dias consecutivos e presente na maior parte do dia, quase todos os dias.	Critérios de Diagnóstico	Durante o período de perturbação do humor e aumento da energia e atividade, três (ou mais) dos seguintes sintomas persistiram (quatro se o humor for apenas irritável), representam uma mudança perceptível do comportamento habitual e estiveram presentes em grau significativo:  1- Autoestima aumentada ou grandiosidade.
170	Transtornos Bipolares e Relacionados	Transtornos Bipolares e Relacionados	Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos de um transtorno bipolar e transtorno relacionado que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo nas relações sociais, ocupacionais ou outras áreas importantes de funcionamento, mas não preenchem todos os critérios para nenhum dos transtornos na classe diagnóstica bipolar e transtornos relacionados.	Critérios de Diagnóstico	A. Os critérios completos são atendidos para um episódio depressivo importante, e pelo menos três dos seguintes sintomas maníacos/hipomaníacos estão presentes durante a maioria dos dias do episódio atual ou mais recente de depressão:  2. Autoestima ou grandiosidade aumentadas.
193	Transtornos Depressivos	Transtorno Depressivo Persistente	Humor deprimido na maior parte do dia, na maioria dos dias, conforme indicado por relato subjetivo ou observação de outros, por pelo menos 2 anos.  Nota: Em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável e a duração deve ser de pelo menos 1 ano.	Critérios de Diagnóstico	B. Presença, embora deprimida, de dois (ou mais) dos seguintes:  4. Baixa autoestima.

(Continua)

**Tabela 1**

*Exemplos cujo termo autoestima esteve presente como sintomas descritos em critério de diagnóstico ou modelo alternativo no DSM V-TR (Continuação)*

<b>Pág</b>	<b>Grupo</b>	<b>Nome do Transtorno</b>	<b>Definição</b>	<b>Categoria</b>	<b>Menção no DSM</b>
211	Transtornos Depressivos	Transtornos Depressivos Específico	Pelo menos três dos seguintes sintomas maníacos/hipomaníacos estão presentes durante a maioria dos dias do episódio depressivo maior atual (ou o episódio depressivo maior mais recente se o transtorno depressivo maior estiver atualmente em remissão parcial ou total)	Critérios de Diagnóstico	Com características mistas: A. Pelo menos três dos seguintes sintomas maníacos/hipomaníacos estão presentes durante a maioria dos dias do episódio depressivo principal atual (ou o episódio depressivo maior mais recente se o transtorno depressivo maior estiver atualmente em remissão parcial ou completa):  2. Autoestima ou grandiosidade aumentadas.
250	Transtornos de ansiedade	Agorafobia	Indivíduos com agorafobia são medrosos e ansiosos em muitas situações diferentes, e os critérios diagnósticos requerem sintomas em dois ou mais dos seguintes: usar transporte público, estar em espaços abertos, estar em lugares fechados, ficar em fila ou estar em uma multidão, ou estar fora de casa sozinho em outras situações.	Diagnóstico Diferencial	O indivíduo pode evitar sair de casa por : Causa da apatia, Perda de energia, Baixa autoestima e anedonia.
273	Transtornos Obsessivo-Compulsivos e Relacionados	Transtorno Dismórfico Corporal	Caracterizado por sintomas cognitivos, como defeitos percebidos ou falhas na aparência física .	Características Associadas	O transtorno dismórfico corporal está associado a Altos níveis de ansiedade, Ansiedade social, Evasão social, Humor deprimido, Afetividade negativa (neuroticismo), Sensibilidade à rejeição e perfeccionismo, Além de baixa extroversão e baixa autoestima.

(Continua)

**Tabela 1**

*Exemplos cujo termo autoestima esteve presente como sintomas descritos em critério de diagnóstico ou modelo alternativo no DSM V-TR (Continuação)*

<b>Pág</b>	<b>Grupo</b>	<b>Nome do Transtorno</b>	<b>Definição</b>	<b>Categoria</b>	<b>Menção no DSM</b>
383	Transtornos Alimentares	Anorexia Nervosa	É um dos transtornos alimentares , que são caracterizados por uma perturbação persistente da alimentação ou do comportamento relacionado à alimentação que resulta no consumo ou absorção alterada de alimentos e que prejudique significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial.	Recursos de diagnóstico	A autoestima de indivíduos com anorexia nervosa é altamente dependente de suas percepções de forma corporal e peso.
389	Transtornos Alimentares	Bulimia Nervosa	É um dos transtornos alimentares , que são caracterizados por uma perturbação persistente da alimentação ou do comportamento relacionado à alimentação que resulta no consumo ou absorção alterada de alimentos e que prejudique significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial.	Consequências Funcionais	Há grande frequência de sintomas depressivos (por exemplo, baixa autoestima) e transtornos bipolares e depressivos em indivíduos com bulimia nervosa.
401	Transtornos de Eliminação	Enuresis	Está relacionada a micção repetida de urina em locais inadequados	Consequências Funcionais	A quantidade de prejuízo associada à enurese é uma função da limitação das atividades sociais da criança (por exemplo, inelegibilidade para o campo de sono) ou seu efeito sobre a autoestima da criança, o grau de ostracismo social por pares e a raiva, punição e rejeição por parte dos cuidadores.
403	Transtornos de Eliminação	Encopresis	Está relacionada a passagem repetida de fezes em locais inadequados.	Características Associadas	A quantidade de prejuízo é uma função do efeito sobre a autoestima da criança, o grau de ostracismo social por pares e a raiva, punição e rejeição por parte dos cuidadores.

(Continua)

**Tabela 1**

*Exemplos cujo termo autoestima esteve presente como sintomas descritos em critério de diagnóstico ou modelo alternativo no DSM V-TR (Continuação)*

<b>Pág</b>	<b>Grupo</b>	<b>Nome do Transtorno</b>	<b>Definição</b>	<b>Categoria</b>	<b>Menção no DSM</b>
482	Disfunções Sexuais	Transtorno Erétil	As disfunções sexuais são um grupo heterogêneo de distúrbios que são tipicamente caracterizados por um distúrbio clinicamente significativo na capacidade de uma pessoa de responder sexualmente ou experimentar prazer sexual.	Características Associadas	Muitos homens com transtorno erétil podem ter baixa autoestima, baixa autoconfiança e uma diminuição da sensação de masculinidade, e podem ter um humor deprimido.
499	Disfunções Sexuais	Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo Masculino	As disfunções sexuais são um grupo heterogêneo de distúrbios que são tipicamente caracterizados por um distúrbio clinicamente significativo na capacidade de uma pessoa de responder sexualmente ou experimentar prazer sexual.	Recursos de diagnóstico	O baixo desejo sexual do homem pode estar relacionado a um estressor agudo ou perda de autoestima .
504	Disfunções Sexuais	Ejaculação precoce	As disfunções sexuais são um grupo heterogêneo de distúrbios que são tipicamente caracterizados por um distúrbio clinicamente significativo na capacidade de uma pessoa de responder sexualmente ou experimentar prazer sexual.	Consequências Funcionais	Um padrão de ejaculação precoce (precoce) pode estar associado à diminuição da autoestima e autoconfiança, sensação de falta de controle e consequências adversas para as relações com os parceiros.

(Continua)

**Tabela 1**

*Exemplos cujo termo autoestima esteve presente como sintomas descritos em critério de diagnóstico ou modelo alternativo no DSM V-TR (Continuação)*

<b>Pág</b>	<b>Grupo</b>	<b>Nome do Transtorno</b>	<b>Definição</b>	<b>Categoria</b>	<b>Menção no DSM</b>
761, 762, 764, 887	Transtornos de Personalidade	Transtorno de Personalidade Narcisista	As características típicas do transtorno de personalidade narcisista são: autoestima variável e vulnerável, com tentativas de regulação por meio da busca de atenção e aprovação, e grandiosidade aberta ou encoberta. Dificuldades características são aparentes na identidade, autodireção, empatia e/ou intimidade, conforme descrito abaixo, juntamente com traços específicos desadaptativos no domínio do Antagonismo.	Critérios de Diagnóstico	A. Comprometimento moderado ou maior no funcionamento da personalidade, manifestado por dificuldades características em duas ou mais das quatro áreas a seguir: 1. Identidade: Referência excessiva aos outros para autor definição e regulação da autoestima; autoavaraência exagerada inflada ou deflacionada, ou vacilante entre extremos; regulação emocional espelha flutuações na autoestima. 4. Intimidade: Relacionamentos em grande parte superficiais e existem para servir à regulação da autoestima; mutualidade constrangida por pouco interesse genuíno nas experiências dos outros e predominância de uma necessidade de ganho pessoal.
765, 766, 767	Transtornos de Personalidade	Transtorno de Personalidade Evitativa	As características típicas do transtorno de personalidade esquiva são evitação de situações sociais e inibição nas relações interpessoais relacionadas a sentimentos de inépcia e inadequação, preocupação ansiosa com avaliação negativa e rejeição e medo de ridículo ou constrangimento.	Critérios de Diagnóstico	A Comprometimento moderado ou maior no funcionamento da personalidade, manifestado por dificuldades características em duas ou mais das quatro áreas a seguir: 1. Identidade: Baixa autoestima associada à autoavaraização como socialmente inepta, pessoalmente desinteressante ou inferior; sentimentos excessivos de vergonha.

(Continua)

**Tabela 1**

*Exemplos cujo termo autoestima esteve presente como sintomas descritos em critério de diagnóstico ou modelo alternativo no DSM V-TR (Continuação)*

<b>Pág</b>	<b>Grupo</b>	<b>Nome do Transtorno</b>	<b>Definição</b>	<b>Categoria</b>	<b>Menção no DSM</b>
884, 885	Transtornos de Personalidade	Transtorno de Personalidade Antissocial	As características típicas do transtorno de personalidade antissocial são uma falha em se conformar com o comportamento legal e ético e uma falta de preocupação egocêntrica e insensível pelos outros, acompanhada de falsidade, irresponsabilidade, manipulação e/ou assumir riscos.	Critérios de Diagnóstico	A. Comprometimento moderado ou maior no funcionamento da personalidade, manifestado por dificuldades características em duas ou mais das quatro áreas a seguir:  1. Identidade: Egocentrismo; autoestima derivada do ganho pessoal, poder ou prazer.
906	Condições para Estudo Adicional	Síndrome da Psicose Atenuada	Os sintomas psicóticos atenuados, conforme definidos no Critério A, são semelhantes à psicose, mas abaixo do limiar para serem considerados um sintoma psicótico que contaria para o diagnóstico de um transtorno psicótico. Em comparação com os transtornos psicóticos completos, os sintomas são menos graves e mais transitórios.	Diagnóstico Diferencial	Distorções da realidade que podem se assemelhar delírios atenuados podem ocorrer no contexto de outros transtornos mentais (por exemplo, sentimentos de baixa autoestima ou atribuições de baixa consideração dos outros no contexto de transtorno depressivo maior, sensação de ser o foco da atenção indesejada no contexto do transtorno de ansiedade social, autoestima inflada no contexto da fala pressionada e redução da necessidade de sono no transtorno bipolar I ou II bipolar, uma sensação de ser incapaz de experimentar sentimentos no contexto de um medo intenso de abandono real ou imaginário e automutilação recorrente no transtorno de personalidade limítrofe).

(Continua)

**Tabela 1**

*Exemplos cujo termo autoestima esteve presente como sintomas descritos em critério de diagnóstico ou modelo alternativo no DSM V-TR (Continuação)*

<b>Pág</b>	<b>Grupo</b>	<b>Nome do Transtorno</b>	<b>Definição</b>	<b>Categoria</b>	<b>Menção no DSM</b>
908	Condições para Estudo Adicional	Episódios depressivos com hipomania de curta duração	Indivíduos com episódios depressivos com hipomania de curta duração experimentaram pelo menos um episódio depressivo maior, bem como pelo menos dois episódios de 2 a 3 dias de duração nos quais os critérios para um episódio hipomaniaco foram atendidos (exceto pela duração dos sintomas)	Critérios de Diagnóstico	Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e anormalmente e persistentemente aumentado atividade ou energia. Durante o período de perturbação do humor e aumento da energia e da atividade, três (ou mais) dos seguintes sintomas persistiram (quatro se o humor é apenas irritável), representam uma mudança notável do comportamento habitual, e estiveram presentes em um grau significativo: 1. Autoestima ou grandiosidade infladas.
916	Condições para Estudo Adicional	Transtorno de Jogos na Internet	A característica essencial do distúrbio do jogo na Internet é um padrão de participação excessiva e prolongada em jogos na Internet que resulta em um conjunto de sintomas cognitivos e comportamentais, incluindo perda progressiva de controle sobre o jogo, tolerância e retraimento. Sintomas, análogos aos sintomas de transtornos por uso de substâncias.	Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas	Após o controle de demografia, depressão, apoio familiar e autoestima, um estudo de uma pesquisa com 9.510 estudantes taiwaneses de 12 a 18 anos descobriu que o vício na Internet, incluindo jogos online, estava associado a pensamentos suicidas e tentativa de suicídio.

Nota: elaborada pela autora.

Conforme foi possível observar na tabela 1, a autoestima foi mencionada com maior destaque em duas categorias, com 39,13% (n=9) em critério diagnóstico e com 21,74% (n=5) em consequência funcional. Dessa forma, é possível observar o impacto que a autoestima possui para organização de diagnósticos, bem como sua relevância para a saúde mental. O que por sua vez, reforça a necessidade de uma melhor definição e operacionalização do construto.

Também destaca-se que diante destas questões a avaliação adequada e consequente intervenção devem ser foco das investigações, a fim de fornecer evidências para tais ações. Adicionalmente, é importante refletir que, em função da pandemia da COVID-19, alguns pesquisadores investigaram a relação da autoestima e a saúde mental (Checa-Domene et al., 2022; Józefacka et al., 2023; Kim, 2023; Ramaci et al., 2020). Avaliando a relação da autoestima com sintomas de ansiedade e depressão na pandemia, Rossi et al. (2020) identificaram resultados que sugeriram que a autoestima atuou como fator de proteção contra ameaças à saúde mental, inibindo a expressão das sintomatologias de ansiedade e de depressivos causados pelo medo de infecção e solidão do isolamento.

#### **1.4 Autoestima e relação social**

Além das questões concernentes à relação da autoestima e a saúde mental, há estudos que têm buscado compreender a relação da autoestima e seu impacto nas relações sociais. A título de exemplo, a autoestima tem sido frequentemente associada a problemas que estão presentes no contexto social contemporâneo, como abuso de drogas, gravidez precoce, criminalidade, reprovação e insucesso escolar (Gobitta & Guzzo, 2002). Há ainda estudos que indicam que a baixa autoestima traz consequências emocionais e percepções negativas. Estas consequências e percepções, por sua vez, geram impactos para o recebimento de apoio social (Cohen & Wills, 1985). Dessa forma, as pessoas que gostam menos de si mesmas tendem a ser menos propensas a receber apoio de outras. Com isso, é possível identificar o motivo pelo qual algumas pessoas como médicos, políticos e educadores costumam enfrentar desafios com este tema, visto que, quando percebidos socialmente como excluídos ou "cancelados", estes indivíduos se deparam com diversas reações negativas como doenças físicas, emocionais e afetos negativos (Gallagher & Lopez, 2019).

Um importante relato social da autoestima é apresentado pelos autores Leary et al. (1995) sobre a Teoria do Sociômetro, que diz que a autoestima tem um importante papel como monitor da aceitação/rejeição social, o que eles chamam de sociômetro. Assim, pessoas com autoestima elevada teriam baixa probabilidade de rejeição pelo sociômetro, e dessa forma, não possuem tanta preocupação de como estão sendo percebidos pelos outros. No entanto, pessoas com baixa autoestima teriam indicação pelo sociômetro de maior probabilidade de rejeição, e consequentemente, maior preocupação na forma como é percebido pelos outros, o que faz com que esses indivíduos com baixa autoestima, se preocupem em gerenciar mais suas impressões públicas. Dessa forma, a teoria indica que as

autoavaliações no domínio social devem mostrar tendências muito parecidas à autoestima global (Leary, 2012).

Outros aspectos sociais que se referem a autoestima estão relacionados a forma como as pessoas se sentem diante sua posição social, grupo racial/étnico, condições/características físicas, habilidades, desempenho escolar, profissional entre outros, sendo que, pessoas com autoestima elevada têm vários benefícios sociais: se sentem bem consigo mesmas, têm maior capacidade em lidar com desafios e *feedback* negativos, além de acreditarem que as pessoas os valorizam e os respeitam, já indivíduos com baixa autoestima observam o mundo a partir de uma visão mais negativa, o que influencia sua percepção de si mesmo e de tudo ao seu redor (Gallagher & Lopez, 2019) .

Corroborando com os achados na literatura referente a relação da autoestima com aspectos sociais, alguns pesquisadores argumentam que a alta autoestima ajuda os indivíduos com relação a amizade, relacionamentos românticos, escola, trabalho e a experimentar maior bem-estar psicológico (Swann et al., 2007). Ainda neste tema, Orth e Robins (2022) realizaram um estudo de revisão, compreendendo alguns domínios que se relacionam com a autoestima e identificaram alguns achados: no domínio relações sociais, perceberam que pessoas com alta autoestima tendem a ter melhores relações sociais; na escola, os dados suportam a hipótese que indivíduos com alta autoestima tendem a ter melhor desempenho na escola; no trabalho, as evidências indicaram que indivíduos com alta autoestima tendem a ser mais satisfeitos e bem-sucedidos no trabalho; na saúde mental, perceberam que indivíduos com baixa autoestima são mais propensos a apresentar problemas de saúde mental; na saúde física, viram que pessoas com alta autoestima tendem a ser mais saudáveis; e por fim no comportamento antissocial, em estudos de metanálise, compreenderam que a baixa autoestima está concomitantemente associada ao comportamento antissocial, e estudos longitudinais apresentam que a baixa autoestima está associada ao comportamento antissocial.

### **1.5 Autoestima e personalidade**

A relação da autoestima e da personalidade tem sido bastante investigada pela psicologia no campo das diferenças individuais (Schmitt & Allik, 2005). Diante dos estudos realizados na última década, é possível observar que alguns pesquisadores relatam a autoestima como um traço, sugerindo a noção de estabilidade, ou como estado, podendo sofrer alterações a depender das situações ou momentos de vida (Harter & Whitesell, 2003). No entanto, também existe uma compreensão integradora desta relação que considera a

autoestima tanto como um traço, quanto como um estado simultaneamente (Heatherton & Wyland, 2003).

Uma outra grande contribuição relacionada à autoestima e ao funcionamento da personalidade tem sido pesquisado por alguns autores que buscam analisar quais podem ser os determinantes deste construto (Neiss et al., 2002). Visto isso, algumas pesquisas sugerem que os pais e as famílias desempenham um papel essencial no desenvolvimento da autoestima (McCormick & Kennedy, 2000) partindo do princípio socioambiental. Contudo, Neiss et al. (2002) realizaram um estudo de revisão com vários autores, por exemplo: Roy et al. (1995) que utilizaram um modelo de medidas repetidas e McGuire et al. (1999) um estudo longitudinal, e identificaram fortes evidências para a hereditariedade do nível de autoestima global e de domínio específico. Já os efeitos ambientais compartilhados na autoestima apresentaram mínimos.

Outra investigação importante sobre a personalidade encontrada na literatura está entre a autoestima e a Teoria dos Cinco Grandes Fatores. Atualmente grande parte das pesquisas destinadas à compreender a personalidade utilizam a Teoria dos Cinco Grandes Fatores por se tratar de uma proposta de compreensão da personalidade com robustas evidências empíricas que fornece uma estrutura de organização abrangente para as tendências relativamente estáveis de comportamentos, pensamentos e sentimentos, descritos a partir dos seguintes fatores: extroversão, neuroticismo, amabilidade, conscienciosidade e abertura à experiência (Bainbridge et al. 2022; Eşkisu et al. 2017). A Teoria dos Cinco Grandes Fatores ou *Big Five* além de descrever os traços esperados na personalidade do indivíduo, também descreve o que está relacionado ao funcionamento saudável da personalidade (Bleidorn et al., 2020). Pensando nisso, estes mesmos autores realizaram um estudo com o objetivo de identificar quais os traços básicos de personalidade caracterizam o indivíduo psicologicamente saudável, e como resultado identificaram que pessoas com perfis de personalidade mais saudáveis possuem maior tendência a sentirem mais satisfação com a vida e experimentam mais afetos positivos que negativos, além de possuírem alta autoestima, boas habilidades de auto-regulação também percebem o mundo a partir de uma ótica mais otimista e a si mesmos de uma forma mais clara e estável.

Em um estudo anterior que também investigou sobre a personalidade realizado por Robins et al. (2001), teve como objetivo compreender a relação entre autoestima e os Cinco Grandes Fatores, tendo sido conduzido junto a 326.641 participantes com idades entre nove e

90 anos. Os resultados demonstraram que os Cinco Grandes Fatores foram responsáveis por 34% da variação na autoestima. Dessa forma, houve correlação positiva da autoestima com extroversão ( $r=0,38$ ), conscienciosidade ( $r=0,24$ ), estabilidade emocional ( $r=0,50$ ), abertura ( $r=0,17$ ) e de certa forma amabilidade ( $r=0,13$ ). Em consonância a estes achados, Pilarska (2018) identificou que todos os traços de personalidade, com exceção da amabilidade, previram positivamente a autoestima, com destaque para estabilidade emocional, sendo considerado o principal preditor.

### **1.6 Autoestima e afetos**

Os afetos, sejam eles positivos ou negativos, são caracterizados pela intensidade e a frequência com que o ser humano vivencia suas emoções (Lyubomirsky et al., 2005) e são considerados como constituintes de um dos componentes do bem-estar subjetivo (BES) (Diener, 1984). O afeto positivo está relacionado ao quanto determinada pessoa se sente ativa e alerta, já o afeto negativo está relacionado a angústia e insatisfação e portanto, contempla estados de humor aversivos como por exemplo a raiva, culpa e medo (Watson et al., 1988). Dessa forma, o ser humano tende a buscar mais pela felicidade e por sensações de alegria e prazer, que são afetos positivos, do que tristeza e raiva, que são afetos negativos, o que de certa forma contribui para o BES (Maia et al., 2012a).

Um construto que vem sendo investigado em possíveis associações com afetos positivos e negativos é a autoestima. Em um estudo longitudinal feito durante 12 anos cuja amostra contemplou 1.824 indivíduos com idades entre 16 e 97 anos, indicaram que indivíduos com altos níveis de autoestima apresentaram melhor ajustamento psicológico, experimentando baixo afeto negativo e alto afeto positivo (Orth et al., 2012). Di Fabio e Bucci (2015) e Krieger et al. (2015) também confirmam estes achados de que a autoestima esteve positivamente relacionada ao afeto positivo e negativamente ao afeto negativo.

Adicionalmente, estudos sobre as associações com afeto aumentaram nos últimos anos, tanto pela sua importância para o bem-estar das pessoas, quanto pelo seu impacto em aspectos da personalidade humana, como por exemplo a autoestima (Sanmartín et al., 2018). Mais autores também corroboram com estes estudos mostrando correlação positiva entre o bem-estar subjetivo e autoestima (Ayyash-Abdo & Alamuddin, 2007; Odacı & Kınık, 2019), afeto positivo/ negativo e autoestima como papel mediador nas relações entre resiliência e sofrimento psicológico (Liu et al., 2014) e papel mediador do afeto positivo/ negativo entre autoestima e satisfação com a vida (Liang et al., 2020). Somado a isso, como a autoestima é

afetada positivamente pela satisfação com a vida e afeto positivo, portanto, é considerada como preditora do bem-estar subjetivo (Odacı & Kınık, 2019).

### **1.7 Autoestima e Imagem Corporal**

A autoestima também tem sido associada na literatura, com a imagem corporal (Fernandes et al., 2017; Lyubomirsky et al., 2005), tanto para adolescentes (Fortes et al., 2014), adultos (Medeiro et al., 2021) e idosos (Fonseca et al., 2014), quanto para mulheres (Avelar & Veiga, 2013) e homens (Carvalho et al., 2016). A imagem corporal é entendida como um construto amplo composto por dois componentes principais: percepção do corpo e conceito de corpo que é influenciado por uma variedade de fatores históricos, cognitivos, culturais, sociais, individuais e biológicos, ou seja, é a imagem, percepção, sentimento e pensamento que o indivíduo tem do corpo (Slade, 1994).

A imagem corporal possui uma relação muito próxima com a autoestima, visto que influencia na forma pela qual o indivíduo se vê (Caluête et al., 2015). Dessa forma, vários estudos têm corroborado com a literatura científica em achados relacionados à imagem corporal e autoestima, entre eles: insatisfação corporal, baixa autoestima com busca por cirurgia bariátrica (Fagundes et al., 2016); insatisfação corporal, baixa autoestima com uso de redes sociais (Silva et al., 2020); insatisfação corporal com a compra por impulso e a autoestima como papel mediador (Cai et al., 2021); insatisfação corporal, autoestima com transtornos alimentares (Aparicio-Martinez et al., 2019).

Outro importante aspecto está relacionado à autoestima, imagem corporal e busca por cirurgias. Além de ser um interesse mundial, as cirurgias, mais precisamente as cirurgias plásticas passaram a ter destaque no Brasil. De acordo com a Sociedade Internacional de Cirurgia Plástica Estética (ISAPS, 2020), os resultados da pesquisa global realizada em 2020, o Brasil é o segundo país que mais realiza cirurgias plásticas no mundo (1,306,962 total de procedimentos), ficando atrás apenas dos Estados Unidos (1,485,116 total de procedimentos).

Visto isso, os autores Marrone et al. (2019) afirmam que investigações sobre a autoestima podem ser bem aproveitadas em situações de cirurgia plástica, uma vez que, como a autoestima também pode ser avaliada por domínio, pesquisas do tema abordando o aspecto corporal, face e autoimagem poderia fornecer informações relevantes, assim como bariátrica, transplante de órgãos e tecidos.

## 1.8 Autoestima e processos desenvolvimentais

A literatura tem apontado para importantes alterações na autoestima a depender da idade. Um dos estudos proposto por Harter (2006), por exemplo, apresentou que a autoestima específica de domínio pode aumentar no final da adolescência e continuar aumentando na idade adulta, visto que, nesse momento da vida, as características de personalidade estão se desenvolvendo rumo a uma maior maturidade. Sobre esse aumento é possível compreender algumas razões como por exemplo: consciência em relação às habilidades atléticas e aparência física, comportamentos relacionados à exercício, dieta, sono e higiene pessoal, seleção de grupos sociais de acordo com o que mais se identificam enquanto personalidade, interesses e habilidades (Roberts et al., 2008; Shanahan et al., 2014).

A adolescência é um momento de muitas mudanças na vida de um indivíduo, tanto físicas quanto psíquicas (Conti et al., 2009) e sociopsicológicas, como maturação cognitiva, sociais e percepção de vida (Melo & Cerqueira-Santos, 2012). É uma fase pela qual a necessidade de se sentir aceito, de ser diferente e até mesmo de construir a própria identidade são frequentemente característicos (Maia et al., 2012b). Dessa forma, a autoestima pode ajudar o adolescente a lidar melhor com o ambiente, a fim de que consiga acreditar e confiar mais em si mesmo, além de adquirir maior persistência diante situações mais complexas e difíceis (Bandeira & Hutz, 2010).

Em um estudo que acompanhou 131 participantes com faixa etária de 10 a 13, durante 10 anos na França, avaliou a associação entre a autoestima presente na adolescência e na idade jovem adulta, os resultados encontrados por Arsandaux et al. (2021) foi que para a amostra de adolescentes a alta autoestima atuou como preditora de objetivos pessoais de longo prazo como por exemplo melhor saúde física e menos sintomas de depressão e a amostra de jovem adulto, previu melhor satisfação com a vida, melhor saúde mental e menos sintomas de depressão e ansiedade.

Para o Ministério da Saúde (2010) a adolescência está relacionada a faixa etária de 10 a 19 anos, já o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA, Lei 8.069, 1990) considera adolescente a faixa etária de 12 a 18 anos. No que se refere a idosos, tanto o Ministério da Saúde, quanto o Estatuto da Pessoa Idosa (Lei 10.741, 2003) consideram 60 anos ou mais. Visto isso, compreende-se que não existe uma unanimidade relacionada a classificação de idades, portanto, a fase adulta pode ser compreendida como a faixa etária de 20 a 59 anos, ou de 19 a 59 anos, a depender da referência que for utilizada.

Ao longo da vida é possível perceber a influência da autoestima na saúde do indivíduo Liu et al. (2019), na idade adulta, aspectos como gerenciamento de tarefas, papéis sociais, expectativas normativas, e *status* podem ter relação com a autoestima (Robins et al., 2002). Muito disso porque a autoestima é percebida pelo indivíduo de acordo com o *feedback* recebido no contexto social, dessa forma, as expectativas normativas podem influenciar sua autoavaliação (Brown & Marshall, 2006). Dito isso, conforme o adulto atinge o cumprimento das expectativas normativas, existe uma tendência de que sua autoestima também aumente, com possibilidade de alcançar um pico na idade adulta até os 60 anos, período no qual o indivíduo alcança maiores níveis de realização e portanto, sua autoestima se estabiliza (Lachman, 2004; Orth et al., 2018). Além disso, na idade adulta também é percebida uma outra importante influência na saúde do indivíduo e que também está relacionada à autoestima, que é a descoberta de doenças crônicas (Liu et al., 2019). Este mesmo autor afirma em um estudo Canadense, que diminuição na autoestima previu aumento na ocorrência de doenças crônicas, bem como doenças crônicas também previram declínios na autoestima.

Seguindo uma ordem normal de vida, o envelhecimento faz parte da história do indivíduo, entendido como um processo pelo qual existe um declínio em algumas funções do organismo, resultante de alterações físicas, fisiológicas, sociais e psicológicas (Fonseca et al., 2014). Além de ser um período marcado por perdas que interferem na diminuição da satisfação corporal (Grippio & Hill, 2008) e que podem caracterizar prejuízos diante a capacidade de adaptação ao meio, incluindo a perda na autoestima (Mourão & Silva, 2010). Segundo Ludgleydson et al. (2011) a expectativa de padrões de estética, fazem com que o indivíduo que se encontra em processo de envelhecimento, mais precisamente o idoso, perceba menor autoestima ao se autoavaliar diante as definições de beleza, e com perda das características físicas valorizadas socialmente.

O idoso, nessa fase da vida, se depara além das alterações compreendidas pelo próprio processo de envelhecimento, um aumento de sintomas de doenças crônicas (Ryszewska-Labędzka et al., 2022). Somado a isso, outros elementos como saída de filhos de casa, aposentadoria, piora financeira, menor participação familiar ou social, podem contribuir para que a autoestima diminua com a idade (Meira et al., 2017; Ogihara, 2019). Alguns autores trazem resultados de como os maiores índices de autoestima podem beneficiar o idoso. Como por exemplo Souza et al. (2022) que declararam que a autoestima, se satisfatória, pode apresentar melhores vivências em sexualidade e melhor qualidade de vida e Fonseca et

al. (2014) que informam que maior autoestima está relacionada a maior satisfação corporal para o idoso.

Em uma metanálise realizada por Orth et al. (2018) com 164.868 participantes indicou que autoestima, em média, apresentou valores maiores na primeira e segunda infância (4 a 11 anos), mantiveram estáveis na adolescência (11 aos 15 anos), voltaram a aumentar de forma mais significativa na idade jovem e adulta (16 aos 30 anos), continuaram o aumento na idade adulta até idoso (até 60 anos, onde atingiu o pico) mantiveram estáveis (entre 60 e 70 anos) diminuiu moderadamente (até os 90 anos) e diminuiu fortemente (entre 90 e 94 anos). Além disso, este padrão de descobertas se manteve médio entre gênero, país, etnia, tipo de amostra e coorte de nascimento.

Outro estudo longitudinal com 143 amostras e mais de 110.000 indivíduos, também confirma esses achados, indicando que níveis médios de autoestima de domínios específicos sofrem alterações sistemáticas e normativas à medida que os indivíduos passam pela infância, adolescência, juventude e idade adulta (Orth et al., 2021). Dessa forma, a alta e baixa autoestima não são consideradas apenas acontecimentos de sucesso ou fracasso em domínios significativos da vida. Em seu estudo considerando quatro gerações (filhos, pais, avós e bisavós) os autores Orth et al. (2012) encontraram resultados que sugerem que a autoestima, no entanto, possui um efeito prospectivo importante nas experiências de vida.

## **2 Motivação e justificativas**

A autoestima tem sido citada como um construto da psicologia marcado por ter características de ser resiliente e vital, ou seja, demonstra profundidade histórica, amplitude do tema e atenção recebida (Mruk, 2006). Segundo o autor, o que pode explicar tamanha vitalidade do tema está relacionada às dimensões do comportamento que abrange todo o espectro de existência humana, assim como os temas sobre personalidade ou identidade, fazendo com que exista interesse nas pesquisas por tanto tempo. Além disso, a autoestima tem sido citada como um elemento imprescindível para a sobrevivência emocional, com potencial de influenciar tanto aspectos afetivos, sociais e psicológicos (Imaginário et al., 2018; Salerno et al., 2015) quanto atuar como um importante indicador de saúde mental (Paixão et al., 2018)

Para Mruk (2006), existem pelo menos três principais razões para se estudar autoestima: (1) a autoestima pode ser considerada como tema mais importante para os indivíduos e sociedade em que vivem, principalmente nos termos tipicamente descritos como

"autorregulação" e "qualidade de vida", (2) pesquisas realizadas historicamente com este tema passaram por um período marcante de rápido crescimento e duras críticas, (3) novas influências da psicologia positiva, estão impactando a forma como a autoestima deve ser examinada e compreendida, bem como está trazendo mudanças para esse tema na psicologia moderna.

No entanto, existe uma lacuna na literatura nacional de estudos mais recentes que tragam mais clareza e robustez à autoestima, principalmente relacionando a outros aspectos como por exemplo, a satisfação corporal, a personalidade, os afetos e a saúde mental entre diferentes idades, sendo o objetivo deste trabalho investigar estas relações e colaborar para a minimização desta lacuna.

Assim, tem-se como hipóteses:

1. Escores elevados de autoestima estarão associados a escores elevados de afeto positivo, satisfação corporal, extroversão e conscienciosidade;
2. Escores baixos de autoestima estarão associados a escores baixos de afeto negativo e satisfação corporal;
3. Escores elevados de autoestima estarão associados a escores baixos de depressão, ansiedade;
4. Escores baixos de autoestima estarão associados a escores elevados de neuroticismo.

## **2.1 Objetivo Geral**

Verificar a relação da autoestima, com as variáveis: satisfação corporal, personalidade, saúde mental e afetos em grupos de diferentes idades.

## **2.2 Objetivos Específicos**

- Compreender como a autoestima tem sido investigada na literatura nacional.
- Examinar os fatores sociodemográficos, interpessoais e relacionados à autoestima, considerando os participantes que compõem a amostra desta pesquisa.
- Realizar estudo correlacional entre autoestima, satisfação corporal, saúde mental, personalidade e afetos.

## **3 Método**

### **3.1 Estudo 1- Revisão da literatura:**

O termo autoestima, conforme apresentado em conceitos acima, tem sido utilizado pelo senso comum para referir-se ao quanto o indivíduo demonstra estar bem consigo

mesmo. Todavia, para a psicologia este tema é mais abrangente, pois se trata de um construto que envolve aspectos inclusive de saúde mental. Dessa forma, o Estudo 1 teve como objetivo realizar uma revisão sistemática com foco na produção científica nacional relacionada à autoestima. Foi utilizado o método Prisma para extrair as informações que foram retratadas através de gráficos de frequência e porcentagem. Abaixo encontra-se o texto no qual foi submetido na forma de artigo científico.

### **Autoestima: Uma revisão da produção nacional\***

#### **Resumo**

O termo autoestima tem sido utilizado pelo senso comum para referir-se ao quanto o indivíduo demonstra estar bem consigo mesmo. Todavia, para a psicologia este tema é mais abrangente, envolvendo desde conceitos sociais até de saúde mental. Considerando a complexidade da avaliação da autoestima e a disponibilidade de instrumentos validados para o português-brasileiro, o presente estudo teve como objetivo analisar a produção científica relacionada à autoestima no país. Para isto, usou-se as bases de dados: Periódicos CAPES/MEC, Scielo e Pepsic, utilizando como descritores "autoestima; "auto-estima"; "auto estima". Foram indicadas 2.444 produções, destas 52 foram selecionadas. Observou-se maior número de estudos empíricos 88%, tendo como público alvo mais frequente adolescentes e adultos (31%). Houve predominância das pesquisas realizadas na região sudeste 38% com destaque para o estado de Minas Gerais com 17%. Foram identificados 3 instrumentos, sendo o mais empregado a escala de autoestima de Rosenberg (RSES) (n=36; 78%). É possível concluir que a autoestima é amplamente estudada no Brasil em seu aspecto global e não por domínios, cuja definição e instrumento de avaliação em maior predominância esteve relacionada ao autor Rosenberg.

Palavras chave: autoestima; autoconceito; autoimagem

#### **Abstract**

The term self-esteem has been used by common sense to refer to how well the individual shows himself to be. However, for psychology this topic is more comprehensive, involving everything from social concepts to mental health. Considering the complexity of assessing self-esteem and the availability of validated instruments for the Portuguese-Brazilian, the present study aimed to analyze the scientific production related to self-esteem in the country.

\* Artigo submetido em 26/10/23 através da revista UFPR, aguardando avaliação.

For this, the following databases were used: CAPES/MEC Journals, Scielo and Pepsic, using as descriptors "self-esteem; " self-esteem"; "self-esteem". A total of 2,444 productions were nominated, of which 52 were selected. A higher number of empirical studies was observed (88%), with adolescents and adults (31%) as the most frequent target audience. There was a predominance of surveys carried out in the southeast region, 38%, with emphasis on the state of Minas Gerais, with 17%. 3 instruments were identified, the most used being the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) (n=36; 78%). It is possible to conclude that self-esteem is widely studied in Brazil in its global aspect and not by domains, whose definition and assessment instrument in greater predominance was related to the author Rosenberg.

## **Introdução**

O termo autoestima foi citado, pela primeira vez, há mais de um século por James (1890) na obra "*Principles of Psychology*" (Ward, 1996). Desde então, a autoestima tem sido um tema que vem despertando o interesse de pesquisadores de diversas áreas, em diferentes possibilidades de investigação e em várias partes do mundo. A título de exemplo, pode-se citar o estudo de Liu et al. (2014), que avaliou a autoestima e as alterações na secreção de cortisol em uma amostra no Canadá, de Will et al. (2017) que avaliou, por meio de ressonância magnética, os processos neurais subjacentes na mudança da autoestima em participantes do Reino Unido, de Bleidorn et al. (2021) que mapeou a autoestima durante a dissolução conjugal na Holanda, de Orth et al. (2018) que avaliou a trajetória normativa da autoestima ao longo da vida em um estudo longitudinal com vários países do mundo, de Liang et al. (2020), que pesquisou o impacto da autoestima na satisfação com a vida entre migrantes chineses, de Sahlan et al. (2021) que avaliou a relação de transtornos alimentares, autoestima e sintomas de depressão em Iranianos, entre outros.

Também é relevante destacar que achados importantes foram encontrados em estudos correlacionais, longitudinais e de metanálise, como é o caso de Rossi et al. (2020) que durante o contexto da pandemia da COVID-19, identificaram a autoestima como fator protetivo contra ameaças à saúde mental como por exemplo ansiedade e depressão. Nesta direção, Orth et al. (2012), em um estudo longitudinal, identificaram que indivíduos com altos níveis de autoestima apresentaram melhor ajustamento psicológico, experimentando baixo afeto negativo e alto afeto positivo. Complementando os exemplos, em uma metanálise realizada por Orth et al. (2018), os autores observaram que a autoestima pode ser um construto com níveis variados ao longo da vida, considerando a idade de 4 até 94 anos de idade.

Embora o conjunto crescente de investigações sobre o tema possa sugerir um relativo consenso sobre a compreensão da autoestima, o que se observa é que há diferentes definições que costumam ser apresentadas. Segundo Marrone et al. (2019), as definições propostas por Coopersmith (1967) e por Rosenberg (1965) ainda têm sido as mais utilizadas. Rosenberg (1965) descreve a autoestima como sendo um agrupamento de sentimentos e de pensamentos que o indivíduo tem sobre si, com relação ao valor, a competência e a adequação, e que se reflete em um comportamento positivo ou negativo diante de si mesmo. Por sua vez, Coopersmith (1967) entende a autoestima como uma avaliação que o indivíduo faz de si mesmo, seja de aprovação ou de repulsa, e, diante disso, realiza um auto julgamento em relação a sua competência e a seu valor.

Da mesma forma que existe na literatura diferenças nos pontos de vista e compreensões acerca do conceito da autoestima, tal como apontadas acima, diferenças também são percebidas em relação ao modelo teórico desse construto. Dessa forma, existem autores que adotam a autoestima como aspecto multidimensional, ou seja, a autoestima pode ser avaliada de forma diferente a depender de como o indivíduo se percebe de acordo com determinadas áreas da vida, e para isso é chamado de domínios (ex: trabalho, família, escola, relacionamentos) (Niveau et al., 2021). Outros autores trazem pesquisas que contribuem com a compreensão de que o agrupamento de autoconceitos que o indivíduo terá de si mesmo em vários domínios, traz um conceito de autoestima global (ou autoconceito geral) (Shavelson et al., 1976). Diante disso, em pesquisas internacionais mais atuais, o construto tem sido compreendido em três componentes: Autoestima global (traço), sugerindo características mais duradouras, de maior estabilidade e que podem indicar evidências de hereditariedade (McGuire et al., 1999; Neiss et al., 2002; Robins et al., 2001); Sentimentos de Autovalor (estado) e portanto, pode sofrer alterações diante algumas situações vivenciadas ao longo da vida (Harter & Whitesell, 2003) e; Autoavaliação (autoestima em domínios específicos) cujos indivíduos podem ter percepções positivas ou negativas de si mesmos a depender do domínio alvo de compreensão (Orth et al., 2021; Marrone et al., 2019).

Ainda que o construto autoestima traga discussões e diferentes pontos de vista, é notadamente possível identificar a importância e impacto que possui em vários contextos desde social a fases do desenvolvimento humano, a exemplo disso, autoestima tem sido associada a problemas sociais contemporâneos como abuso de drogas, gravidez precoce, maior tendência à criminalidade, maior dificuldade e reprovação escolar (Gobitta & Guzzo, 2002). Por outro lado, a alta autoestima pode contribuir para que os indivíduos tenham melhor

desempenho com relação a amizade, relacionamentos românticos, escola, trabalho, melhor saúde mental e física (Orth & Robins 2022; Swann et al., 2007).

Quando se trata da autoestima e das fases de desenvolvimento, a literatura tem apontado para importantes alterações a depender da idade (Harter, 2006) . Na adolescência por exemplo, é uma fase de muitas mudanças e cobranças na vida de um indivíduo, é nessa fase que inicia a necessidade de se sentir aceito, de pertencer a determinados grupos e a complexidade de construção da própria identidade Maia et al. (2012), e para isso a autoestima pode atuar como um fator protetivo, fazendo com o que o indivíduo tenha mais senso de capacidade diante situações mais complexas, além de proporcionar ao adolescente maneiras mais saudáveis de lidar com o ambiente (Bandeira & Hutz, 2010). Já na idade adulta, a autoestima está relacionada a aspectos como gerenciamento de tarefas, papéis sociais, expectativas normativas e status, de modo que, a medida que o indivíduo se percebe diante do feedback recebido no contexto social, influencia sua autoavaliação e conseqüentemente sua autoestima (Brown & Marshall, 2006; Robins et al., 2002). Alguns aspectos como: alterações do corpo e mente devido ao processo de envelhecimento, aumento de sintomas de doenças crônicas, saída de filhos de casa, aposentadoria, situação financeira, desempenho familiar ou social, podem influenciar a maneira na qual a autoestima é vivenciada na vida do idoso (Meira et al., 2017; Ogihara, 2019) . Visto isso, a percepção de autoestima ao longo da vida não são consideradas apenas acontecimentos de sucesso ou fracasso, mas sim possui um efeito prospectivo importante nas experiências de vida (Orth et al., 2012)

Quando se fala de autoestima por sexo, é possível encontrar na literatura autores que trazem diferenças para este contexto, sugerindo portanto que as fontes primárias de autoestima são diferentes entre o sexo feminino e masculino (Hutz & Zanon, 2011). Sendo o sexo feminino caracterizado por maior preocupação com a satisfação corporal e internalização do ideal de um corpo e por conseqüência apresenta baixa autoestima e maior busca por cirurgias plásticas e estéticas (Avelar & Veiga, 2013; Fortes et al., 2015). Além de apresentar maior tendência de impactos em relacionamentos (Stein et al., 1992). Já o sexo masculino apresenta maior preocupação no que diz respeito à massa muscular, com associação da muscularidade à baixa autoestima e aos comportamentos de risco de transtornos alimentares (Carvalho et al., 2016), bem como maior tendência a sentir mais impacto no contexto de sucesso e realizações (Stein et al., 1992). Visto isso, é possível perceber a dimensão na qual a autoestima tem sido estudada ao longo dos anos, no entanto, não esteve restrita apenas a literatura científica, sendo possível identificar um crescimento quanto a popularização do termo em livros de autoajuda, sendo frequentemente utilizada pelo senso comum (Gobitta &

Guzzo, 2002). Dessa forma, estudos relacionados à compreensão científica desse construto ainda se mostram necessários, pois ainda existem lacunas conceituais, dificuldade em definição única em Psicologia e conseqüentemente impactos importantes sobre a escolha do instrumento para avaliar como o sujeito se estima (Marrone et al., 2019).

Considerando a relevância e a investigação mundial que tem se desenvolvido sobre o tema, o presente estudo buscou analisar artigos por meio de uma revisão sistemática, a fim de compreender o que a literatura brasileira tem discutido sobre o assunto, bem como identificar se existe consonância com os achados encontrados mundialmente.

## **Método**

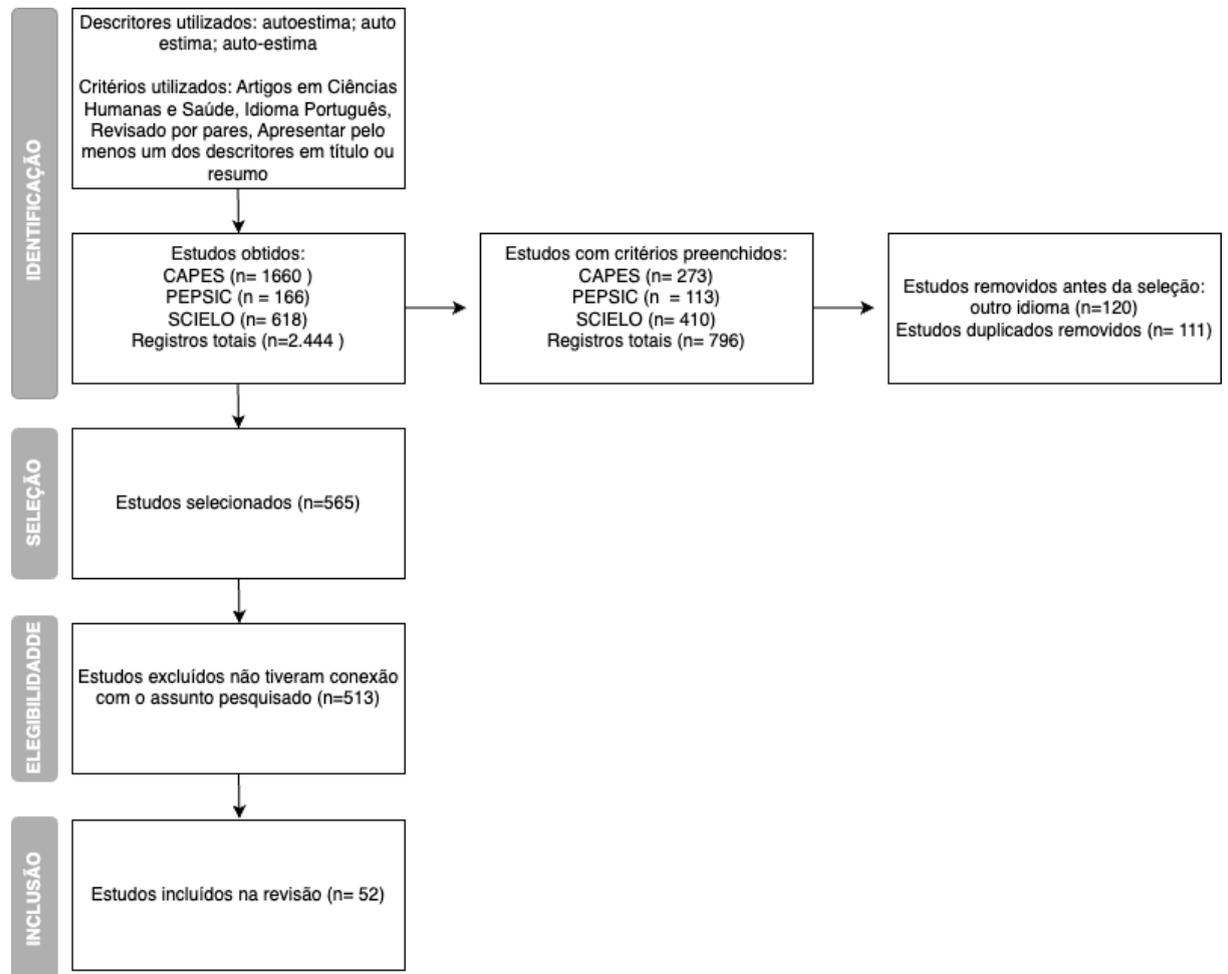
### **Materiais**

Para que fosse possível alcançar o objetivo deste estudo, foi realizada uma revisão sistemática da literatura nacional. Assim, o levantamento das publicações relacionadas a autoestima foi realizado em três bases de dados: Periódicos CAPES/MEC (<http://www-periodicoscapes-gov-br>), *Scientific Electronic Library Online* (<http://www.scielo.org/>) e Periódicos Eletrônicos em Psicologia (<http://pepsic.bvsalud.org/>). Para a identificação dos estudos, foram utilizados os seguintes descritores, somente em português: "autoestima", "auto-estima" e "auto estima". A escolha se deu em função da reforma ortográfica que tivemos no Brasil nos últimos anos e da possibilidade de maior identificação de publicações sobre o tema. Ainda neste sentido, é importante informar que as buscas ocorreram entre os meses de maio/2022 a abril/2023 .

Não foi realizada nenhuma limitação de tempo para as buscas neste estudo, contudo foi possível identificar artigos nacionais sobre a avaliação da autoestima a partir do ano de 2002. Foram identificados 2.444 artigos. Em seguida, aplicou-se um filtro considerando estudos que contemplassem o idioma português, nas áreas de ciências humanas e ciências da saúde e que tivessem sido revisados por pares. Após estas ações, 796 artigos foram selecionados. Deste número foram removidos, ainda, 231 artigos, 111 tratavam-se de duplicatas e 120 que estavam em outro idioma, restando assim 565. Em seguida, foram excluídos mais 513 por não tratarem a autoestima como tema principal do texto. Por fim, foram selecionados 52 artigos para serem incluídos na revisão. Visando sintetizar tais informações, foi elaborada a Figura 1.

**Figura 1**

*Fluxograma referente ao delineamento da seleção dos artigos desta revisão bibliográfica.*



## Procedimentos

Os trabalhos foram analisados e em seguida tabulados em uma matriz, onde foi possível identificar em termos de frequência e porcentagem:

- Periodicidade: quantidade por ano de publicação;
- Tipo de estudo: empíricos ou teóricos;
- Sexo: se masculino ou feminino;
- Localização: qual estado ou região do país;
- Instrumentos utilizados: nome do instrumento;
- Domínios do construto: quantidade de artigos por domínios relacionados a autoestima

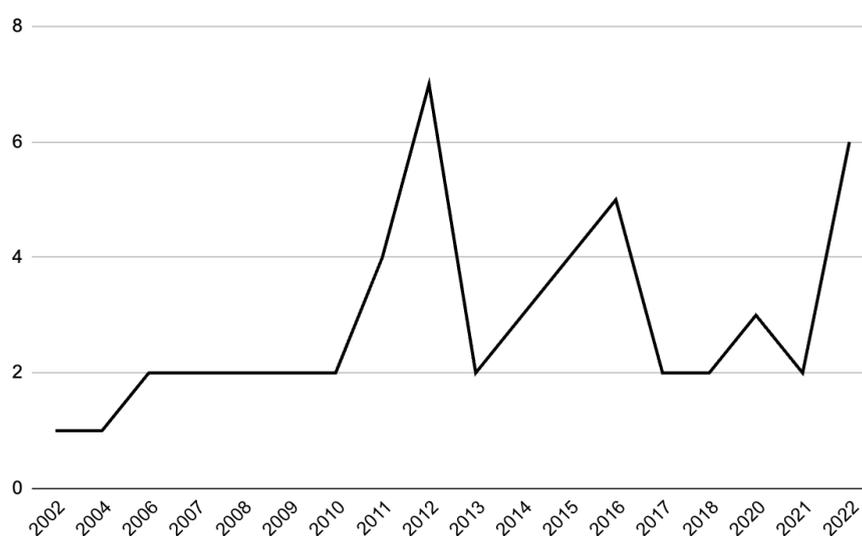
- Definição do construto: conceito de autoestima utilizado em cada artigo;
- População estudada: idade e faixa etária (crianças, adolescentes, adultos);

## Resultados

Com o objetivo de verificar o interesse científico nacional acerca da autoestima, foi feita uma análise com a distribuição dos trabalhos por ano de publicação de acordo com os filtros aplicados nesta revisão. Como resultado foi possível identificar publicações a partir do ano de 2002, sendo uma média de 2,9 por ano até 2023. Além disso, é possível observar três picos de maior quantidade de publicação, sendo os anos de 2012, 2016 e 2022. Os dados são apresentados na Figura 2.

### Figura 2

*Frequência de produções por ano de publicação.*



Posteriormente, por meio de uma análise de frequência foi possível obter o resultado com relação ao tipo de estudo, sendo que 88% de natureza empírica (n=46) e 12% de natureza teórica (n=6). Dos 88% correspondente ao estudo empírico, 100%, isto é, 46 publicações possuíam caráter transversal. Analisando como foram abordados os sexos entre ambos os tipos de estudo, tanto empírico quanto teórico, foi possível identificar que 65% dos trabalhos abordaram tanto o sexo masculino quanto o feminino (n=34); 23% abordaram apenas o sexo feminino (n=12); 8% não informaram o sexo (4) e 4% abordaram apenas o sexo masculino (n=2).

Em seguida, visando compreender em quais regiões do país a autoestima tem sido mais frequentemente investigada, buscou-se extrair a localização de condução das pesquisas,

assim, a Região sudeste, com 38% (n=18), representando a maior concentração dos artigos, tendo como estados participantes: Minas Gerais em primeiro lugar com 17% (n=8); Rio de Janeiro em segundo lugar com 10% (n=5) e São Paulo em terceiro lugar com 8%(n=4). Região Sul com 33% (n=16) , tendo como estados participantes: Rio Grande do Sul em primeiro lugar com 19% (9); Paraná e Santa Catarina com 6% (n=3). Região Nordeste com 13% (n=6), tendo como estados participantes: Pernambuco com 4% (2); Ceará, Paraíba, Piauí e Sergipe com 2% (n=1). Mais de uma região do país correspondeu a 13% (n=6). Região Centro Oeste com 2% (n=1) em trabalhos realizados no Distrito Federal e por fim 1% de pesquisas cujas regiões não foram informadas (n=1).

Foi realizada também uma análise quanto aos instrumentos e técnicas utilizados pelos artigos, bem como a frequência com a qual foram mencionados. Para avaliar o construto autoestima dos 46 artigos empíricos, a Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES) foi a escala mais utilizada (n=36), sendo citada em 78% dos trabalhos, os demais instrumentos identificados foram o Inventário de Autoestima de Coopersmith (SEI) (n=1; 2%); Escala de Autoestima (SLCS) de Tafarodi e Swann, sendo (n=1; 2%), os demais artigos (n=7; 15%) não mencionaram instrumentos para avaliação da autoestima.

Ainda, considerando o disposto na literatura quanto aos domínios, ou ainda, contextos da autoestima nos indivíduos (Brown & Marshall, 2006; Niveau et al., 2021; Shavelson et al., 1976), os artigos empíricos foram analisados quando a relação da autoestima com outros construtos, de modo que foram identificadas as seguintes relações: Autoestima e Imagem Corporal (n=13; 28%); Autoestima e Construtos positivos (n=7; 15%); Autoestima e Competência Acadêmica (n=4; 9%); ; Autoestima e Transtornos Mentais (n=4; 9%); Autoestima e Personalidade (n=4; 9%);Autoestima e Atividade Física (n=3; 7%); Autoestima e Sexualidade (n=3; 7%); Autoestima e Suicídio (n=2; 4%); Autoestima e Fatores Sociais (n=2; 4%). Ainda, cabe informar que 4 artigos (9%) investigaram somente a Autoestima, sem relacionar o construto com outras variáveis ou contextos explicativos.

Em função da complexidade do termo, buscou-se também identificar as definições de autoestima empregadas nas investigações. Assim, ao observar como os artigos têm citado o conceito de autoestima foi possível notar que nem todos os artigos apresentaram a definição de autoestima, dessa forma, dos 52 artigos analisados, apenas 50% descreveram o conceito de autoestima (n=26). Diante disso, considerando os artigos que descreveram o conceito de autoestima, a maior predominância correspondeu ao autor (Rosenberg, 1965), com 33% e n= 9, conseqüentemente os seguintes autores: (Coopersmith, 1967) com 19% e n=5; (Coopersmith, 1989; Rosenberg, 1965) com 15% e n=4; (Sbicigo et al., 2010) com 11% e

n=3; (Hutz & Zanon, 2011) com 7% e n=3; (Paixão et al., 2018) com 7% e n=3 ; (Kernis, 2005) com 4% e n=1, conforme pode ser observado na tabela a seguir.

**Tabela 1**

*Definição de autoestima por autores*

Definição	Autor	Frequência citada	%
A autoestima é compreendida como um conjunto de sentimentos e pensamentos do indivíduo em relação ao seu próprio valor, competência, confiança, adequação e capacidade para enfrentar desafios, que repercute em uma atitude positiva ou negativa em relação a si mesmo	(Rosenberg, 1965)	9	33%
Autoestima é a avaliação que o indivíduo faz de si mesmo. Expressa uma atitude de aprovação ou de repulsa de si e engloba o autojulgamento em relação à competência e valor. É o juízo pessoal de valor revelado através das atitudes que um indivíduo tem consigo mesmo, sendo uma experiência subjetiva acessível às pessoas através de relatos verbais e comportamentos observáveis	(Coopersmith, 1967)	5	19%
Autoestima é uma avaliação que o indivíduo efetua e comumente mantém em relação a si mesmo. Expressa um sentimento ou uma atitude de aprovação ou de repulsa por si mesmo e refere-se ao quanto um sujeito considera-se capaz, significativo, bem-sucedido e valioso	(Coopersmith, 1989; Rosenberg, 1965)	4	15%
A autoestima diz respeito ao conjunto de sentimentos e pensamentos do indivíduo sobre seu próprio valor, competência e adequação, que repercute em atitude positiva ou negativa em relação a si	(Sbicigo et al., 2010)	3	11%

(Continua)

**Tabela 1***Definição de autoestima por autores (Continuação)*

Definição	Autor	Frequência citada	%
Autoestima corresponde a uma avaliação do autoconceito formado pelos pensamentos e sentimentos referentes a si mesmo, que podem ser de orientação positiva (autoaprovação) ou negativa (depreciação)	(Hutz & Zanon, 2011)	2	7%
Define-se autoestima como um conjunto de sentimentos e pensamentos de cada indivíduo referentes a sua própria confiança, competência, valor e adequação, além da capacidade de enfrentamento aos desafios. Essas características refletem em uma atitude positiva ou negativa em relação a si mesmo.	(Paixão et al., 2018)	2	7%
A autoestima representa um aspecto avaliativo do autoconceito e consiste num conjunto de pensamentos e sentimentos referentes a si mesmo. Trata-se, portanto, de uma orientação positiva (autoaprovação) ou negativa (depreciação) de voltar-se para si mesmo e, nesta concepção, a autoestima é a representação pessoal dos sentimentos gerais e comuns de autovalor	(Kernis, 2005)	1	4%

**Conclusão**

Por fim, foi realizada uma análise com o levantamento do público alvo utilizado pelos artigos, considerando a quantidade de artigos em que aquele público alvo foi citado, bem como a frequência. Além disso, essa pesquisa considerou como classificação de idades, a legislação brasileira, a qual estabelece o Estatuto da Criança e Adolescente idade entre 12 a 18 anos para adolescente e o Estatuto da Pessoa Idosa idade de 60 ou mais para idosos. Dessa forma, foi possível identificar que o público mais citado foi adolescente e adulto (n=16; 31%),

em seguida foi idoso (n=11; 21%), somente adolescente (n=9; 17%), criança, adolescente e adulto (n=5; 10%), criança e adolescente (n=3; 6%), somente adulto (n=3; 6%), adulto e idoso (n=2; 4%), não informado (n=2; 4%) e adolescente, adulto e idoso (n=1; 2%).

## **Discussão**

A partir dos resultados foi possível identificar que existem publicações nacionais acerca do construto autoestima a partir dos anos 2000, e diante disso, um motivo relacionado talvez se deva ao fato de que foi no momento em que surgiu a primeira onda da psicologia positiva, que enquanto pauta científica, intensificou a organização e operacionalização dos construtos positivos nessa época (Oliveira & Nakano, 2023). Além disso, se observa um aumento significativo de pesquisas durante os anos de 2011 e 2012, anos em que acontecia a segunda onda da psicologia positiva, cujo objetivo era apresentar maior compreensão da relação entre psicopatologias e experiências positivas e de saúde (Wong, 2011). E por fim, um novo aumento pós pandemia no ano de 2022, em que autores relatam sobre a terceira onda da psicologia positiva, caracterizada por uma inquietação científica na busca por maior robustez, operacionalização e validação dos construtos propostos pela psicologia positiva (Oliveira & Nakano, 2023). Os dados são apresentados na Figura 2.

Outros dados encontrados confirmam a percepção de que o conceito pelo olhar científico ainda se encontra em desenvolvimento (Gobitta & Guzzo, 2002), tanto no que diz respeito ao significativo número de estudos empíricos que abordam o tema, quanto a própria definição do construto que ainda não existe um consenso (Marrone et al., 2019). Contudo, ainda que o conceito da autoestima não seja o mesmo utilizado em todos os artigos, é possível observar uma maior prevalência da utilização do conceito explorado por Rosenberg (1965), dessa forma em caráter global, considerando aspectos amplos da autoestima. Os dados estão descritos na Tabela 1.

Ao longo da vida, em todas as idades e independente do sexo é possível perceber a influência da autoestima na saúde do indivíduo (Liu et al.; 2019; Orth et al., 2018). Essa afirmação se confirma através dos dados encontrados nesta revisão, cuja frequência de pesquisas que abordam tanto o sexo masculino, quanto feminino tiveram maior predominância.

Diante a análise referente às regiões do Brasil nas quais investigaram temas relacionados à autoestima, a Região Sudeste apresentou maior predominância, com 38% (n=18). Alguns importantes aspectos podem ser levados em consideração para este resultado,

visto que essa região é a mais populosa do país, apresenta maior número de programas de pós-graduação, além de concentrar maior número de psicólogos inscritos (Zaia et al., 2018).

A partir da identificação dos instrumentos utilizados, é possível observar predominância da RSES - Escala de Autoestima de Rosenberg, confirmando o que os autores Marrone et al. (2019) identificaram em seus estudos, motivo este que faz da escala a mais amplamente usada e considerada padrão ouro para avaliação global do construto (Hutz & Zanon, 2011).

Considerando os aspectos avaliados pela autoestima, na literatura mundial é dito que pode ser avaliada tanto de forma global quanto em domínios específicos (Shavelson et al., 1976) ; Niveau et al., 2021). Nesse contexto, apesar da avaliação global ainda ser bastante utilizada na literatura internacional, existe uma tendência, assim como outros construtos dentro da psicologia, de ser analisado por meio de domínios (Marrone et al., 2019). Diante dos resultados encontrados nesta revisão nacional, foi possível identificar que o aspecto global da autoestima foi o mais encontrado, até porque está em consonância com a grande utilização da RSES. Contudo, ainda que as pesquisas tenham utilizado a RSES como instrumento de medida do construto, nota-se um aspecto que merece atenção, em sua grande maioria buscou avaliar um aspecto específico da autoestima, como por exemplo a Imagem Corporal que representou 28% dos artigos. Esta análise traz uma reflexão se de fato está sendo avaliado o que é proposto, e se avaliar a autoestima global traz as mesmas informações do que avaliar de forma dimensional.

Observou-se também que, do ponto de vista da população investigada, os dados encontrados, na presente análise trazem mais destaque para o público adolescente e adulto (Brito & Oliveira, 2013; Carvalho et al., 2016; Maia et al., 2012; Paixão et al., 2018; Traversini, 2009), o que representa apenas um recorte dos dados encontrados na literatura científica mundial, como por exemplo: Orth et al. (2012) que avaliam indivíduos com idades entre 16 e 97 anos; Liu et al. (2014) que avaliaram pessoas com 60 anos ou mais; Rossi et al. (2020) avaliaram 18 até 81 anos e Orth et al. (2018) que avaliaram 4 até 94 anos de idade. Dessa forma, é possível identificar uma lacuna na literatura brasileira no que diz respeito à avaliação da autoestima no público alvo: (criança, adolescente, adulto e idoso) visto que não foi encontrado nenhum estudo utilizando este recorte de idade, e em seguida (adolescente, adulto e idoso) apenas 1 estudo e (adulto e idoso) apenas 2 estudos neste recorte.

### **Considerações finais**

A partir da pesquisa aqui apresentada, foi possível observar grande interesse pela autoestima expresso nas publicações nacionais, notadamente identificadas junto a mesma temporalidade em que surgiam novas ondas da psicologia positiva. Além disso, é possível perceber que ainda que não tenha um consenso sobre o conceito da autoestima, existe uma maior prevalência na definição feita por Rosenberg (1965). No entanto, cabe neste aspecto uma reflexão diante do que está sendo avaliado enquanto autoestima, visto que imagem corporal, transtornos mentais, afetos, personalidade, sexualidade entre outros estão sendo avaliados de forma global, quando talvez seria uma alternativa interessante serem avaliados de forma dimensional por estarem relacionados a domínios específicos, nos quais os indivíduos podem ter avaliações diferentes de si mesmos.

Além disso, vale destacar que uma limitação importante encontrada nesta revisão nacional diz respeito ao público alvo, portanto, sugere-se mais estudos que contemplem uma faixa etária com maior abrangência, para que seja identificada alguma alteração da autoavaliação do indivíduo ao longo da vida e a quais possíveis domínios estão relacionados.

Para a seleção dos artigos para este estudo, foram utilizadas palavras chaves específicas e com diferenças ortográficas trazidas pela reforma da língua portuguesa, e talvez alguns estudos que avaliaram a autoestima, por este motivo, não tenham sido contemplados.

Dessa forma, considerando as limitações apresentadas pela pesquisa, as quais restringem a generalização dos resultados, sugere-se novas pesquisas que contemplem investigação do construto autoestima de forma mais ampliada, envolvendo a autoestima com outros construtos, com outros descritores, outras bases de dados e que contemplem a literatura internacional, com maior robustez e aprofundamento do assunto.

## Referências

- Avelar, C. F. P., & Veiga, R. T. (2013). Como entender a vaidade feminina utilizando a autoestima e a personalidade. *Revista de Administração de Empresas*, 53(4), 338–349. <https://doi.org/10.1590/S0034-75902013000400002>
- Bandeira, C. de M., & Hutz, C. S. (2010). As implicações do bullying na auto-estima de adolescentes. *Psicologia Escolar e Educacional*, 14(1), 131–138. <https://doi.org/10.1590/S1413-85572010000100014>
- Bleidorn, W., Schwaba, T., Denissen, J. J. A., & Hopwood, C. J. (2021). Charting self-esteem during marital dissolution. *Journal of Personality*, 89(1), 9–22. <https://doi.org/10.1111/jopy.12525>
- Brito, C. C., & Oliveira, M. T. (2013). Bullying and self-esteem in adolescents from public schools. *Jornal de Pediatria*, 89(6), 601–607. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2013.04.001>
- Brown, J. D., & Marshall, M. A. (2006). The Three Faces of Self-Esteem. In M. Kernis (Ed.), *Self-esteem issues and answers: A sourcebook of current perspectives* (pp. 4-9). Psychology Press.
- Carvalho, P. H. B., Oliveira, F. C., Neves, C. M., Meireles, J. F. F., Lopes, V. G. V., & Ferreira, M. E. C. (2016). Busca pela "muscularidade" e variáveis associadas em adultos jovens. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 22(2), 118–121. <https://doi.org/10.1590/1517-869220162202142544>
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. W. H. Freeman.
- Coopersmith, S. (1989). *Coopersmith - self-esteem Inventory*. Consulting Psychologists Press.
- Fortes, L. S., Meireles, J. F. F., Neves, C. M., Almeida, S. S., & Ferreira, M. E. C. (2015). Autoestima, insatisfação corporal e internalização do ideal de magreza influenciam os comportamentos de risco para transtornos alimentares?. *Revista De Nutrição*, 28(3), 253–264. <https://doi.org/10.1590/1415-52732015000300003>
- Gobitta, M., & Guzzo, R. S. L. (2002). Estudo inicial do inventário de Auto-Estima (SEI): Forma A. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), 143–150. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722002000100016>
- Harter, S. (2006). Developmental and Individual Difference Perspectives on Self-Esteem. In D. K. Mroczek & T. D. Little (Eds.), *Handbook of personality development* (pp. 311–334). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Harter, S., & Whitesell, N. R. (2003). Beyond the Debate: Why Some Adolescents Report Stable Self-Worth Over Time and Situation, Whereas Others Report Changes in

- Self-Worth. *Journal of Personality*, 71(6), 1027–1058.  
<https://doi.org/10.1111/1467-6494.7106006>
- Hutz, C. S., & Zanon, C. (2011). Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg: Revision of the adaptation, validation, and normatization of the Roserberg self-esteem scale. *Avaliação Psicológica*, 10(1), 41–49.
- James, W. (1890). *The principles of psychology*. Vol I. Henry Holt and Co.  
<https://doi.org/10.1037/10538-000>
- Kernis, M. H. (2005). Measuring self-esteem in context: the importance of stability of self-esteem in psychological functioning. *Journal of personality*, 73(6), 1569–1605.  
<https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2005.00359.x>
- Liang, D., Xu, D., Xia, L., & Ma, X. (2020). Life satisfaction in Chinese rural-to-urban migrants: Investigating the roles of self-esteem and affect balance. *Journal of Community Psychology*, 48(5), 1651–1659. <https://doi.org/10.1002/jcop.22360>
- Liu, S. Y., Wrosch, C., Miller, G. E., & Pruessner, J. C. (2014). Self-esteem change and diurnal cortisol secretion in older adulthood. *Psychoneuroendocrinology*, 41, 111-120.  
<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2013.12.010>
- Liu, S. Y., Wrosch, C., Morin, A. J. S., Quesnel-Vallée, A., & Pruessner, J. C. (2019). Changes in self-esteem and chronic disease across adulthood: A 16-year longitudinal analysis. *Social Science & Medicine*, 242, 112600.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112600>
- Maia, M. F. M., Lima, C. A. G., Miranda Neto, J. T., Silva, J. R., & Campos, L. R. (2012). Autoestima e bem estar em pessoas com idades dos 18 aos 20 anos. *Motricidade*, 8(2), 1076-1080. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273023568136>
- Marrone, D. B. D., Souza, L. K., & Hutz, C. S. (2019). O Uso de Escalas Psicológicas para Avaliar Autoestima. *Revista Avaliação Psicológica*, 18(03).  
<https://doi.org/10.15689/ap.2019.1803.15982.02>
- McGuire, S., Manke, B., Saudino, K. J., Reiss, D., Hetherington, E. M., & Plomin, R. (1999). Perceived Competence and Self-Worth during Adolescence: A Longitudinal Behavioral Genetic Study. *Child Development*, 70(6), 1283–1296.  
<https://doi.org/10.1111/1467-8624.00094>
- Meira, S. S., Vilela, A. B. A., Casotti, C. A., & Silva, D. M. (2017). Autoestima e fatores associados às condições sociais em idosos Self esteem and factors associated with social conditions in the elderly. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 9(3), 738–744. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.738-744>

- Neiss, M. B., Sedikides, C., & Stevenson, J. (2002). Self-esteem: A behavioural genetic perspective. *European Journal of Personality*, *16*(5), 351–367.  
<https://doi.org/10.1002/per.456>
- Niveau, N., New, B., & Beaudoin, M. (2021). Self-esteem Interventions in Adults – A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Research in Personality*, *94*, 104131. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2021.104131>
- Ogihara, Y. (2019). A decline in self-esteem in adults over 50 is not found in Japan: Age differences in self-esteem from young adulthood to old age. *BMC Research Notes*, *12*(1), 274. <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4289-x>
- Oliveira, K. S., & Nakano, T. C. (2023). Desafios da avaliação psicológica na perspectiva das três ondas da psicologia positiva. In K. S. Oliveira, C. T. Reppold, E. M. Peixoto, & D. S. Zanini (Orgs.), *Avaliação em psicologia positiva: fundamentos e integração na prática profissional* (p. 25-37). Vozes.
- Orth, U., & Robins, R. W. (2022). Is high self-esteem beneficial? Revisiting a classic question. *American Psychologist*, *77*(1), 5–17. <https://doi.org/10.1037/amp0000922>
- Orth, U., Dapp, L. C., Erol, R. Y., Krauss, S., & Luciano, E. C. (2021). Development of domain-specific self-evaluations: A meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, *120*(1), 145–172.  
<https://doi.org/10.1037/pspp0000378>
- Orth, U., Erol, R. Y., & Luciano, E. C. (2018). Development of self-esteem from age 4 to 94 years: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, *144*(10), 1045–1080. <https://doi.org/10.1037/bul0000161>
- Orth, U., Robins, R. W., & Widaman, K. F. (2012). Life-span development of self-esteem and its effects on important life outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, *102*, 1271–1288. <https://doi.org/10.1037/a0025558>
- Paixão, R. F., Patias, N. D., & Dell’Aglío, D. D. (2018). Self-esteem and Symptoms of Mental Disorder in the Adolescence: Associated Variables. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *34*, e34436. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e34436>
- Robins, R. W., Tracy, J. L., Trzesniewski, K., Potter, J., & Gosling, S. D. (2001). Personality Correlates of Self-Esteem. *Journal of Research in Personality*, *35*(4), 463–482.  
<https://doi.org/10.1006/jrpe.2001.2324>
- Robins, R. W., Trzesniewski, K. H., Tracy, J. L., Gosling, S. D., & Potter, J. (2002). Global self-esteem across the life span. *Psychology and Aging*, *17*(3), 423–434.  
<https://doi.org/10.1037/0882-7974.17.3.423>

- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton University Press.  
<https://doi.org/10.1515/9781400876136>
- Rossi, A., Panzeri, A., Pietrabissa, G., Manzoni, G. M., Castelnuovo, G., & Mannarini, S. (2020). The Anxiety-Buffer Hypothesis in the Time of COVID-19: When Self-Esteem Protects From the Impact of Loneliness and Fear on Anxiety and Depression. *Frontiers in Psychology, 11*:2177. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02177>
- Sahlan, R. N., Williams, B. M., Forrest, L. N., Saunders, J. F., Fitzsimmons-Craft, E. E., & Levinson, C. A. (2021). Disordered eating, self-esteem, and depression symptoms in Iranian adolescents and young adults: A network analysis. *Int J Eat Disord, 54*(1), 132–147. <https://doi.org/10.1002/eat.23365>
- Sbicigo, J. B., Bandeira, D. R., & Dell’Aglío, D. D. (2010). Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): Validade fatorial e consistência interna. *Psico-USF, 15*(3), 395–403. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712010000300012>
- Shavelson, R. J., Hubner, J. J., & Stanton, G. C. (1976). Self-Concept: Validation of Construct Interpretations. *Review of Educational Research, 46*(3), 407–441.  
<https://doi.org/10.3102/00346543046003407>
- Stein, J. A., Newcomb, M. D., & Bentler, P. M. (1992) The effect of agency and communality on self-esteem: Gender differences in longitudinal data. *Sex Roles, 26*, 465–483.  
<https://doi.org/10.1007/BF00289869>
- Swann, W. B., Jr., Chang-Schneider, C., & Larsen McClarty, K. (2007). Do people’s self-views matter? Self-concept and self-esteem in everyday life. *American Psychologist, 62*(2), 84–94. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.84>
- Traversini, C. S.. (2009). Autoestima e alfabetização: o que há nessa relação?. *Cadernos de Pesquisa, 39*(137), 577–595. <https://doi.org/10.1590/S0100-15742009000200012>
- Ward, S. (1996). Filling the World with Self-Esteem: A Social History of Truth-Making. *Canadian Journal of Sociology/Cahiers canadiens de sociologie, 21*(1), 1.  
<https://doi.org/10.2307/3341430>
- Will, G. J., Rutledge, R. B., Moutoussis, M., & Dolan, R. J. (2017). Neural and computational processes underlying dynamic changes in self-esteem. *eLife, 6*:e28098.  
<https://doi.org/10.7554/eLife.28098>
- Wong, P. T. P. (2011). Positive psychology 2.0: Towards a balanced interactive model of the good life. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne, 52*(2), 69–81.  
<https://doi.org/10.1037/a0022511>

Zaia, P., Oliveira, K. S., & Nakano, T. de C. (2018). Análise dos Processos Éticos Publicados no Jornal do Conselho Federal de Psicologia. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 38(1), 8–21. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003532016>

## **Estudo 2 - Autoestima e outras variáveis: um estudo correlacional e de diferenças de médias**

### **3.2 Participantes**

A presente pesquisa caracteriza-se como um estudo transversal, composto de modo não aleatório e por conveniência. Os critérios de inclusão adotados para a pesquisa foram: pessoas com idade igual ou superior a 19 anos, de ambos os sexos (masculino e feminino), em qualquer estado civil (solteiro, casado, união estável, divorciado, viúvo), ter acesso a internet, ser alfabetizado, ter autorizado sua participação através do TCLE. Já os critérios de exclusão foram: menor de 19 anos, não ter acesso a internet, não ser alfabetizado, não ter autorizado a participação através do TCLE, apresentar prejuízo funcional ou patologias neurodegenerativas que impossibilitem a compreensão dos instrumentos. Dessa forma, foram considerados aptos os participantes que negarem todas as perguntas referentes à triagem dos critérios de exclusão, previstas no início da aplicação através de respostas com sim/ não.

Diante disso, a amostra foi composta por 218 pessoas de ambos os sexos, sendo o sexo feminino correspondente a (n= 175, 80,2%), a idade média dos participantes foi de 35,7 anos, sendo a idade mínima 19 e máxima 89 com desvio padrão de 12,5. Com relação ao estado civil, (n=106; 48,6%) se declararam casados; (n=95; 43,5%) solteiros; (n= 15; 7%) separados/divorciados; (n=2; 0,9%) viúvos. A classe social predominante da amostra foi C - (renda domiciliar entre R\$ 2,9 mil e R\$ 7,1 mil/ mês) sendo (n= 96; 44%), em seguida as classes B- (renda domiciliar entre R\$ 7,1 mil e R\$ 22 mil/ mês) (n= 68; 31%); D/E- (renda domiciliar até R\$ 2,9 mil/ mês) (n= 39; 18%) e por último classe A- (renda domiciliar superior a R\$ 22 mil/ mês) (n= 15; 7%). Sobre a escolaridade presente na amostra, a maioria caracterizou-se como ensino superior (n= 84; 38%); posteriormente pós-graduação *lato sensu* (78; 36%); ensino médio (42; 19%); ensino fundamental e pós-graduação *stricto sensu* em igual frequência e percentual (n=6; 3%) e que sabiam ler e escrever (n= 2; 1%). Os participantes pertenciam a 9 estados brasileiros, sendo Minas Gerais (n= 188; 86%); São

Paulo (n= 18; 8%); Ceará (n= 5; 2%); Rio Grande do Sul (n=2; 1%); Santa Catarina, Espírito Santo, Rio de Janeiro, Goiás, e Tocantins com mesma frequência e percentual (n= 1; 0,4%).

A amostra foi caracterizada por dois grupos etários, adulto e idoso. Para a seleção desta faixa etária foi considerada a legislação nacional, na qual o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA, Lei 8.069, 1990) considera adolescente a faixa etária de 12 a 18 anos e o Estatuto da Pessoa Idosa (Lei 10.741, 2003) considera idoso a pessoa com 60 anos ou mais. Visto isso, a fase adulta pode ser compreendida como a faixa etária de 19 a 59 anos. Dessa forma, o grupo adulto com idade correspondente a 19 a 59 anos nesta pesquisa, representa n= 202 e possui um percentual de 92,66%, já o grupo idoso com idade de 60 anos ou mais representa n= 16 e possui um percentual de 7,3%. Ainda que não haja uma homogeneidade do número de participantes por grupo, a abrangência de idade é significativa, o que corresponde a idades que variam de 19 a 89 anos de idade. Observa-se também maior predominância de participantes do sexo feminino, em ambos o grupos etários, correspondendo a 164 no grupo de 19 a 59 e 11 no grupo de 60+.

No que diz respeito ao estado civil a amostra se distribuiu entre solteiro(a), casado(a)/união estável, divorciado(a) separado e viúvo. Sendo que a maior frequência e percentual esteve relacionado ao estado civil casado(a)/união estável (n=106 e 48,6%), e do sexo feminino (n= 86 e 49,1%).

A classe social com maior predominância foi a classe C (n= 96 e 44%) e do sexo feminino (n= 81 e 46,2%). Com relação à escolaridade, uma maior frequência e percentual com curso superior (n= 84; 38,5%) e público feminino de (n= 67 e 38,3%). A caracterização da amostra por estado foi coerente ao que se esperava, visto que a pesquisadora reside neste estado e por se tratar de participantes por conveniência era previsto este resultado, portanto o estado de Minas Gerais obteve maior frequência e percentual (n=188 e 86,2%) e público feminino de (n= 148 e 84,6%).

Quando perguntados se possuíam algum transtorno mental a amostra respondeu em sua maioria que não (n= 172 e 78,9%) , se possuíam doença crônica a maioria também respondeu que não (n= 176 e 80,7%), se já fizeram algum procedimento estético (n=156 e 71,6% ) disseram que não e por último se teriam interesse em realizar algum procedimento estético, por uma diferença muito pequena, a maioria disse que não (n= 111 e 50,9%) enquanto (n= 107 e 49,08%) disseram que sim. Os dados podem ser observados através da tabela a seguir:

**Tabela 2***Características sociodemográficas por sexo*

		Feminino		Masculino		Total	
		N	%	N	%	N	%
Grupo etário	19 a 59	164	93,7	38	88,4	202	92,7
	60+	11	6,3	5	11,6	16	7,3
	Total	175	100,0	43	100,0	218	100,0
Estado civil	Solteiro(a)	74	42,3	21	48,8	95	43,6
	Casado(a)/ união estável	86	49,1	20	46,5	106	48,6
	Divorciado(a)/ separado	13	7,4	2	4,7	15	6,9
	Viúvo	2	1,1	0	0,0	2	0,9
	Total	175	100,0	43	100,0	218	100,0
Classe Social	Classe A	14	8,0	1	2,3	15	6,9
	Classe B	49	28,0	19	44,2	68	31,2
	Classe C	81	46,3	15	34,9	96	44,0
	Classe D/E	31	17,7	8	18,6	39	17,9
	Total	175	100,0	43	100,0	218	100,0

(Continua)

**Tabela 2***Características sociodemográficas por sexo (Continuação)*

		Feminino		Masculino		Total	
		N	%	N	%	N	%
Escolaridade	Sabe ler e escrever	2	1,1	0	0,0	2	0,9
	Ensino fundamental	5	2,9	1	2,3	6	2,8
	Ensino médio	29	16,6	13	30,2	42	19,3
	Superior	67	38,3	17	39,5	84	38,5
	Pós-graduação lato sensu	67	38,3	11	25,6	78	35,8
	Pós-graduação stricto sensu	5	2,9	1	2,3	6	2,8
	Total	175	100,0	43	100,0	218	100,0
Estado	Minas Gerais	148	84,6	40	93,0	188	86,2
	São Paulo	17	9,7	1	2,3	18	8,3
	Rio Grande do Sul	1	0,6	1	2,3	2	0,9
	Ceará	4	2,3	1	2,3	5	2,3
	Santa Catarina	1	0,6	0	0,0	1	0,5

(Continua)

**Tabela 2***Características sociodemográficas por sexo (Continuação)*

		Feminino		Masculino		Total	
		N	%	N	%	N	%
Estado	Espírito Santo	1	0,6	0	0,0	1	0,5
	Rio de Janeiro	1	0,6	0	0,0	1	0,5
	Tocantins	1	0,6	0	0,0	1	0,5
	Goiás	1	0,6	0	0,0	1	0,5
	Total	175	100,0	43	100,0	218	100,0
Possui transtorno mental	Sim	44	25,1	2	4,7	46	21,1
	Não	131	74,9	41	95,3	172	78,9
	Total	175	100,0	43	100,0	218	100,0
Possui doença crônica	Sim	40	22,9	2	4,7	42	19,3
	Não	135	77,1	41	95,3	176	80,7
	Total	175	100,0	43	100,0	218	100,0
Já fez procedimento estético	Sim	57	32,6	5	11,6	62	28,4
	Não	118	67,4	38	88,4	156	71,6
	Total	175	100,0	43	100,0	218	100,0

(Continua)

**Tabela 2***Características sociodemográficas por sexo (Continuação)*

		Feminino		Masculino		Total	
		N	%	N	%	N	%
Tem vontade de realizar procedimento estético	Sim	99	56,6	8	18,6	107	49,1
	Não	76	43,4	35	81,4	111	50,9
	Total	175	100,0	43	100,0	218	100,0

*Nota.* Classe social A (renda domiciliar superior a R\$ 22 mil/ mês); B (renda domiciliar entre R\$ 7,1 mil e R\$ 22 mil/ mês); C renda domiciliar entre R\$ 2,9 mil e R\$ 7,1 mil/ mês); D/E (renda domiciliar até R\$ 2,9 mil/ mês).

Quando perguntados sobre qual transtorno possuíam àqueles que responderam que tinham algum transtorno mental, a grande maioria esteve relacionada ao Transtorno de ansiedade (n= 18 e 39%), com maior número o sexo feminino (n= 17 e 38,6%). Conforme tabela abaixo.

**Tabela 3***Frequência dos transtornos psiquiátricos por sexo*

	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Dislexia	1	2,3%	0	0,0%	1	2,2%
Transtorno Afetivo Bipolar	1	2,3%	1	50,0%	2	4,3%
Transtorno Alimentar	2	4,5%	0	0,0%	2	4,3%
Transtorno Alimentar e Depressão	1	2,3%	0	0,0%	1	2,2%
Transtorno de Ansiedade	17	38,6%	1	50,0%	18	39,1%

(Continua)

**Tabela 3***Frequência dos transtornos psiquiátricos por sexo (Continuação)*

	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Transtorno Déficit de Atenção e Hiperatividade	2	4,5%	0	0,0%	2	4,3%
Transtorno Depressivo	8	18,2%	0	0,0%	8	17,4%
Transtorno Depressivo e Transtorno de Ansiedade	9	20,5%	0	0,0%	9	19,6%
Transtorno do Estresse Pós-Traumático	2	4,5%	0	0,0%	2	4,3%
Transtorno por Abuso de substância	1	2,3%	0	0,0%	1	2,2%
Total	44	100%	2,0	100%	46,0	100%

Quando perguntados sobre qual doença possuíam àqueles que responderam que tinham alguma doença crônica, a grande maioria respondeu que problemas com tireóide (n= 11 e 26%), com maior número o sexo feminino (n= 11 e 27%), vide tabela abaixo.

**Tabela 4***Frequências de doença crônica por sexo*

	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Artrite psoríase e fibromialgia	1	2,5%	0	0,0%	1	2,4%
Asma	9	22,5%	0	0,0%	9	21,4%
Bronquite	1	2,5%	0	0,0%	1	2,4%
Bronquite e Asma	1	2,5%	0	0,0%	1	2,4%
Bronquite e rinite	1	2,5%	0	0,0%	1	2,4%
Diabetes e Hipertensão	2	5,0%	0	0,0%	2	4,8%

(Continua)

**Tabela 4***Frequências de doença crônica por sexo (Continuação)*

	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Endometriose	1	2,5%	0	0,0%	1	2,4%
Enxaqueca	2	5,0%	0	0,0%	2	4,8%
Hidronefrose	1	2,5%	0	0,0%	1	2,4%
Hipertensão	6	15,0%	1	50,0%	7	16,7%
Problemas cardíacos	1	2,5%	1	50,0%	2	4,8%
Problemas com tireóide	11	27,5%	0	0,0%	11	26,2%
Psoríase	1	2,5%	0	0,0%	1	2,4%
Retocolite ulcerativa	1	2,5%	0	0,0%	1	2,4%
Ritine	1	2,5%	0	0,0%	1	2,4%
Total	40	100,0%	2	100,0%	42	100,0%

A maior frequência encontrada por procedimentos estéticos já realizados pela amostra, relacionou-se ao uso da toxina botulínica (n= 18 e 29%), sendo o sexo feminino com maior destaque (n= 15 e 26%). O detalhamento destes dados encontra-se na Tabela 5.

**Tabela 5***Frequências de procedimentos estéticos já realizados por sexo*

	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Bariátrica	1	1,8%	0	0,0%	1	1,6%
Bichectomia, harmonização facial e hidrolipo enzimática	1	1,8%	0	0,0%	1	1,6%
Carboxiterapia e radiofrequência	1	1,8%	0	0,0%	1	1,6%

(Continua)

**Tabela 5***Frequências de procedimentos estéticos já realizados por sexo (Continuação)*

	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Gengivoplastia	1	1,8%	0	0,0%	1	1,6%
Ginecomastia	0	0,0%	1	20,0%	1	1,6%
Lipo	1	1,8%	0	0,0%	1	1,6%
Lipo e mamoplastia	2	3,5%	0	0,0%	2	3,2%
Lipo e mastopexia	1	1,8%	0	0,0%	1	1,6%
Mamoplastia	10	17,5%	0	0,0%	10	16,1%
Mastopexia, carboxiterapia, clareamento	1	1,8%	0	0,0%	1	1,6%
Microagulhamento	3	5,3%	1	20,0%	4	6,5%
Microagulhamento, criolipólise, pump up	2	3,5%	0	0,0%	2	3,2%
Micropigmentação	3	5,3%	0	0,0%	3	4,8%
Otoplastia	2	3,5%	0	0,0%	2	3,2%
Peeling, escleroterapia	1	1,8%	0	0,0%	1	1,6%
Rinoplastia	5	8,8%	0	0,0%	5	8,1%
Toxina botulínica	15	26,3%	3	60,0%	18	29,0%
Toxina botulínica e mamoplastia	3	5,3%	0	0,0%	3	4,8%
Toxina botulínica e microagulhamento	1	1,8%	0	0,0%	1	1,6%
Toxina botulínica, enxertia glútea, preenchimento labial.	1	1,8%	0	0,0%	1	1,6%
Toxina botulínica, harmonização facial	1	1,8%	0	0,0%	1	1,6%
Toxina botulínica, laser em manchas	1	1,8%	0	0,0%	1	1,6%
Total	57	100,0%	5	100,0%	62	100,0%

Por outro lado, conforme pode ser observado na Tabela 6, diante os procedimentos estéticos em que a amostra deseja realizar o que mais predomina é mamoplastia (n= 19 e 18%) também com maior frequência os participantes do sexo feminino (n= 19 e 19%).

**Tabela 6**

*Frequências de procedimentos estéticos que desejam serem realizados por sexo*

	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Abdominoplastia	8	8,1%	0	0,0%	8	7,5%
Abdominoplastia, lipoaspiração	0	0,0%	1	12,5%	1	0,9%
Abdominoplastia, mamoplastia, lipo	1	1,0%	0	0,0%	1	0,9%
Abdominoplastia, mamoplastia, rinoplastia	1	1,0%	0	0,0%	1	0,9%
Bichectomia	3	2,0%	0	0,0%	3	2,8%
Bichetomia, mamoplastia	1	1,0%	0	0,0%	1	0,9%
Blefaroplastia	5	5,1%	0	0,0%	5	4,7%
Harmonização facial	4	4,0%	2	25,0%	6	5,6%
Harmonização fâcial, lipo e mamoplastia	1	1,0%	0	0,0%	1	0,9%
Lente dental	0	0,0%	2	25,0%	2	1,9%
Lipo	5	5,1%	0	0,0%	5	4,7%
Lipo de papada	1	1,0%	0	0,0%	1	0,9%
Mamoplastia	19	19,2%	0	0,0%	19	17,8%
Mamoplastia e bariátrica	1	1,0%	0	0,0%	1	0,9%
Mamoplastia e lipo	5	5,1%	0	0,0%	5	4,7%
Mamoplastia e microagulhamento	1	1,0%	0	0,0%	1	0,9%
Mamoplastia, rinoplastia, lipo	1	1,0%	0	0,0%	1	0,9%
Mamoplastia, toxina botulínica e harmonização facial	6	6,1%	0	0,0%	6	5,6%

(Continua)

**Tabela 6**

*Frequências de procedimentos estéticos que desejam serem realizados por sexo*  
(Continuação)

	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Mastopexia	2	2,0%	0	0,0%	2	1,9%
Mastopexia e lipo	3	3,0%	0	0,0%	3	2,8%
Microagulhamento	2	2,0%	0	0,0%	2	1,9%
Microderme	1	1,0%	0	0,0%	1	0,9%
Otoplastia	1	1,0%	0	0,0%	1	0,9%
Rinoplastia	7	7,1%	2	25,0%	9	8,4%
Rinoplastia e otoplastia	2	2,0%	0	0,0%	2	1,9%
Rinoplastia e toxina botulínica	1	1,0%	0	0,0%	1	0,9%
Rinoplastia, abdominoplastia	1	1,0%	0	0,0%	1	0,9%
Rinoplastia, lipo, harmonização facial	1	1,0%	0	0,0%	1	0,9%
Rinoplastia, toxina botulínica e harmonização facial	1	1,0%	0	0,0%	1	0,9%
Septoplastia, otoplastia	2	2,0%	0	0,0%	2	1,9%
Toxina botulínica	12	12,1%	1	12,5%	13	12,1%
Total	99	99,0%	8	100,0%	107	100,0%

Como se pode perceber a composição da amostra buscou abranger dados que pudessem ser representativos de grande parte da população, como por exemplo faixa etária, classe social, escolaridade, estado civil, localização no país entre outros. Contudo vale ressaltar que os resultados obtidos devem ser observados com parcimônia, uma vez que a amostragem não se deu de forma aleatória, mas sim, por conveniência. Deste modo, há neste estudo as limitações típicas deste tipo de recrutamento amostral.

### 3.3 Instrumentos

Os instrumentos utilizados foram questionários e escalas de autorrelato. Visto que pesquisas com grandes amostras, os questionários são as ferramentas mais viáveis para utilização, além de apresentarem um método fácil de aplicação e baixo custo operacional (Fortes et al., 2014) . Dessa forma, foram utilizados para este estudo os seguintes instrumentos:

- Questionário de dados sociodemográficos, com objetivo de caracterização da amostra, contou com dados como: idade, sexo, estado civil, classe social, localização, escolaridade, transtorno mental, doença crônica, cirurgias estéticas (Anexo 1).
- Escala de Autoestima Rosenberg versão adaptada por Hutz e Zanon (2011): é uma escala de autorrelato, tipo Likert de 4 pontos (Discordo totalmente = 1, Discordo = 2, Concordo = 3, Concordo totalmente = 4) validada para o contexto brasileiro em adolescentes e adultos com um alfa de Cronbach de 0,90 o que apresenta ter dados psicométricos adequados (Pereira et al., 2018). A escala de autoestima é uma medida unidimensional constituída por dez afirmações relacionadas a um conjunto de sentimentos de autoestima e auto aceitação que avalia a autoestima global (Anexo 3).
- *Body Shape Questionnaire*, tem a proposta de mensurar a preocupação com a forma e o peso corporal e enfatizar o aspecto afetivo da imagem corporal. A adaptação e validação para o público de adolescentes em português foi realizada por Di Pietro e Silveira (2008) com alfa de Cronbach de 0,97. Além disso é possível encontrar na literatura a utilização da escala em outros públicos, como universitários do sexo feminino com idade média de 20 anos (Silva et al., 2016), adultos de ambos os sexos com idade entre 18 a 59 anos (Escobar, 2022), adultos ambos os sexos com idade média de 30 anos (Fochesatto, 2020) , adultos e idosos (Costa et al., 2019) (Anexo 4). Destaca-se que quanto maior a pontuação na escala maior a insatisfação corporal.
- Escala de Afeto Positivo e Negativo adaptada por Zanon et al. (2013) composta por 20 itens, com coeficiente alfa 0,83 para afetos positivos (AP) e 0,77 para os negativos (AN). As opções de resposta da escala possuem um formato de escala Likert de cinco pontos, variando entre “nem um pouco”, "um pouco", "moderadamente", "bastante" e “extremamente”. Com o objetivo de identificar como cada indivíduo se sente considerando afetos positivos como entusiástica, ativa e alerta, e afetos negativos com

uma variedade de estados de humor aversivos, incluindo raiva, culpa, desgosto, medo (Watson et al., 1988) (Anexo 5).

- Bateria Fatorial de Personalidade (Nunes et al., 2010). Este instrumento, composto por 126 itens foi construído para avaliação da personalidade a partir do modelo dos Cinco Grandes Fatores (CGF/BIG FIVE), com precisão por alfa de Cronbach de 0,89 (neuroticismo), 0,84 (extroversão), 0,85 (socialização), 0,83 (realização) e 0,74 (abertura) (Anexo 6). Este instrumento é de uso exclusivo de psicólogos.
- Índice de Saúde Mental (ISM-5; *Five-item Mental Health Index, MHI-5*) , versão brasileira adaptada por Damásio *et al.* (2014) , composta por 5 itens aplicável para ambos os sexos, faixa etária entre adulto e idoso e com alfa de Cronbach de 0.86 (Anexo 7).

### 3.4 Procedimentos

Para esta pesquisa, a coleta de dados foi realizada na modalidade *online*, com amostra de 218 participantes, cujos critérios foram atendidos para inclusão. O tempo médio para preenchimento de todos os instrumentos incluindo o questionário sociodemográfico foi de aproximadamente 45 minutos. A seleção da amostra foi feita a partir de conveniência, dessa forma, todos os participantes tiveram caráter voluntário e sem nenhum tipo de financiamento. O recrutamento dos participantes foi feito mediante o compartilhamento do link de acesso a pesquisa pela pesquisadora, em suas redes sociais, convidando-os para a colaboração. Todas as perguntas eram obrigatórias, e o cadastramento não permitia inclusão de formulários incompletos. Dessa maneira, não houve omissão de dados. Foi realizada a inspeção de *outliers* no banco de dados e não foi encontrada qualquer suspeição para exclusão de dados . A coleta foi realizada entre 17/07/2023 a 04/09/2023 e todos os dados preenchidos foram armazenados em um banco de dados confidenciais e permanecerão pelo período de 5 anos. Após este período, os arquivos serão destruídos. O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais- UFMG com aprovação (CAAE 68357523.20000.5149).

### 3.5 Análise de dados

Inicialmente, foram realizadas análises descritivas dos dados, buscando verificar as características da amostra, em relação a sua frequência e porcentagem. Ainda, buscando visualizar as pontuações dos participantes nos instrumentos, foram calculadas as médias e desvio-padrão para o total de todas as escalas (autoestima, afetos, saúde mental, personalidade e insatisfação corporal).

Para verificar se há diferenças de médias entre o sexo, grupo etário, participantes com e sem diagnóstico psiquiátrico ou de doença crônica e participantes que já realizaram algum procedimento estético ou possuem vontade de realizá-lo em relação aos níveis de autoestima, afetos, saúde mental, personalidade e insatisfação corporal, foi realizado um teste t para amostras independentes. Foi analisada a normalidade dos dados através do teste de Shapiro-Wilk. Ainda, foi verificada a homocedasticidade (ou homogeneidade) por meio do teste de Levene. Para testes com variâncias homogêneas ou heterogêneas, utilizou-se a correção de Welch, visto que tal procedimento se mostra adequado e robusto para as duas condições (Delacre et al., 2019). Ainda, para os dados que não apresentaram normalidade ( $p < 0,05$ ) e que são heterogêneos ( $p < 0,05$ ) foi utilizado a versão não paramétrica do teste (Mann-Whitney U) para comparação. Foi calculado também o tamanho de efeito para os resultados, sendo que sua interpretação é, segundo Espírito-Santo e Daniel (2015): 0,19 ou menos o efeito é insignificante, efeito pequeno entre 0,20 e 0,49, efeito médio 0,50 e 0,79, efeito grande entre 0,80 e 1,29 e efeito muito grande é de 1,30 ou maior.

Ainda para verificação das diferenças de médias, foi realizada uma análise de variância de uma via (ANOVA One-Way) com o objetivo de avaliar se há diferenças nos níveis de autoestima, afetos, saúde mental, personalidade e insatisfação corporal entre pessoas de diferentes estados civis, classes sociais e escolaridades. A normalidade dos dados foi avaliada por meio do teste de Shapiro-Wilk, assim como, para avaliar o pressuposto de homogeneidade de variância foi realizado o teste de Levene. Com os dados homogêneos ou heterogêneos foi solicitada a correção de Welch, visto que tal correção se mostra adequada para ambas as opções (Delacre et al., 2019). Ainda, para dados que não possuem normalidade e são heterogêneos foi realizada a análise em sua versão não paramétrica (Kruskall-Wallis) para comparação. Para analisar o *post-hoc* foi utilizado a técnica de Tukey para dados homogêneos e Games-Howell para dados heterogêneos (Lee & Lee, 2018).

Por fim, para verificar as relações entre os escores das escalas, foi realizada análise de correlação. Os dados obtidos pela análise foram interpretados por meio dos valores dos coeficientes de correlação, sendo considerados como indicadores fracos valores inferiores a 0,30, valores entre 0,30 e 0,50 considerados moderados, já valores entre 0,50 e 0,80 são indicadores fortes e, por fim, os valores superiores a 0,80 interpretados como muito forte (Valentini & Laros, 2012). Destaca-se que para escolha do método de análise de correlação foi verificada a normalidade dos dados, onde, não possuindo, foi utilizado o rho de Spearman.

Ainda, todas as análises foram realizadas através do software Jamovi versão 2.3.28 (*The Jamovi Project, 2022*).

#### 4 Resultados

Primeiramente foram realizadas as análises descritivas das pontuações nas escalas para toda a amostra, para isso, foram elaborados as Tabelas 7 a 15, visando facilitar a visualização. Abaixo encontra-se a tabela referente as informações separadas por sexo.

**Tabela 7**

*Descritivos dos totais nas escalas por sexo*

Escala	Feminino				Masculino				Total			
	N	Média	Erro	DP	N	Média	Erro	DP	N	Média	Erro	DP
AE	175	30,6	0,5	6,5	43	30,2	1,0	6,9	218	30,5	0,4	6,6
AP	175	31,1	0,5	6,8	43	33,0	0,9	5,7	218	31,4	0,5	6,6
AN	175	26,4	0,5	6,1	43	26,6	1,1	7,0	218	26,5	0,4	6,2
MHI	175	15,8	0,1	1,9	43	16,3	0,3	1,9	218	15,9	0,1	1,9
NEU	175	108,2	2,1	27,3	43	106,0	4,8	31,5	218	107,7	1,9	28,1
EXT	175	100,5	1,9	25,3	43	100,4	3,4	22,0	218	100,4	1,7	24,7
SOC	175	153,4	1,2	16,4	43	143,1	2,3	15,1	218	151,4	1,1	16,6
REA	175	105,5	1,3	17,2	43	98,7	2,6	16,9	218	104,1	1,2	17,3
ABE	175	96,7	1,3	17,0	43	98,2	2,4	16,1	218	97,0	1,1	16,8
BS	175	101,2	2,3	30,8	43	85,5	4,6	29,9	218	98,1	2,10	31,2

*Nota.* AE = Autoestima; AP = Afetos positivos; AN = Afetos negativos; MHI = Saúde mental; NEU = Neuroticismo; EXT = Extroversão; SOC = Socialização; REA = Realização; ABE = Abertura; BS = *Body Shape*.

Como é possível observar na Tabela 7, o grupo feminino apresentou médias superiores em comparação ao grupo masculino nas medidas de autoestima, neuroticismo, extroversão, socialização, realização e *body shape*. Por sua vez, o grupo masculino apresentou médias superiores, em comparação ao grupo feminino para as medidas de afetos positivos e negativos, saúde mental e abertura. Também foi feita a análise descritiva referente ao grupo etário, conforme observa-se abaixo, na Tabela 8.

**Tabela 8***Descritivos dos totais nas escalas por grupo etário*

Escala	19 a 59 anos				60+ anos				Total			
	N	Média	Erro	DP	N	Média	Erro	DP	N	Média	Erro	DP
AE	202	30,0	0,5	6,5	16	36,6	0,9	3,7	218	30,5	0,4	6,6
AP	202	31,4	0,5	6,7	16	31,8	1,6	6,4	218	31,4	0,5	6,6
AN	202	26,7	0,4	6,3	16	23,3	1,2	4,7	218	26,5	0,4	6,2
MHI	202	15,8	0,1	1,9	16	16,3	0,5	2,0	218	15,9	0,1	1,9
NEU	202	108,6	2,0	28,4	16	96,5	5,6	22,3	218	107,7	1,9	28,1
EXT	202	100,5	1,8	25,1	16	99,4	4,7	18,7	218	100,4	1,7	24,7
SOC	202	151,4	1,2	16,5	16	151,6	4,7	19,0	218	151,4	1,1	16,6
REA	202	104,5	1,2	17,5	16	99,2	3,8	15,0	218	104,1	1,2	17,3
ABE	202	97,3	1,2	17,0	16	92,9	3,3	13,0	218	97,0	1,1	16,8
BS	202	100,0	2,2	30,6	16	74,9	7,5	30,2	218	98,1	2,10	31,2

*Nota.* AE = Autoestima; AP = Afetos positivos; AN = Afetos negativos; MHI = Saúde mental; NEU = Neuroticismo; EXT = Extroversão; SOC = Socialização; REA = Realização; ABE = Abertura; BS = *Body Shape*.

Como é possível observar na Tabela 8, o grupo de 19 a 59 anos apresentou médias superiores em comparação ao grupo de 60 anos ou mais nas medidas de afetos negativos, neuroticismo, extroversão, realização, abertura e *body shape*. Ainda, o grupo de 60 anos ou mais apresentou médias superiores, em comparação ao grupo de 19 a 59 anos, para as medidas de autoestima, saúde mental e socialização. Abaixo, na Tabela 9, foram analisados descritivamente os dados através da divisão por estado civil.

**Tabela 9***Descritivos dos totais nas escalas por estado civil*

Escala	Estado Civil	N	Média	Erro	DP
AE	Solteiro(a)	95	29.0	0.7	6.5
	Casado(a)/União estável	106	31.2	0.6	6.5
	Divorciado(a)/Separado	15	34.5	1.0	3.9
	Viúvo(a)	2	40.0	0.0	0.0
	Total	218	30,5	0,4	6,6
AP	Solteiro(a)	95	31.3	0.7	6.9
	Casado(a)/União estável	106	31.3	0.6	6.6
	Divorciado(a)/Separado	15	33.7	1.4	5.4
	Viúvo(a)	2	30.5	5.5	7.8
	Total	218	31,4	0,5	6,6
AN	Solteiro(a)	95	27.1	0.7	6.7
	Casado(a)/União estável	106	26.3	0.6	5.8
	Divorciado(a)/Separado	15	23.9	1.6	6.0
	Viúvo(a)	2	21.0	0.0	0.0
	Total	218	26,5	0,4	6,2
MHI	Solteiro(a)	95	15.6	0.2	2.0
	Casado(a)/União estável	106	15.9	0.2	1.8
	Divorciado(a)/Separado	15	17.1	0.4	1.5
	Viúvo(a)	2	16.5	0.5	0.7
	Total	218	15,9	0,1	1,9
NEU	Solteiro(a)	95	112.1	2.9	28.6
	Casado(a)/União estável	106	105.7	2.6	26.8
	Divorciado(a)/Separado	15	94.9	8.2	31.6
	Viúvo(a)	2	107.0	4.0	5.7
	Total	218	107,7	1,9	28,1
EXT	Solteiro(a)	95	98.8	2.7	26.5
	Casado(a)/União estável	106	99.0	2.2	22.8
	Divorciado(a)/Separado	15	117.5	4.9	18.9

(Continua)

**Tabela 9***Descritivos dos totais nas escalas por estado civil (Continuação)*

Escala	Estado Civil	N	Média	Erro	DP
EXT	Viúvo(a)	2	124.5	8.5	12.0
	Total	218	100,4	1,7	24,7
SOC	Solteiro(a)	95	150.7	1.7	16.6
	Casado(a)/União estável	106	151.1	1.6	16.8
	Divorciado(a)/Separado	15	157.6	4.1	15.9
	Viúvo(a)	2	151.0	8.0	11.3
	Total	218	151,4	1,1	16,6
	REA	Solteiro(a)	95	105.8	1.7
REA	Casado(a)/União estável	106	101.7	1.7	17.9
	Divorciado(a)/Separado	15	110.7	3.8	14.8
	Viúvo(a)	2	104.0	2.0	2.8
	Total	218	104,1	1,2	17,3
	ABE	Solteiro(a)	95	101.5	1.6
ABE	Casado(a)/União estável	106	92.4	1.7	17.3
	Divorciado(a)/Separado	15	100.6	3.6	13.9
	Viúvo(a)	2	96.5	5.5	7.8
	Total	218	97,0	1,1	16,8
BS	Solteiro(a)	95	99.5	3.4	32.9
	Casado(a)/União estável	106	98.0	2.9	30.3
	Divorciado(a)/Separado	15	88.4	7.2	27.8
	Viúvo(a)	2	117.0	6.0	8.5
	Total	218	98,1	2,10	31,2

*Nota.* AE = Autoestima; AP = Afetos positivos; AN = Afetos negativos; MHI = Saúde mental; NEU = Neuroticismo; EXT = Extroversão; SOC = Socialização; REA = Realização; ABE = Abertura; BS = Body Shape.

Como é observado na Tabela 9, para o grupo solteiros foi verificado médias superiores aos outros grupos para as medidas de afetos negativos, neuroticismo e abertura. Já para o grupo divorciados/separados as médias foram superiores para as medidas de afetos positivos, saúde mental, socialização e realização. Para os viúvos as médias foram superiores para a

autoestima, extroversão e *body shape*. Destaca-se que o grupo casados/união estável não teve médias superiores nas medidas em relação aos outros grupos. Também foi calculado referente a divisão por classe social, conforme tabela abaixo.

**Tabela 10**

*Descritivos dos totais nas escalas por classe social*

Escala	Classe Social	N	Média	Erro	DP
AE	Classe A	15	30.3	1.9	7.4
	Classe B	68	30.4	0.8	6.7
	Classe C	96	30.6	0.7	6.5
	Classe D/E	39	30.6	1.0	6.4
	Total	218	30,5	0,4	6,6
AP	Classe A	15	33.8	1.7	6.7
	Classe B	68	31.2	0.8	6.3
	Classe C	96	31.1	0.6	6.3
	Classe D/E	39	31.7	1.3	7.8
	Total	218	31,4	0,5	6,6
AN	Classe A	15	26.5	1.3	4.9
	Classe B	68	26.8	0.8	6.6
	Classe C	96	26.3	0.7	6.4
	Classe D/E	39	26.3	1.0	5.9
	Total	218	26,5	0,4	6,2
MHI	Classe A	15	15.4	0.7	2.6
	Classe B	68	15.9	0.2	1.8
	Classe C	96	16.1	0.2	1.8
	Classe D/E	39	15.5	0.3	1.9
	Total	218	15,9	0,1	1,9
NEU	Classe A	15	96.6	6.9	26.7
	Classe B	68	108.4	3.3	26.9
	Classe C	96	108.6	2.9	28.0
	Classe D/E	39	108.7	5.0	31.0
	Total	218	107,7	1,9	28,1

(Continua)

**Tabela 10***Descritivos dos totais nas escalas por classe social (Continuação)*

Escola	Classe Social	N	Média	Erro	DP
EXT	Classe A	15	112.9	7.2	27.9
	Classe B	68	103.9	2.9	23.8
	Classe C	96	96.9	2.5	24.2
	Classe D/E	39	98.4	3.9	24.5
	Total	218	100,4	1,7	24,7
SOC	Classe A	15	157.0	4.8	18.7
	Classe B	68	149.1	2.0	16.7
	Classe C	96	152.0	1.5	15.2
	Classe D/E	39	151.6	3.0	19.0
	Total	218	151,4	1,1	16,6
REA	Classe A	15	109.6	3.5	13.7
	Classe B	68	101.8	2.1	17.4
	Classe C	96	105.4	1.7	16.3
	Classe D/E	39	102.8	3.3	20.4
	Total	218	104,1	1,2	17,3
ABE	Classe A	15	104.1	4.4	17.0
	Classe B	68	95.6	2.2	17.9
	Classe C	96	96.1	1.7	16.3
	Classe D/E	39	98.9	2.5	15.6
	Total	218	97,0	1,1	16,8
BS	Classe A	15	105.0	9.1	35.3
	Classe B	68	103.6	3.9	32.1
	Classe C	96	94.9	3.0	29.7
	Classe D/E	39	94.0	5.0	31.1
	Total	218	98,1	2,10	31,2

*Nota.* AE = Autoestima; AP = Afetos positivos; AN = Afetos negativos; MHI = Saúde mental; NEU = Neuroticismo; EXT = Extroversão; SOC = Socialização; REA = Realização; ABE = Abertura; BS = Body Shape.

Como é observado na Tabela 10, para o grupo classe A foram verificadas médias superiores aos outros grupos para as medidas de afetos negativos, extroversão, socialização, realização e *body shape*. O grupo classe B apresentou médias superiores em relação aos outros grupos para afetos negativos. Para a classe C, foram encontradas médias superiores para as medidas de autoestima e saúde mental. Assim como para a classe D/E foram encontradas médias superiores para as medidas de autoestima e neuroticismo. Em continuidade, a Tabela 11 refere-se à escolaridade dos participantes e suas respectivas médias de pontuações.

**Tabela 11**

*Descritivos dos totais nas escalas por escolaridade*

Escola	Escolaridade	N	Média	Erro	DP
AE	Sabe ler e escrever	2	40.0	0.0	0.0
	Ensino fundamental	6	30.3	1.9	4.5
	Ensino médio	42	31.4	1.1	7.0
	Ensino superior	84	29.0	0.7	6.8
	Pós-graduação lato sensu	78	31.2	0.7	6.1
	Pós-graduação stricto sensu	6	34.0	1.6	3.9
	Total	218	30,5	0,4	6,6
AP	Sabe ler e escrever	2	36.5	9.5	13.4
	Ensino fundamental	6	25.7	1.2	2.9
	Ensino médio	42	30.8	1.1	7.1
	Ensino superior	84	31.0	0.8	6.9
	Pós-graduação lato sensu	78	32.3	0.7	6.0
	Pós-graduação stricto sensu	6	35.3	2.2	5.4
	Total	218	31,4	0,5	6,6
AN	Sabe ler e escrever	2	22.0	3.0	4.2
	Ensino fundamental	6	24.3	2.2	5.4
	Ensino médio	42	26.6	1.1	7.0
	Ensino superior	84	27.4	0.7	6.3
	Pós-graduação lato sensu	78	26.0	0.6	5.7

(Continua)

**Tabela 11***Descritivos dos totais nas escalas por escolaridade (Continuação)*

Escala	Escolaridade	N	Média	Erro	DP
AN	Pós-graduação stricto sensu	6	21.3	2.1	5.2
	Total	218	26,5	0,4	6,2
MHI	Sabe ler e escrever	2	15.5	0.5	0.7
	Ensino fundamental	6	15.3	0.8	1.9
	Ensino médio	42	15.7	0.3	1.9
	Ensino superior	84	15.9	0.2	2.0
	Pós-graduação lato sensu	78	15.9	0.2	1.7
	Pós-graduação stricto sensu	6	17.0	0.7	1.7
	Total	218	15,9	0,1	1,9
	NEU	Sabe ler e escrever	2	94.0	28.0
NEU	Ensino fundamental	6	109.3	11.8	29.0
	Ensino médio	42	109.5	4.7	30.2
	Ensino superior	84	112.9	3.2	29.0
	Pós-graduação lato sensu	78	102.7	2.8	25.1
	Pós-graduação stricto sensu	6	91.2	11.1	27.1
	Total	218	107,7	1,9	28,1
EXT	Sabe ler e escrever	2	106.0	10.0	14.1
	Ensino fundamental	6	79.8	10.3	25.3
	Ensino médio	42	98.9	3.9	25.0
	Ensino superior	84	95.8	2.6	23.5
	Pós-graduação lato sensu	78	106.0	2.7	23.7
	Pós-graduação stricto sensu	6	123.3	11.0	26.8
	Total	218	100,4	1,7	24,7
SOC	Sabe ler e escrever	2	161.0	18.0	25.5
	Ensino fundamental	6	144.0	7.7	18.9
	Ensino médio	42	149.2	2.5	16.0
	Ensino superior	84	149.4	1.9	17.9
	Pós-graduação lato sensu	78	154.7	1.7	15.0

(Continua)

**Tabela 11***Descritivos dos totais nas escalas por escolaridade (Continuação)*

Escala	Escolaridade	N	Média	Erro	DP
SOC	Pós-graduação stricto sensu	6	155.3	6.8	16.6
	Total	218	151,4	1,1	16,6
REA	Sabe ler e escrever	2	103.5	13.5	19.1
	Ensino fundamental	6	89.5	7.9	19.3
	Ensino médio	42	103.8	2.5	16.4
	Ensino superior	84	101.5	2.1	18.8
	Pós-graduação lato sensu	78	107.1	1.7	15.1
	Pós-graduação stricto sensu	6	118.8	5.4	13.1
	Total	218	104,1	1,2	17,3
	ABE	Sabe ler e escrever	2	88.0	2.0
Ensino fundamental		6	82.3	5.8	14.3
Ensino médio		42	98.5	1.9	12.1
Ensino superior		84	95.9	1.9	17.4
Pós-graduação lato sensu		78	98.1	2.1	18.3
Pós-graduação stricto sensu		6	104.8	6.2	15.1
Total		218	97,0	1,1	16,8
BS		Sabe ler e escrever	2	71.5	22.5
	Ensino fundamental	6	71.0	8.1	19.7
	Ensino médio	42	90.2	4.6	30.1
	Ensino superior	84	99.0	3.4	31.4
	Pós-graduação lato sensu	78	105.6	3.4	30.4
	Pós-graduação stricto sensu	6	80.2	10.1	24.8
	Total	218	98,1	2,1	31,2

*Nota.* AE = Autoestima; AP = Afetos positivos; AN = Afetos negativos; MHI = Saúde mental; NEU = Neuroticismo; EXT = Extroversão; SOC = Socialização; REA = Realização; ABE = Abertura; BS = Body Shape.

Como é observado na Tabela 11, o grupo sabe ler e escrever teve médias superiores em relação aos outros grupos para as medidas autoestima, afetos positivos e socialização. Já o grupo de ensino superior obteve médias superiores nas medidas de afetos negativos e

neuroticismo. O grupo de pós-graduação lato sensu teve média maior na escala body shape. Já os participantes do grupo de pós-graduação stricto sensu apresentaram maior média nas medidas de saúde mental, extroversão, realização e abertura. Destaca-se que os grupos ensino fundamental e médio não tiveram médias superiores nas medidas em relação aos outros grupos. Na Tabela 12 os dados foram analisados através da verificação se o participante tinha ou não diagnóstico de transtorno mental.

**Tabela 12**

*Descritivos dos totais nas escalas por diagnóstico transtorno mental*

Escala	Sim				Não				Total			
	N	Média	Erro	DP	N	Média	Erro	DP	N	Média	Erro	DP
AE	46	28,1	1,0	6,7	172	31,2	0,5	6,4	218	30,5	0,4	6,6
AP	46	29,9	1,2	7,8	172	31,9	0,5	6,2	218	31,4	0,5	6,6
AN	46	27,2	0,9	6,2	172	26,3	0,5	6,2	218	26,5	0,4	6,2
MHI	46	15,7	0,3	1,8	172	15,9	0,1	1,9	218	15,9	0,1	1,9
NEU	46	115,0	3,9	26,3	172	105,8	2,2	28,3	218	107,7	1,9	28,1
EXT	46	102,3	3,9	26,2	172	100,0	1,9	24,3	218	100,4	1,7	24,7
SOC	46	151,7	2,6	17,4	172	151,3	1,3	16,5	218	151,4	1,1	16,6
REA	46	107,3	2,9	19,6	172	103,3	1,3	16,6	218	104,1	1,2	17,3
ABE	46	103,1	2,2	15,2	172	95,3	1,3	16,8	218	97,0	1,1	16,8
BS	46	105,1	4,3	28,8	172	96,3	2,4	31,6	218	98,1	2,10	31,2

*Nota.* AE = Autoestima; AP = Afetos positivos; AN = Afetos negativos; MHI = Saúde mental; NEU = Neuroticismo; EXT = Extroversão; SOC = Socialização; REA = Realização; ABE = Abertura; BS = *Body Shape*.

Como é possível observar na Tabela 12, o grupo com diagnóstico de transtorno mental apresentou médias superiores em comparação ao grupo sem diagnóstico de transtorno mental nas medidas de afetos negativos, neuroticismo, extroversão, socialização, realização, abertura e *body shape*. Por sua vez, o grupo sem diagnóstico de transtorno mental apresentou médias superiores, em comparação ao grupo com diagnóstico para as medidas de autoestima, afetos positivos e saúde mental. Ainda, na Tabela 13 foi verificado o diagnóstico de doença crônica, se é existente ou não.

**Tabela 13***Descritivos dos totais nas escalas por diagnóstico doença crônica*

Escala	Sim				Não				Total			
	N	Média	Erro	DP	N	Média	Erro	DP	N	Média	Erro	DP
AE	42	31,8	1,0	6,4	176	30,2	0,5	6,6	218	30,5	0,4	6,6
AP	42	30,4	1,1	7,1	176	31,7	0,5	6,5	218	31,4	0,5	6,6
AN	42	25,5	0,9	6,1	176	26,7	0,5	6,3	218	26,5	0,4	6,2
MHI	42	16,0	0,2	1,5	176	15,9	0,1	1,9	218	15,9	0,1	1,9
NEU	42	106,1	3,7	24,0	176	108,1	2,2	29,1	218	107,7	1,9	28,1
EXT	42	100,1	3,7	24,1	176	100,5	1,9	24,8	218	100,4	1,7	24,7
SOC	42	154,0	2,2	14,6	176	150,7	1,3	17,1	218	151,4	1,1	16,6
REA	42	106,5	3,0	19,5	176	103,6	1,3	16,8	218	104,1	1,2	17,3
ABE	42	96,3	2,7	17,2	176	97,2	1,3	16,7	218	97,0	1,1	16,8
BS	42	98,1	5,3	34,2	176	98,1	2,3	30,6	218	98,1	2,10	31,2

*Nota.* AE = Autoestima; AP = Afetos positivos; AN = Afetos negativos; MHI = Saúde mental; NEU = Neuroticismo; EXT = Extroversão; SOC = Socialização; REA = Realização; ABE = Abertura; BS = *Body Shape*.

Observa-se na Tabela 13, que o grupo com diagnóstico de doença crônica apresentou médias superiores em comparação ao grupo sem diagnóstico de doença crônica nas medidas de autoestima, saúde mental, socialização e realização. Por sua vez, o grupo sem diagnóstico de doença crônica apresentou médias superiores, em comparação ao grupo com diagnóstico para as medidas de afetos positivos e negativos, neuroticismo, extroversão e abertura. Também foi verificada a média da amostra pela realização de procedimento estético através da Tabela 14.

**Tabela 14***Descritivos dos totais nas escalas por realização procedimento estético*

Escala	Sim				Não				Total			
	N	Média	Erro	DP	N	Média	Erro	DP	N	Média	Erro	DP
AE	62	32,1	0,7	5,6	156	29,9	0,5	6,8	218	30,5	0,4	6,6
AP	62	32,5	0,8	6,4	156	31,0	0,5	6,7	218	31,4	0,5	6,6
AN	62	25,4	0,7	5,5	156	26,9	0,5	6,5	218	26,5	0,4	6,2
MHI	62	15,9	0,2	1,7	156	15,9	0,2	1,9	218	15,9	0,1	1,9
NEU	62	102,4	3,0	23,6	156	109,9	2,4	29,5	218	107,7	1,9	28,1
EXT	62	106,5	3,2	25,1	156	98,0	1,9	24,1	218	100,4	1,7	24,7
SOC	62	156,2	2,0	15,9	156	149,4	1,3	16,6	218	151,4	1,1	16,6
REA	62	105,2	2,0	16,1	156	103,7	1,4	17,8	218	104,1	1,2	17,3
ABE	62	99,2	2,2	16,9	156	96,1	1,3	16,7	218	97,0	1,1	16,8
BS	62	101,7	4,0	31,7	156	96,7	2,5	31,0	218	98,1	2,10	31,2

*Nota.* AE = Autoestima; AP = Afetos positivos; AN = Afetos negativos; MHI = Saúde mental; NEU = Neuroticismo; EXT = Extroversão; SOC = Socialização; REA = Realização; ABE = Abertura; BS = *Body Shape*.

Como observado na Tabela 14, o grupo que já realizou procedimento estético apresentou médias superiores ao grupo que não realizou para as medidas autoestima, afetos positivos, extroversão, socialização, realização, abertura e *body shape*. Ainda assim, o grupo que já realizou procedimento estético apresentou médias maiores para as medidas de afetos negativos e neuroticismo. Por fim, foi analisada também a vontade de realizar um procedimento estético, na Tabela 15.

**Tabela 15***Descritivos dos totais nas escalas por vontade de realizar procedimento estético*

Escala	Sim				Não				Total			
	N	Média	Erro	DP	N	Média	Erro	DP	N	Média	Erro	DP
AE	107	29,6	0,6	6,5	111	31,4	0,6	6,6	218	30,5	0,4	6,6
AP	107	31,2	0,7	6,8	111	31,7	0,6	6,5	218	31,4	0,5	6,6
AN	107	27,7	0,6	6,3	111	25,3	0,6	6,0	218	26,5	0,4	6,2
MHI	107	15,9	0,2	1,7	111	15,9	0,2	2,0	218	15,9	0,1	1,9
NEU	107	109,7	2,6	27,1	111	105,8	2,8	29,1	218	107,7	1,9	28,1
EXT	107	104,7	2,3	23,9	111	96,4	2,4	24,8	218	100,4	1,7	24,7
SOC	107	154,3	1,5	16,0	111	148,5	1,6	16,8	218	151,4	1,1	16,6
REA	107	105,7	1,6	16,4	111	102,6	1,7	18,1	218	104,1	1,2	17,3
ABE	107	98,4	1,7	17,2	111	95,6	1,6	16,4	218	97,0	1,1	16,8
BS	107	107,0	2,8	28,8	111	89,6	3,0	31,2	218	98,1	2,10	31,2

*Nota.* AE = Autoestima; AP = Afetos positivos; AN = Afetos negativos; MHI = Saúde mental; NEU = Neuroticismo; EXT = Extroversão; SOC = Socialização; REA = Realização; ABE = Abertura; BS = *Body Shape*.

Como observado na Tabela 15, o grupo que tem vontade de realizar algum procedimento estético apresentou médias superiores ao grupo que não possui vontade para as medidas de afetos negativos, neuroticismo, extroversão, socialização, realização, abertura e *body shape*. Por sua vez, o grupo que já possui vontade de realizar procedimento estético apresentou médias superiores para as medidas de autoestima e afetos positivos.

Após a análise descritiva foram executadas as análises de diferenças de médias para toda a amostra. Inicialmente foi executado um teste *t* para amostras independentes com correção de Welch para todas as informações sociodemográficas que possuem até duas categorias de resposta (Tabela 16), além disso, foi realizado o teste de Shapiro-Wilk para verificar a normalidade dos dados e o teste de Levene para verificar a homogeneidade. Dessa forma, foi verificado que grande parte dos dados possuem pelo menos um pressuposto satisfeito, de modo que optou-se pela condução das análises paramétricas. Abaixo, podemos observar tais informações:

**Tabela 16***Teste-t (Welch) para escalas por informação sociodemográfica*

Escala	<i>t</i>	gl	<i>p</i>	Diferença média	Erro diferença	<i>d</i> de Cohen
<b>Sexo</b>						
AE	0,32	61,90	0,75	0,37	1,16	0,06
AP	-1,96	73,80	0,05	-1,99	1,02	-0,32
AN	-0,18	58,60	0,86	-0,21	1,16	-0,03
MHI	-1,66	63,40	0,10	-0,53	0,32	-0,28
NEU	0,41	58,50	0,68	2,17	5,22	0,07
EXT	0,02	72,00	0,98	0,09	3,86	0,00
SOC	3,93	68,60	< 0,001	10,28	2,61	0,65
REA	2,32	65,00	0,02	6,71	2,89	0,39
ABE	-0,56	67,10	0,58	-1,56	2,76	-0,09
BS	3,08	65,80	0,003	15,76	5,11	0,52
<b>Grupo etário</b>						
AE*	-6,27	23,00	< 0,001	-6,53	1,04	-1,23
AP	-0,24	17,70	0,82	-0,39	1,66	-0,06
AN	2,73	19,60	0,01	3,40	1,25	0,61
MHI	-0,92	17,10	0,37	-0,47	0,51	-0,24
NEU	2,05	19,10	0,05	12,13	5,92	0,48
EXT	0,23	19,60	0,82	1,15	4,99	0,05
SOC	-0,04	16,80	0,97	-0,21	4,88	-0,01
REA	1,35	18,40	0,19	5,33	3,95	0,33
ABE	1,26	19,30	0,22	4,36	3,47	0,29
BS	3,19	17,50	0,01	25,04	7,84	0,82
<b>Transtorno psiquiátrico</b>						
AE	-2,76	68,50	0,01	-3,04	1,10	-0,46
AP	-1,58	61,10	0,12	-1,98	1,25	-0,28
AN	0,87	71,00	0,39	0,90	1,04	0,14
MHI	-0,95	74,90	0,34	-0,28	0,30	-0,16
NEU	2,07	75,40	0,04	9,18	4,44	0,34

(Continua)

**Tabela 16***Teste-t (Welch) para escalas por informação sociodemográfica (Continuação)*

Escala	<i>t</i>	gl	<i>p</i>	Diferença média	Erro diferença	<i>d</i> de Cohen
<b>Transtorno psiquiátrico</b>						
EXT	0,54	67,20	0,59	2,31	4,28	0,09
SOC	0,15	68,20	0,88	0,42	2,85	0,02
REA	1,27	63,50	0,21	4,00	3,15	0,22
ABE	3,00	77,00	0,004	7,77	2,59	0,48
BS	1,80	76,50	0,08	8,81	4,89	0,29
<b>Doença crônica</b>						
AE	1,49	63,70	0,14	1,64	1,10	0,25
AP	-1,07	58,40	0,29	-1,29	1,21	-0,19
AN	-1,16	63,00	0,25	-1,22	1,06	-0,20
MHI	0,45	77,20	0,65	0,12	0,28	0,07
NEU	-0,47	72,60	0,64	-2,01	4,30	-0,08
EXT	-0,10	63,40	0,92	-0,40	4,17	-0,02
SOC	1,26	70,50	0,21	3,26	2,59	0,21
REA	0,92	56,30	0,36	3,00	3,27	0,16
ABE	-0,30	60,70	0,76	-0,89	2,94	-0,05
BS	0,00	57,60	1,00	-0,02	5,75	-7,09e-4
<b>Realizou procedimento estético</b>						
AE*	2,56	137,00	0,01	2,29	0,90	0,37
AP	1,53	117,00	0,13	1,49	0,97	0,23
AN*	-1,67	130,00	0,10	-1,46	0,87	-0,24
MHI	0,14	123,00	0,89	0,04	0,27	0,02
NEU	-1,95	139,00	0,05	-7,43	3,82	-0,28
EXT	2,29	109,00	0,02	8,51	3,72	0,35
SOC	2,82	116,00	0,01	6,81	2,42	0,42
REA	0,60	123,00	0,55	1,49	2,49	0,09
ABE	1,25	111,00	0,22	3,16	2,53	0,19
BS	1,06	110,00	0,29	4,99	4,72	0,16

(Continua)

**Tabela 16***Teste-t (Welch) para escalas por informação sociodemográfica (Continuação)*

Escala	<i>t</i>	gl	<i>p</i>	Diferença média	Erro diferença	<i>d</i> de Cohen
Vontade de realizar procedimento estético						
AE	-2,07	216,00	0,04	-1,83	0,88	-0,28
AP	-0,49	214,00	0,62	-0,44	0,90	-0,07
AN	2,85	214,00	0,01	2,38	0,83	0,39
MHI	-0,05	214,00	0,96	-0,01	0,25	-0,01
NEU	1,03	216,00	0,30	3,93	3,80	0,14
EXT	2,51	216,00	0,01	8,28	3,30	0,34
SOC	2,64	216,00	0,01	5,85	2,22	0,36
REA	1,36	215,00	0,18	3,18	2,34	0,18
ABE	1,20	214,00	0,23	2,73	2,27	0,16
BS	4,28	216,00	<0,001	17,39	4,06	0,58

*Nota.* AE = Autoestima; AP = Afetos positivos; NA = Afetos negativos; MHI = Saúde mental; NEU = Neuroticismo; EXT = Extroversão; SOC = Socialização; REA = Realização; ABE = Abertura; BS = *Body Shape*.

\* Foi calculado a forma não paramétrica da análise devido não possuir normalidade e nem homogeneidade, entretanto, foi mantido o valor encontrado no teste de Welch pois os resultados são próximos e não afetaram a interpretação.

Observou-se diferença significativa quando analisado o sexo para três escalas, sendo: Socialização ( $t(3,93) = 68,60$ ,  $p < 0,001$ ,  $d = 0,65$ ) tendo maior média o grupo feminino ( $M = 153,4$ ;  $DP = 16,4$ ), Realização ( $t(2,32) = 65,00$ ,  $p = 0,02$ ,  $d = 0,39$ ) tendo maior média o grupo feminino ( $M = 105,5$ ;  $DP = 17,2$ ) e para a escala *Body Shape* ( $t(3,08) = 65,80$ ,  $p = 0,003$ ,  $d = 0,52$ ) tendo maior média o grupo feminino ( $M = 101,2$ ;  $DP = 30,8$ ). Para as medidas de Socialização e *Body Shape* o tamanho de efeito foi médio e para Realização foi pequeno.

Para o grupo etário (grupo A = 19 a 59 anos; grupo B = 60 anos ou mais) foi observada diferença significativa também para três escalas: Autoestima ( $t(-6,27) = 23,00$ ,  $p < 0,001$ ,  $d = 1,23$ ) tendo maior média o grupo B ( $M = 36,6$ ;  $DP = 3,7$ ), Afetos negativos ( $t(2,73) = 19,60$ ,  $p = 0,01$ ,  $d = 0,61$ ) com maior média para o grupo A ( $M = 26,7$ ;  $DP = 6,3$ ) e para a escala *Body Shape* ( $t(3,19) = 17,50$ ,  $p = 0,01$ ,  $d = 0,82$ ) tendo a maior média o grupo A ( $M =$

100,0; DP = 30,6). Destaca-se que para Autoestima e *Body Shape* o tamanho de efeito é grande e para Afetos negativos médio.

Pensando nos participantes com e sem transtornos psiquiátricos, foram encontradas diferenças significativas em três escalas: Autoestima ( $t(-2,76) = 68,50, p 0,01, d = -0,46$ ) com média maior para participantes sem diagnóstico ( $M = 31,2; DP = 6,4$ ), Neuroticismo ( $t(2,07) = 75,40, p 0,04, d = 0,34$ ) tendo média maior participantes com diagnóstico ( $M = 115,0; DP = 26,3$ ) e para a escala Abertura ( $t(3,00) = 77,00, p 0,004, d = 0,48$ ) tendo média superior participantes com diagnóstico ( $M = 103,1; DP = 15,2$ ). Sobre o tamanho de efeito, as três escalas apresentam efeito pequeno. Ainda, cabe informar que considerando os quadros de doenças crônicas, não foram observadas diferenças significativas de médias.

Em relação aos participantes que já realizaram algum procedimento estético, foram encontradas diferenças significativas para três instrumentos: Autoestima ( $t(2,56) = 137,00, p 0,01, d = 0,37$ ) com maior média para o grupo que já realizou ( $M = 32,1; DP = 5,6$ ), Extroversão ( $t(2,29) = 109,00, p 0,02, d = 0,35$ ) tendo média maior o grupo que já realizou ( $M = 106,5; DP = 25,1$ ) e para a escala Socialização ( $t(2,82) = 116,00, p 0,01, d = 0,42$ ) tendo média superior para o grupo que já realizou algum procedimento estético ( $M = 156,2; DP = 15,9$ ). Para as três escalas o tamanho de efeito foi pequeno.

Por fim, se tratando dos participantes que tem vontade de realizar algum procedimento estético, as diferenças significativas são para cinco escalas: Autoestima ( $t(-2,07) = 216,00, p 0,04, d = -0,28$ ) tendo média superior o grupo que não tem vontade ( $M = 31,4; DP = 6,6$ ), Afetos negativos ( $t(2,85) = 214,00, p 0,01, d = 0,39$ ) tendo média superior o grupo com vontade ( $M = 27,7; DP = 6,3$ ), Extroversão ( $t(2,51) = 216,00, p 0,01, d = 0,34$ ) tendo média superior o grupo com vontade ( $M = 104,7; DP = 23,9$ ), Socialização ( $t(2,64) = 216,00, p 0,01, d = 0,36$ ) tendo média superior o grupo com vontade ( $M = 154,3; DP = 16,0$ ) e para a escala *Body Shape* ( $t(4,28) = 216,00, p < 0,001, d = 0,58$ ) tendo média superior o grupo com vontade de realizar algum procedimento estético ( $M = 107,0; DP = 28,8$ ). Para as medidas de Autoestima, Afetos negativos, Extroversão e Socialização o efeito foi pequeno, contudo, para a medida *Body Shape* o efeito foi médio. Destaca-se que para as outras variáveis não foram encontradas diferenças significativas.

Ainda visando analisar as diferenças de médias entre os grupos, contudo, para os grupos com três ou mais categorias foi utilizado a Análise de Variância (ANOVA) *One-Way*. Para isso, foi executado primeiramente o teste de Shapiro-Wilk para verificar a normalidade dos dados e o teste de Levene para verificar a homogeneidade. Foi verificado que os dados

possuem pelo menos um pressuposto satisfeito, de modo que optou-se pelas análises paramétricas. Os resultados se encontram na Tabela 17.

**Tabela 17**

*ANOVA One-Way (Welch) para escalas por informação sociodemográfica*

Escala	<i>F</i>	gl1	gl2	<i>p</i>
Estado civil				
AE*	-	3,00	-	-
AP	0,69	3,00	4,76	0,60
AN*	-	3,00	-	-
MHI	3,19	3,00	5,25	0,12
NEU	1,47	3,00	6,76	0,31
EXT	5,33	3,00	5,03	0,05
SOC	0,65	3,00	4,86	0,62
REA	1,67	3,00	7,98	0,25
ABE	4,27	3,00	5,05	0,08
BS	3,02	3,00	5,82	0,12
Classe social				
AE	0,03	3,00	54,70	0,99
AP	0,72	3,00	54,30	0,54
NA	0,10	3,00	59,00	0,96
MHI	1,03	3,00	52,70	0,39
NEU	0,91	3,00	55,50	0,44
EXT	2,21	3,00	54,40	0,10
SOC	0,90	3,00	53,40	0,45
REA	1,40	3,00	57,00	0,25
ABE	1,27	3,00	55,60	0,29
BS	1,42	3,00	54,20	0,25
Escolaridade				
AE*	-	5,00	-	-
AP	4,23	5,00	8,55	0,03
AP	1,72	5,00	8,56	0,23

(Continua)

**Tabela 17***ANOVA One-Way (Welch) para escalas por informação sociodemográfica (Continuação)*

Escala	<i>F</i>	gl1	gl2	<i>p</i>
Escolaridade				
MHI	0,68	5,00	9,04	0,65
NEU	1,26	5,00	8,35	0,36
EXT	2,51	5,00	8,60	0,11
SOC	1,08	5,00	8,34	0,44
REA	2,31	5,00	8,41	0,14
ABE	4,14	5,00	11,59	0,02
BS	3,53	5,00	8,52	0,05

*Nota.* AE = Autoestima; AP = Afetos positivos; NA = Afetos negativos; MHI = Saúde mental; NEU = Neuroticismo; EXT = Extroversão; SOC = Socialização; REA = Realização; ABE = Abertura; BS = *Body Shape*.

\* Em uma das categorias da variável não existe variabilidade, não sendo possível o cálculo.

Como observado, apenas para a escolaridade foram observadas diferenças significativas, para a escala de Afetos Positivos (Welch's  $F(5,00, 4,23) = 8,55, p 0,03$ ) e Abertura (Welch's  $F(5,00, 4,14) = 11,59, p 0,02$ ). Foi realizado o teste de post-hoc de Tukey para verificar onde está tal diferença, entretanto, foi observado que nenhuma das comparações foi significativa (para ambas as escalas). Por último, foi realizada análise de correlação para verificar a relação das pontuações dos participantes entre as escalas. Como foi observado que grande parte dos dados não possuem normalidade ( $p < 0,05$ ) foi utilizado o teste de *rho* de Spearman para calcular o coeficiente de correlação. Os resultados estão sintetizados na Tabela 18.

**Tabela 18***Correlação de Spearman para os totais das escalas*

	AE	AP	AN	MHI	NEU	EXT	SOC	REA	ABE	BS
AE	-									
AP	0,49**	-								
AN	-0,62**	-0,40**	-							
MHI	0,34**	0,28**	-0,46**	-						
NEU	-0,66**	-0,58**	0,65**	-0,45**	-					
EXT	0,27**	0,43**	-0,16*	0,20*	-0,29	-				
SOC	0,23**	0,26**	-0,24**	0,16*	-0,24**	0,16*	-			
REA	0,30**	0,44**	-0,16*	0,15*	-0,27**	0,32**	0,38**	-		
ABE	-0,03	0,27**	-0,01	0,16*	-0,06	0,39**	-0,01	0,27**	-	
BS	-0,31**	-0,14*	0,28**	-0,20*	0,33**	0,06	0,00	0,08	0,11	-

*Nota.* AE = Autoestima; AP = Afetos positivos; NA = Afetos negativos; MHI = Saúde mental; NEU = Neuroticismo; EXT = Extroversão; SOC = Socialização; REA = Realização; ABE = Abertura; BS = *Body Shape*.

\*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,001$ .

Os resultados da análise de correlação indicaram que a autoestima apresenta relações positivas e fracas com os domínios socialização ( $\rho$  0,23,  $p < 0,001$ ) e extroversão ( $\rho$  0,27,  $p < 0,001$ ) da personalidade, ainda há relações negativas e moderadas com a escala de insatisfação corporal ( $\rho$  -0,31,  $p < 0,001$ ). Por sua vez, foram observadas relações moderadas e positivas entre a autoestima e realização ( $\rho$  0,30,  $p < 0,001$ ), saúde mental ( $\rho$  0,34,  $p < 0,001$ ) e afetos positivos ( $\rho$  0,49,  $p < 0,001$ ). Destaca-se que foram observadas relações fortes e negativas da autoestima com afetos negativos ( $\rho$  -0,62,  $p < 0,001$ ) e neuroticismo ( $\rho$  -0,66,  $p < 0,001$ ). Cabe ainda dizer que não foi identificada relação significativa entre autoestima e o domínio da personalidade chamado abertura. Por fim, cabe ponderar que foram verificadas outras relações entre as diferentes variáveis de estudo. O detalhamento destes dados encontra-se na Tabela 18.

## 5 Discussão

Este estudo se propôs a analisar a relação da autoestima, como as variáveis: satisfação corporal, personalidade, saúde mental e afetos em diferentes idades e ambos os sexos. A amostra foi analisada por meio de diferentes composições que consideraram variáveis como

sexo, idade, condições socioeconômicas, estado civil, escolaridade, localização, se possui transtorno mental, se possui doença crônica, se já realizou procedimento estético, em dois grupos, adulto (19 a 59 anos) e idoso (60 a 89), e distribuída em 9 estados brasileiros, correspondentes às regiões: Sul, Sudeste, Norte, Nordeste e Centro Oeste. Explorando as características sociodemográficas deste trabalho é possível identificar que com maior predominância a amostra se descreveu sendo adultos, do sexo feminino, casados/união estável de classe C (renda domiciliar entre R\$ 2,9 mil e R\$ 7,1 mil/mês), com curso superior ou pós-graduação lato sensu, no estado de Minas Gerais. Relataram também não possuir transtorno mental nem algum tipo de doença crônica, nunca fizeram procedimentos estéticos, no entanto, praticamente metade da amostra respondeu ter interesse em realizar procedimentos estéticos (49,1%) e a outra metade respondeu não ter interesse (50,9%).

Com relação ao possuir algum transtorno mental, apenas 21,1% da amostra respondeu que sim, sendo que destes,  $n=44$  do sexo feminino e apenas  $n=2$  do sexo masculino. Para compreender melhor qual tipo de diagnóstico se trata o transtorno mental citado pelas participantes do sexo feminino, foi possível identificar que o maior percentual esteve relacionado a Transtorno de Ansiedade (38,6%), o que confirma Costa et al. (2019) em uma pesquisa brasileira.

Quando perguntados se já realizaram algum procedimento estético, a maioria respondeu que não (71,6%), contudo quase metade da amostra demonstrou interesse em realizar, cerca de (49,1%). Sendo o procedimento estético mais relevante do ponto de vista de desejo da amostra foi a mamoplastia (18%), o que corrobora com os indicadores da Sociedade Internacional de Cirurgia Plástica Estética (ISAPS, 2020), cujos resultados aponta que o Brasil é o segundo país que mais realiza cirurgias plásticas no mundo.

No que concerne à autoestima global relacionada aos dados sociodemográficos, é possível notar pelos resultados no que diz respeito à relação entre sexos, que não apresentou diferença significativa entre as médias do sexo masculino e feminino. O que diverge de algumas pesquisas que apresentam a autoestima com diferença entre sexo (Avelar & Veiga, 2013; Carvalho et al., 2016; Fortes et al., 2015). No entanto, Hutz e Zanon (2011) apontam ainda que este tipo de investigação têm sido objeto de vários estudos nas últimas décadas, porém, não há muito consenso na literatura.

Diante a variável idade, foi observado diferença significativa em autoestima, cujo tamanho de efeito foi considerado grande ( $d = 1,23$ ), indicando portanto, que o grupo B (60

ou +) apresentou médias mais elevadas que o grupo A (19 a 59 anos). Este dado corrobora com pesquisas realizadas anteriormente, incluindo metanálise, cujas idades demonstraram diferenças significativas, com um crescimento da autoestima com o avanço etário (Orth et al., 2018; Souza & Hutz, 2016).

Os resultados também apresentaram diferença significativa considerando a escala *Body Shape*, a qual avalia os níveis de satisfação ou de insatisfação corporal. Dito isso, considerando a variável sexo apresentou tamanho de efeito médio ( $d = 0.52$ ), em que o sexo feminino apresentou maiores médias com relação a insatisfação corporal do que o sexo masculino. Dessa forma, achados na literatura concordam com estes dados, indicando que o sexo feminino apresenta maior preocupação com a satisfação corporal e internalização do ideal de um corpo (Avelar & Veiga, 2013; Fortes et al., 2015). Ainda, analisando os resultados através da escala *Body Shape*, porém, com a variável idade, é possível encontrar diferença significativa com tamanho de efeito grande ( $d = 0,82$ ), sugerindo que o grupo A (19 a 59 anos) apresentou médias maiores de insatisfação corporal que o grupo B (60 ou +). Para este achado, são encontradas informações sem consenso na literatura, em que autores sugerem que adolescentes e adultos tendem a apresentar maior insatisfação corporal (Flament et al., 2011; Miranda et al., 2011; Reis et al., 2021) e outros apresentam que a satisfação corporal tende a diminuir ao longo da vida, por consequência de alterações físicas, sociais e emocionais advindas do processo de envelhecimento (McMullin & Cairney, 2004).

Conforme apontado pela literatura (Di Fabio & Bucci, 2015; Krieger et al., 2015; Odacı & Kınık, 2019; Orth et al., 2012) esperava-se que níveis altos de autoestima estivessem associados a escores elevados de afeto positivo. Tal fato confirmou-se junto aos resultados, cuja autoestima teve correlação moderada e positiva com afetos positivos ( $\rho = 0,49, p < 0,001$ ), ou seja, quanto maior a autoestima, maior a percepção de afetos positivos.

Ainda considerando a variável afetos positivos e negativos e suas correlações, para a amostra desta pesquisa, foi encontrada uma correlação forte e positiva entre Neuroticismo e Afetos negativos ( $\rho = 0,65, p < 0,001$ ), ou seja, quanto maior o traço de neuroticismo, maior a percepção de afetos negativos, bem como foram encontradas correlações fortes e negativas entre Neuroticismo e Afetos positivos ( $\rho = -0,58, p < 0,001$ ), de modo que quanto menor o traço de neuroticismo, maior a percepção de afetos positivos.

Na literatura é possível encontrar pesquisas que citam a autoestima como um importante marcador de saúde mental, (Imaginario et al., 2018; Moreno & De Roda, 2003)

considerando inclusive que em pelo menos 23 dos transtornos mentais disponíveis no DSMV-TR (*American Psychiatric Association [APA], 2022*), o termo autoestima é citado em alguma categoria. Analisando os achados nesta pesquisa, também é possível confirmar essa hipótese, visto que a autoestima apresentou correlação moderada e positiva com Saúde Mental ( $\rho = 0,34, p < 0,001$ ), indicando que quanto maior a autoestima maior a saúde mental. Além disso, os resultados também indicaram que Saúde Mental apresentou correlação moderada e negativa com Afetos negativos ( $\rho = -0,46, p < 0,001$ ), sugerindo que quanto maior a saúde mental, menor a percepção de afetos negativos. Dessa forma, os dados desta pesquisa corroboram com Rossi et al. (2020) de que a autoestima tem um importante papel de proteção contra ameaças à saúde mental, e contribuição para maior percepção de bem-estar subjetivo.

Outra hipótese investigada nesta pesquisa esteve relacionada à possibilidade de níveis elevados de autoestima estarem associados a escores baixos de insatisfação corporal, assim como consideram alguns autores que investigam essa relação na literatura (Cai et al., 2021; Fagundes et al., 2016; Silva et al., 2020). Essa hipótese foi suportada pelos resultados da amostra dessa pesquisa, em que foram encontradas correlações moderadas e negativas entre *Body Shape* e Autoestima ( $\rho = -0,31, p < 0,001$ ), ou seja, quanto mais baixa a insatisfação corporal, maior a autoestima bem como quanto maior for a insatisfação corporal mais baixa é a autoestima.

O que também se faz notar pela literatura internacional é uma importante relação da personalidade, através da avaliação da Teoria dos Cinco Grandes Fatores, com a autoestima (Bainbridge et al., 2022; Bleidorn et al., 2020). Alguns resultados encontrados em pesquisas de Robins et al. (2001) e Pilarska (2018) indicaram correlações positivas entre autoestima e alguns traços de personalidade como extroversão ( $r=0,38$ ), conscienciosidade ( $r=0,24$ ), estabilidade emocional ( $r=0,50$ ), abertura ( $r=0,17$ ). Dessa forma, esta pesquisa também conseguiu corroborar com alguns destes dados, cuja correlação se apresentou como moderada e positiva para Realização e Autoestima ( $\rho = 0,30, p < 0,001$ ), ou seja, pessoas com maior escore em realização sugerem apresentar maiores níveis de autoestima. Além disso, foi encontrada correlação forte e negativa entre Neuroticismo e Autoestima ( $\rho = -0,66, p < 0,001$ ), sugerindo que quanto maior o escore de neuroticismo menor a autoestima. Neste sentido, de acordo com Nunes (2000), o fator neuroticismo está relacionado ao ajustamento e instabilidade emocional, e portanto, a autoestima por apresentar um efeito moderador sobre traços de personalidade, apresenta um papel relevante na prevenção de desajustamento

psicossocial . Ainda segundo o mesmo autor, correlações negativas entre autoestima e neuroticismo são esperadas, uma vez que a autoavaliação que indivíduos com alto neuroticismo fazem de si mesmo tende a representar uma percepção de baixo valor e de maior depreciação.

Por fim, é possível perceber a importância da autoestima em diferentes construtos já abordados pela psicologia, indicando a complexidade de investigação do tema a depender do construto e infinitas possibilidades em que pode impactar a vida do indivíduo. No que diz respeito às limitações encontradas, destaca-se a composição da amostra, mesmo sendo visto uma abrangência etária grande 19 aos 89, obteve maior predominância ao público adulto, além disso, outra limitação entrada pode ser observada a partir da utilização de uma escala de avaliação global de autoestima, haja visto que mesmo a RES sendo a escala validada mais utilizada mundialmente para avaliação da autoestima, ela se dá direcionada ao aspecto global, e não específico por domínios. Portanto, cabe destacar que mais estudos com outros tipos de amostra ou até mesmo com maior homogeneidade entre as idades devem ser conduzidos para investigação da autoestima , a fim de trazer maior robustez para o construto, considerando sua importância para a saúde como um todo do indivíduo, e ainda, estudos que possam considerar o desenvolvimento de instrumentos psicométricos de avaliação da autoestima por domínios e que permita uma investigação mais focada do construto e não apenas seu aspecto global.

## **6 Considerações Finais**

A autoestima é um construto psicológico de muita relevância e impacto na vida e saúde do indivíduo e que vem provando cada vez mais a necessidade de mais seriedade e robustez em sua investigação. Dentre as diferentes formas de conceituar a autoestima, o que se parece com maior prevalência diz respeito a um agrupamento de sentimentos e de pensamentos que o indivíduo tem sobre si, com relação ao valor, a competência e a adequação, e que se reflete em um comportamento positivo ou negativo diante de si mesmo Rosenberg (1965).

Para contribuir com o aprofundamento e investigações a respeito do tema, esta pesquisa teve como objetivo identificar a relação da autoestima com algumas variáveis importantes e de destaque na vida do indivíduo como: saúde mental, personalidade, satisfação corporal e afetos , bem como compreender este desdobramento em diferentes idades e sexo. Para isso foi realizada uma revisão bibliográfica nacional, a fim de compreender a forma na qual o construto tem sido discutido levando em consideração a cultura do país e em seguida

foi realizada uma pesquisa com uma amostra por conveniência, considerando as variáveis citadas acima, bem como a coleta e tratamento dos dados por meio de análise sociodemográfica, descritiva e correlação.

Dessa forma, os dados apresentados nesta pesquisa, indicam de acordo com a amostra estudada, que a autoestima global não apresentou diferença significativa entre sexo, contudo apresentou diferença significativa entre idades, sugerindo que a faixa etária (60 ou +) apresentou médias mais elevadas que (19 a 59 anos). Além disso, a autoestima teve correlação moderada e positiva com afetos positivos, moderadas e negativas com insatisfação corporal, moderada e positiva para o fator de personalidade Realização, forte e negativa com o fator de personalidade Neuroticismo e moderada e positiva com Saúde Mental. Para isso, espera-se que com o aprofundamento trazido por esta pesquisa, seja possível contribuir com a literatura nacional para maior compreensão do comportamento das variáveis estudadas no funcionamento de indivíduos, e que dessa forma, também possam ser usados como fonte de conhecimento para profissionais e pesquisadores da área da saúde, bem como servir de base para estratégias de promoção e prevenção da qualidade de vida de adultos e idosos semelhantes à amostra.

Vale destacar que esta pesquisa apresenta algumas limitações e que é preciso cautela na generalização dos resultados, visto isso, se fazem necessários mais estudos que envolvam outro tipo de amostra, com mais participantes e de várias faixas etárias e contextos, para confirmar os dados obtidos, bem como colaborar para aprimoramento e evolução dos construtos psicológicos, principalmente com o objetivo de identificar se refletem as características e ao conceito ao qual se referem, seja enquanto autoestima global ou por domínios.

## 7 Referências

- American Psychiatric Association. (2022). *DSM-V-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. (5ª Ed. revisada).
- Aparicio-Martinez, Perea-Moreno, Martinez-Jimenez, Redel-Macías, Pagliari, & Vaquero-Abellan. (2019). Social Media, Thin-Ideal, Body Dissatisfaction and Disordered Eating Attitudes: An Exploratory Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(21), 4177.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph16214177>
- Arsandaux, J., Galéra, C., & Salamon, R. (2021). The association of self-esteem and psychosocial outcomes in young adults: A 10-year prospective study. *Child and Adolescent Mental Health*, 26(2), 106–113. <https://doi.org/10.1111/camh.12392>
- Avanci, J. Q., Assis, S. G., Santos, N. C. dos., & Oliveira, R. V. C. (2007). Adaptação transcultural de escala de auto-estima para adolescentes. *Psicol. Reflex. Crit.*, 20(3), 397–405. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722007000300007>
- Avelar, C. F. P. de, & Veiga, R. T. (2013). Como entender a vaidade feminina utilizando a autoestima e a personalidade. *Revista de Administração de Empresas*, 53(4), 338–349. <https://doi.org/10.1590/S0034-75902013000400002>
- Ayyash-Abdo, H., & Alamuddin, R. (2007). Predictors of Subjective Well-Being Among College Youth in Lebanon. *The Journal of Social Psychology*, 147(3), 265–284. <https://doi.org/10.3200/SOCP.147.3.265-284>
- Bainbridge, T. F., Ludeke, S. G., & Smillie, L. D. (2022). Evaluating the Big Five as an organizing framework for commonly used psychological trait scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 122(4), 749–777. <https://doi.org/10.1037/pspp0000395>
- Bandeira, C. de M., & Hutz, C. S. (2010). As implicações do bullying na auto-estima de adolescentes. *Psicologia Escolar e Educacional*, 14(1), 131–138. <https://doi.org/10.1590/S1413-85572010000100014>
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does High Self-Esteem Cause Better Performance, Interpersonal Success, Happiness, or Healthier Lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4(1), 1–44. <https://doi.org/10.1111/1529-1006.01431>
- Blascovich, J., & Tomaka, J. (1991). Measures of Self-Esteem. In J. P. Robinson, P. R. Shaver, & L. S. Wrightsman., *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes* (v.

- 1, pp. 115–160). Academic Press.  
<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-590241-0.50008-3>
- Bleidorn, W., Hopwood, C. J., Ackerman, R. A., Witt, E. A., Kandler, C., Riemann, R., Samuel, D. B., & Donnellan, M. B. (2020). The healthy personality from a basic trait perspective. *Journal of Personality and Social Psychology, 118*(6), 1207–1225.  
<https://doi.org/10.1037/pspp0000231>
- Branden, N. (2001). *The psychology of self-esteem: A revolutionary approach to self-understanding that launched a new era in modern psychology* (32nd anniversary ed). Jossey-Bass.
- Brown, J. (2014). *The Self* (1st ed). Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9780203837641>
- Brown, J. D., & Marshall, M. A. (2006). The Three Faces of Self-Esteem. In M. Kernis (Ed.), *Self-esteem issues and answers: A sourcebook of current perspectives* (pp. 4-9). Psychology Press.
- Buhrmester, M. D., Blanton, H., & Swann, W. B. (2011). Implicit self-esteem: Nature, measurement, and a new way forward. *Journal of Personality and Social Psychology, 100*(2), 365–385. <https://doi.org/10.1037/a0021341>
- Cai, Z., Gui, Y., Wang, D., Yang, H., Mao, P., & Wang, Z. (2021). Body Image Dissatisfaction and Impulse Buying: A Moderated Mediation Model. *Frontiers in Psychology, 12*, 653559. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.653559>
- Caluête, M. E. E., Nóbrega, A. J. S. da, Gouveia, R. de A., Galvão, F. R. de O., & Vaz, L. M. M. (2015). Influência do estado nutricional na percepção da imagem corporal e autoestima de idosas. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 18*(2), 319–326.  
<https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14062>
- Carvalho, P. H. B. de, Oliveira, F. da C., Neves, C. M., Meireles, J. F. F., Lopes, V. G. V., & Ferreira, M. E. C. (2016). Busca pela "muscularidade" e variáveis associadas em adultos jovens. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte, 22*(2), 118–121.  
<https://doi.org/10.1590/1517-869220162202142544>
- Checa-Domene, L., Luque de la Rosa, A., Gavín-Chocano, Ó., & Torrado, J. J. (2022). Students at Risk: Self-Esteem, Optimism and Emotional Intelligence in Post-Pandemic Times? *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(19), 12499. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912499>
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*(2), 310–357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Conti, M. A., Cordás, T. A., & Latorre, M. do R. D. de O. (2009). A study of the validity and

- reliability of the Brazilian version of the Body Shape Questionnaire (BSQ) among adolescents. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 9(3), 331–338.  
<https://doi.org/10.1590/S1519-38292009000300012>
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. W. H. Freeman.
- Coopersmith, S. (1989). *Coopersmith - self-esteem Inventory*. Consulting Psychologists Press.
- Costa, C. O. da, Branco, J. C., Vieira, I. S., Souza, L. D. de M., & Silva, R. A. da. (2019). Prevalência de ansiedade e fatores associados em adultos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 68(2), 92–100. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000232>
- Costa, V. R. P., Daronco, L. S. E., Lopes, L. F. D., & Balsan, L. A. G. (2019). Percepção da imagem corporal de indivíduos adultos e idosos. *RBONE - Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 13(82), Art. 82.
- Crandall, R. (1973). The measurement of self-esteem and related constructs. In J. P. Robinson, & P. R. Shaver (Eds.), *Measures of social psychological attitudes* (2 Ed., pp. 45-167). Institute for Social Research.
- Damásio, B. F., Borsa, J. C., & Koller, S. H. (2014). Adaptation and Psychometric Properties of the Brazilian Version of the Five-item Mental Health Index (MHI-5). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(2), 323–330. <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201427213>
- Delacre, M., Leys, C., Mora, Y., & Lakens, D. (2019). Taking Parametric Assumptions Seriously: Arguments for the Use of Welch’s F-test instead of the Classical F-test in One-Way ANOVA. *International Review of Social Psychology*, 32(1): 13, 1–12. DOI: <https://doi.org/10.5334/irsp.198>
- Di Fabio, A., & Bucci, O. (2015). Affective profiles in Italian high school students: Life satisfaction, psychological well-being, self-esteem, and optimism. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01310>
- Di Pietro, M., & Silveira, D. X. da. (2008). Internal validity, dimensionality and performance of the Body Shape Questionnaire in a group of Brazilian college students. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(1), 21–24.  
<https://doi.org/10.1590/S1516-44462008005000017>
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542–575.  
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>
- Donnellan, M. B., Trzesniewski, K. H., & Robins, R. W. (2015). Measures of Self-Esteem. In G. J. Boyle, D. H. Saklofske, & G. Matthews, *Measures of Personality and Social Psychological Constructs* (pp. 131–157). Academic Press.  
<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-386915-9.00006-1>

- Escobar, M. B. (2022). *Influência do tempo de acesso e quantidade de redes sociais utilizadas na insatisfação com a imagem corporal e na autoestima de adultos* [Trabalho de conclusão de graduação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul].  
<http://hdl.handle.net/10183/241570>
- Espírito-Santo, H., Daniel, F. (2015). Calcular e apresentar tamanhos do efeito em trabalhos científicos (1): As limitações do  $p < 0,05$  na análise de diferenças de médias de dois grupos. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 1(1), 3-16.  
<http://hdl.handle.net/10316/46764>
- Eşkisü, M., Hoşoğlu, R., & Rasmussen, K. (2017). An investigation of the relationship between Facebook usage, Big Five, self-esteem and narcissism. *Computers in Human Behavior*, 69, 294–301. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.12.036>
- Fagundes, M. A. B. G., Caregnato, R. C. A., & Silveira, L. M. de O. B. (2016). Variáveis psicológicas associadas à cirurgia bariátrica. *Aletheia*, 49(2), 47–54.  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-03942016000200006&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-03942016000200006&script=sci_abstract&tlng=pt)
- Fernandes, A. R. R., Viana, M. D. S., De Liz, C. M., & Andrade, A. (2017). Autoestima, imagem corporal e depressão de adolescentes em diferentes estados nutricionais. *Revista de Salud Pública*, 19(1), 66–72. <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n1.47697>
- Ferreira, A. B. de H., Anjos, M. dos, Ferreira, M. B., & Ferreira, A. B. de H. (1999). *Aurélio século XXI: O dicionário da língua portuguesa* (3. ed., pp. 836). Editora Nova Fronteira.
- Fitts, W. H. (1965). *Tennessee Self-Concept Scale Manual*. Counselor Recordings and Tests.
- Flament, M. F., Hill, E. M., Buchholz, A., Henderson, K., Tasca, G. A., & Goldfield, G. (2012). Internalization of the thin and muscular body ideal and disordered eating in adolescence: The mediation effects of body esteem. *Body Image*, 9(1), 68-75.  
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2011.07.007>
- Fochesatto, A. (2020). *Comportamento alimentar e percepção da imagem corporal de adultos que buscam emagrecimento por meio de dieta* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul]. <http://hdl.handle.net/10183/218979>
- Fonseca, C. C., Chaves, É. D. C. L., Pereira, S. S., Barp, M., Moreira, A. M., & Nogueira, D. A. (2014). Autoestima e satisfação corporal em idosas praticantes e não praticantes de atividades corporais. *Revista da Educação Física/UEM*, 25(3), 429.

<https://doi.org/10.4025/reveducfis.v25i3.22050>

- Fortes, L. de S., Cipriani, F. M., Coelho, F. D., Paes, S. T., & Ferreira, M. E. C. (2014). A autoestima afeta a insatisfação corporal em adolescentes do sexo feminino? *Revista Paulista de Pediatria*, 32(3), 236–240. <https://doi.org/10.1590/0103-0582201432314>
- Freud, S. (1924). A perda da realidade na neurose e na psicose. In S. Freud, *Sigmund Freud: Obras Completas* (v. 16, pp. 214-221). Companhia das Letras.
- Gallagher, M. W., & Lopez, S. J. (2019). *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (Second edition). American Psychological Association.
- Gobitta, M., & Guzzo, R. S. L. (2002). Estudo inicial do inventário de Auto-Estima (SEI): Forma A. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), 143–150. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722002000100016>
- Grippio, K. P., & Hill, M. S. (2008). Self-objectification, habitual body monitoring, and body dissatisfaction in older European American women: Exploring age and feminism as moderators. *Body Image*, 5(2), 173–182. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2007.11.003>
- Harter, S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective*. Guilford Press.
- Harter, S. (2006). Developmental and Individual Difference Perspectives on Self-Esteem. In D. K. Mroczek & T. D. Little (Eds.), *Handbook of personality development* (pp. 311–334). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Harter, S., & Whitesell, N. R. (2003). Beyond the Debate: Why Some Adolescents Report Stable Self-Worth Over Time and Situation, Whereas Others Report Changes in Self-Worth. *Journal of Personality*, 71(6), 1027–1058. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.7106006>
- Heatheron, T. F., & Wyland, C. L. (2003). Assessing self-esteem. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Orgs.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures*. (pp. 219–233). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10612-014>
- Houaiss, A. (2015). *Pequeno dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. (1. ed.). Moderna.
- Hutz, C. S., & Zanon, C. (2011). Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg: Revision of the adaptation, validation, and normatization of the Roserberg self-esteem scale. *Avaliação Psicológica*, 10(1), 41–49.
- Imaginário, C., Rocha, M., Machado, P. P., Antunes, C., & Martins, T. (2018). The link between cognitive state and general self-esteem among institutionalized elderly persons: Can health condition serve as a mediating factor? *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21(4), 456–463.

- <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170191>
- International Society of Aesthetic Plastic Surgery (2020). 2020 Global Statistics. ISAPS.  
<https://www.isaps.org/medical-professionals/isaps-global-statistics/>
- Ito, P. do C. P., Gobitta, M., & Guzzo, R. S. L. (2007). Temperamento, neuroticismo e auto-estima: Estudo preliminar. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 24(2), 143–153.  
<https://doi.org/10.1590/S0103-166X2007000200001>
- James, W. (1890). *The principles of psychology, Vol I*. Henry Holt and Co.  
<https://doi.org/10.1037/10538-000>
- Janis, I. L., & Field, P. B. (1956). A Behavioral Assessment of Persuasibility: Consistency of Individual Differences. *Sociometry*, 19(4), 241. <https://doi.org/10.2307/2785766>
- Josephs, R. A., Markus, H. R., & Tafarodi, R. W. (1992). Gender and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), 391–402.  
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.63.3.391>
- Józefacka, N. M., Podstawski, R., Potoczny, W., Pomianowski, A., Kołek, M. F., Wrona, S., & Guzowski, K. (2023). The Importance of Resilience and Level of Anxiety in the Process of Making a Decision about SARS-CoV-2 Vaccination. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), 999.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph20020999>
- Kernis, M. H., & Waschull, S. B. (1995). The Interactive Roles Of Stability And Level Of Self-Esteem: Research and Theory. In M. P. Zanna, *Advances in Experimental Social Psychology* (v.. 27, pp. 93–141). Academic Press.  
[https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60404-9](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60404-9)
- Kim, H. (2023). Effects of self-efficacy, self-esteem, and disability acceptance on the social participation of people with physical disabilities: Focusing on COVID19 pandemic. *Brain and Behavior*, 13(1). <https://doi.org/10.1002/brb3.2824>
- Krieger, T., Hermann, H., Zimmermann, J., & grosse Holtforth, M. (2015). Associations of self-compassion and global self-esteem with positive and negative affect and stress reactivity in daily life: Findings from a smart phone study. *Personality and Individual Differences*, 87, 288–292. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.08.009>
- Lachman, M. E. (2004). Development in Midlife. *Annual Review of Psychology*, 55(1), 305–331. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141521>
- Leary, M. R. (2012). Sociometer Theory. In P. Van Lange, A. Kruglanski, & E. Higgins, *Handbook of Theories of Social Psychology* (pp. 141–159). SAGE Publications Ltd.  
<https://doi.org/10.4135/9781446249222.n33>

- Leary, M. R., Tambor, E. S., Terdal, S. K., & Downs, D. L. (1995). Self-esteem as an interpersonal monitor: The sociometer hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(3), 518–530. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.68.3.518>
- Lee, S., & Lee, D. K. (2018). What is the proper way to apply the multiple comparison test? *Korean J Anesthesiol*, 71(5), 353-360. <https://doi.org/10.4097/kja.d.18.00242>
- Lei n. 10.741, de 01 de outubro de 2003 (2003). Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.741.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm).
- Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990 (1990). Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18069.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm).
- Liang, D., Xu, D., Xia, L., & Ma, X. (2020). Life satisfaction in Chinese rural-to-urban migrants: Investigating the roles of self-esteem and affect balance. *Journal of Community Psychology*, 48(5), 1651–1659. <https://doi.org/10.1002/jcop.22360>
- Liu, S. Y., Wrosch, C., Morin, A. J. S., Quesnel-Vallée, A., & Pruessner, J. C. (2019). Changes in self-esteem and chronic disease across adulthood: A 16-year longitudinal analysis. *Social Science & Medicine*, 242, 112600. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112600>
- Liu, Y., Wang, Z., Zhou, C., & Li, T. (2014). Affect and self-esteem as mediators between trait resilience and psychological adjustment. *Personality and Individual Differences*, 66, 92–97. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.03.023>
- Ludgleydson, A., Sá, E. C. do N., & Amaral, E. de B. (2011). Corpo e velhice: Um estudo das representações sociais entre homens idosos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(3), 468–481. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000300004>
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803–855. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.803>
- Maia, M., Lima, C., Miranda, J. N., Silva, J., & Campos, L. (2012a). Autoestima e bem estar em pessoas com idades dos 18 aos 20 anos. *Motricidade*, 8(2), 1076-1080.
- Maia, M., Tolentino, T., Tolentino, F., Silva, A., & Pereira, R. (2012b). Fatores associados à depressão geral, autoestima e bem estar em uma amostra de pessoas com idades dos 21 aos 40 anos. *Motricidade*, 8(2), 1081-1084.
- Marrone, D. B. D., Souza, L. K. de, & Hutz, C. S. (2019). O Uso de Escalas Psicológicas para Avaliar Autoestima. *Revista Avaliação Psicológica*, 18(03). <https://doi.org/10.15689/ap.2019.1803.15982.02>

- Maslow, A. H. (1954). *Motivation and personality* (2nd ed.). Harper & Row.
- McCormick, C. B., & Kennedy, J. H. (2000). Father—Child Separation, Retrospective and Current Views of Attachment Relationship with Father, and Self-Esteem in Late Adolescence. *Psychological Reports, 86*(3), 827–834.  
<https://doi.org/10.2466/pr0.2000.86.3.827>
- McGuire, S., Manke, B., Saudino, K. J., Reiss, D., Hetherington, E. M., & Plomin, R. (1999). Perceived Competence and Self-Worth during Adolescence: A Longitudinal Behavioral Genetic Study. *Child Development, 70*(6), 1283–1296.  
<https://doi.org/10.1111/1467-8624.00094>
- McMullin, J. A., & Cairney, J. (2004). Self-esteem and the intersection of age, class, and gender. *Journal of Aging Studies, 18*(1), 75-90.  
<https://doi.org/10.1016/j.jaging.2003.09.006>
- Medeiro, S. A., França, L. H. de F. P., & Menezes, I. V. (2021). Motivos Psicossociais para Cirurgia Bariátrica em Adultos Jovens e mais Velhos. *Psicologia: Ciência e Profissão, 41*, e222218. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003222218>
- Meira, S. S., Vilela, A. B. A., Casotti, C. A., & Silva, D. M. (2017). Autoestima e fatores associados às condições sociais em idosos Self esteem and factors associated with social conditions in the elderly. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, 9*(3), 738–744. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.738-744>
- Melo, O. C. N., & Cerqueira-Santos, E. (2012). Comportamento Sexual e Autoestima em Adolescentes. *Contextos Clínicos, 5*(2), 100–111.  
<https://doi.org/10.4013/ctc.2012.52.04>
- Ministério da Saúde. (2010). *Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde* (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Ministério da Saúde.  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_atencao\\_saude\\_adolescentes\\_jovens\\_promocao\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf)
- Miranda, V. P. N., Conti, M. A., Bastos, R., & Ferreira, M. E. C.. (2011). Insatisfação corporal em adolescentes brasileiros de municípios de pequeno porte de Minas Gerais. *Jornal Brasileiro De Psiquiatria, 60*(3), 190–197.  
<https://doi.org/10.1590/S0047-20852011000300007>
- Moreno, E. S., & De Roda, A. B. L. (2003). Social Psychology of Mental Health: The Social Structure and Personality Perspective. *The Spanish Journal of Psychology, 6*(1), 3–11.  
<https://doi.org/10.1017/S1138741600005163>

- Mourão, C. A., & Silva, N. M. (2010). Influência de um programa de atividades físicas recreativas na autoestima de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 7(3). <https://doi.org/10.5335/rbceh.2012.494>
- Mruk, C. J. (2006). *Self-esteem research, theory, and practice: Toward a positive psychology of self-esteem* (3rd ed). Springer Pub.
- Neiss, M. B., Sedikides, C., & Stevenson, J. (2002). Self-esteem: A behavioural genetic perspective. *European Journal of Personality*, 16(5), 351–367. <https://doi.org/10.1002/per.456>
- Niveau, N., New, B., & Beaudoin, M. (2021). Self-esteem Interventions in Adults – A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Research in Personality*, 94, 104131. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2021.104131>
- Nunes, C. H. S. da S., Hutz, C. S., & Nunes, M. F. O. (2010). *Bateria Fatorial de Personalidade (BFP) - Manual técnico*. Casa do Psicólogo.
- Nunes, C. H. S. S. (2000). A construção de um instrumento de medida para o fator Neuroticismo/Estabilidade Emocional dentro do modelo de personalidade dos Cinco Grandes Fatores [Dissertação mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul]. <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/1774/000308049.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Odacı, H., & Kınık, Ö. (2019). Evaluation of Early Adolescent Subjective Well-Being in Terms of Submissive Behavior and Self-Esteem. *Journal of Social Service Research*, 45(4), 558–569. <https://doi.org/10.1080/01488376.2018.1481175>
- Ogihara, Y. (2019). A decline in self-esteem in adults over 50 is not found in Japan: Age differences in self-esteem from young adulthood to old age. *BMC Research Notes*, 12(1), 274. <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4289-x>
- Orth, U., & Robins, R. W. (2022). Is high self-esteem beneficial? Revisiting a classic question. *American Psychologist*, 77(1), 5–17. <https://doi.org/10.1037/amp0000922>
- Orth, U., Dapp, L. C., Erol, R. Y., Krauss, S., & Luciano, E. C. (2021). Development of domain-specific self-evaluations: A meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 120(1), 145–172. <https://doi.org/10.1037/pspp0000378>
- Orth, U., Erol, R. Y., & Luciano, E. C. (2018). Development of self-esteem from age 4 to 94 years: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 144(10),

- 1045–1080. <https://doi.org/10.1037/bul0000161>
- Orth, U., Robins, R. W., & Widaman, K. F. (2012). Life-span development of self-esteem and its effects on important life outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, *102*, 1271–1288. <https://doi.org/10.1037/a0025558>
- Paixão, R. F., Patias, N. D., & Dell’Aglia, D. D. (2018). Self-esteem and Symptoms of Mental Disorder in the Adolescence: Associated Variables. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *34*, e34436. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e34436>
- Pereira, A. S., Willhelm, A. R., Koller, S. H., & Almeida, R. M. M. de. (2018). Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. *Ciência & Saúde Coletiva*, *23*(11), 3767–3777. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.29112016>
- Pilarska, A. (2018). Big-Five personality and aspects of the self-concept: Variable- and person-centered approaches. *Personality and Individual Differences*, *127*, 107–113. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.01.049>
- Pyszczynski, T., Greenberg, J., Solomon, S., Arndt, J., & Schimel, J. (2004). Why Do People Need Self-Esteem? A Theoretical and Empirical Review. *Psychological Bulletin*, *130*(3), 435–468. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.3.435>
- Ramaci, T., Barattucci, M., Ledda, C., & Rapisarda, V. (2020). Social Stigma during COVID-19 and its Impact on HCWs Outcomes. *Sustainability*, *12*(9), 3834. <https://doi.org/10.3390/su12093834>
- Reis, L. B. M., Castro, G. G. de, Tôrres, L. R. P. ., Santos, R. S. O., Costa, J. V., Pereira, M. G., & França, D. S. (2021). Insatisfação corporal e comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares: uma avaliação entre estudantes de medicina. *Debates Em Psiquiatria*, *11*, 1–27. <https://doi.org/10.25118/2763-9037.2021.v11.217>
- Roberts, B. W., Wood, D., & Caspi, A. (2008). The development of personality traits in adulthood. In O. P. John, R. W. Robins, & L. A. Pervin (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research*, 3rd ed. (pp. 375–398). The Guilford Press.
- Robins, R. W., Tracy, J. L., Trzesniewski, K., Potter, J., & Gosling, S. D. (2001). Personality Correlates of Self-Esteem. *Journal of Research in Personality*, *35*(4), 463–482. <https://doi.org/10.1006/jrpe.2001.2324>
- Robins, R. W., Trzesniewski, K. H., Tracy, J. L., Gosling, S. D., & Potter, J. (2002). Global self-esteem across the life span. *Psychology and Aging*, *17*(3), 423–434. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.17.3.423>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton University Press.

- <https://doi.org/10.1515/9781400876136>
- Rosenberg, M., & Simmons, R. G. (1971). *Black and White Self-Esteem: The Urban School Child. The Arnold and Caroline Rose Monograph Series in Sociology*. American Sociological Association.
- Rossi, A., Panzeri, A., Pietrabissa, G., Manzoni, G. M., Castelnuovo, G., & Mannarini, S. (2020). The Anxiety-Buffer Hypothesis in the Time of COVID-19: When Self-Esteem Protects From the Impact of Loneliness and Fear on Anxiety and Depression. *Frontiers in Psychology, 11*:2177. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02177>
- Roy, M. A., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (1995). The Genetic Epidemiology of Self-Esteem. *British Journal of Psychiatry, 166*(6), 813–820. <https://doi.org/10.1192/bjp.166.6.813>
- Ryszewska-Łabędzka, D., Tobis, S., Kropińska, S., Wieczorowska-Tobis, K., & Talarska, D. (2022). The Association of Self-Esteem with the Level of Independent Functioning and the Primary Demographic Factors in Persons over 60 Years of Age. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(4), 1996. <https://doi.org/10.3390/ijerph19041996>
- Salerno, M. C., Bolina, A. F., Dias, F. A., Martins, N. P. F., & Tavares, D. M. dos S. (2015). Autoestima de Idosos Comunitários e Fatores Associados: Estudo de Base Populacional. *Cogitare Enfermagem, 20*(4), Art. 4. <https://doi.org/10.5380/ce.v20i4.41895>
- Sanmartín, R., Vicent, M., González, C., Inglés, C. J., Díaz-Herrero, Á., Granados, L., & García-Fernández, J. M. (2018). Positive and Negative Affect Schedule-Short Form: Factorial Invariance and Optimistic and Pessimistic Affective Profiles in Spanish Children. *Frontiers in Psychology, 9*, 392. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00392>
- Sbicigo, J. B., Bandeira, D. R., & Dell’Aglío, D. D. (2010). Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): Validade fatorial e consistência interna. *Psico-USF, 15*(3), 395–403. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712010000300012>
- Schmitt, D. P., & Allik, J. (2005). Simultaneous Administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 Nations: Exploring the Universal and Culture-Specific Features of Global Self-Esteem. *Journal of Personality and Social Psychology, 89*(4), 623–642. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.89.4.623>
- Seligman, M. (1995). *The optimistic child: A proven program to safeguard children against depression and build lifelong resilience*. Harper Collins.
- Shanahan, M. J., Hill, P. L., Roberts, B. W., Eccles, J., & Friedman, H. S. (2014).

- Conscientiousness, health, and aging: The Life Course of Personality Model. *Developmental Psychology*, 50(5), 1407–1425. <https://doi.org/10.1037/a0031130>
- Shavelson, R. J., Hubner, J. J., & Stanton, G. C. (1976). Self-Concept: Validation of Construct Interpretations. *Review of Educational Research*, 46(3), 407–441. <https://doi.org/10.3102/00346543046003407>
- Silva, A. F. de S., Japur, C. C., & Penaforte, F. R. de O. (2020). Repercussions of Social Networks on Their Users' Body Image: Integrative Review. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 36, e36510. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e36510>
- Silva, W. R., Costa, D., Pimenta, F., Maroco, J., & Campos, J. A. D. B. (2016). Psychometric evaluation of a unified Portuguese-language version of the Body Shape Questionnaire in female university students. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(7). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00133715>
- Slade, P. D. (1994). What is body image? *Behaviour Research and Therapy*, 32(5), 497–502. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)90136-8](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)90136-8)
- Souza, E. V., Jr., Cruz, D. P., Silva, B. F. F., Infante, L. D. B., Rosa, R. S., Silva, C. dos S., Siqueira, L. R., & Sawada, N. O. (2022). Efeitos das vivências em sexualidade na autoestima e na qualidade de vida de pessoas idosas. *Escola Anna Nery*, 26, e20210469. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0469pt>
- Souza, L. K. de, & Hutz, C. S. (2016). A autocompaixão em mulheres e relações com autoestima, autoeficácia e aspectos sociodemográficos. *Psico*, 47(2), 89–98. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2016.2.21185>
- Swann, W. B., Jr., Chang-Schneider, C., & Larsen McClarty, K. (2007). Do people's self-views matter? Self-concept and self-esteem in everyday life. *American Psychologist*, 62(2), 84–94. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.84>
- The jamovi project (2022). jamovi. (Version 2.3) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>
- Valentini, F., & Laros, J. A. (2012). Métodos atuais de estatística aplicada e psicometria. In C. S. Hutz (Org.), *Avanços em avaliação psicológica e neuropsicológica de crianças e adolescentes II* (pp. 7 – 40). Casa do Psicólogo.
- Ward, S. (1996). Filling the World with Self-Esteem: A Social History of Truth-Making. *Canadian Journal of Sociology / Cahiers canadiens de sociologie*, 21(1), 1. <https://doi.org/10.2307/3341430>
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality*

*and Social Psychology*, 54(6), 1063–1070.

<https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>

Zanon, C., Bastianello, M. R., Pacico, J. C., & Hutz, C. S. (2013). Desenvolvimento e validação de uma escala de afetos positivos e negativos. *Psico-USF*, 18(2), 193–201.

<https://doi.org/10.1590/S1413-82712013000200003>

Zhu, J., Wang, X., Liu, Z., Liu, T., Wei, G., & Chen, X. (2016). The Relationship between Self-Concept and Mental Health among Chinese College Students: The Mediating Effect of Social Adjusting. *Open Journal of Social Sciences*, 04(12), 118–125.

<https://doi.org/10.4236/jss.2016.412011>

## 8 Anexos

### Anexo 1- Questionário Sociodemográfico

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino ( ) Outro

Idade: \_\_\_\_\_ anos

Estado Civil: ( ) Solteiro(a) ( ) Casado(a)/União estável ( ) Divorciado(a)/Separado ( ) Viúvo (a)

Classe Social: ( ) A- (renda domiciliar superior a R\$ 22 mil/ mês) ( ) B- (renda domiciliar entre R\$ 7,1 mil e R\$ 22 mil/ mês) ( ) C- (renda domiciliar entre R\$ 2,9 mil e R\$ 7,1 mil/ mês) ( ) D/E- (renda domiciliar até R\$ 2,9 mil/ mês)

Escolaridade: ( ) Não sabe ler e escrever ( ) Sabe ler e escrever ( ) Ensino primário ( ) Ensino secundário ( ) Curso Superior

Localização: ( ) Estado \_\_\_\_\_ Cidade

Possui diagnóstico de transtorno psicológico: ( ) sim ( ) não Se sim, qual: \_\_\_\_\_

Possui diagnóstico de alguma doença crônica: ( ) sim ( ) não Se sim, qual: \_\_\_\_\_

Já realizou alguma cirurgia estética: ( ) sim ( ) não Se sim, qual: \_\_\_\_\_

Tem vontade de realizar alguma cirurgia estética: ( ) sim ( ) não

Pratica alguma atividade física: ( ) sim ( ) não

Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezados participante,

Gostaríamos de solicitar sua autorização para participação na pesquisa “Fatores de saúde que influenciam a autoestima: um estudo correlacional” desenvolvida pela mestranda Rafaela da Luz Azevedo e pela orientadora Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Karina da Silva Oliveira. **O objetivo desta pesquisa é verificar a relação da autoestima, como as variáveis: satisfação corporal, personalidade, saúde mental e afetos em grupos de diferentes idades.**

Ao aceitar este convite, você responderá a: **Questionário sociodemográfico, Escala de autoestima, Questionário sobre satisfação corporal, Escala de Afeto Positivo e Negativo, Bateria Fatorial de Personalidade (BFP) e Escala de Índice de Saúde Mental (ISM-5).** Espera-se que o tempo máximo para preenchimento seja de 20 minutos. O preenchimento será realizado no melhor horário para você, sendo que todos os itens estarão disponíveis em formato online. **Todos os dados preenchidos serão armazenados em um banco de dados confidenciais, pelo período de 5 anos.** Após este período, os arquivos serão destruídos.

**A sua participação nesta pesquisa é voluntária**, isto é, não são previstas vantagens financeiras, ou custos ao participante. Assim, ao ter acesso ao link da pesquisa, você poderá iniciar e/ou parar, assim como **podará autorizar e/ou retirar sua autorização a qualquer momento**, sem qualquer prejuízo ou penalidades, ainda que já tenha assentido. **Todas as informações coletadas serão sigilosas, de modo que ninguém seja identificado em qualquer circunstância.**

Ainda, considerando que a participação na pesquisa se dá por autoavaliação diante de situações cotidianas, **os riscos esperados para participação são os mesmos que podem ser experimentados em colaboração junto a pesquisas de opinião, tais como o cansaço. Caso isso aconteça, você poderá interromper a participação livremente.** Ainda, se qualquer outro desconforto for experimentado durante a participação, a pesquisadora responsável, que também é psicóloga, estará à disposição para oferecer o acolhimento psicológico sem custo, bem como fará o encaminhamento para atendimento especializado, caso seja necessário. **Destacamos que você está amparado pela Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Ministério da Saúde, podendo solicitar suporte nos termos descritos na referida resolução.**

Ressaltamos que não haverá nenhum ônus financeiro ou ressarcimento pela participação nesta pesquisa. Esperamos contar com sua colaboração, e nos colocamos à disposição para oferecer todo e qualquer esclarecimento necessário, antes, durante e após a realização da pesquisa. Caso autorize sua participação nesta pesquisa por favor, assine a ficha abaixo.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, com o número CAAE 68357523.2.0000.5149. Se você tiver dúvidas durante a condução da pesquisa, ou mesmo depois dela ter se encerrado, poderá entrar em contato para esclarecê-las com a pesquisadora Rafaela da Luz Azevedo, pelo email [raazevedo2022@ufmg.br](mailto:raazevedo2022@ufmg.br) e orientadora Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Karina da Silva Oliveira, pelo e-mail [karinaoliveira@ufmg.br](mailto:karinaoliveira@ufmg.br). Questões de ordem ética poderão ser consultadas junto ao Comitê de Ética através do número (31) 3409-4592, e/ou e-mail: [coep@prpq.ufmg.br](mailto:coep@prpq.ufmg.br), endereço Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005. Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG – Brasil. CEP: 31270-901.

Agradecemos a colaboração.

Rafaela da Luz Azevedo

Mestranda do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia: Cognição e Comportamento  
[raazevedo2022@ufmg.br](mailto:raazevedo2022@ufmg.br)

Karina da Silva Oliveira

Professora do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia: Cognição e Comportamento

Universidade Federal de Minas Gerais

[karinaoliveira@ufmg.br](mailto:karinaoliveira@ufmg.br)

Eu, \_\_\_\_\_, declaro estar ciente da pesquisa a ser realizada e autorizo minha participação na mesma. Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/202\_\_.

## Anexo 3- Escala de Autoestima Rosenberg adaptado (Hutz &amp; Zanon, 2011)

Leia cada frase com atenção e faça um círculo em torno da opção mais adequada

1. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo, tanto quanto as outras pessoas.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

2. Eu acho que eu tenho várias boas qualidades.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

3. Levando tudo em conta, eu penso que eu sou um fracasso.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

4. Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

5. Eu acho que eu não tenho muito do que me orgulhar.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

6. Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

7. No conjunto, eu estou satisfeito comigo.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

8. Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

9. Às vezes eu me sinto inútil.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

10. Às vezes eu acho que não presto para nada.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

Anexo 4- *Body Shape Questionnaire*, (Di Pietro & Silveira, 2008)

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos      Peso: \_\_\_\_\_ kg      Altura: \_\_\_\_\_ cm      IMC: \_\_\_\_\_

BODY SHAPE QUESTIONNAIRE – BSQ

Adaptado e validado para uso no Brasil por Mônica Cristina Di Pietro, Evelyn Doering Xavier e Dartiu Xavier da Silveira  
PROAD / Departamento de Psiquiatria – UNIFESP / EPM

Responda as questões abaixo em relação à sua aparência nas últimas 4 semanas. Usando a seguinte legenda:

- |              |                   |                         |
|--------------|-------------------|-------------------------|
| 1. Nunca     | 3. Às vezes       | 5. Muito frequentemente |
| 2. Raramente | 4. Frequentemente | 6. Sempre               |

01.	Sentir-se entediada(o) faz você se preocupar com sua forma física?	1	2	3	4	5	6
02.	Sua preocupação com sua forma física chega ao ponto de você pensar que deveria fazer uma dieta?	1	2	3	4	5	6
03.	Já lhe ocorreu que suas coxas, quadril ou nádegas são grandes demais para o restante do seu corpo?	1	2	3	4	5	6
04.	Você tem receio de que poderia engordar ou ficar mais gorda(o)?	1	2	3	4	5	6
05.	Você anda preocupada(o) achando que o seu corpo não é firme o suficiente?	1	2	3	4	5	6
06.	Ao ingerir uma refeição completa e sentir o estômago cheio, você se preocupa em ter engordado?	1	2	3	4	5	6
07.	Você já se sentiu tão mal com sua forma física a ponto de chorar?	1	2	3	4	5	6
08.	Você deixou de correr por achar que seu corpo poderia balançar?	1	2	3	4	5	6
09.	Estar com pessoas magras do mesmo sexo que você faz você reparar em sua forma física?	1	2	3	4	5	6
10.	Você já se preocupou com o fato de suas coxas poderem ocupar muito espaço quando você senta?	1	2	3	4	5	6
11.	Você já se sentiu gorda(o) mesmo após ingerir uma pequena quantidade de alimento?	1	2	3	4	5	6
12.	Você tem reparado na forma física de outras pessoas do mesmo sexo que o seu e, ao se comparar, tem se sentido em desvantagem?	1	2	3	4	5	6
13.	Pensar na sua forma física interfere em sua capacidade de se concentrar em outras atividades (como, por exemplo, assistir televisão, ler ou acompanhar uma conversa)?	1	2	3	4	5	6
14.	Ao estar nua(nu), por exemplo, ao tomar banho, você se sente gorda(o)?	1	2	3	4	5	6
15.	Você tem evitado usar roupas mais justas para não se sentir desconfortável com sua forma física ?	1	2	3	4	5	6
16.	Você já se pegou pensando em remover partes mais carnudas de seu corpo?	1	2	3	4	5	6
17.	Comer doces, bolos ou outros alimentos ricos em calorias faz você se sentir gorda(o)?	1	2	3	4	5	6
18.	Você já deixou de participar de eventos sociais (como por exemplo, festas) por se sentir mal com relação à sua forma física?	1	2	3	4	5	6
19.	Você se sente muito grande e arredondada(o)?	1	2	3	4	5	6
20.	Você sente vergonha do seu corpo?	1	2	3	4	5	6
21.	A preocupação frente à sua forma física a(o) leva a fazer dieta?	1	2	3	4	5	6
22.	Você se sente mais contente em relação à sua forma física quando seu estômago está vazio (por exemplo, pela manhã)?	1	2	3	4	5	6
23.	Você acredita que sua forma física se deva à sua falta de controle?	1	2	3	4	5	6
24.	Você se preocupa que outras pessoas vejam dobras na sua cintura ou estômago?	1	2	3	4	5	6
25.	Você acha injusto que outras pessoas do mesmo sexo que o seu sejam mais magras do que você?	1	2	3	4	5	6
26.	Você já vomitou para se sentir mais magro(a)?	1	2	3	4	5	6
27.	Quando acompanhada(o), você fica preocupada(o) em estar ocupando muito espaço (por exemplo, sentada(o) num sofá ou no banco de um ônibus)?	1	2	3	4	5	6
28.	Você se preocupa com o fato de estar ficando cheia(o) de “dobras” ou “banhas”?	1	2	3	4	5	6
29.	Ver seu reflexo (por exemplo, num espelho ou na vitrine de uma loja) faz você sentir-se mal em relação ao seu físico?	1	2	3	4	5	6
30.	Você belisca áreas de seu corpo para ver o quanto há de gordura?	1	2	3	4	5	6
31.	Você evita situações nas quais as pessoas possam ver seu corpo (por exemplo, vestiários e banheiros)?	1	2	3	4	5	6
32.	Você já tomou laxantes para se sentir mais magra(o)?	1	2	3	4	5	6
33.	Você fica mais preocupada(o) com sua forma física quando em companhia de outras pessoas?	1	2	3	4	5	6
34.	A preocupação com sua forma física leva você a sentir que deveria fazer exercícios?	1	2	3	4	5	6

Nenhuma:	≤ 110
Leve:	> 110 e ≤ 138
Moderada:	> 138 e ≤ 167
Grave:	> 167

## Anexo 5-Escala de Afetos Positivo e Negativo (Zanon et al., 2013)

Esta escala consiste em um número de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Leia cada item e depois marque a resposta adequada no espaço à frente da palavra. Indique como você tem se sentido ultimamente.

- 1.0 Aflito             Nem um pouco;  Um pouco;  Moderadamente;  Bastante;  Exatamente.
- 2.0 Amável         Nem um pouco;  Um pouco;  Moderadamente;  Bastante;  Exatamente.
- 3.0 Amedrontado  Nem um pouco;  Um pouco;  Moderadamente;  Bastante;  Exatamente.
- 4.0 Angustiado     Nem um pouco;  Um pouco;  Moderadamente;  Bastante;  Exatamente.
- 5.0 Animado         Nem um pouco;  Um pouco;  Moderadamente;  Bastante;  Exatamente.
- 6.0 Apaixonado     Nem um pouco;  Um pouco;  Moderadamente;  Bastante;  Exatamente.
- 7.0 Determinado    Nem um pouco;  Um pouco;  Moderadamente;  Bastante;  Exatamente.
- 8.0 Dinâmico       Nem um pouco;  Um pouco;  Moderadamente;  Bastante;  Exatamente.
- 9.0 Entusiasmado  Nem um pouco;  Um pouco;  Moderadamente;  Bastante;  Exatamente.
- 10 Forte             Nem um pouco;  Um pouco;  Moderadamente;  Bastante;  Exatamente.
- 11 Humilhado       Nem um pouco;  Um pouco;  Moderadamente;  Bastante;  Exatamente.
- 12 Incomodado     Nem um pouco;  Um pouco;  Moderadamente;  Bastante;  Exatamente.
- 13 Inquieto         Nem um pouco;  Um pouco;  Moderadamente;  Bastante;  Exatamente.
- 14 Inspirado         Nem um pouco;  Um pouco;  Moderadamente;  Bastante;  Exatamente.
- 15 Irritado          Nem um pouco;  Um pouco;  Moderadamente;  Bastante;  Exatamente.
- 16 Nervoso          Nem um pouco;  Um pouco;  Moderadamente;  Bastante;  Exatamente.
- 17 Orgulhoso       Nem um pouco;  Um pouco;  Moderadamente;  Bastante;  Exatamente.
- 18 Perturbado      Nem um pouco;  Um pouco;  Moderadamente;  Bastante;  Exatamente.
- 19 Rancoroso       Nem um pouco;  Um pouco;  Moderadamente;  Bastante;  Exatamente.
- 20 Vigoroso         Nem um pouco;  Um pouco;  Moderadamente;  Bastante;  Exatamente.

Anexo 6-Bateria Fatorial de Personalidade\* (Nunes et al., 2010)

**AVISO:** Este instrumento é protegido por lei de direitos autorais, de uso exclusivo a profissionais da psicologia. A pesquisadora deste projeto cumpre este requisito (CRP04/444-85), em função disso serão apresentados modelos de itens do teste.

Para cada item, você tem a opção de marcar "1" a "7". Se você acha que a sentença absolutamente não o descreve adequadamente, marque "1". Se você acha que a frase o descreve muito bem, marque o "7" na grade de respostas. Se você considerar que a frase o descreve "mais ou menos" marque "4". Considere que quanto mais você acha que a frase é apropriada para descrevê-lo, maior deve ser o valor a ser marcado na escala (respostas 5,6 e 7); quanto menos você identificar-se com a descrição feita, menor será o valor a ser registrado na escala (respostas 1,2 e 3). Note que todos os valores da escala podem ser marcados.

1. Procuo seguir as regras sociais sem questioná-las.

( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5 ( )6 ( )7

2. Tento fazer com que as pessoas se sintam bem.

( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5 ( )6 ( )7

3. Gosto de falar sobre mim.

( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5 ( )6 ( )7

4. Tenho um "coração mole".

( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5 ( )6 ( )7

5. Falo tudo o que penso.

( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5 ( )6 ( )7

6. Gosto de fazer coisas que nunca fiz antes.

( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5 ( )6 ( )7

7. Acredito que as pessoas têm boas intenções.

( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5 ( )6 ( )7

8. Sou divertido.

( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5 ( )6 ( )7

9. Tomo cuidado com o que falo.

( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5 ( )6 ( )7

10. Dificilmente perdoo.

( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5 ( )6 ( )7

## Anexo 7- Mental Health Index (MHI-5) (Damásio et al., 2014)

Instruções: Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas.

Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente.

- 1- Todo o tempo ;
- 2- A maior parte do tempo;
- 3- Alguma parte do tempo;
- 4- Uma pequena parte do tempo;
- 5- Nunca.

Em relação às últimas quatro semanas:

a. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?

1    2    3    4    5

b. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido(a) que nada possa animá-lo(a)?

1    2    3    4    5

c. Quanto tempo você tem se sentido calmo(a) ou tranquilo(a)?

1    2    3    4    5

d. Quanto tempo você tem se sentido desanimado(a) e abatido(a)?

1    2    3    4    5

e. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?

1    2    3    4    5

## Anexo 8- Parecer consubstanciado- Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Fatores de saúde que influenciam a autoestima: Um estudo correlacional

**Pesquisador:** Karina da Silva Oliveira

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 68357523.2.0000.5149

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 6.161.924

**Apresentação do Projeto:**

Segundo as informações do resumo do projeto, a pesquisa é apresentada da seguinte forma: "A autoestima é um construto relevante e abrangente, que envolve desde aspectos sociais a até de saúde mental, se tornando um fator significativo para identificação e prevenção de problemas psicológicos. Indiferente a sua relevância, nota-se uma lacuna na literatura nacional quanto a presença de estudos recentes que envolvam a autoestima, notadamente relacionando-a a outros aspectos que impactam diretamente a vida do indivíduo. Por esta razão, o objetivo deste trabalho é verificar a relação da autoestima, com as variáveis: satisfação corporal, personalidade, saúde mental e afetos em grupos de diferentes idades. Dessa forma, a presente pesquisa caracteriza-se como um estudo transversal, e com amostra desejada de 200 pessoas, considerando sexo feminino, masculino e outros, agrupados a partir de suas faixas etárias, compondo dois grupos, sendo o Grupo A – adultos (19- 59 anos); Grupo B – idosos (60+). Os instrumentos serão respondidos na modalidade online, sendo eles: questionário de dados sociodemográficos, Escala de Autoestima Rosenberg, Escala de Satisfação Corporal (Body Shape Questionnaire), Escala de Afeto Positivo e Negativo, Bateria Fatorial de Personalidade, Escala de Índice de Saúde Mental. Após estas ações, pretende-se conduzir análises descritivas e comparação de médias entre os grupos etários, assim como, identificar possíveis diferenças entre composições sociodemográficas. Também buscar-se-á avaliar e correlacionar os escores das escalas, identificando as possíveis relações

**Endereço:** Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 6.161.924

entre as variáveis. Espera-se que seja possível compreender o comportamento das variáveis estudadas no funcionamento de indivíduos, e que dessa forma, os achados possam ser usados como estratégias de promoção e prevenção da qualidade de vida."

**Objetivo da Pesquisa:**

Segundo o pesquisador, o objetivo principal da pesquisa é: "Verificar a relação da autoestima, como as variáveis: satisfação corporal, personalidade, saúde mental e afetos em grupos de diferentes idades." Os objetivos secundários do projeto são "Compreender como a autoestima tem sido investigada na literatura nacional; Examinar os fatores sociodemográficos, interpessoais e relacionados à autoestima, considerando os participantes que compõem a amostra desta pesquisa; Realizar estudo correlacional entre autoestima, satisfação corporal, saúde mental, personalidade e afetos."

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos apontados no projeto são descritos da seguinte forma do resumo do projeto: "A participação na pesquisa se dá por auto avaliação, considerando portanto sua percepção diante situações cotidianas. Dessa forma, os riscos de participação são os mesmos esperados para atividades como colaboração em pesquisa de opinião, como por exemplo, cansaço, desconforto ou aborrecimento ao responder questionários. Caso o participante sinta qualquer das situações citadas como risco, poderá interromper a qualquer momento. E ainda, se experimentado pelo participante qualquer outro desconforto ou sofrimento, diferente do esperado, será oferecido acolhimento psicológico pela psicóloga que também é pesquisadora, sem custo, bem como será feito o encaminhamento para atendimento especializado, caso seja necessário. O paciente estará amparado pela Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Ministério da Saúde, podendo solicitar suporte nos termos descritos na referida resolução." Estes mesmos riscos estão elencados no TCLE. Segundo o resumo da pesquisa os benefícios do projeto são descritos da seguinte forma: "Espera-se que com os resultados, seja possível compreender o comportamento das variáveis estudadas no funcionamento de indivíduos que colaborarão com o presente estudo, e que dessa forma, também possam ser usados como fonte de conhecimento para profissionais e pesquisadores da área da saúde, bem como servir de base para estratégias de promoção e prevenção da qualidade de vida de adultos e idosos semelhantes à amostra."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante para a(s) área(s) de Psicologia com previsão de término em 29/03/2024. As

**Endereço:** Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 6.161.924

solicitações do COEP foram atendidas: 1) Foi detalhado o processo de recrutamento para o(s) participante(s) iniciais, modificando a amostragem de bola de neve para um recrutamento via redes sociais; 2) Foi detalhado o recrutamento via redes sociais, dispensando de informações de indicações para amostragem de bola de neve.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados os seguintes documentos: folha de rosto assinada, parecer consubstanciado do Departamento de Psicologia, Carta de aprovação do parecer pelo Departamento de Psicologia, informações básicas do projeto, projeto completo, cronograma do projeto, instrumentos e TCLE.

O TCLE está escrito com linguagem adequado e contém todas as informações necessárias.

**Recomendações:**

Recomenda-se a aprovação do projeto de pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Somos favoráveis à aprovação do projeto "Fatores de saúde que influenciam a autoestima: Um estudo correlacional" da pesquisadora responsável Profa. Dra. Karina da Silva Oliveira.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2089344.pdf	26/05/2023 19:31:44		Aceito
Outros	Carta.pdf	26/05/2023 19:30:59	RAFAELA DA LUZ AZEVEDO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_v2.pdf	26/05/2023 19:29:27	RAFAELA DA LUZ AZEVEDO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	PROJETO_v2.pdf	26/05/2023 19:29:15	RAFAELA DA LUZ AZEVEDO	Aceito

**Endereço:** Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 6.161.924

Investigador	PROJETO_v2.pdf	26/05/2023 19:29:15	RAFAELA DA LUZ AZEVEDO	Aceito
Outros	despacho.pdf	28/03/2023 21:56:36	RAFAELA DA LUZ AZEVEDO	Aceito
Outros	anexo7.pdf	28/03/2023 21:54:35	RAFAELA DA LUZ AZEVEDO	Aceito
Outros	anexo6.pdf	28/03/2023 21:53:59	RAFAELA DA LUZ AZEVEDO	Aceito
Outros	anexo5.pdf	28/03/2023 21:53:36	RAFAELA DA LUZ AZEVEDO	Aceito
Outros	anexo4.pdf	28/03/2023 21:53:14	RAFAELA DA LUZ AZEVEDO	Aceito
Outros	anexo3.pdf	28/03/2023 21:52:44	RAFAELA DA LUZ AZEVEDO	Aceito
Outros	anexo1.pdf	28/03/2023 21:52:13	RAFAELA DA LUZ AZEVEDO	Aceito
Outros	parecerqualificacao.pdf	28/03/2023 21:51:04	RAFAELA DA LUZ AZEVEDO	Aceito
Folha de Rosto	lderosto.pdf	28/03/2023 21:12:04	RAFAELA DA LUZ AZEVEDO	Aceito
Cronograma	Cronograma.xlsx	06/03/2023 13:06:29	RAFAELA DA LUZ AZEVEDO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELO HORIZONTE, 04 de Julho de 2023

Assinado por:  
Corinne Davis Rodrigues  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br