



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

Mestrado em Psicologia
Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação

**Características Psicométricas da Escala de Resiliência Connor-Davidson
(CD-RISC) para a população espanhola**

Wânia Cristina de Oliveira Pinto

Orientador:
Israel Contador Castillo

Agradecimentos

Torna-se capítulo fundamental desta dissertação de mestrado mencionar as pessoas que tornaram possível a sua concretização.

Deste modo, quero agradecer todo o apoio prestado pelo meu orientador de tese, o professor doutor Israel Contador, que sempre se manifestou interessado em me apoiar, em me escutar e em partilhar os seus conhecimentos comigo. De facto, o seu apoio, a sua força e dedicação ajudaram-me a encarar esta experiência de modo positivo e enriquecedor. E por tudo isso aqui deixo uma palavra de apreço para o meu orientador pela sua exigência enriquecedora.

Os meus agradecimentos à Associação de Familiares de Doentes de Alzheimer (AFA) de Salamanca e à Fundação Velum. Em primeiro lugar, ao seu presidente D. Alfonso S. Garcia Plaza. Agradeço particularmente, ao professor Bernardino Fernández-Calvo, investigador principal do estudo, pela sua ajuda na análise dos resultados, bem como ao Dr. Roberto Rodriguez, director médico da AFA, que em conjunto tornaram possível a concretização desta investigação.

Agradeço igualmente aos meus pais e ao meu irmão pelo apoio ao longo de toda a minha formação académica, e sobretudo pela força e ajuda que sempre me prestaram nesta recta final tão conturbada de dificuldades. Obrigada pelo apoio, carinho e pela confiança que depositaram em mim, sempre acreditando nas minhas potencialidades. Outro sincero agradecimento também ao meu namorado pela cumplicidade, paciência e persistência, nunca desistindo de me encorajar e de me dar força para ultrapassar cada obstáculo que surgisse.

Quero ainda deixar o meu agradecimento aos meus amigos de curso, pelo companheirismo e pela partilha de experiências, estando sempre presentes e disponíveis para me escutar e me encorajar.

Todo o percurso até aqui não foi fácil, e por isso mesmo esta experiência não poderia ter corrido de maneira tão positiva e enriquecedora sem estes grandes alicerces, que me ajudaram a crescer e a escolher sempre o melhor caminho, pelo que quero aqui deixar o meu muito obrigada a todos.

Índice

Agradecimentos.....	iii
Índice.....	iv
Índice de Tabelas	vi
Abreviaturas	vii
Resumo	viii
Abstract	ix
INTRODUÇÃO.....	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	6
CAPÍTULO 1 – A RESILIÊNCIA	7
1.1. A origem e evolução do conceito de Resiliência.....	8
1.2. Controvérsias no conceito de resiliência: fenómeno estático ou dinâmico?....	11
1.3. Definição actual do conceito de Resiliência.....	12
1.4. Âmbitos de Aplicação da Resiliência.....	13
1.4.1. Contexto Clínico	13
1.4.2. Contexto Escolar	14
1.4.3. Contexto dos cuidadores de pessoas com demência.....	16
1.4.3.1. A demência	16
1.4.3.2. O cuidador da pessoa com demência.....	17
1.4.3.3. Resiliência no contexto dos cuidadores de pessoas com demência.....	18
1.5. Contexto Organizacional	21
CAPÍTULO II – MODELOS TEÓRICOS NO ÂMBITO DA RESILIÊNCIA.....	23
2.1. Factores Individuais	25
2.2. Factores Sociais e Ambientais	28
2.3. Factores Familiares.....	29
CAPÍTULO III – RESILIÊNCIA: ALGUNS CONSTRUTOS	33
3.1. Resiliência e Expectativas Generalizadas de Controlo.....	34
3.2. Resiliência e Qualidade de Vida.....	38
CAPÍTULO IV – A AVALIAÇÃO DA RESILIÊNCIA	40
4.1. Formas de medir a Resiliência: alguns instrumentos e as suas propriedades psicométricas	41

4.2. A Escala de Resiliência de Wagnild e Young (1993).....	44
4.3. A Escala de Resiliência de Connor e Davidson (2003): as propriedades psicométricas e as suas diferentes versões	45
PARTE II. ESTUDO EMPÍRICO	49
5. COLOCAÇÃO DO PROBLEMA.....	50
5.1. Objectivos	53
5.2. Hipóteses	53
6. MÉTODO.....	55
6.1. Sujeitos	56
6.2. Instrumentos	56
6.3. Procedimento.....	63
7. RESULTADOS	66
7.1. Características da amostra	67
7.2. Resiliência e variáveis sócio-demográficas	67
7.3. Fiabilidade da escala CD-RISC (21 itens)	68
7.4. Análise Factorial.....	68
7.5. Validade Convergente e Divergente.....	70
8. DISCUSSÃO.....	72
9. CONCLUSÕES.....	78
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	80

Índice de Tabelas

Tabela 1. Propriedades psicométricas de algumas escalas de resiliência.

Tabela 2. Propriedades psicométricas das diferentes versões da escala de resiliência Connor-Davidson (CD-RISC).

Tabela 3. Domínios e itens da Whoqol-bref.

Tabela 4. Variáveis sócio-demográficas e a escala de resiliência: contrastes estatísticos.

Tabela 5. Factores da escala de resiliência (21 itens): consistência interna.

Tabela 6. Cargas factoriais dos itens e a percentagem de variância explicada.

Tabela 7. Correlações da escala de resiliência com as escalas.

Tabela 8. Correlações entre a escala CD-RISC e a escala abreviada da WHOQOL relativas a cada grupo de cuidadores.

Abreviaturas

AFA Associação de Familiares de Doentes de Alzheimer de Salamanca

ARS Adolescent Resilience Scale

BEECG-20 Escala de Expectativas Generalizadas de Controlo

BPFI Baruth Protective Factors Inventory

CD-RISC Connor-Davidson Resilience Scale

DA Doença de Alzheimer

EADG Escala de Ansiedade e Depressão de Goldberg

RS Resilience Scale

RSA Resilience Scale for Adults

WHOQOL-Bref World Health Organization Quality of Life

“CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DA ESCALA DE RESILIÊNCIA CONNOR-DAVIDSON (CD-RISC) PARA A POPULAÇÃO ESPANHOLA”

Resumo

A presente investigação analisou as propriedades psicométricas da Escala de Resiliência Connor-Davidson na população espanhola. A amostra foi constituída por 841 participantes, divididos em três grupos: cuidadores informais e formais de pessoas com demência e por estudantes universitários. Todos os sujeitos completaram a bateria de instrumentos utilizados na investigação: Escala de Resiliência Connor-Davidson (CD-RISC); Escala de Ansiedade e Depressão de Goldberg (EADG); Bateria de Escalas de Expectativas Generalizadas de Controlo de Palenzuela (BEEGC-20); e a Escala Abreviada da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-bref). A Análise Factorial exploratória sugeriu uma solução de 3 factores, designados por Competência Pessoal, Controlo e Persistência. A CD-RISC apresentou adequada consistência interna ($\alpha = 0.92$). A escala correlacionou-se positivamente com as expectativas generalizadas de controlo (contingência, auto-eficácia, êxito) e com a qualidade de vida nas suas dimensões social e ambiental. Contrariamente, as suas correlações com a escala de ansiedade-depressão e com a expectativa de desamparo aprendido foram negativas. Portanto, a escala de resiliência CD-RISC mostrou adequadas propriedades psicométricas (fiabilidade e validade) para avaliar a resiliência numa amostra de estudantes universitários e de cuidadores de pacientes com demência.

Palavras-chave: Demência; Cuidadores; Resiliência; Escala CD-RISC; Propriedades Psicométricas

“PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE CONNOR-DAVIDSON RESILIENCE SCALE (CD-RISC) FOR THE SPANISH POPULATION”

Abstract

This research examined the psychometric properties of the Connor-Davidson Resilience Scale in the Spanish population. The sample was composed by 841 participants divided into three groups: informal caregivers, formal caregivers and university students. All the subjects completed the battery of tests selected for the study: the Connor-Davidson Resilience Scale; the Goldberg Anxiety and Depression Scale; the Palenzuela Generalized Expectations of Control Battery and The World Health Organization Quality of Life Scale Brief Version (WHOQOL-Bref). The exploratory factor analysis suggested a three factor solution, referred to as Personal Competence, Control and Persistence. The CD-RISC had adequate internal consistency ($\alpha = 0.92$). The scale correlated positively with the Generalized Expectations of Control (contingency, self-efficacy and success) and the quality of life (social and environmental dimensions). However, their correlations with anxiety-depression scale and the expectations of helplessness were negative. Therefore, the CD-RISC showed adequate psychometric properties (reliability and validity) for assessing the resilience in a sample of university students and caregivers of patients with dementia.

Keywords: Dementia; Caregivers; Resilience; CD-RISC Scale; Psychometric Properties

INTRODUÇÃO

Passar por um acontecimento traumático é sem dúvida uma experiência complicada e difícil com a qual o sujeito lida muitas vezes e que tem de enfrentar. No entanto, isso não significa que o sujeito tenha de ficar condicionado por toda a sua vida e tornar-se numa vítima que desenvolverá provavelmente uma patologia, tal como foi assumido pela psicologia tradicional (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Assim, observa-se na área das ciências humanas e da saúde uma mudança, pois se antes o objecto de estudo estava voltado para as patologias, doenças mentais e carências humanas, torna-se hoje foco de atenção atentar para as potencialidades e capacidades do homem, com o intuito de compreender a saúde mental (Baum & Posluszny, 1999).

Desta forma, tem-se registado o crescente interesse em se estudar não apenas os processos de adoecimento e os factores de risco para as perturbações mentais, mas também os desfechos positivos e os factores protectores que contribuem para que os indivíduos superem as adversidades com que se deparam ao longo das suas vidas (Gable & Haidt, 2005; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). De facto, importa atentar que o sujeito também tem a capacidade de resistir, de superar e de se adaptar face a experiências traumáticas e adversas, permitindo o seu crescimento pessoal, tendo esses aspectos sido ignorados ao longo de muito tempo pela psicologia (Davidson, 2002).

É neste âmbito, que surge o construto de Resiliência, na medida em que alguns indivíduos, apesar de todo um contexto de adversidade e de stress, revelaram conseguir desenvolver-se saudavelmente. Podemos assim dizer que no âmbito das ciências humanas, o conceito de Resiliência se traduz como a capacidade de um indivíduo construir uma trajectória de vida positiva/saudável, apesar de viver num contexto adverso. Por outras palavras, resiliência será então essa capacidade do sujeito resistir a um trauma, sendo capaz de evoluir satisfatória e socialmente (Vanistendael, 2001).

A resiliência encontra-se assim situada na corrente da psicologia positiva e dinâmica, onde a sua resposta não indica patologia, mas sim um ajustamento saudável do indivíduo perante a adversidade (Bonnano, 2004; Masten, 2001). Note-se ainda que para alguns autores, a resiliência é conceptualizada como a soma de factores individuais, familiares e sociais (Grotberg, 1995), onde esses três tipos de factores ajudam a proteger o indivíduo ao impacto de uma situação geradora de stress (Garmezy, 1993).

Para Norris, Stevens, Pfefferbaum, Wyche e Pfefferbaum (2008) a resiliência é um processo ligando um conjunto de capacidades adaptativas a uma trajetória positiva de funcionamento e adaptação após uma adversidade. De acordo com esta perspectiva, é possível percebermos uma convergência de muitas investigações para este conceito actual de maior complexidade, considerando a resiliência como um construto multifacetado que expressa um processo dinâmico e que envolve a interacção entre processos sociais e intrapsíquicos (Assis, Pesce & Avanci, 2006).

Por seu turno, para Connor e Davidson (2003), a resiliência centra-se nas qualidades pessoais que permitem ao indivíduo ser bem sucedido perante uma adversidade, pelo que pode ser encarada como uma medida da capacidade de *coping* face ao stress. Assim, um conceito importante para se compreender a capacidade de resiliência do indivíduo é o de *coping* (Rutter, 1981), que consiste nos esforços cognitivos e comportamentais utilizados pelo indivíduo para lidar com as situações indutoras de stress (Folkman & Lazarus, 1985). Neste sentido, indivíduos resilientes tendem a recorrer a estratégias de *coping* de modo a lidarem directamente com os problemas (Silva, 2001).

Além disso, a resiliência deve ser estudada desde uma perspectiva multidisciplinar (Cicchetti, 2003), mas também por uma perspectiva multidimensional da personalidade, tal como fizeram Connor e Davidson (2003). Neste âmbito, Connor e Davidson (2003) construíram uma escala de medida da resiliência (Escala de Resiliência Connor-Davidson), onde abordaram as dimensões de competência pessoal, tolerância à adversidade, aceitação positiva da mudança, controlo e espiritualidade. Note-se que é esta a escala que se encontra na base desta investigação, na medida em que o presente estudo se debruçará sobretudo na avaliação das propriedades psicométricas da Escala de Resiliência Connor-Davidson (CD-RISC) para a população espanhola.

Por outro lado, sabemos também que o cuidar de um familiar com demência exige um sacrifício pessoal muito grande, na medida em que a demência produz uma progressiva deterioração de cada uma das faculdades mentais dos afectados. De facto, a demência anula as faculdades dos sujeitos para as necessidades da vida diária, e altera também de forma profunda a maneira de o sujeito entender o mundo que o rodeia (Ramos & Fernández-Calvo, 2004). Perante este cenário, cabe à família reorganizar a sua vida diária, pessoal e social (Vila, 1999), para que possa dedicar bastante tempo ao familiar com demência, realizando continuados esforços para se

adaptar às mudanças. Note-se que esta situação pode ser apontada como prototípica de stress crónico no cuidador (Montorio & Losada, 2005).

Neste sentido, uma experiência como aquela que os cuidadores familiares experienciam é sempre negativa, mas existem, contudo, aqueles que se revelam capazes de adaptar, recorrendo a recursos individuais e sociais de que dispõem para enfrentar a situação traumática. E, são portanto as condutas resilientes que conseguirão colocar em marcha o uso desses factores adaptativos que, por sua vez, diminuirão os riscos como a sobrecarga e baixa percepção de saúde física no cuidador (Quintero, Fernández-Calvo, Menezes de Lucena, Hernández-Martin, Contador & Ramos, 2007).

Tendo em conta o exposto, a amostra deste estudo foi constituída por cuidadores informais (cuidadores familiares) e por cuidadores formais (cuidadores que se encontravam a trabalhar num centro de dia), sendo também composta por estudantes universitários de psicologia. E, para além da análise das propriedades psicométricas da CD-RISC para a população espanhola, pretendeu-se igualmente neste estudo analisar as correlações da resiliência com variáveis sócio-demográficas (idade, género e nível educativo dos participantes).

O presente trabalho, após uma introdução geral do tema proposto, apresenta-se dividida em duas partes distintas. A primeira parte é dedicada ao enquadramento teórico em torno do construto de resiliência. O primeiro capítulo faz referência à origem e evolução do conceito de resiliência e o seu âmbito de aplicação em diferentes contextos. O segundo capítulo diz respeito a alguns dos principais modelos teóricos que se destacam no âmbito da resiliência, onde será dada atenção particular aos factores individuais, sociais/ambientais e familiares. Por sua vez, o terceiro capítulo debruça-se em torno de alguns construtos teoricamente ligados ao comportamento resiliente. E, o quarto e final capítulo centra-se em torno da avaliação da resiliência, no que se refere a instrumentos que medem a resiliência, atentando-se sobretudo para as propriedades psicométricas das escalas de resiliência e das suas diferentes versões.

A segunda parte desta dissertação refere-se ao estudo empírico, onde são abordadas as questões em torno da relevância do estudo, da metodologia, bem como a apresentação e discussão dos resultados obtidos nesta investigação. Na metodologia encontra-se a descrição da amostra, dos instrumentos utilizados, e os procedimentos adoptados. Nos resultados são apresentados os dados para a testagem das hipóteses definidas. No que concerne à discussão, são analisados os

diferentes resultados obtidos contrapondo-os com os resultados da literatura científica, sendo posteriormente discutidas e definidas as principais conclusões e limitações do estudo, e ainda algumas sugestões para futuras investigações. Por último, são apresentadas as referências bibliográficas consultadas ao longo do estudo.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1 – A RESILIÊNCIA

1.1. A origem e evolução do conceito de Resiliência

Ao longo das suas vidas, muitos indivíduos enfrentam circunstâncias adversas e potencialmente traumáticas, pelo que até recentemente se acreditava ser incomum a capacidade de um indivíduo reagir, de forma positiva, a uma perda ou a um trauma (Vilete, 2009). Todavia, actualmente reconhece-se que muitos indivíduos expostos a uma situação traumática mantêm uma trajectória de funcionamento saudável (Bonano, 2005), sendo capazes de superarem as adversidades.

Resiliência diz respeito à propriedade de uma matéria que se deixa deformar mas que recupera a forma anterior quando cessa a causa da deformação; pelo que a metáfora mais utilizada é a de um elástico que, após uma tensão inicial volta ao mesmo estado (Junqueira & Deslandes, 2003). Deste modo, e de acordo com Yunes e Szymanski (2001), o termo resiliência teve assim a sua origem na Física e Engenharia, sendo um dos seus precursores o inglês Thomas Young, onde nesse contexto a resiliência era definida como a capacidade de um material para receber uma energia de deformação sem sofrê-la de modo permanente.

A nível etimológico, a origem inglesa da palavra *resilient* nos remete para a ideia de elasticidade e capacidade rápida de recuperação (Houaiss & Villar, 2001). Note-se também, que o conceito de Resiliência deriva do latim *resiliere*, sendo que o termo *resilire* etimologicamente é formado por *re*, que indica um movimento para trás, e *salire*, que significa saltar, pular. Neste sentido, *resilire* significa saltar para trás, retrair-se (Kotliarenco, 1997), tornando-se o conceito de flexibilidade e de plasticidade fundamental para a percepção do conceito de resiliência (Wolin & Wolin, 1994). Resiliência é portanto a capacidade que um corpo tem de flexibilidade, quando submetido a uma ou várias forças energéticas, e que após a cessação dessa força reage voltando ao seu estado de normalidade (Celia, 1997).

Por sua vez, no contexto das ciências humanas, segundo Taboada, Legal e Machado (2006), poderíamos definir inicialmente resiliência como a capacidade de alguns indivíduos na superação das adversidades da vida. No entanto, note-se que a sua definição nas ciências sociais e da saúde não é tão clara nem precisa como acontece nas áreas da física ou da engenharia, devido à complexidade e à multiplicidade de factores e variáveis que devem ser considerados aquando do estudo dos fenómenos humanos (Yunes & Szymanski, 2001). Na realidade, no campo das ciências humanas, o conceito de resiliência tem sido utilizado para descrever a capacidade de um indivíduo se construir ou se reconstruir positivamente face a

adversidades, mesmo num ambiente desfavorável (Barlach, 2005). De facto, existem evidências que conseguem demonstrar como alguns indivíduos conseguem resistir ao stress, tolerar à pressão em situações conflituosas e violentas, bem como responder e estabelecer estratégias que os ajudem a superar ou mesmo a saírem reforçados positivamente desse tipo de experiências adversas (Menezes de Lucena, Fernández-Calvo, Hernández, Ramos & Contador, 2006).

Note-se também que o conceito de resiliência, quando adaptado à área das ciências da saúde, é geralmente associado à capacidade de regeneração, adaptação e flexibilidade, sendo essas qualidades atribuídas a pessoas capazes de recuperar de doenças, catástrofes, guerras, e outras situações traumáticas. De facto, essas situações eram consideradas como de alto risco, pelo que era esperado que as pessoas afectadas desenvolvessem algum tipo de patologia (Souza & Cerveny, 2006). Porém, verificou-se que algumas pessoas vítimas de traumas, sofridos na infância ou na fase adulta, conseguiram uma adaptação satisfatória a nível afectivo, social e profissional (Fonagy, Steele, Steele, Higgitt & Target, 1994). Deste modo, e a partir da constatação destes casos, as investigações começaram a dedicar-se ao estudo da resiliência na criança, no adolescente e no adulto, quando expostos a adversidades.

Neste contexto, importa notar que a percepção de que experiências negativas de vida e acontecimentos stressantes podiam precipitar transtornos mentais esteve presente desde os primórdios da prática psiquiátrica, pelo que os estudos empíricos deram ênfase, por muito tempo, na demonstração de que as más experiências levavam a desfechos negativos para a saúde mental (Rutter, 1985). No entanto, a investigação acerca dos factores que conduzem a resultados positivos na presença de adversidade tem uma longa história, pelo que em alguns dos primeiros estudos realizados neste âmbito se constatou a presença de comportamento adaptativo, embora a nomenclatura utilizada não incluísse, ainda, o termo resiliência (Nóbrega, 2005).

O conceito de resiliência surgiu assim na psicologia a partir de investigações no campo da psicopatologia, sobretudo em investigações sobre o risco. De acordo com Brito (2006), os trabalhos pioneiros sobre resiliência provêm da psicóloga Werner, na década de 60, e do psiquiatra inglês Rutter.

Na realidade os estudos de Emmy Werner (1992), com crianças do Hawai, na década de 70, revelaram-se de extrema importância no contexto da resiliência, ao ter permitido uma mudança de paradigma: do predominante enfoque dado aos factores

de risco que levavam a problemas psicossociais, para a identificação da resistência dos indivíduos (Vilete, 2009). Nestes estudos foram incluídas diferentes condições de adversidade, tais como a desvantagem sócio-económica e riscos associados, doença mental dos pais, maus tratos, entre outros. O estudo, iniciou-se em 1955, tendo como principal objectivo estudar o desenvolvimento de 698 crianças, nascidas durante esse ano, até à idade adulta e avaliar as consequências de complicações perinatais e de condições de vida adversas, a longo prazo, no desenvolvimento e capacidade de adaptação desses indivíduos (Werner, 1992). No estudo, foram posteriormente analisadas as situações em que as crianças conseguiram ultrapassar, com sucesso, esses factores de risco biológico e psicossocial, procurando-se, assim, as origens dessa resiliência.

Durante a década de 70 o conceito de invulnerabilidade ganhou popularidade ao se constatar que algumas crianças pareciam tão fortes que não cediam frente a pressões de stress nem a situações de adversidade. De facto, alguns estudos começaram a constatar que, apesar da exposição a graves *stressores*, algumas das crianças não sucumbiam, demonstrando competência apesar da adversidade, tornando-se popular nesta época o conceito de “*criança invulnerável*” (Rutter, 1985). Todavia, apesar das primeiras publicações alusivas ao conceito de resiliência terem mostrado tendência a utilizar este conceito como equivalente ao de invulnerabilidade, foram posteriormente estabelecidas claras distinções entre ambos os conceitos. Importa notar que Rutter (1985) contestou o conceito de invulnerabilidade, tendo adoptado o termo resiliência como o mais adequado para descrever esse tipo de fenómenos.

É nesse contexto que o conceito de resiliência vem sendo utilizado, na Psicologia e Psiquiatria desde o final da década de 70, estudado e reformulado, ao se constatar que crianças seriam capazes de apresentar um desenvolvimento favorável apesar da grande exposição a condições de risco (Vilete, 2009). De facto, no âmbito do conceito de resiliência revelou-se importante observar que algumas das crianças, durante o seu processo de desenvolvimento, criadas por exemplo no seio de famílias nas quais um ou ambos os pais eram alcoólicos, não apresentavam carências a nível biológico nem psicossocial, como também conseguiam alcançar uma qualidade de vida adequada (Werner, 1989).

Neste sentido, a partir da década de 80 assistiu-se a um crescente interesse em se conhecer aquelas pessoas que desenvolviam competências apesar de terem

crescido em condições adversas, em circunstâncias que aumentavam o risco de apresentarem psicopatologias (Osborn, 1990), pelo que se passou a denominar este grupo de pessoas como resiliente.

1.2. Controvérsias no conceito de resiliência: fenómeno estático ou dinâmico?

Importa atentar para a dificuldade em encontrar um consenso acerca da definição de resiliência, na medida em que ao longo dos tempos, as suas definições foram sendo diversas para diferentes autores, pelo que a literatura reflecte pouco consenso, com variações substanciais na operacionalização e aferição dos construtos principais (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000). Deste modo, constatou-se que o conceito de resiliência era inicialmente associado como resultado de traços de personalidade, os quais permitiam com que a criança, apesar de confrontada com a adversidade, conseguisse progredir no seu desenvolvimento. Na realidade, o termo resiliência era desta forma considerado como um traço ou um conjunto de traços de personalidade, que, supostamente tornariam “*invulnerável*” o sujeito que os possuía (Anthony & Cohler, 1987). Neste sentido, os traços de personalidade capacitavam os indivíduos a permanecerem saudáveis apesar de expostos a situações de stress (Souza & Cerveny, 2006).

Contudo, mais tarde, o termo resiliência passou a ser compreendido de um modo sistémico, atentando para a relação entre o indivíduo e o seu contexto (Waller, 2001), pelo que actualmente, os autores defendem sobretudo a perspectiva da resiliência como processo dinâmico (Masten, 2001; Luthar, Cicchetti & Becker, 2000; Waller, 2001). Tornou-se assim, menos comum a visão daqueles autores que entendiam a resiliência como resultado de uma característica da personalidade (Lundman, Strandberg, Eiseman, Gustafson & Brulin, 2007). Portanto, desde então o conceito de resiliência tem sido frequentemente usado para descrever o processo dinâmico que leva à adaptação positiva do sujeito no contexto de uma adversidade (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000). A resiliência é dessa forma associada a um processo interactivo entre a pessoa e o seu meio, considerado como uma variação individual em resposta ao risco, sendo que os mesmos factores causadores de stress podem ser experienciados de formas diferentes por diferentes pessoas, não sendo a resiliência um atributo fixo do indivíduo (Rutter, 1987).

1.3. Definição actual do conceito de Resiliência

Como vimos, as investigações sobre a resiliência têm surgido em variados domínios científicos pelo que, de acordo com cada domínio, as definições de resiliência se apresentam com algumas variações. No entanto, segundo Andrade (1999), apesar das diversidades encontradas nas definições de resiliência, no âmbito dos diferentes domínios, verificamos que existem denominadores comuns: a adversidade, o risco, o stress; e, por outro lado, a competência, a adaptação bem sucedida, e o funcionamento positivo do sujeito.

Assim, actualmente, e tendo em conta o supracitado, é possível definir a resiliência, de um modo generalizado, como a capacidade para a adaptação bem sucedida, funcionamento positivo, ou competência, despistando assim estatutos de alto-risco, stress crónico ou traumas severos (Egeland, Carlson & Sroufe, 1993). Resiliência refere-se, portanto, a um processo dinâmico que conduz o indivíduo a uma adaptação perante situações adversas, sendo que deverão estar implícitos a necessidade do indivíduo estar exposto a um risco significativo que ameaça o seu funcionamento, bem como o alcance de uma adaptação positiva (Vilhena, 2005). O conceito de resiliência deverá então, ser encarado como a capacidade de recuperar da adversidade, sendo que ser resiliente significa mais do que sobreviver ou resolver situações problemáticas, implicando a capacidade de resolver, recuperar e prosseguir perante as adversidades (Luthar et al., 2000; Masten, 2001).

No entanto, de acordo com Vilhena (2005), importa também esclarecer que resiliência não implica invulnerabilidade, mas sim a capacidade do indivíduo mobilizar recursos de modo a ultrapassar de forma positiva as adversidades que lhe surgem ao longo do seu desenvolvimento. Por outras palavras, resiliência deve ser entendida como essa capacidade de superação dos factores de risco aos quais o indivíduo é exposto, desenvolvendo comportamentos adaptativos e adequados. Neste contexto, atente-se por exemplo para o caso de crianças resilientes, que não apenas evitam os efeitos negativos associados aos factores de risco, como ainda conseguem desenvolver, muitas vezes, uma competência social, académica e vocacional (Cowan, Cowan & Schulz, 1996).

Deste modo, constata-se que, apesar da inexistência de um consenso na literatura, a maioria das definições enfatiza a resiliência como um processo que reflecte uma adaptação bem-sucedida e positiva do sujeito perante um trauma, stress

ou experiências significativas de adversidade (Norris, Stevens, Pfefferbaum, Wyche & Pfefferbaum, 2008; Masten, 2001).

1.4. Âmbitos de Aplicação da Resiliência

No estudo da resiliência, importa igualmente atentar para os diversos e diferentes contextos que exercem influência no desenvolvimento humano, de modo a se compreender como tais contextos podem contribuir na promoção da resiliência nos sujeitos. Seguidamente serão apresentados alguns desses contextos.

1.4.1. Contexto Clínico

As aplicações clínicas das teorias sobre resiliência centram-se no tratamento individual ou grupal de sujeitos em sofrimento, bem como na utilização do modelo de resiliência com vista à prevenção, que visa reduzir os efeitos nocivos no âmbito de uma antecipação das consequências negativas dos riscos em que os sujeitos incorrem (Anaut, 2005). Deste modo, pretende-se não somente estudar os processos resilientes em situações traumáticas, como também tentar propor formas de activação destes processos, quando não surgem espontaneamente (Anaut, 2005).

Na realidade, quando o indivíduo tem problemas, frequentemente se esquece que possui recursos e capacidades para fazer frente às situações adversas, pelo que é tarefa da intervenção do clínico criar uma atmosfera que facilite a identificação desses recursos (Zapata, 2001). De acordo com Anaut (2005) existem aplicações clínicas que procuram a adaptação e a autonomia do indivíduo, sendo que por outro lado, existem também outros investigadores que se debruçam mais para os mecanismos de protecção internos do indivíduo. Será dizer que se pretende, neste caso, favorecer o recurso aos processos psíquicos protectores do sujeito; pelo que neste sentido, a intervenção mediante tratamentos psicoterapêuticos ajuda a despertar esses mecanismos e os processos psíquicos que obedecem ao imperativo de regular a tensão interna.

Assim, esta resiliência na sua acepção preventivo-promocional, é acompanhada por distintos recursos metodológicos: intervenção na crise, grupos, terapia de redes, que pretendem activar os recursos resilientes para que o sujeito possa enfrentar a situação crítica. Será dizer, que se objectiva preparar os indivíduos, famílias e comunidades, com um reportório que lhes permita fluir com conotação positiva face à adversidade (Villalba, 2003).

O modelo da resiliência propõe assim uma nova perspectiva no tratamento de jovens e de famílias em dificuldade, pretendendo-se mobilizar as capacidades destes jovens e destas famílias, de modo a desenvolver a resiliência nos sujeitos. As intervenções baseiam-se tanto em métodos de entrevista com alcance terapêutico como na construção e utilização de técnicas específicas destinadas a ajudar os sujeitos a desenvolver as suas capacidades de resiliência. Os objectivos das intervenções visam portanto ajudar os sujeitos a encontrar recursos neles próprios, bem como estimular as energias psicológicas para enfrentar as situações difíceis da vida (Anaut, 2005). Neste âmbito, importa perceber que estas práticas de desenvolvimento das capacidades de resiliência dizem respeito a três domínios: o indivíduo, os comportamentos e o meio relacional. Nesse sentido, pretende-se trabalhar os processos individuais defensivos e a auto-estima; encorajar o êxito em domínios que são importantes para o sujeito; e igualmente encorajar a investigação familiar, a fim de trabalhar as potencialidades familiares susceptíveis de apoiar a resiliência individual (Anaut, 2005).

Atente-se ainda que, no concerne ao contexto das aplicações clínicas e psicoterapêuticas, a investigação clínica tem-se mostrado interessada pelo funcionamento psíquico da resiliência, pelo que tem procurado explorar as possibilidades de ajuda e de eventuais psicoterapias baseadas neste modelo.

1.4.2. Contexto Escolar

A escola apresenta-se como um contexto capaz de promover emoções positivas e negativas aos jovens, pelo que também neste âmbito se revela importante compreender o processo de resiliência, de modo a que se torne possível detectar que factores de protecção podem ajudar a reduzir o impacto do stress nas crianças ao longo do seu desenvolvimento. Assim, importa percebermos que a escola se trata de um contexto com papel essencial na área da socialização dos jovens, sendo nesse mesmo espaço onde as crianças passam a maior parte do seu tempo, no qual experienciam relações entre pares, situações de amizade, de competição e de rivalidade, e ainda situações de aprendizagem e de descoberta (Poletto & Koller, 2008).

Nesse sentido, no âmbito das aplicações educativas, note-se que a hipótese de uma resiliência apoiada na rede social levou os investigadores a explorar os recursos sócio-ambientais e a instaurar medidas de apoio educativo. De facto, tais experiências

parecem constituir oportunidades para o jovem desenvolver resistências perante situações adversas, dificuldades da vida e atenuar as falhas familiares (Anaut, 2005). Será dizer, que a escola pode assim assumir-se como um espaço que trabalhe no sentido da promoção de processos de resiliência nos jovens, mediante projectos e actividades que permitam estimular as potencialidades e a cooperação nessas crianças (Poletto & Koller, 2008).

Sabemos também que, para que se torne possível esse desenvolvimento da resiliência no jovem é necessário que este tenha oportunidades capazes de fortalecer a sua auto-estima e o seu auto-conceito, bem como a oportunidade de aprender a relacionar-se com os outros e consigo próprio, com os seus sucessos e fracassos e com a diversidade de sentimentos que possam surgir. Assim, acredita-se que é cada vez mais importante que os sistemas educativos assumam a tarefa ao nível do desenvolvimento de actividades e de oportunidades promotoras de resiliência nos seus educandos, de modo a ajudá-los a enfrentar as dificuldades que diariamente surgem. Neste sentido, a escola deve contribuir para a formação de indivíduos mais resilientes, ajudando-os portanto a adoptar condutas mais resilientes. Para tal, é necessária a promoção de um ambiente seguro ao indivíduo, capaz de proporcionar relações confiáveis e o envolvimento em novos desafios com autonomia, responsabilidade e autocontrolo (Tavares, 2001). Na realidade, e segundo Tavares (2001), uma educação que tenha em conta o desenvolvimento desses aspectos dificultará com que o jovem sucumba perante a adversidade, favorecendo assim uma adaptação positiva.

De acordo com Anaut (2005) as intervenções a nível educativo deverão essencialmente procurar desenvolver: a auto-estima; a confiança, o optimismo e o sentimento de esperança; a autonomia e a independência; a resistência e a capacidade de combater o stress; a sociabilidade, como a capacidade de se relacionar com os outros e comunicar positivamente com os outros; as relações sociais existentes; a capacidade de experimentar uma vasta gama de emoções; atitudes positivas que permitam enfrentar problemas e resolvê-los, e prever as consequências; a elaboração da culpabilidade e da vergonha, entre outros.

Neste sentido, tendo em conta o supracitado, parte-se da hipótese de que os factores que constituem a resiliência podem ser trabalhados, estimulados ou desenvolvidos nos jovens. Como vimos, a escola deve trabalhar no sentido da promoção e do desenvolvimento de competências cognitivas, atitudinais e de

comunicação nos seus educandos, estimulando-os a transferi-las e a adoptá-las igualmente para as diversas situações que possam surgir ao longo do seu desenvolvimento (Tavares, 2001).

Note-se assim, que a literatura acerca da resiliência sugere a necessidade de se considerarem diversas estratégias relativas não só à prevenção como também à intervenção, pelo que os factores de risco poderão desta forma ser prevenidos, do mesmo modo que a sua influência poderá ser reduzida. Além disso, importa entender que também o acesso das crianças aos recursos poderá ser melhorado, bem como novos recursos poderão ser colocados à disposição das crianças (Nóbrega, 2005), o que parece promover condutas mais resilientes.

1.4.3. Contexto dos cuidadores de pessoas com demência

1.4.3.1. A demência

O diagnóstico de qualquer demência baseia-se primeiramente na presença de declínio cognitivo relativamente ao padrão anterior de comportamento do indivíduo, e que tal interfira nas suas actividades funcionais. Na realidade, as demências interferem gradualmente nas capacidades do idoso, na gestão da sua própria vida, uma vez que o aparecimento dessas alterações cognitivas e comportamentais repercute na globalidade do seu funcionamento (Coelho, Falcão, Martins de Campos, Vieira, 2006). De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Americana de Psiquiatria – DSM-IV (APA, 2002), a demência diz respeito a uma síndrome caracterizada pelo desenvolvimento de múltiplos déficits cognitivos, incluindo o comprometimento da memória e de pelo menos uma das seguintes perturbações cognitivas: afasia, apraxia, agnosia e perturbação do funcionamento executivo com intensidade suficiente para interferir no desempenho social ou profissional do sujeito.

De facto, segundo Caramelli e Barbosa (2002), decorrente do envelhecimento populacional, tem-se verificado um aumento das doenças crónicas, como é o caso das demências. Relativamente, à Doença de Alzheimer (DA), note-se que esta representa a causa mais comum de demência, sendo responsável por mais de 50% dos casos (APA, 2002), caracterizando-se como progressiva e incapacitante. O quadro clínico da DA é caracterizado por alterações comportamentais e cognitivas, incluindo o comprometimento da memória, do pensamento e do raciocínio, sendo o comprometimento da memória recente o sintoma mais evidente no início da doença

(Caramelli & Barbosa, 2002). Em cada uma das etapas da doença observa-se uma gradativa perda da autonomia e o conseqüente aumento das necessidades de cuidados e supervisão de terceiros para com o doente (Abreu, Forlenza & Barros, 2005).

Por sua vez, a demência vascular constitui a segunda maior prevalência entre todos os tipos de demência, provocando um deficit súbito nas funções cognitivas, como alterações na fluência verbal, comprometimento da memória, desorientação visuo-espacial e dificuldade de estruturação lógica do pensamento (Coelho, Falcão, Martins de Campos, Vieira, 2006).

1.4.3.2. O cuidador da pessoa com demência

O idoso com demência necessita de auxílio na realização das suas actividades diárias e, conseqüentemente, de uma pessoa que o ajude nessas tarefas. Trata-se de alguém que realize as tarefas que o doente não tem mais possibilidade de executar, que vão desde a higiene pessoal até a administração financeira das necessidades da família (Coelho, Falcão, Martins de Campos, Vieira, 2006). Neste contexto, surge então o papel do cuidador que se trata daquele que dá suporte físico e psicológico ao doente (Grafstrom, Fratiglioni, Sandman & Winblad, 1992), tornando-se na pessoa directamente responsável pelos cuidados do paciente (Petrilli, 1997). Atente-se que vários estudos sugerem que a maioria dos cuidadores é do sexo feminino (Burns, Nichols, Adams, Graney & Lummus, 2003; Garrido & Menezes, 2004; Karsch, 2003; Mohide, 1993; Taub, Andreoli & Bertolucci, 2004), especialmente esposas e filhas do doente (Haley, 1997; Karsch, 2003; Mohide, 1993).

A comunicação do diagnóstico causa sempre impacto nos familiares, tornando-se complicado e difícil aceitar a doença. Importa notar que a doença atinge não somente um membro da família, como também todo o sistema familiar, revelando-se crucial estabelecer quem será o cuidador principal do familiar com demência (Silveira, Caldas & Carneiro, 2006). Entenda-se por cuidador principal ou primário o membro da família que assume as necessidades primárias do doente, que se responsabiliza por providenciar, coordenar e dar suporte para a manutenção da rotina e do bem-estar diário do doente (Lampert, 2009).

Portanto, de acordo com Taub et al. (2004) normalmente o cuidador é escolhido dentro do círculo familiar, pelo que a tarefa de cuidar é assumida geralmente de maneira inesperada, podendo conduzi-lo a uma sobrecarga emocional. Em alguns

casos, o cuidado exercido pelo cuidador familiar possui uma forte expressão simbólica por envolver vínculos afectivos, alianças e o compartilhar de uma história que é peculiar a cada sistema familiar (Coelho, Falcão, Martins de Campos, Vieira, 2006).

Note-se que até 60% dos cuidadores podem desenvolver sintomas de saúde, físicos e psicológicos, bem como uma maior frequência de conflitos familiares e problemas no trabalho (Cerqueira & Oliveira, 2002). Tal faz com que muitos dos cuidadores se sintam stressados e com a vida social e afectiva limitada (Grafstrom, Fratiglioni, Sandman & Winblad, 1992).

Tendo em conta o supracitado, sabemos que os familiares que cuidam dos seus doentes em casa constituem também um novo grupo de risco, e devido a isso representam igualmente um alvo de investigação e de atenção por parte dos profissionais de saúde mental. Note-se que o avanço das obrigações relacionadas com o prestar apoio e assistência familiar pode contribuir para a exaustão da função do cuidador (Kramer & Lambert, 1999). De acordo com Sotto Mayor, Ribeiro e Paúl (2008), são vários os problemas que surgem nos cuidadores de pessoas com demência, de entre as quais se destacam as dificuldades pessoais, familiares, económicas e sociais, que são frequentemente acompanhadas pela percepção de que os profissionais de saúde não estão cientes das suas reais vivências e da implicação destas no bem-estar pessoal e na globalidade das suas próprias vidas.

De facto, no mesmo sentido, algumas investigações (Teel & Carson, 2003; Winslow, 2003) indicaram que o cuidador pode ser acometido por problemas físicos, financeiros e mentais, isolamento social, stress, sentimento de culpa, sensação de sobrecarga e cansaço, conflitos na família, irritabilidade, entre outros. Note-se também que com frequência os cuidadores se tornam alvo de uma sintomatologia depressiva (Garcés, Carretero, Ródenas & Vivancos, 2009), a qual os impede de cuidar adequadamente. Neste âmbito, é frequente observar-se que à medida que a doença progride, ocorre também uma mudança de papéis entre os membros da família, sendo alterada a dinâmica e estrutura familiar. Por exemplo, os filhos podem sentir-se pais dos próprios pais (Coelho, Falcão, Martins de Campos, Vieira, 2006).

1.4.3.3. Resiliência no contexto dos cuidadores de pessoas com demência

Silveira, Caldas e Carneiro (2006) referem que o aumento da expectativa de vida, tem consequentemente aumentado também a possibilidade de o idoso ser acometido

por diversas doenças, de entre quais se encontra a demência, a qual torna o seu portador cada vez mais dependente de cuidados familiares, tal como já mencionado. Assim, tem-se revelado cada vez de maior importância atentar para o contexto familiar e para o novo *locus* do cuidado (Camargo, 2010).

Ao ser definido o cuidador principal da pessoa com demência, sabe-se que esse cuidador é exposto a sobrecargas de nível físico e psíquico, o que conduz, em muitos casos, a uma má qualidade de vida (Vilela & Caramelli, 2006; Schulz & Martire, 2004). De facto, é comum encontrar-se, no seio de famílias de cuidadores de doentes crónicos e graves, sentimentos de desespero, cansaço, ansiedade, angústia, bem como de desamparo (Almeida, 2005). Portanto, o acto de cuidar produz impacto no cuidador, que se traduzem sobretudo em repercussões físicas, psíquicas, sociais e económicas.

Deste modo, interessa perceber que as avaliações do cuidador acerca desse acto de cuidar e sobre os seus efeitos sobre a saúde física e mental, são resultantes principalmente da interacção entre a sua exposição a situações de stress, à sua vulnerabilidade e entre os seus recursos psicológicos e sociais (Pearlin, Mullan, Semples & Skaff, 1990). Tal como anteriormente referido, note-se assim que sintomas relacionados com cansaço, insónia, irritabilidade, ansiedade, depressão, fragilidade física e psicológica são condições que, somadas ou intensificadas pelas situações geradores de stress, podem conduzir o cuidador ao esgotamento e à sobrecarga física e mental (Camargo, 2010).

É neste âmbito, que o estudo da resiliência também se destaca no sentido de se compreender de que forma diversos factores de protecção internos e externos contribuem para a protecção do cuidador que frequentemente se encontra numa situação de stress crónico. Note-se que, neste contexto, tanto as características individuais, como a auto-eficácia e a auto-estima, bem como os factores sociais relativos à rede de apoio social e coesão familiar englobam o processo de resiliência (Lampert, 2009).

Algumas investigações têm demonstrado correlações negativas entre resiliência com a depressão e o stress em cuidadores, constatando-se que níveis altos de resiliência parecem atenuar os efeitos de stress crónico na sobrecarga emocional (Lampert, 2009). De facto, o estudo de Lampert (2009) permitiu mostrar esta questão, ao se verificar que tanto a resiliência como a rede de apoio social parecem atenuar alguns efeitos do stress crónico na sobrecarga emocional dos cuidadores. Além disso,

também outros estudos evidenciaram correlações negativas entre resiliência com a depressão e violência psicológica, e correlação positiva com a satisfação de vida (Wagnild & Young, 1993).

Tem-se igualmente verificado em algumas investigações (Quintero, Fernández-Calvo, Menezes de Lucena, Hernández-Martín, Contador & Ramos, 2007) que, na presença de situações de adversidade como são as de atender às necessidades básicas dos familiares com demência, os cuidadores mais resilientes tendem a ter a capacidade de utilizar os recursos ao seu alcance, e adaptar-se adequadamente, bem como experienciar emoções positivas. Neste âmbito, estimular a auto-eficácia e a competência nos cuidadores familiares, apresenta-se como uma estratégia de prevenção perante aqueles inevitáveis stressores que surgem durante o acto de cuidar. Além disso, sabe-se que quando os cuidadores passam a ter um significado para aquilo que vivenciam, torna-se mais fácil lidar com as dificuldades advindas do processo demencial (Coelho, Falcão, Martins de Campos, Vieira, 2006). De facto, as condutas de resiliência reforçam os factores adaptativos disponíveis e reduzem a vulnerabilidade do cuidador aos factores de risco, uma vez que os cuidadores com baixa resiliência parecem sofrer maior sobrecarga e pior saúde física (Quintero, Fernández-Calvo, Menezes de Lucena, Hernández-Martín, Contador & Ramos, 2007).

Neste sentido, os recursos sociais constituem um elemento que pode ajudar a amortecer os efeitos stressores sobre o bem-estar do cuidador (ajuda emocional, informativa e material). Assim, o acompanhamento da díade cuidador-idoso revela-se importante no sentido de permitir uma análise compreensiva das situações e de facilitar o diagnóstico precoce da vivência de sobrecarga do cuidador (Sotto Mayor, Varandas, Ribeiro, & Paúl, 2005).

Apresenta-se também crucial que as equipas de saúde auxiliem os cuidadores na desconstrução destas vivências, bem como os ajudem a compreender a etiologia associada aos comportamentos disruptivos dos seus familiares doentes. Por outro lado, segundo alguns autores (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004) frequentemente existe também a necessidade de alguns cuidadores se afastarem temporariamente da responsabilidade e da tarefa de cuidar. Pretende-se assim, fomentar um modelo de intervenção positivo e salutogénico, centrado na prevenção e no bem-estar psicológico, que fomente nos cuidadores a sua energia, implicação e concentração no cuidado. Assim, é importante a criação e a disponibilidade de recursos institucionais que possam oferecer apoio social suficiente no cuidado dos doentes com demência

(Quintero, Fernández-Calvo, Menezes de Lucena, Hernández-Martín, Contador & Ramos, 2007).

Lampert (2009) refere que a investigação no âmbito dos factores de protecção face ao stress permite abrir caminho para o reconhecimento de possibilidades de crescimento e de desenvolvimento mesmo em populações consideradas de risco, como é o caso dos cuidadores.

1.5. Contexto Organizacional

Sabe-se que as recentes transformações de índole económica e tecnológica têm acarretado igualmente novos contornos às mudanças na forma do trabalho humano nas organizações, pelo que estas têm causado impacto sobre a identidade do sujeito organizacional (Barlach, Limongi-França & Malvezzi, 2008). É neste sentido que, segundo Barlach, Limongi-França e Malvezzi (2008), se revela importante o conceito de resiliência, pela sua flexibilidade característica, tornando-se numa das competências requeridas pela dinâmica da modernidade do trabalho nas organizações perante as diversas situações de tensão, pressão e ruptura que se apresentam ao indivíduo no contexto organizacional.

Desta forma, faz todo o sentido que também no âmbito das organizações se atente para a questão da resiliência, de modo a se tornar compreensivo a que factores de risco os trabalhadores estão sujeitos, e de modo a se perceber que elementos estão presentes ou podem ser desenvolvidos para lidar com o sofrimento (Barlach, Limongi-França & Malvezzi, 2008). Todavia, importa clarificar que, no contexto organizacional, o conceito de resiliência se prende sobretudo com a existência de recursos adaptativos no sujeito na sua relação com o trabalho que é pautado por um ambiente em transformação.

No que concerne aos factores de risco geradores de sofrimento ao sujeito no seu trabalho, Job (2003) clarifica que se relacionam com a pressão e responsabilidade, a incapacidade de aceitar as suas próprias falhas, bem como a falta de tempo para a família e a falta de apoio dos seus pares e superiores, e ainda a falta de reconhecimento e o sentimento de frustração muitas vezes presente. Por sua vez, o mesmo autor refere que os factores de protecção que permitem ao indivíduo adoptar uma conduta resiliente no seu trabalho se referem principalmente com a sua autonomia, auto-estima, reconhecimento, auto-determinação, bem como o apoio de amigos e da família, e ainda a esperança e fé.

De facto, apresenta-se imperativo que as condições de adversidade sentidas no âmbito organizacional sejam capazes de conduzir à mobilização ou à criação de recursos para que o sujeito lhes possa fazer frente. Assim sendo, são considerados trabalhadores resilientes aqueles que actualmente ocupam posições de comando nas organizações modernas, e que são capazes de enfrentar situações de adversidade não somente no seu trabalho, como também em outros aspectos das suas vidas a nível familiar, pessoal e afectivo (Barlach, Limongi-França & Malvezzi, 2008).

Portanto, a mudança nas relações da pessoa com o ambiente de trabalho, em curso nas últimas décadas, aponta para a necessidade de flexibilidade e plasticidade por parte dos sujeitos organizacionais, pelo que a compreensão do conceito de resiliência na área das organizações se apresenta crucial. Na realidade, é importante o desenvolvimento de propostas de prevenção com o recurso a diversos factores de protecção, capazes de estimular a discussão e construção de valores, bem como espaços organizacionais e práticas inovadoras para sustentar acções de protecção de saúde física, psicológica, social e organizacional (Barlach, Limongi-França & Malvezzi, 2008).

CAPÍTULO II – MODELOS TEÓRICOS NO ÂMBITO DA RESILIÊNCIA

Como já foi referido, a primeira fase dos estudos sobre a resiliência, conduzida principalmente com crianças e adolescentes, esteve voltada para a identificação das características dos indivíduos que mostravam superação face a adversidades, em oposição àqueles que sucumbiam. Neste sentido, a literatura prontamente se ocupou em procurar descrever as qualidades, atributos resilientes, ou factores capazes de ajudar as pessoas a enfrentarem ou superarem as adversidades (Richardson, 2002). De facto, vários estudos em torno da resiliência se debruçaram em apontar quais seriam essas qualidades que se associavam a um melhor funcionamento psicossocial durante ou após experiências adversas (Luthar *et. al.*, 2000).

Assim, de entre as características psicológicas mais evidentes nos indivíduos ditos “*resilientes*” estavam incluídas: uma responsividade rápida ao perigo; a busca de informações; a formação e a utilização de relacionamentos para propiciarem a sobrevivência; a convicção de ser amado; a reestruturação cognitiva de experiências dolorosas; o optimismo e a esperança (Mrazek & Mrazek, 1987). Também são descritas outras características, tais como o manter uma postura activa e de recuperação diante das dificuldades; solucionar problemas activamente, bem como a capacidade de ver que os obstáculos podem ser superados; de persistir de um modo racional; de possuir uma ampla gama de interesses e objectivos que levam a uma maior variedade de estratégias; e de ser flexível e adaptativo em termos de identificar que capacidades são mais apropriadas em diferentes situações (Demos, 1989).

No que diz respeito às características de vida e factores sociais que contribuem para o desenvolvimento da resiliência, foram descritos: pertencer a uma classe social de média a elevada; ter um ambiente familiar que apoie o sujeito; ter acesso a bons serviços de saúde, educacionais e sociais; e ter cuidadores adicionais além da mãe e outros parentes e vizinhos disponíveis para apoio (Mrazek & Mrazek, 1987).

Por sua vez, no que concerne às características familiares, verificou-se que a compreensão e apoio dos pais a respeito das capacidades e objectivos da criança; a flexibilidade em solucionar problemas entre pais e criança; e a capacidade de circunscrever problemas ao conflito original foram considerados como factores capazes de promover a resiliência (Mrazek & Mrazek, 1987).

Tendo em conta o supracitado, serão de seguida apresentados com mais detalhe alguns dos principais factores associados à resiliência, sendo desde já importante

ressaltar que, apesar da divisão entre factores individuais, familiares e ambientais, esses factores se processam de forma interligada.

2.1. Factores Individuais

Várias investigações se têm desenvolvido, principalmente nos Estados Unidos e no Reino Unido, em torno do estudo da resiliência, sendo que a maior partes dos estudos se focaliza numa perspectiva mais individualista, que enfatiza traços e disposições pessoais. Exemplo desta tendência é a definição adoptada pelo Projecto Internacional de Resiliência, coordenado por Edith Grotberg: “*Resiliência é uma capacidade universal que permite que uma pessoa, grupo ou comunidade previna, minimize ou supere os efeitos nocivos das adversidades*” (Grotberg, 1995, p. 7).

De facto, esta perspectiva focalizada no indivíduo é notória também em diversos estudos que se dedicaram à investigação da resiliência, na medida em que este foco no indivíduo procura identificar resiliência a partir de características pessoais, tais como o sexo, temperamento e *background* genético. Além disso, estas questões relativas a capacidades individuais são em geral ilustradas em situações onde alguns sujeitos conseguiram superar os momentos de crise, enquanto outros acabavam por sucumbir face às adversidades, apesar de possuírem trajectórias semelhantes (Yunes, 2003).

De facto, note-se que, inicialmente, a resiliência era considerada como um traço ou um conjunto de traços de personalidade herdados biologicamente (Anthony & Cohler, 1987). Neste âmbito, faziam parte desses traços individuais o temperamento fácil, o nível mais alto de inteligência e o nível mais alto de auto-estima, bem como um senso realístico de esperança e controle pessoal. Todavia, atente-se que esta abordagem, era de facto um pouco limitadora, na medida em que restringia as qualidades pessoais a questões de herança genética (Souza & Cerveny, 2006).

Ainda neste contexto, verificou-se que o papel dos *factores biológicos* na resiliência era sugerido por algumas evidências na função dos sistemas neurais e neuroendócrinos em relação à reactividade ao stress (Vilete, 2009). Por outro lado, foram desenvolvidos alguns estudos com o intuito de apurar a influência dos factores genéticos na resiliência, pelo que se averiguou que considerada em termos quantitativos, não havia efeitos principais dos genes. Esses estudos sobre a interacção *gene-ambiente* evidenciaram que a influência dos genes só foi demonstrada na sua interacção com um risco ambiental, e, portanto, a variância

genética possui um efeito moderador diante do trauma ambiental (Vilete, 2009). Deste modo, constatou-se que não se podia reduzir a resiliência a processos biológicos, na medida em que reduzir a resiliência a componentes genéticos, neuroanatômicos, neuroquímicos e a factores neurofisiológicos, implicaria com que o grande impacto que a experiência tem sobre esses processos psicológicos fosse desvalorizado e não tido em atenção (Vilete, 2009).

Por sua vez, tendo em conta a variável *género*, embora os estudos não sejam conclusivos, verificou-se que comparativamente às raparigas, os rapazes parecem apresentar uma maior probabilidade de reagirem com perturbações mentais, como comportamentos disruptivos e de oposição (Luthar et al., 2000). Werner e Smith (1992) constataram que o impacto da variável género muda nas várias etapas da vida, pelo que os rapazes mostraram maior vulnerabilidade do que as raparigas durante a primeira década de vida e menos durante a segunda, com uma nova troca aparecendo no início da terceira década. Neste contexto, importa atentar que na maioria das vezes os rapazes apresentam maior risco de desenvolver perturbações de conduta e carreira criminal, enquanto as raparigas se apresentam mais vulneráveis a problemas internalizados como a depressão (Wolff, 1995). Portanto, as experiências vividas durante os eventos traumáticos parecem ser diferentes segundo o género, porém, outros estudos sugerem que a resiliência não é género-específica e que também nem aumenta nem decresce com a idade (Agaibi & Wilson, 2005), pelo que os estudos não se revelam muito conclusivos.

Por outro lado, também a *inteligência* se apresenta como uma das variáveis amplamente estudadas como moderadora no estudo da resiliência (Luthar & Ziegler, 1991). Neste sentido, há a perspectiva de que crianças capazes de superarem ambientes de alto risco, são frequentemente portadoras de fortes capacidades intelectuais (Masten & Coatsworth, 1998). Neste âmbito, Garnezy, Masten e Tellegen (1984) observaram que as crianças inteligentes, diante de níveis progressivos de stress, não evidenciam declínio na competência social como acontece em crianças menos inteligentes. Assim, a inteligência parece poder desempenhar um papel relacionado com os comportamentos resilientes (Dumont, Widom & Czaja, 2007). Contudo, importa referir que, segundo Vilete (2009), também foram realizados alguns estudos que não encontraram associações significativas entre o nível de inteligência e predição de ajustamento ou resposta resiliente.

No que concerne ao factor *temperamento*, este diz respeito às diferenças individuais em traços comportamentais que são relativamente estáveis e têm aparecimento precoce. Sabemos que as diferenças de temperamento são determinadas por diversos factores, pelo que tanto possuem raízes biológicas que podem reflectir diferenças na reactividade e auto-regulação, como também são determinadas pela contribuição de influências ambientais, tais como os estilos de parentalidade e de contexto familiar (Wachs, 2006). Assim, de acordo com Wachs (2006), os padrões de temperamento podem funcionar como processos protectores ou de vulnerabilidade face ao stress, mediante cinco mecanismos: 1) através de diferenças no tratamento de crianças com temperamento diferente pelos seus cuidadores; 2) através da busca de ambientes que possam aumentar ou não a conduta resiliente; 3) pela adequação ou não do temperamento da criança às demandas do ambiente; 4) pelas diferenças no modo de reacção a situações de stress semelhantes; e 5) pelas diferentes estratégias de *coping* usadas pelos indivíduos com temperamentos diferentes.

É neste sentido que se torna compreensível como traços de temperamento com elevada reactividade emocional positiva, com características de sociabilidade, flexibilidade e adaptabilidade, com baixa impulsividade e com elevada capacidade de atenção focada e de orientação para tarefas, podem funcionar como promotores de resiliência (Wachs, 2006). Tendo em conta o exposto, verificamos assim que *“a maioria dos estudos sobre resiliência tem sido realizada numa abordagem quantitativa cujo foco é a criança, identificada como resiliente ou não a partir de testes psicométricos, notas na escola, testes de personalidade ou perfil de temperamento”* (Yunes & Szymanski, p.2, 2005). Na realidade, parece ser este conjunto de características mais individualistas, que geralmente define, para muitos investigadores, se a criança é ou não resiliente, tornando-se numa perspectiva demasiado limitadora, não tendo em conta outros factores. Além disso, os estudos não se revelam esclarecedores e conclusivos para que realmente se possa afirmar que apenas os factores individuais são importantes para a ocorrência da capacidade de resiliência no indivíduo.

Nesse contexto, é importante que outro tipo de factores também seja tido em conta, tais como os factores sociais/ambientais e familiares, que igualmente se apresentam como fundamentais ao se processarem em interacção com os factores individuais na promoção da resiliência no sujeito. É acerca desse tipo de factores, relacionados com as relações sociais e familiares, que seguidamente se irá falar.

2.2. Factores Sociais e Ambientais

Para além dos factores individuais, alguns autores enfatizam os factores sociais como factores promotores de resiliência, na medida em que a relação entre acontecimentos stressantes de vida e doença foi mostrada como sendo moderada pela presença de apoio social de fontes familiares e extra-familiares. Será dizer que o apoio social parece ter influência, ao permitir oportunidades para o indivíduo sair da situação de risco, bem como ao ajudar a uma avaliação mais saudável dos acontecimentos (Wolkow & Fergusson, 2001; Rutter, 1987). Contudo, importa mencionar que nem todos os relacionamentos são promotores de apoio, podendo nesse caso constituírem como factores adicionais de *stress* para o indivíduo (Lyons, 1991).

Note-se que vítimas de adversidade na infância, que identificaram pelo menos um adulto do passado como promotor de apoio, demonstraram menor abuso de substâncias, menor comportamento violento e menos possibilidade de terem uma perturbação de conduta, bem como registaram melhores relacionamentos com os pais e colegas; melhor ajustamento psicossocial; melhor desempenho académico, melhores estratégias de *coping*; auto-imagens mais positivas; melhor bem-estar subjectivo e melhor qualidade de vida (Wolkow & Ferguson, 2001).

Neste âmbito, atente-se por exemplo, para um estudo com adolescentes de escolas rurais na Pensilvânia, no qual se verificou que a percepção de apoio social da família teve, após o optimismo, o segundo maior efeito principal sobre a resiliência psicossocial. Assim, o apoio social percebido como um dos mais poderosos moderadores de experiências negativas de vida (Tusaie, Puskar & Sereika, 2007). Além disso, verificou-se que, em vários estudos sobre trauma em adultos, o apoio social percebido e a coesão familiar estavam associados a uma maior resiliência. Assim, parece que essa capacidade do indivíduo, em recorrer e manter esse apoio, se encontra envolvida na sua conduta resiliente (Hoge, Austin & Pollack, 2007).

Dumont *et al.* (2007) realizaram um estudo prospectivo com casos de abuso sexual e negligência na infância, com o intuito de investigar a influência de residir numa vizinhança próspera na predição de resiliência. Neste estudo, apesar de não se ter evidenciado efeito principal da vizinhança sobre a predição de resiliência, observou-se uma interacção, indicando que vizinhança próspera contribuía como um factor moderador na relação entre a estabilidade do lar e a promoção de resiliência. Foi ainda observada uma interacção entre o tipo de vizinhança com as capacidades

cognitivas dos indivíduos. Aqueles que cresceram em vizinhanças com, relativamente, um maior número de “vantagens” e que tinham uma capacidade cognitiva alta, tenderam a ser três vezes mais resilientes do que os participantes de um mesmo tipo de vizinhança, mas que tinham baixos níveis de capacidade cognitiva.

Constata-se também que, no contexto do macroambiente, igualmente se verifica que as condições sócio-económicas presentes no nascimento e na infância da criança podem afectar a resiliência contra a adversidade. Deste modo, no sentido de ajudar jovens de alto risco e em desvantagem na direcção de um sentido de competência e auto-eficácia, mudanças no macroambiente são essenciais, pelo que condições de pobreza e de desemprego necessitam de ser atacadas e tidas em conta. Note-se que este tipo de adversidades no macroambiente, podem constituir factores que promovam situações de violência doméstica, de depressão materna, de discórdia parental, de uma parentalidade coercitiva e não vigilante e de abuso infantil (Vilete, 2009). Por sua vez, o sistema educacional também integra o macroambiente, sendo que identicamente na escola se revela imperativo o desenvolvimento de programas promotores da resiliência em crianças de alto risco, permitindo que elas comecem a escola de modo mais competente, com maior confiança nas suas capacidades, e evocando respostas mais positivas de professores, de tal modo que se possa promover uma maior auto-estima nas crianças.

2.3. Factores Familiares

Vimos anteriormente que parece prevalecer uma tendência à caracterização da resiliência pelo uso de instrumentos de medida que muitas vezes descrevem este fenómeno como uma *habilidade* (Zimmerman & Arunkumar, 1994) ou *capacidade universal* (Grothberg, 1995) de superar adversidades. Deste modo, constata-se que rotular uma criança como resiliente ou não é negar que o fenómeno pode ser provisório, imprevisível e dinâmico (Martineau, 1999). É neste sentido que, recentemente, importantes investigadores nesta área (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000) têm procurado enfatizar o carácter processual da resiliência. São esses mesmos autores que referem a existência desta dicotomia entre *processo versus traço* nos estudos em decorrência no âmbito da resiliência. De acordo com Luthar, Cicchetti e Becker (2000) a expressão *criança resiliente*, utilizada por diversos autores, não se refere a atributos pessoais, mas sim à pressuposição de condições de resiliência, tais

como a presença de factores de risco ao bem-estar da criança, e a adaptação positiva da criança apesar das adversidades.

Na realidade, para Yunes e Szymanski (2005), essa visão limitadora, que focaliza a resiliência na perspectiva individual, pode levar a supor que o indivíduo deve possuir “algo interno” para ser considerado resiliente, e, caso não o tenha, poderá ser classificado como *não-resiliente* (Yunes, 2003; Yunes & Szymansky, 2001). Assim, parece fazer bem mais sentido estudar a resiliência no contexto das famílias, sugerindo-se assim uma compreensão global da questão numa visão sistémica, relacional, ecológica e de desenvolvimento. De facto, como supracitado, as investigações no âmbito da resiliência incidiram numa primeira fase sobre os indivíduos considerados resilientes (Yunes & Szymanski, 2005), Porém, igualmente se passou a atentar para a questão da importância da interacção do indivíduo com o meio afectivo e social, pelo que se desenvolveram investigações no sentido de se estudar as características familiares susceptíveis de contribuir para a resiliência do grupo familiar (Anaut, 2002).

Será dizer que a resiliência familiar se centra nos apoios familiares ou nas particularidades da família em torno do indivíduo resiliente que podem dar sentido à resiliência do sujeito. Neste contexto, a qualidade das relações com os pais ou a estabilidade da estrutura parental, bem como o suporte fornecido à criança são exemplos desse tipo de particularidades. Deste modo, procura-se ter em atenção o impacto relacional e estrutural da família no desenvolvimento de uma resiliência individual (Anaut, 2005). A estabilidade, a coesão familiar, a flexibilidade face à mudança, a resistência ao stress, a comunicação constituem algumas das características familiares que favorecem a resiliência, de acordo com as investigações sobre famílias confrontadas com a adversidade.

Portanto, no que concerne a factores familiares como factores promotores no âmbito da resiliência, autores como Masten e Coatsworth (1998) consideram que as origens da competência estão na infância precoce, quando ferramentas para a boa adaptação são moldadas pelas interacções entre a criança e o seu ambiente. Na realidade, a competência infantil está embebida num sistema de cuidados, sendo que a criança é competente quando são asseguradas as suas necessidades através da influência do comportamento de uma mãe responsiva. De acordo com Vilete (2009), existem evidências de que a qualidade dessas relações precoces prediga sucesso significativo posterior, sendo que estudos longitudinais indicam a importância das

relações com cuidadores para a adaptação bem-sucedida do sujeito. Outros estudos neste âmbito, sugerem igualmente a relevância de uma boa qualidade parental na prevenção de problemas anti-sociais entre crianças expostas a auto-níveis de adversidade psicossocial (Masten & Coatsworth, 1998). O que parece importante para a protecção é uma relação segura com alguém (Rutter, 1985), na medida em que uma ligação próxima com um pai efectivo está relacionada a melhores desfechos entre crianças, sobretudo naquelas crianças que são ameaçadas por uma vasta gama de situações de risco, como por exemplo a discórdia familiar, situações de abuso e de rua.

Neste sentido, atente-se para o estudo de Dumont *et al.* (2007), com indivíduos com e sem história de abuso sexual e negligência na infância, no qual se verificou que o facto de crescerem numa situação de vida estável com ambos os pais até os dezoito anos se revelou como um dos factores preditores de resiliência na adolescência. Além disso, uma boa parentalidade está associada com o desenvolvimento de capacidades cognitivas e de criatividade que facilitam a maior competência de *coping* perante situações de stress (Agaibi & Wilson, 2005). Também o estudo de Vaillant e Vaillant (1990), permitiu constatar que a coesão familiar e a presença de relações com os pais, que levavam à confiança, à autonomia e à iniciativa, foram consideradas como predictoras de saúde antes dos 50 anos de idade.

Na realidade, a vinculação precoce segura, aumenta a auto-estima e a auto-eficácia de acordo com a literatura que se dedica acerca do estudo desta temática (Vilete, 2009), pelo desenvolvimento de relações amorosas e protectoras com o cuidador ao permitirem com que a criança se sinta amável e dotada de valor. E é essa auto-percepção positiva que a criança recebe dos outros, que lhe oferece uma base segura para a exploração do mundo (Bissonnette, 1998).

Portanto, é possível perceber que de facto um funcionamento resiliente parece surgir de interacções entre factores herdados, características individuais, bem como de factores experienciais através do tempo (circunstâncias de vida, familiares e sociais). Será dizer que nos encontramos sob o domínio do modelo bio-psico-social, onde tanto os factores psicológicos, factores cognitivos (inteligência; *locus* de controle; motivação intrínseca; visões positivas de si; auto-estima; planeamento e auto-regulação), bem como os factores interpessoais (responsividade emocional parental, afiliação a pares e amigos, relações maritais afectivas e de apoio) estão todos

relacionados à variabilidade individual nas respostas à adversidade (Collishaw, Pickles, Messer, Rutter, Shearer & Maughan, 2007).

~

CAPÍTULO III – RESILIÊNCIA: ALGUNS CONSTRUTOS

3.1. Resiliência e Expectativas Generalizadas de Controlo

Inicialmente, foi desenvolvida a expectativa de êxito por Rotter (1954), tendo este mesmo autor desenvolvido, posteriormente, outro tipo de expectativa, denominada por expectativa generalizada de controlo interno-externo, conhecida por *locus de controlo* (Rotter, 1966). As expectativas de êxito dizem respeito à estimativa subjectiva de uma pessoa, avaliando em que medida o sujeito espera conseguir uma meta, um reforço ou um resultado desejado (Palenzuela, Prieto, Barros & Almeida, 1997). As expectativas de *locus de controlo* indicam em que medida os acontecimentos ou resultados que podem acontecer ou ter lugar na vida de cada um serão ou não contingentes com as suas acções e em que medida o sujeito acredita na sorte.

Segundo Palenzuela et al. (1997), a expectativa de *locus de controlo* contém três dimensões: controlo interno (expectativa de contingência) e controlo externo (expectativa de desamparo aprendido e crença na sorte). A expectativa de contingência refere-se ao grau em que se espera que os acontecimentos ou resultados sejam contingentes com as acções. Por seu turno, a expectativa de desamparo aprendido, desenvolvida por Seligman (1975), diz respeito ao grau em que se espera que os acontecimentos ou resultados sejam independentes das acções do sujeito. E, a expectativa de crença na sorte refere-se ao grau em que o sujeito crê na sorte, e ao grau em que acredita que os acontecimentos se encontrem à mercê do azar e da casualidade.

Por sua vez, Bandura (1977) referiu-se às expectativas de *locus de controlo* e de êxito, formuladas por Rotter (1954), bem como à expectativa de desamparo aprendido, descrita por Seligman (1975), como expectativas de resultados. Além disso, Bandura (1977) desenvolveu um tipo de expectativa diferente, a qual denominou por *auto-eficácia percebida*. Deste modo, esses tipos de expectativas foram alvo de bastante confusão teórica e empírica (Palenzuela, 1985), pelo que Palenzuela (1988) procurou fazer a distinção a nível conceptual e empírica desses três tipos de expectativas – *locus de controlo*, *auto-eficácia* e êxito – referindo-se a elas como expectativas de controlo. Neste sentido, surgiu assim um modelo tridimensional das expectativas de controlo, como reacção à concepção reducionista de Bandura (1977) sobre as expectativas.

Tendo em conta o supracitado, revela-se pertinente perceber a relação das expectativas generalizadas de controlo com a resiliência.

Relativamente à expectativa de auto-eficácia, sabemos que, actualmente, de acordo com Barreira e Nakamura (2006), são bastantes os desafios e mudanças que se apresentam ao homem, tanto no seu contexto pessoal como familiar, social e laboral, exigindo assim também do sujeito uma postura de mudança para o enfrentar destes desafios. É neste contexto que importa compreender conceitos como a resiliência e a auto-eficácia percebida pelo sujeito, uma vez que ambos os conceitos actuam como forma do sujeito obter uma melhor qualidade de vida na superação da adversidade (Barreira & Nakamura, 2006).

Como vimos, o construto da auto-eficácia foi desenvolvido por Bandura (1977), na medida em que uma das características do sujeito é a sua capacidade auto-reflexiva, podendo pensar sobre si mesmo e formar juízos sobre as suas capacidades e competências para desenvolver cursos de acção. Deste modo, a auto-eficácia refere-se à crença que o indivíduo tem sobre a sua capacidade de realizar com êxito determinada actividade, de tal modo que essa mesma crença pode, por exemplo, afectar as suas escolhas e o seu desempenho profissional. As crenças de eficácia são assim construídas com base em juízos que o indivíduo formula sobre as suas capacidades, podendo obter sucesso ou fracasso numa dada actividade em função dessas mesmas crenças (Martínez & Salanova, 2006).

Por sua vez, esses sucessos obtidos contribuirão para a construção de uma forte crença na eficácia pessoal do sujeito. Todavia, o fracasso poderá comprometer essa crença de eficácia pessoal, sobretudo se esse mesmo fracasso ocorrer antes que um sentimento de eficácia possa ser estabelecido (Bandura, 1994). Será dizer que o sujeito desenvolve assim elevados ou baixos níveis de auto-eficácia consoante os seus próprios julgamentos relativamente às suas capacidades. Deste modo, as crenças de auto-eficácia ajudam a determinar o quanto os sujeitos serão resilientes frente a situações adversas, na medida em que as crenças de eficácia poderão favorecer ou dificultar as condições em que o indivíduo resiste e enfrenta esses obstáculos, sendo portanto determinantes na sua resiliência (Bandura, 1977).

De facto, sabemos que o ser humano apresenta uma elevada necessidade de sucesso e que se esse sucesso não for alcançado, tal poderá conduzi-lo a uma tendência ao desânimo podendo tornar-se numa ameaça que o impossibilite de atingir os seus objectivos de vida. Neste sentido, uma forte percepção de auto-eficácia permitirá ao sujeito o planeamento de metas mais ambiciosas, comprometendo-se para alcançá-las (Cherniss, 1993). Para Bandura (1989), as pessoas com uma forte

percepção de auto-eficácia experimentam menos stress em situações que exigem mais esforço pessoal, e obtêm a motivação e a persistência necessárias para alcançar um determinado objectivo. Na realidade, segundo alguns autores (Bandura & Cervone, 1983) a elevada percepção de auto-eficácia poderá apresentar-se como um importante factor para o mecanismo motivacional do sujeito, pelo que o indivíduo tenderá a estabelecer objectivos cada vez mais desafiantes e exigentes.

Portanto, a confiança que o indivíduo tem na sua capacidade para desempenhar com sucesso uma tarefa ou um conjunto de tarefas, ajuda a determinar se o indivíduo irá iniciar, prosseguir e ter sucesso nas suas realizações (Lent et al., 1999). Na realidade, como vimos anteriormente, o sucesso numa tarefa não depende apenas de o sujeito possuir as capacidades necessárias, mas também de uma auto-eficácia resiliente quanto à capacidade para exercer controlo sobre os acontecimentos necessários para se atingirem os objectivos estabelecidos (Wood & Bandura, 1989). Essas realizações do sujeito dependerão de um sentido optimista da auto-eficácia pessoal, na medida em que são essas crenças que o ajudam a lidar com uma realidade social que implica confronto constante com dificuldades e adversidades (Bandura, 1995).

Atentando para as expectativas generalizadas de controlo, segundo Bernabé e Martínez (2000), constata-se que a exposição a situações adversas incontroláveis (expectativas de desamparo aprendido) tem como consequência a aparição de deficits motivacionais (diminuição de respostas), emocionais (estados emocionais negativos) e cognitivos (expectativas de incontrolabilidade e desesperança). Deste modo, compreende-se a associação negativa entre resiliência e a expectativa de desamparo aprendido na medida em que os estados emocionais negativos e a diminuição de respostas perante as adversidades não facilitarão o processo de resiliência individual. Por outro lado, se o sujeito perceber que pode fazer algo para controlar a situação adversa (contingência) e geradora de stress, será produzido um aumento na actividade fisiológica e cognitiva que preparará o seu organismo para actuar de modo adaptativo e resiliente perante uma situação adversa (Bernabé & Martínez, 2000). Além disso, a expectativa de crença na sorte refere-se ao grau em que o sujeito crê na sorte, acreditando que os acontecimentos se encontram à mercê do azar e da casualidade, acabando por assumir uma postura passiva, e não adaptativa, perante uma adversidade; uma vez que, segundo Bernabé e Martínez (2000), acredita não poder fazer nada para alterar a situação, excepto suportar passivamente a situação até que finalize.

Por seu turno, o optimismo tem sido relacionado com as expectativas que as pessoas têm acerca do futuro (Carver & Scheier, 2001), pelo que se trata de uma disposição que se associa com as expectativas generalizadas da vida. Apesar da semelhança conceptual entre optimismo e auto-confiança, alguns autores mencionam que o optimismo se trata de um conceito mais amplo que inclui a crença na própria capacidade para executar as acções necessárias para alcançar determinados objectivos, a expectativa de obter os resultados desejados de tais acções e ainda na crença de conseguir alcançar resultados positivos no futuro (Gillham, Shatté, Reivich & Seligman, 2001). Note-se assim que, o optimismo engloba as expectativas de controlo sobre os resultados das acções do sujeito, as expectativas sobre a possibilidade de alcançar resultados positivos no futuro, como também um certo componente de eficácia pessoal (Gillham, Shatte, Reivich y Seligman, 2001).

Deste modo, o optimismo, entendido como uma expectativa generalizada de resultados positivos, constitui um dos aspectos cognitivos que modulam a resposta de stress. De facto, as pessoas optimistas tendem a seleccionar estratégias mais adequadas para enfrentar as situações, prestando uma menor reactividade fisiológica ao stress (Labrador & Crespo, 1993). Scheier e Carver (1985) estudaram uma característica da personalidade que denominaram optimismo disposicional e a sua relação com a saúde física. Definiram este optimismo como uma expectativa geral de que no futuro se produzirão bons resultados, verificando-se relação entre optimismo com saúde física (Scheier & Carver, 1985). Assim, o conceito de optimismo trata-se de uma disposição que se associa às expectativas positivas gerais da vida, pelo que tem sido relacionado com as expectativas que os indivíduos apresentam relativamente ao futuro (Carver & Scheier, 2001), ou seja, uma expectativa ou crença estável generalizada de que nas suas vidas ocorrerão coisas positivas (Scheier & Carver, 1985, 1987). Neste sentido, de acordo com Avia e Vásquez (1999), o optimismo encontra-se assim relacionado com a tendência de o sujeito esperar que ocorram resultados favoráveis no seu futuro.

Alguns estudos têm evidenciado a relação entre o conceito de optimismo e variáveis psicológicas e de saúde, verificando que pessoas optimistas apresentam menos stress, enfrentam melhor os problemas da vida, bem como adoecem com menos frequência. De facto, constata-se que sujeitos optimistas recorrem a estratégias para enfrentar os seus problemas, como também valorizam de forma mais positiva as situações geradoras de stress e procuram por apoio social (Vera-Villaruel & Guerrero, 2003). Contrariamente, os sujeitos pessimistas tendem a render-se e a não se

comprometer com as metas que traçam, acabando por dar mais enfoque aos sentimentos negativos (Scheier, Weintraub & Carver, 1986), e a focalizarem-se na negação da realidade (Boland & Cappeliez, 1997). Neste contexto, entende-se que a diferença entre uma atitude otimista e uma atitude pessimista depende sobretudo do enfoque com que o sujeito avalia as situações (Grimaldo, 2004).

As pessoas otimistas perseguem as suas metas com a confiança de que as alcançarão, sendo que o optimismo favorecerá a adaptação a situações difíceis da vida (Scheier, 1992), bem como se associa positivamente com a saúde física e mental das pessoas (Hooker, Monahan, Shifren, Hutchinson, 1992). Note-se que, no âmbito do trabalho o optimismo modera o impacto das situações de stress e desemprego sobre o bem-estar psicológico dos sujeitos (Riulli & Savicki, 2003). Já no que concerne ao contexto clínico, igualmente o optimismo parece moderar a relação entre o nível de desesperança e a ideação suicida dos pacientes com depressão (Hirsch & Conner, 2006).

Por seu turno, no âmbito do cuidado informal de pessoas com demência, sabemos que as situações de stress com que os cuidadores lidam podem contribuir ao aparecimento de problemas e dificuldades na sua saúde (a depressão, por exemplo). Contudo, essas situações dependerão de um conjunto de variáveis que poderão exercer um papel moderador da relação entre essas experiências de stress e o mal-estar dos cuidadores, como por exemplo o apoio social ou as estratégias de *coping* (Haley, Levine, Brown, Bartolucci, 1987). Neste contexto, alguns estudos têm encontrado que os níveis elevados de optimismo parecem ser excelentes preditores de bem-estar psicológico do cuidador da pessoa com demência (Hooker, Monahan, Shifren, Hutchinson, 1992). Portanto, o construto optimismo parece constituir igualmente uma ferramenta importante ao sujeito no sentido de o ajudar a enfrentar com maior possibilidade de êxito as situações de stress (Scheier & Carver, 1993), pelo que uma orientação otimista da vida permite assim ao indivíduo responder de modo positivo face às adversidades, situações críticas e traumáticas que surjam (Grimaldo, 2004).

3.2. Resiliência e Qualidade de Vida

O conceito de qualidade de vida, ainda hoje, não tem uma definição precisa, devido ao seu carácter multidimensional, sendo várias as definições que têm surgido nesse sentido. No entanto, uma das definições mais abrangentes e utilizadas é a da

Organização Mundial da Saúde (OMS) que define qualidade de vida como a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida, no contexto da cultura e no contexto do sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações (Whoqol Group, 1998).

O conceito de qualidade de vida tem-se revelado de difícil definição, uma vez que se trata de um conceito que engloba múltiplas dimensões, tais como as dimensões física, psicológica e social. Portanto, neste contexto, e tendo em conta a natureza multifactorial da qualidade de vida, a OMS englobou nesse conceito a saúde física, a saúde psicológica, as relações sociais e meio ambiente (Fleck, 2000), apresentando-se importante considerar esses diversos factores que estão envolvidos na qualidade de vida do indivíduo.

Por sua vez, no âmbito da promoção da saúde, também o conceito de resiliência se pronuncia com destaque na medida em que se apresenta como uma possibilidade de o sujeito superar as adversidades que lhe são impostas ao longo da sua vida. Neste sentido, é nessa procura por maiores índices de qualidade de vida que a resiliência se revela fulcral, como instrumento capaz de favorecer esses mesmos índices. Será dizer que o conceito de resiliência surge como uma ferramenta necessária para o sujeito atingir uma maior qualidade de vida, na medida em que “a resiliência (...) é parte da saúde mental e da qualidade de vida” (Grotberg, 2005, p.15). Observa-se assim a articulação entre promoção da saúde, qualidade de vida e resiliência, no sentido de em conjunto construírem meios que favoreçam a saúde do indivíduo.

CAPÍTULO IV – A AVALIAÇÃO DA RESILIÊNCIA

4.1. Formas de medir a Resiliência: alguns instrumentos e as suas propriedades psicométricas

Como tem vindo a ser referido ao longo deste trabalho, na actualidade, o construto resiliência surge como um dos mais estudados tendo em conta as implicações que apresenta no âmbito da prevenção e da promoção do desenvolvimento humano (Lévano, 2005). Deste modo, tem-se verificado a atenção considerável sob a resiliência nos últimos anos, na medida em que a investigação nesta área pode facultar um importante conhecimento de como um sujeito pode manter um desenvolvimento saudável apesar de viver em circunstâncias difíceis e adversas (Soest, Mossige, Stefansen & Hjemdal, 2009).

Deste modo, a resiliência tem vindo a ser estudada em diferentes populações mediante o recurso a instrumentos padronizados capazes de medir este construto nos sujeitos. De facto, alguns instrumentos foram sendo desenvolvidos, pelo que actualmente, existem vários instrumentos de auto-preenchimento, de entre os quais podemos destacar alguns: *Resilience Scale* – RS (Wagnild & Young, 1993); *Resilience Scale for Adults* - RSA (Friborg, Hjemdal, Rosenvinge & Martinussen, 2003); *Adolescent Resilience Scale* - ARS (Oshio, Kaneko, Nagamine & Nakaya, 2003); *Connor-Davidson Resilience Scale* - CD-RISC (Connor & Davidson, 2003); *Baruth Protective Factors Inventory* – BRFI (Baruth & Carroll, 2002); *Brief-Resilient Coping Scale* – BRCS (Sinclair & Wallston, 2004).

A Escala de Resiliência (*Resilience Scale*) de Wagnild e Young (1993), trata-se de uma escala de 25 itens com dois factores, competência pessoal e a aceitação da vida, que mede o construto de resiliência. Os autores da escala, anteriormente referidos, afirmaram que a avaliação psicométrica apoia a consistência interna e validade concorrente da escala.

A Escala de Resiliência para Adultos (*Resilience Scale for Adults*; Friborg et al. 2003), diz respeito a uma escala constituída por 27 itens, que pretende medir os factores protectores que promovem a resiliência no adulto. A escala tem 5 factores: competência pessoal, competência social, coerência familiar, apoio social e estrutura pessoal. Representa uma medida válida e confiável na psicologia clínica e da saúde no sentido de se aceder à presença de factores protectores importantes para a recuperação e manutenção da saúde mental no indivíduo.

Por sua vez, a Escala de Resiliência Connor-Davidson (*Connor-Davidson Resilience Scale*; Connor & Davidson, 2003) constitui um instrumento de 25 itens,

onde as pontuações mais elevadas obtidas no instrumento reflectem uma maior resiliência do sujeito. Os autores da escala, Connor e Davidson (2003), avaliaram a validade e estrutura factorial da escala, onde os resultados indicaram que a escala possui boas propriedades psicométricas, permitindo distinguir os sujeitos com maior ou menor resiliência. A análise factorial indicou uma estrutura composta por 5 factores (competência pessoal; confiança na intuição e tolerância à adversidade; aceitação positiva da mudança; controlo; espiritualidade).

No que concerne à Escala de Resiliência Adolescente (*Adolescent Resilience Scale*; Oshio et al., 2002), trata-se de uma escala de 21 itens que mede os recursos psicológicos da resiliência individual. A escala foi concebida para os jovens japoneses e compreende três factores: a procura por novidades, a regulação emocional e orientação positiva do futuro.

Em relação ao Inventário de Factores Protectores de Baruth (*Baruth Protective Factors Inventory*; Baruth & Carroll, 2002) mede igualmente o construto de resiliência e é constituído por quatro factores: personalidade adaptável, apoio do ambiente, menos stressores, e experiências de compensação.

A Escala Abreviada de Coping Resiliente (*Brief-Resilient Coping Scale*; Sinclair & Wallston, 2004) mede as tendências de *coping* face ao stress de uma forma adaptativa. Sinclair e Wallston (2004), indicam que a mesma se revela num instrumento útil para identificar os indivíduos que necessitem de intervenções que potenciem padrões de *coping* resiliente.

Na Tabela 1 encontram-se as descrições resumidas das escalas anteriormente mencionadas, que medem a resiliência, tendo em conta as suas propriedades psicométricas.

Tabela 1 – Propriedades Psicométricas de algumas Escalas que medem a Resiliência

Instrumento	Escala de Resiliência Connor-Davidson	Escala de Resiliência	Escala de Resiliência para Adultos	Escala de Resiliência Adolescente	Escala Breve de Coping Resiliente	Inventário de Factores
Autores	Connor & Davidson, 2003	Wagnild & Young, 1993	Friborg et al., 2003	Oshio et al., 2003	Sinclair & Watson, 2004	Baruth & Carroll, 2002
Nº itens	25	25	37	21	4	16
População	n = 806	n = 810	n = 59	n = 207	n = 230	n = 98
Psicometria						
Factores	5	2	5	3	1	3
Fidelidade						
Consistência	$\alpha = .89$	$\alpha = .91$	$\alpha = .67-.90$	$\alpha = .85$	$\alpha = .68$	$\alpha = .83$
Validade Convergente e Divergente	Presentes e adequadas	Presentes e adequadas	Presentes e adequadas	Presentes e adequadas	Presentes e adequadas	Presentes e adequadas
Resultados	Adequadas propriedades psicométricas	Adequadas propriedades psicométricas	Adequadas propriedades psicométricas	Adequadas propriedades psicométricas	Adequadas propriedades psicométricas	Adequadas propriedades psicométricas

4.2. A Escala de Resiliência de Wagnild e Young (1993)

Ahern, Kiehl, Sole e Byers (2006), realizaram um estudo comparativo das propriedades psicométricas das escalas que medem a resiliência - *Baruth Protective Factors Inventory*, *Brief-Resilient Coping Scale*, *Adolescent Resilience Scale*, *Connor-Davidson Resilience Scale*, and *Resilience Scale for Adults* - tendo sido determinada a Escala de Resiliência (*Resilience Scale*) de Wagnild e Young (1993), como o melhor instrumento para estudar a resiliência na população adolescente. De facto, a Escala de Resiliência parece ser a mais apropriada para o uso com adolescentes e a mais utilizada em estudos conduzidos com diversas faixas etárias.

A Escala de Resiliência desenvolvida por Wagnild e Young (1993), trata-se de uma escala constituída por 25 itens com opções de resposta de tipo *Lickert*, que oscilam entre 1 (Discordo) até 7 (Concordo) para cada item. Relativamente à pontuação da escala, esta varia entre 25 a 175 pontos, onde os valores altos indicam uma maior resiliência.

Surgiram vários estudos que se debruçaram em torno das propriedades psicométricas da Escala de Resiliência, nas suas diferentes versões, elaboradas para serem utilizadas em contextos sócio-culturais distintos. Deste modo, para além do estudo sobre a versão original americana (Wagnild & Young, 1993), foram realizados outros estudos sobre as versões da Escala de Resiliência para o espanhol (Heilemann, Lee & Kury, 2003; Jaramillo-Vélez, Ospina-Munoz, Cabarcas-Iglesias & Humphreys, 2005), para o russo (Aroian, Schappler-Morris, Neary, Spitzer & Tran, 1997), para o sueco (Nygren, Randstrom, Lejonklou & Lundman, 2004; Lundman, Strandberg, Eisemann, Gsutfson & Brulin, 2007), para o alemão (Schumacher, Leppert, Gunzelmann, Strauss & Brahler, 2005; Rohrig, Schleussner, Brix & Strauss, 2006), para o português (Pesce, Assis, Avanci, Santos, Malaquias & Carvalhaes, 2005) e para o japonês (Nishi, Uehara, Kondo & Matsuoka, 2010).

Em termos gerais, esses estudos permitiram constatar que a consistência interna do instrumento original e das suas diferentes versões se apresentou com valores adequados, com α de *cronbach* em torno de 0.85. Relativamente à validade de construto da escala para as diferentes versões, foram verificadas correlações positivas entre a Escala de Resiliência com medidas de bem-estar, de satisfação de vida, de auto-estima e saúde geral; e correlações negativas com medidas de stress e depressão. No que concerne à análise factorial, a escala original desenvolvida por Wagnild & Young (1993) apontava para uma estrutura de dois factores (*“Competência*

Pessoal” e “*Aceitação de si e da vida*”); mas contudo, nenhuma das restantes versões da Escala de Resiliência sugeriu essa mesma solução de dois factores.

Analisando os estudos desenvolvidos, a Escala de Resiliência apresentou-se assim como um instrumento adequado para utilização em diferentes populações, uma vez que os resultados obtidos para as suas versões indicaram um bom e adequado desempenho em contextos culturais distintos, sobretudo no que diz respeito à sua consistência interna e à sua validade concorrente.

4.3. A Escala de Resiliência de Connor e Davidson (2003): as propriedades psicométricas e as suas diferentes versões

A Escala de Resiliência Connor-Davidson (CD-RISC) se revela como uma das escalas mais importantes e mais bem usada, sendo baseada na descrição de resiliência, de Connor e Davidson (2003), como uma característica multidimensional que varia com o contexto, tempo, idade, género, e com a cultura de origem, e também com o indivíduo sujeito a diferentes circunstâncias da vida (Khoshouei, 2009).

Tendo em conta o exposto, a Escala de Resiliência (CD-RISC) demonstra-se como uma medida promissora, pelo que uma análise mais aprofundada das suas propriedades psicométricas em diferentes contextos e culturas se justifica (Campbell-Sills & Stein, 2007). Apresenta-se assim importante a avaliação da fidelidade e da validade da escala, de modo a que possa ser caracterizada como uma medida válida e fidedigna para quantificar a resiliência. Neste âmbito, realizaram-se alguns estudos com o intuito de se proceder a uma análise psicométrica da escala tendo em conta diferentes contextos culturais (Connor & Davidson, 2003; Vaishnavi, Connor & Davidson, 2007; Campbell-Sills & Stein, 2007; Singh & Yu, 2010; Baek, Lee, Joo & Choi, 2009; Yu & Zhang, 2007; Khoshouei, 2009).

A CD-RISC, no seu estudo original de Connor e Davidson (2003) foi assim testada na população geral, bem como em amostras clínicas, demonstrando propriedades psicométricas, com uma boa consistência interna e uma boa estabilidade teste-reteste (ver Tabela 2). A escala demonstrou assim boas propriedades psicométricas, e o estudo da análise factorial da escala resultou numa solução composta por 5 factores (factor 1 - reflecte a noção de competência pessoal e de tenacidade; factor 2 - corresponde à confiança do indivíduo nos seus instintos e a força e resistência a efeitos de stress; factor 3 - relaciona-se com a aceitação positiva de mudança e com as relações seguras; factor 4 - está relacionado com o controlo; e, por último, o factor

5 - relacionado com a influência espiritual). Os mesmos autores concluíram ainda, que a resiliência é quantificável e influenciada pelo estado de saúde do sujeito (por exemplo, indivíduos com uma doença mental apresentam níveis de resiliência mais baixos comparativamente com a população geral); mas concluíram, igualmente, que a resiliência é modificável podendo ser melhorada com intervenção.

Tendo em conta o supracitado, Vaishnavi, Connor e Davidson (2007), na medida em que a resiliência mostrou ser quantificada através de escalas como a CD-RISC, introduziram uma segunda versão da referida escala (CD-RISC2). Os autores colocaram a hipótese de que esta versão breve da escala teria consistência interna, estabilidade teste-reteste, validade convergente e validade divergente, bem como uma correlação significativa com a versão original da escala CD-RISC desenvolvida por Connor e Davidson (2003). De facto, neste estudo de Vaishnavi, Connor e Davidson (2007), tornou-se possível demonstrar que tal como a CD-RISC, também a CD-RISC2 apresentava boas propriedades psicométricas, demonstrando igualmente uma correlação significativa com a CD-RISC. Neste sentido, os autores concluíram que esta versão mais breve, a CD-RISC2, poderia ser utilizada ao invés da CD-RISC original, na medida em que apresenta com uma maior aplicabilidade e facilidade para a utilização em *settings* clínicos.

Por sua vez, Campbell-Sills e Stein (2007) realizaram igualmente um estudo com o objectivo de analisar a nível psicométrico a CD-RISC, e propuseram o seu refinamento mediante a validação de 10 itens da escala que mede a resiliência. De facto, no estudo destes autores, foi mostrado que a CD-RISC apresenta uma estrutura de factor instável, pelo que foram realizadas algumas modificações que deram resultado a uma escala unidimensional de 10 itens. Note-se que esta escala demonstrava também uma boa consistência interna, bem como validade de construto, pelo que os autores concluíram que a CD-RISC de 10 itens apresentava também adequadas propriedades psicométricas, permitindo a medida eficiente da resiliência.

Como anteriormente referido, surgiram diversos estudos que se debruçaram sobre a avaliação das propriedades psicométricas da CD-RISC (Connor & Davidson, 2003) para diferentes populações e distintos contextos culturais. Neste âmbito, foram desenvolvidas algumas versões da CD-RISC para a população indiana (Singh & Yu, 2010), coreana (Baek et al., 2009), chinesa (Yu & Zhang, 2007) e iraniana (Khoshouei, 2009). Na Tabela 2 estão descritas as propriedades psicométricas encontradas para cada uma das versões da CD-RISC nos seus diferentes contextos culturais.

Tabela 2. Propriedades Psicométricas das diferentes versões da Escala de Resiliência Connor-Davidson (CD-RISC)

Versão	Nºitens	Análise Factorial	Consistência	Validade
Americana Connor & Davidson, 2003 (n = 806)	25	5 Factores: competência pessoal, confiança na intuição e tolerância à adversidade; aceitação positiva da mudança; controlo; espiritualidade.	$\alpha = .89$	Validade Convergente: Kobasa Hardiness (r = .83) Validade Divergente: Perceived Stress (r = -.76); Sheehan Stress Vulnerability Scale (r = -.32);
Indiana & Yu, 2010 (n = 256)	25	4 Factores: Hardiness; Optimism; Resource fullness; purpose.	$\alpha = .89$	Validade Convergente: Life-Satisfaction (r = .23); Extroversion (r = .19); Openness (r = .39); Agreeableness (r = .35); Conscientiousness (r = .20); Positive Affects (r = .67) Validade Divergente: Neuroticism (r = -.16); Negative Affects (r = -.26)
Coreana Baek et al., 2009 (n = 576)	25	5 Factores: Hardiness; Persistence; Optimism; Support; being spiritual in nature	$\alpha = .93$	Validade Convergente: Rosenberg Self-Esteem Scale (r = .56) Validade Divergente: Beck Depression Inventory (r = -.46); Impact of Event Scale Revised (r = .26); Perceived Stress Scale (r = -.32)
Chinesa Yu & Zhang, 2007 (n = 560)	25	3 Factores: Tenacity; Strength, Optimism	$\alpha = .91$	Validade Convergente: Rosenberg Self-Esteem Scale (r = .49); Life Satisfaction Index A (r = .48); Extroversion (r = .43); Openness (r = .27); Agreeableness (r = .36); Conscientiousness (r = .64) Validade Divergente: Neuroticism (r = -.47)
Iraniana Khoshouei, 2009 (n = 323)	25	4 Factores: Achievement Motivation; Self-confidence; Tenacity; Adaptability	$\alpha = .78-.91$	Sem informação

Note-se, por exemplo, que na versão chinesa da CD-RISC elaborada por Yu e Zhang (2007), nem a análise factorial confirmatória nem a análise factorial exploratória dos dados permitiram replicar a estrutura americana original da CD-RISC de 5 factores sugerida por Connor e Davidson (2003). Assim, para a versão chinesa da CD-RISC a análise factorial exploratória revelou uma solução de apenas 3 factores.

Yu e Zhang (2007) concluíram que o construto de resiliência e a sua medida para a população ocidental pode ser de facto útil e aplicável para compreender a população chinesa. Contudo, afirmam também que se compreender que o construto de resiliência precisa de ser modificado de acordo com a cultura.

Como vimos, também Khoshouei (2009) no seu estudo de avaliação psicométrica da CD-RISC, com uma amostra de estudantes iranianos, os resultados da análise factorial e da avaliação da validade indicaram que a escala pode ser usada com fiabilidade para aceder às principais dimensões da resiliência na população iraniana.

Por sua vez, as versões indiana (Singh & Yu, 2010) e coreana (Baek et al., 2009) igualmente apresentaram boas propriedades psicométricas com boa consistência interna, com α de cronbach de 0.89 com uma estrutura de 4 factores e com α de cronbach de 0.93 com uma estrutura de 5 factores, respectivamente.

PARTE II. ESTUDO EMPÍRICO

5. COLOCAÇÃO DO PROBLEMA

Actualmente, o construto de resiliência é entendido como o processo dinâmico que leva à adaptação positiva do sujeito no contexto de uma adversidade (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000). De facto, reconhece-se agora que muitas pessoas expostas a uma situação adversa mantêm uma trajetória de funcionamento positiva e saudável após enfrentarem uma situação traumática (Silva, Lunardi, Filho & Tavares, 2005). No entanto, importa atentar que as culturas se apresentam tão diferentes nos seus ambientes históricos e sociais, pelo que o enfrentar situações de adversidade pode ser encarado de diferente forma para pessoas que vivem em diferentes culturas. Por isso, tal como já aconteceu noutros estudos (Yu & Zhang, 2007; Khoshouei, 2009) parece ser necessário questionar se o significado e a estrutura conceitual da resiliência são similares para todas as culturas.

Como sabemos, a resiliência tem assim vindo a ser estudada e avaliada com o auxílio de instrumentos padronizados (Ahern, Kiehl, Sole & Byers, 2006) em diferentes populações que permitem medir este construto. No entanto, apesar das diversas escalas de resiliência existentes é a Escala de Resiliência de Connor e Davidson (CD-RISC) que se apresenta como uma das mais conhecidas e com adequadas propriedades psicométricas (Connor & Davidson, 2003). A escala foi testada em amostras com população geral, bem como em diferentes amostras clínicas (cuidados primários; ansiedade generalizada e stress pós-traumático). A análise factorial dos 25 itens da CD-RISC, versão original americana, resultou numa estrutura de 5 factores (competência pessoal; confiança na intuição e tolerância à adversidade; aceitação positiva da mudança; controlo; e, espiritualidade).

A escala mostrou uma adequada fidelidade medida através da consistência interna (α Cronbach = 0.89) e teste-reteste ($r = 0.87$). Além disso, a CD-RISC apresentou uma boa validade convergente mediante correlações positivas com a escala de resistência de Kobasa ($r = 0.83$, $p < .001$) e com a escala de suporte social de Sheehan ($r = 0.36$, $p < .001$). Os cuidadores formais de idosos, com altas pontuações na resiliência, obtêm maiores níveis de eficácia e compromisso laboral (Menezes de Lucena, Fernández-Calvo, Hernández- Martín, Ramos & Contador, 2006), do mesmo modo que cuidadores com elevado apoio familiar apresentam uma maior probabilidade de condutas resilientes (Wilks & Croom, 2008). Contrariamente, no que concerne à validade divergente, encontraram-se correlações negativas com as escalas de stress percebido ($r = -0.76$, $p < .001$), escala de vulnerabilidade ao stress ($r = -0.32$, $p < .001$) e de incapacidade ($r = -0.62$, $p < .001$). Diferentes estudos têm indicado que cuidadores menos resilientes tendem a experimentar mais sobrecarga, a qual se associa a uma pior saúde física e psicológica, que repercute significativamente

na qualidade de vida (Menezes de Lucena, Fernández-Calvo, Hernández- Martín, Ramos & Contador, 2006).

No entanto, para além do estudo original realizado por Connor e Davidson (2003) na população americana, foram igualmente conduzidos estudos similares na população chinesa (Yu & Zhang, 2007) e nas populações iraniana (Khoshouei, 2009), coreana (Baek et al., 2009) e indiana (Singh & Yu, 2010) tendo-se verificado que as propriedades psicométricas da escala variam em função do estudo. Por exemplo, no estudo realizado por Yu e Zhang (2007) na população chinesa ($n = 560$) foi encontrada uma estrutura de 3 factores de resiliência (Tenacidade, Força e Optimismo) que difere dos 5 factores do estudo original. A versão chinesa da escala de resiliência revelou adequada consistência interna para a escala total ($\alpha = 0.91$), mas consistência baixa para alguns dos seus factores (intervalo $\alpha = 0.60$ a 0.88). Foi igualmente verificada boa validade convergente com a escala de auto-estima de *Rosenberg* ($r = 0.49$, $p < 0.01$), com o índice de satisfação com a vida ($r = 0.48$, $p < 0.01$), e com alguns traços de personalidade como Conscienciosidade ($r = 0.64$, $p < 0.01$) e Extroversão: ($r = 0.43$, $p < 0.01$) do inventário de 5 factores (NEO). Por outro lado, a CD-RISC apresentou correlação negativa com o Neuroticismo ($r = -0.47$, $p < 0.01$).

A versão com estudantes iranianos da CD-RISC (Khoshouei, 2009) indicou uma estrutura de 4 factores, o que difere igualmente da estrutura original proposta por Connor e Davidson (2003). Os factores foram designados como Motivação, Autoconfiança, Tenacidade e Adaptabilidade. A escala revelou uma baixa fiabilidade mediante a sua consistência interna para alguns dos seus factores (intervalo $\alpha = 0.78$ - 0.91), enquanto que as correlações teste-reteste foram aceitáveis ($r = 0.78$ - 0.88).

Tendo em conta o exposto, na medida em que a escala de resiliência de Connor e Davidson (2003) ainda não se encontra validada para esta população, torna-se pertinente a necessidade de se adaptar e validar este instrumento na população espanhola. Para tal, o presente estudo pretendeu explorar as propriedades psicométricas da versão espanhola da CD-RISC (fiabilidade e validade) recorrendo a uma amostra de estudantes universitários e a uma amostra de cuidadores de pessoas com demência. Seguidamente, serão apresentados os objectivos e respectivas hipóteses desta investigação.

5.1. Objectivos

O objectivo principal da presente investigação prendeu-se com a avaliação das propriedades psicométricas da Escala de Resiliência Connor-Davidson (CD-RISC) para a população espanhola, tendo sido seleccionada uma amostra constituída por população geral (estudantes universitários) e por cuidadores (formais e informais) de pessoas com demência.

Objectivos específicos:

- a) Averiguar se os factores sócio-demográficos (idade, género e nível educativo) estão associados à resiliência numa amostra espanhola de estudantes universitários e cuidadores de pessoas com demência.
- b) Verificar se a escala CD-RISC apresenta valores adequados de fiabilidade na amostra seleccionada.
- c) Explorar a estrutura factorial da escala CD-RISC.
- d) Analisar a validade convergente e divergente da escala

5.2. Hipóteses

De acordo com os objectivos definidos, foram delineadas as seguintes hipóteses:

I. Algumas pesquisas têm constatado que a resiliência poderia associar-se em maior medida com as mulheres (Nygren, Aléx, Jonsén, Gustafson, Norberg & Lundman, 2005), poderia aumentar com a idade (Lundman, Strandberg, Eisemann, Gustafson & Brulin, 2007) e com níveis baixos de escolaridade (Poletto e Koller, 2008). Contudo, estas relações não têm sido claramente estabelecidas (Connor & Davidson, 2003):

la). Encontrar correlações estatisticamente significativas entre a resiliência e as variáveis idade e escolaridade na amostra seleccionada.

lb). As mulheres obtenham pontuações significativamente melhores que os homens na escala de resiliência.

II. A CD-RISC tem demonstrado uma adequada fiabilidade em diferentes estudos (Connor & Davidson, 2003; Yu e Zhang, 2007). Portanto, espera-se que:

Ila). A CD-RISC para a população espanhola demonstre uma fiabilidade superior a 0.80 medida através do α de Cronbach.

III. Diversas investigações têm avaliado a estrutura factorial da CD-RISC em diferentes contextos culturais (Khoshouei, 2009; Baek et al., 2009; Singh & Yu, 2010), encontrando-se contudo diferenças em cada um dos estudos relativamente à estrutura factorial da CD-RISC original (Connor & Davidson, 2003). Portanto, esperamos que:

IIla). A análise factorial da versão espanhola da Escala de Resiliência C-25 replique a estrutura de 5 factores apontada no estudo original.

IV. Estudos têm apontado que as condutas resilientes apresentam uma estreita relação com o *enfrentar* de modo optimista as situações, pelo que esse estilo de enfrentar se fundamenta nas expectativas generalizadas de controlo (Palenzuela, Prieto, Almeida & Barros, 1992; Carver & Scheier, 2001). Por outro lado, investigações também têm demonstrado que pessoas mais resilientes apresentam menores níveis de depressão e de ansiedade (Armando, 2010; Bonanno, 2004) e mais qualidade de vida (Armando, 2010). Assim, é esperado que:

IVa). Exista uma correlação positiva estatisticamente significativa entre as pontuações obtidas nas sub-escalas de contingência, auto-eficácia e êxito da Bateria de Expectativas Generalizadas de Controlo (BEEGC-20) e as pontuações obtidas na Escala de Resiliência Connor-Davidson (CD-RISC).

IVb). Exista uma correlação negativa estatisticamente significativa entre a CD-RISC e as expectativas de desamparo aprendido e de sorte medidas através da bateria BEEGC-20.

IVc). Encontrar correlações positivas estatisticamente significativas entre a escala CD-RISC com medidas de qualidade de vida (WHOQOL-Bref).

IVd). Encontra correlações negativas estatisticamente significativas entre a escala CD-RISC com a Escala de Ansiedade e Depressão de Goldberg (EADG).

6. MÉTODO

6.1. Sujeitos

Participaram nesta investigação um total de 841 sujeitos com nacionalidade espanhola, pelo que a amostra se dividiu em três grupos: cuidadores informais (n = 212), cuidadores formais (n = 323) e estudantes universitários (n = 306). As idades dos participantes oscilaram entre os 18 e os 87 anos de idade (M = 35.5; DP = 16.2). No grupo dos cuidadores informais a média de idades foi de 53.3 anos (DP = 16.2), no grupo dos cuidadores formais a média de idades foi 36.1 anos (DP = 11.3), e, por último, no grupo dos estudantes universitários a média de idades foi 22.8 anos (DP = 5.70).

Todos os cuidadores foram seleccionados da Associação de Familiares de Doentes de Alzheimer de Salamanca (AFA, Salamanca), tanto cuidadores que exerciam tarefas de cuidado profissional na Associação (cuidadores formais) como aqueles cuidadores que recorriam a esta em busca de recursos de apoio ao cuidador (cuidadores informais). Entenda-se portanto como cuidadores informais, familiares ou outras pessoas próximas, que numa base informal, não remunerada, nem sujeita a qualquer vínculo estatutário, dão assistência aos seus familiares necessitados de ajuda nas diversas actividades diárias (higiene pessoal, alimentação, controlo de esfíncteres e mobilidade). Porém, apenas foi seleccionado aquele cuidador informal que tinha pelo menos um tempo mínimo de 3 meses em tarefas de cuidado, que tinha a maior responsabilidade na hora de tomar decisões relativamente ao doente e que não recebia nenhum tipo de intervenção psicológica da AFA de Salamanca. Relativamente aos estudantes universitários, foi seleccionada uma amostra de estudantes que se encontravam a estudar na Faculdade de Psicologia da Universidade de Salamanca, aos quais foram aplicados os instrumentos do estudo.

6.2. Instrumentos

A avaliação dos sujeitos foi realizada através das versões espanholas da Escala de Resiliência Connor e Davidson (CD-RISC; Connor & Davidson, 2003), da Escala de Ansiedade e Depressão de Goldberg (EADG; Goldberg, 1988), da Escala de Qualidade de Vida na sua versão abreviada (WHOQOL-Bref; Lucas, 1998), e da Bateria de Escalas de Expectativas Generalizadas de Controlo (BEEGC-20; Palenzuela, 1988). Seguidamente cada um destes instrumentos será detalhadamente descrito.

CD-RISC - Escala de Resiliência de Connor-Davidson (Connor & Davidson, 2003)

A escala original de Resiliência de Connor e Davidson (2003) mede a capacidade de *coping* face ao stress e à adversidade. A escala aborda assim conceitos de *locus* de controlo, de desafio, de conduta orientada para a acção, bem como a auto-eficácia, resistência ao mau estar, optimismo, espiritualidade, e ainda de adaptação a situações geradores de stress no sujeito. Foi assim desenvolvida como uma ferramenta de auto-avaliação que permite quantificar a resiliência, além de constituir uma medida clínica para avaliar a resposta ao tratamento medicamentoso em pacientes que manifestem ansiedade, depressão ou reacções ao stress (Connor & Davidson, 2003).

Trata-se de um questionário auto-aplicado constituído por 25 itens de resposta fechada, onde cada um deles é avaliado mediante uma escala de *Likert* de 5 pontos (0-4, desde 0 «discordo totalmente» até 4 «concordo totalmente»). A escala é avaliada baseando-se em como o indivíduo se tem sentido no último mês. A pontuação total pode variar de 0-100, pelo que os valores mais elevados reflectem uma maior resiliência do indivíduo.

A Escala de Resiliência original foi aplicada na população geral, bem como em amostras clínicas (pacientes de cuidados primários, doentes psiquiátricos; doentes com perturbação de ansiedade generalizada; e, doentes com perturbação de stress pós-traumático). A análise factorial exploratória da escala sugeriu que a escala é multidimensional com uma estrutura de 5 factores denominados como: competência pessoal, padrões elevados e tenacidade (itens 10, 11, 12, 16, 17, 23, 24, 25); confiança nos seus instintos, tolerância a afectos negativos e efeitos fortalecedores do stress (itens 6, 7, 14, 15, 18, 19, 20); aceitação positiva da mudança e relações seguras (itens 1, 2, 4, 5, 8); controlo (itens 13, 21, 22); e, influência da espiritualidade (itens 3 e 9).

A escala apresentou boas e sólidas propriedades psicométricas, com uma adequada consistência interna ($\alpha = .89$) para a escala total. A validade convergente, indicou correlações positivas da CD-RISC com medidas de resistência (*hardiness*) [*Kobasa Hardiness Scale*; $r = 0.83$, $p < 0001$], bem como uma correlação significativa com medidas de suporte social [*Sheehan Social Support Scale*; $r = 0.36$, $p < .0001$]. Em relação à validade divergente, esta demonstrou correlações negativas da CD-RISC com medidas de stress percebido [*Perceived Stress Scale*; $r = -0.76$, $p < .001$], de vulnerabilidade ao stress [*Sheehan Stress Vulnerability Scale*; $r = -0.32$, $p < .0001$] e de incapacidade [*Sheehan Disability Scale*; $r = -0.62$, $p < .0001$]. A fiabilidade teste-reteste foi satisfatória com coeficiente de correlação de 0.87.

EADG - Escala de Ansiedade e Depressão de Goldberg (Goldberg, 1988)

Este instrumento é utilizado para a detecção da probabilidade do sujeito ter sintomas de ansiedade e depressão, pelo que dimensiona as suas respectivas intensidades. Portanto, o instrumento consta de duas escalas, uma de ansiedade e outra de depressão, com 9 itens cada uma, todos eles de resposta dicotómica (*Sim/Não*): sub-escala de Ansiedade (perguntas de 1 a 9) e a sub-escala de Depressão (perguntas de 10 a 18). É pedido ao sujeito que reflecta sobre si durante as últimas duas semanas para verificar se apresentou alguns dos sintomas citados ao longo da prova, quatro para a sub-escala de ansiedade e quatro para a sub-escala de depressão. Cada uma das duas subescalas encontra-se estruturada em 4 itens iniciais de despistagem para determinar se é ou não provável que exista uma perturbação mental, e um segundo grupo de 5 itens que se formulam somente em caso de se obterem respostas positivas às perguntas de despistagem (2 ou mais na subescala de ansiedade, 1 ou mais na subescala de depressão).

A sua aplicação é assim hetero-administrada, intercalada no contexto da entrevista clínica, na qual se interroga o paciente sobre se tem apresentado nas duas últimas semanas alguns dos sintomas a que fazem referência os itens. Não se pontuam os sintomas que durem menos de duas semanas ou que sejam de fraca intensidade. A pontuação é independente para cada escala, com um ponto para cada resposta afirmativa. Os pontos de corte são ≥ 4 respostas afirmativas para a escala de ansiedade e ≥ 2 para a depressão; o que indicaria elevada probabilidade de o sujeito ter uma perturbação de ansiedade ou depressiva. A prova tem uma sensibilidade de 83,1% e uma especificidade de 81,8% para ambas as perturbações (Goldberg, 1988). Na população geriátrica a capacidade discriminante das duas subescalas é menor, pelo que se propôs a sua utilização como escala única, apresentando um ponto de corte ≥ 6 .

Existe uma evidente melhoria na sensibilidade ao aumentar a gravidade da perturbação psicopatológica, obtendo pontuações mais altas que podem proporcionar uma medida dimensional da gravidade de cada perturbação separadamente. A elevação dos pontos de corte ≥ 5 (ansiedade) e ≥ 3 (depressão) melhora a especificidade e a capacidade discriminante das escalas, com uma ligeira diminuição da sensibilidade (especificidade de 93%, sensibilidade de 74%).

As subescalas de ansiedade e de depressão tiveram consistência interna de 0,68 e 0,77 respectivamente. Relativamente à validade convergente, a EADG tem

demonstrado correlações positivas com outros instrumentos de triagem de ampla difusão como o GHQ-28, o MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) ou o PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders); e validade divergente com medidas de saúde mental.

A Escala de Ansiedade e Depressão de Goldberg (EADG) está validada para a população espanhola (Montón, Pérez-Echevaria, Campos, Garcia-Campayo & Lobo, 1993), a qual demonstrou a sua fiabilidade e validade no âmbito da Atenção Primária com uma sensibilidade de 83.1%, especificidade de 81.8% e valor preditivo de 95.3% adequados.

WHOQOL-bref - Escala Abreviada de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde adaptada para a população espanhola (Lucas, 1998)

Inicialmente foi desenvolvida a Escala de Qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (*World Health Organization Quality of Life*; WHOQOL-100), instrumento composto por 100 questões. Porém, a necessidade de um instrumento mais curto para uso em extensos estudos epidemiológicos fez com que a OMS (Organização Mundial de Saúde) desenvolvesse a versão abreviada com 26 questões, a WHOQOL-Bref para a avaliação da qualidade de vida. Esta escala tem sido utilizada como instrumento para medir a qualidade de vida composto por itens pertinentes à avaliação subjectiva do indivíduo em relação aos aspectos que interferem na sua vida. Como se trata de um construto multidimensional, esta escala contém 26 itens, divididos em quatro áreas/domínios: Domínio da Saúde Física, Domínio Psicológico, Domínio das Relações Sociais e, por último, o Domínio referente ao Ambiente, e ainda duas perguntas globais relacionadas com a qualidade de vida global e saúde geral.

As perguntas são agrupadas mediante quatro tipo de escalas/domínios diferentes. O questionário deve ser auto-administrado, e as respostas do sujeito medem-se numa escala de tipo *Likert* de 5 pontos, uma vez que cada item tem 5 opções de resposta ordinal, e as pontuações médias dos itens dentro de cada domínio são utilizadas para calcular a pontuação total de cada área de saúde. Na Tabela 3, estão apresentados detalhadamente os 4 domínios com os respectivos itens. Assim, a determinação da pontuação de cada domínio realiza-se multiplicando os itens totais de cada domínio por 4, sendo que desta forma a pontuação pode variar de 0 a 100. Quanto maior for este valor, melhor será o perfil do domínio de qualidade de vida do sujeito.

De modo a avaliar as propriedades psicométricas da WHOQOL-Bref foram recolhidos dados através de um delineamento transversal com a participação de 24

centros representando 23 países (Argentina, Austrália, Brasil, Bulgária, China, Croácia, Alemanha, Grécia, Hungria, Israel, Itália, Índia: Madras e Nova Deli, Japão, Malásia, Países Baixos, Nigéria, Noruega, Roménia, Rússia, Espanha, Turquia, Reino Unido e Estados Unidos). No que concerne à análise factorial, os resultados sugeriram uma estrutura factorial composta por 4 factores (*eigenvalues* > 1.0) que explicaram 53% da variância. A consistência interna da escala foi medida através do α de Cronbach tanto para a amostra total como também para cada centro/país. Para a amostra total, os valores de α de Cronbach foram aceitáveis ($\alpha = >0.70$). Os domínios Saúde Física, Psicológico e Ambiente apresentaram boa consistência internas ($\alpha = < 0.80$), mas com valores mais baixos relativamente no domínio das Relações Sociais ($\alpha = 0.68$). No que concerne aos diferentes países (centros) que participaram na validação da escala, os resultados indicaram consistência interna elevada com a maioria dos valores de α de Cronbach acima de .75 para os Domínios Saúde Física e Domínio Psicológico, e num intervalo de .51-.77 para o Domínio Relações Sociais, e de .65-87 para o Domínio Ambiente. Note-se ainda que para a maioria dos países, a validade discriminante foi significativa para cada domínio na população total.

Ambas as escalas, WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF, foram validadas para a população espanhola, tendo sido utilizada uma amostra de 558 sujeitos que incluía população geral, pacientes em ambulatório, pacientes psiquiátricos e os seus cuidadores. Ambas as versões, para a população espanhola, apresentaram boas propriedades psicométricas, sendo que as pontuações das dimensões da WHOQOL-Bref mostraram correlações com a escala WHOQOL-100, em torno de 0.90.

No que concerne à validação espanhola da WHOQOL-Bref encontramos referências ao trabalho de Lucas (1998), onde a consistência interna, medida através do α de Cronbach, foi de .69 para o Domínio Físico, .74 para o Domínio Psicológico, .77 para o Domínio Ambiental e .70 para o Domínio das Relações Sociais.

Tabela 3. Domínios e itens da WHOQOL-bref

Domínios	Itens
I. Físico	1. Dor e desconforto
	2. Energia e fadiga
	3. Sono e repouso
	9. Mobilidade
	10. Actividades da vida quotidiana
	11. Dependência da medicação ou de tratamentos
	12. Capacidade de trabalho
2. Psicológico	4. Sentimentos Positivos
	5. Pensar, aprender, memória e concentração
	6. Auto-estima
	7. Imagem corporal e aparência
	8. Sentimentos negativos
3. Relações Sociais	24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais
	13. Relações sociais
	14. Suporte/apoio social
4. Meio Ambiente	15. Actividade sexual
	16. Segurança física e protecção
	17. Ambiente no lar
	18. Recursos Financeiros
	19. Cuidados de saúde e sociais: Disponibilidade e qualidade
	20. Oportunidade de adquirir novas informações e habilidades
	21. Participação em oportunidades de recreação/lazer
	22. Ambiente físico: poluição/ruído/trânsito/clima
	23. Transporte

Bateria de Escalas de Expectativas Generalizadas de Controlo (BEEGC-20; Palenzuela, Prieto & Almeida, 1997)

A versão aplicada BEEGC-20 é uma versão reduzida da anterior, que contém 20 itens, quatro para cada uma das cinco escalas. Trata-se de um instrumento construído a partir da Teoria do Controlo Pessoal proposta por Palenzuela (1988), sendo que de acordo com esta teoria, a BEEGC avalia três dimensões das expectativas de controlo: *Lócus* de controlo com três componentes (contingência, expectativas de desamparo aprendido e de sorte), Auto-eficácia e Expectativa de Êxito. Portanto a bateria contém 5 sub-escalas: três medem os três componentes do construto *lócus* de controlo (contingência, desamparo aprendido e sorte), a quarta mede a expectativa de auto-eficácia e a quinta mede a expectativa de êxito.

Com a aplicação da BEEGC-20 podem ser extraídas cinco pontuações: a) três pontuações para cada uma das subescalas da escala de *locus* de controlo (Contingência, desamparo aprendido e Sorte), que se obtêm somando as pontuações directas dos itens que as formam; b) uma pontuação para a Escala de Auto-eficácia, que se obtêm somando as pontuações directas dos 4 itens que a formam; c) uma pontuação total para a Escala de Expectativa de Êxito, que se obtêm somando as pontuações directas dos 4 itens que a formam.

A BEEGC-20 é um instrumento de auto-resposta que dispõe de um tipo de escolha em escala tipo *Likert* de 9 pontos. O sujeito deve indicar para cada afirmação o número que melhor corresponda aquilo que ele pensa ou acredita (desde 1 quando completamente em desacordo, até 9 quando completamente de acordo). A bateria consta de 20 itens no total, com 4 itens para cada uma das cinco escalas que contém, pelo que os sujeitos terão que responder de acordo com a forma de pensar e/ou de actuar que se expressa em cada item, num formato de respostas que oscila entre 1 «*discordo totalmente*» e 9 «*concordo totalmente*».

Quanto às suas propriedades psicométricas, na subescala de contingência, as correlações dos 4 itens com a sua própria subescala oscilaram entre 0.57 e 0.79. Na subescala de desamparo aprendido as correlações dos 4 itens com a sua própria escala oscilaram entre 0.47 e 0.69. Na subescala da sorte as correlações dos itens com a pontuação total da subescala variaram entre 0.62 – 0.81. Na escala de expectativas de auto-eficácia, os seus 4 itens que a compõem apresentaram um intervalo de correlações item-total que oscilou entre 0.47 – 0.60). No que respeita à escala de expectativa de êxito, as correlações com a sua própria escala variaram entre 0.65 e 0.79. Deste modo, verificou-se uma grande homogeneidade entre os itens.

Os itens da escala de êxito correlacionam-se altamente com a escala de optimismo disposicional de Scheier e Carver (1985), o que é completamente justificado, dado que a escala de Scheier e Carver foi desenvolvida a partir do conceito de expectativa generalizada de êxito de Rotter (1954). Também é consistente com a teoria de que os itens da escala de êxito se correlacionem bastante, tanto com a escala de auto-eficácia, como com a de contingência. Contrariamente, foi verificada correlação moderada e negativa com a subescala de desamparo aprendido.

No que respeita à fiabilidade, os coeficientes alfa de Cronbach para cada uma das escalas foram os seguintes: Contingência ($\alpha = 0.83$); Desamparo Aprendido ($\alpha = 0.77$); Sorte ($\alpha = 0.87$); Auto-eficácia ($\alpha = 0.75$) e Êxito ($\alpha = 0.86$). Estes coeficientes revelaram-se de forma geral bastante elevados.

6.3. Procedimento

Todos os dados foram recolhidos entre os anos 2005-2007. Relativamente à amostra de cuidadores informais, esta foi recolhida entre Janeiro e Dezembro de 2006, tendo esta parte do estudo sido financiada, parcialmente, por um projecto de investigação da Junta de Castilla e León (Referencia: SAN 191/SA10/06). Os cuidadores foram seleccionados da Associação de Familiares de Doentes de Alzheimer de Salamanca (AFA, Salamanca, Espanha), uma vez que o estudo foi aprovado pela direcção do centro. Por sua vez, os estudantes universitários foram seleccionados da Faculdade de Psicologia de Salamanca. Foi estabelecido o consentimento informado com todos os participantes, tendo sido garantida a dignidade, integridade, confidencialidade e privacidade das informações, esclarecendo-se aos participantes de que seriam salvaguardados os seus direitos, respeitando-se os princípios éticos para a selecção e participação dos sujeitos no estudo, de acordo com os princípios estabelecidos pela Declaração de Helsinki da Associação Médica Mundial (World Medical Association, 1997). Além disso, foi esclarecida a possibilidade de abandonarem o estudo voluntariamente a qualquer momento.

Inicialmente, foi realizada a difusão do estudo entre os cuidadores formais e informais, sendo que estes cuidadores informais eram aqueles que recorriam à AFA em busca de informação sobre a enfermidade ou solicitavam alguns serviços da associação (avaliações neuropsicológicas, avaliações médicas, informações sobre a enfermidade, solicitação para entrar no centro de dia, entre outros). A partir desse contacto com a AFA realizava-se uma exploração médica, uma avaliação neuropsicológica e uma entrevista psicológica com o cuidador, pelo que somente após a realização deste protocolo o cuidador poderia começar a utilizar os recursos da AFA (centro de dia, apoio a cuidadores, programa de estimulação cognitiva). É nesta entrevista com o cuidador que se dava a conhecer os objectivos deste estudo, solicitando-se a sua participação, pelo que para tal se pretendeu firmar o consentimento informado.

Estabelecido o consentimento informado, cada cuidador era entrevistado novamente em dias sucessivos, mas nunca poderia ultrapassar mais de 7 dias desde a avaliação neuropsicológica e médica do seu familiar com demência, onde respondiam voluntariamente aos instrumentos de avaliação que fizeram parte deste estudo, incluindo os seus dados sócio-demográficos. Note-se portanto que era nesta segunda entrevista, dirigida por um dos investigadores do estudo com formação e experiência em entrevistas deste âmbito, onde se efectuava a entrega dos

questionários desta investigação, e, caso algum item não fosse compreendido pelo cuidador familiar, ou não entendesse a forma de responder a cada questionário, o entrevistador procedia portanto à explicação correspondente.

Relativamente aos estudantes universitários, cada estudante completou o caderno de questionários na aula, procedendo à entrega do mesmo assim que finalizado.

No que diz respeito à análise estatística, os dados recolhidos foram introduzidos numa base de dados, tendo os procedimentos estatísticos sido efectuados através da aplicação informática *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 16.0 para o Windows. Tendo em conta que o objectivo do estudo se centrou em avaliar sobretudo as propriedades psicométricas da CD-RISC (Connor & Davidson, 2003) para a população espanhola, pretendeu-se a nível estatístico:

- a) Avaliar a existência de correlações significativas nas características sócio-demográficas e na resiliência entre os grupos da amostra. E, verificar também, as diferenças significativas (ANOVA 1 Factor) na escala de resiliência entre os três grupos constituintes da amostra (cuidadores informais, cuidadores formais e estudantes universitários) a nível da média e desvio-padrão;
- b) Analisar a Fiabilidade da escala de resiliência através do coeficiente alpha de Cronbach, cujos valores oscilam entre 0 e 1, considerando-se como aceitáveis valores iguais ou superiores a 0.70;
- c) Analisar a validade de construto da escala através do procedimento da Análise Factorial segundo o método de análise de componentes principais e rotação *Varimax*, verificando-se, de acordo com Nunnally (1978), previamente a adequabilidade da sua utilização mediante o índice de Kaiser-Meyer-Olkin e o contraste da matriz de correlações mediante o Teste de Esfericidade de Barlett ($\chi^2 = 8926,634$, $p < 0.001$; índice KMO = 0.95). A Análise Factorial realizou-se através do procedimento da exploração de componentes principais da matriz de correlação de todos os itens da escala, com rotação *varimax*, sendo extraídos os factores com valor próprio superior a 1 (Nunally, 1978). Adoptou-se o critério de carga factorial igual ou superior a 0.40 para a inclusão dos itens, de acordo com o valor mínimo recomendado pela literatura (Crocker & Algina, 1986; Kline, 1994).
- d) Estimar a validade convergente e divergente através da análise da Correlação de Pearson: a validade convergente foi avaliada mediante a correlação da

Resiliência [Escala de Resiliência Connor e Davidson (CD-RISC); Connor & Davidson, 2003] com medidas de qualidade de vida [*World Health Organization Quality of Life-bref* (WHOQOL-bref); Lucas, 1998] e com medidas de expectativas generalizadas de controlo [Bateria de Escalas de Expectativas Generalizadas de Controlo (BEEGC-20); Palenzuela, 1988]; por sua vez, a validade divergente, foi avaliada mediante a correlação da Resiliência [Escala de Resiliência Connor e Davidson (CD-RISC)] com medidas de ansiedade e depressão [Escala de Ansiedade e Depressão de Goldberg (EADG); Goldberg, 1988].

7. RESULTADOS

7.1. Características da amostra

A Análise da Variância (ANOVA) de um só factor, indicou que havia diferenças significativas entre os grupos nas variáveis idade e escolaridade ($p < .05$). Contudo, a Prova Chi-Quadrado não encontrou diferenças significativas na distribuição da variável sexo entre os grupos. A Tabela 4 mostra as características sócio-demográficas (média e desvio padrão), e as pontuações obtidas na escala de resiliência nos grupos, com os seus respectivos contrastes estatísticos.

Tabela 4. Variáveis sócio-demográficas e a escala de resiliência: contrastes estatísticos

Variável	Cuidadores Informais (n = 212)	Cuidadores Formais (n = 323)	Universitários (n = 306)	F	p (post-hoc)
Idade	52.9 (16.2)	36.1 (11.3)	22.7 (5.7)	447.37	< .05 (a,b,c)
Sexo (M/F)	101/111	137/186	137/169	1.422	n.s.
Escolaridade (P/B/U)	56/112/44	189/51/83	6/139/161	278.85	< .05
Resiliência	50.40 (19.81)	66.75 (14.8)	67.04 (10.82)	95.03 (2)	< .05 (a,b)

M/ F = Masculino/Feminino; P/B/U = Estudos Primários/Bacharelato/Universitários
a = cuidadores informais vs. cuidadores formais; b = cuidadores informais vs. estudantes universitários
c = cuidadores formais vs. estudantes universitários
n.s. = não significativo.

Os testes de post-hoc de Tuckey indicaram que o grupo de cuidadores informais teve pontuações significativamente mais baixas que os cuidadores formais e o grupo de estudantes universitários na escala de resiliência.

7.2. Resiliência e variáveis sócio-demográficas

A análise das correlações mostrou que a CD-RISC se correlacionou negativamente com a idade ($r = -.341$; $p < .01$) e positivamente com o nível educativo ($r = .075$; $p < .05$) na amostra geral. Em relação à variável sexo, o teste t de Student para amostras independentes indicou não haver diferenças significativas, nas pontuações de resiliência, em função de ser homem ou mulher ($t = .715$, $gl = 84$, $p > .05$). Quando foram analisadas as correlações nos grupos, obteve-se uma correlação significativa negativa, entre resiliência e a variável idade ($r = -.304$; $p < .01$), no grupo de cuidadores informais, enquanto que no grupo de cuidadores formais a escala de resiliência se correlacionou com o nível educativo ($r = .11$; $p < .05$).

7.3. Fiabilidade da escala CD-RISC (21 itens)

A análise da fiabilidade da CD-RISC, versão espanhola, permitiu verificar, através da medida do alpha de cronbach, que a consistência interna dos factores foi adequada. A escala total obteve $\alpha = 0.92$, registando-se uma óptima consistência interna para o total da escala. A Tabela 5 apresenta os valores de alpha de cronbach dos 3 factores da CD-RISC (21 itens).

Tabela 5. Factores da Escala de Resiliência (21 Itens): consistência interna

Factores	Alpha de Cronbach
Factor 1 - Competência Pessoal	.87
Factor 2- Controlo	.81
Factor 3 – Persistência	.78

7.4. Análise Factorial

A análise factorial da Escala de Resiliência sugeriu uma estrutura de 4 factores capazes de explicar 53.6% da variância total.

A Tabela 6 apresenta o valor de cada item em cada factor.

Tabela 6. Cargas Factoriais dos itens e a percentagem de variância explicada

Item	Factor			
	1	2	3	4
18	.70			
19	.60			
15	.59			
23	.59			
16	.58			
14	.58			
17	.56			
20	.53			
6	.47			
7	.46			
2		.78		
13		.64		
22		.60		
24		.56		
25		.53		
8		.50		
12			.70	
10			.63	
4			.57	
11			.55	
1			.49	
3				.79
9				.70
% variância	38.5	5.82	4.93	4.32

O primeiro factor explicou 38,5% da variância total por meio de dez itens, cujas cargas factoriais foram de 0.46 a 0.70. O segundo factor explicou 5,8% da variância total por meio de seis itens, com cargas factoriais de 0.45 a 0.78. Por sua vez, o terceiro factor conseguiu explicar 4,9% da variância total, por meio de cinco itens, com cargas factoriais que vão de 0.45 a 0.70. E, por último, o quarto factor explicou 4,3% da variância total, com cargas factoriais que oscilam de 0.47 a 0.78 por meio de apenas 2 itens (o item 3 e o item 9). O factor 4 foi eliminado por não apresentar um número suficiente de itens, enquanto os itens 5 e 21 foram eliminados por não cumprirem com os critérios estatísticos de carga factorial (> 0.40). Portanto, obtivemos uma escala de resiliência de 21 itens com uma variância total explicada de 53,57. A análise dos componentes principais apontou assim para uma estrutura composta por 3 factores que foram denominados como: Factor 1 – Competência Pessoal; Factor 2 – Controlo; Factor 3 – Persistência.

7.5. Validade Convergente e Divergente

A Tabela 7 apresenta as correlações da Escala de Resiliência (CD-21 itens) com a Escala de Expectativas Generalizadas de Controlo (BEEGC-20), com a Escala de Ansiedade e Depressão de Goldberg (EADG), e ainda com a Escala abreviada da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-bref).

Tabela 7. Correlações da Escala de Resiliência com as escalas

Escalas	Resiliência
Expectativas Generalizadas de Controlo	
Contingência	.39**
Auto-eficácia	.52**
Êxito	.59**
Desamparo Aprendido	-.13**
Sorte	-
Ansiedade e Depressão de Goldberg	
Ansiedade	-.39**
Depressão	-.30**
Qualidade de Vida	
Relações Sociais	.26**
Relações Ambiente	.18**

**A correlação é significativa ao nível de $p < .01$

A CD-RISC apresentou correlações positivas com as sub-escalas de Contingência, Auto-eficácia e de Êxito da Escala de Expectativas Generalizadas de Controlo (BEEGC-20). A Escala de Resiliência verificou, igualmente, correlações positivas com as dimensões de Relações Sociais e Meio Ambiente da Escala abreviada da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-bref). Por outro lado, os resultados indicaram correlações negativas entre a Escala de Resiliência (CD-21) com as sub-escalas Ansiedade e Depressão da Escala de Ansiedade e Depressão de Goldberg (EADG), bem como correlações negativas com a sub-escala de Desamparo Aprendido da Escala de Expectativas Generalizadas de Controlo (BEEGC-20). Finalmente, foram também analisadas as correlações entre a escala CD-RISC e a escala abreviada da WHOQOL, para cada um dos dois grupos de cuidadores participantes da amostra, pelo que os resultados se encontram na Tabela 8.

Tabela 8. Correlações entre a escala CD-RISC e a escala abreviada da WHOQOL relativas a cada grupo de cuidadores

WHOQOL	Resiliência
Cuidadores Informais (n = 212)	
Domínio Físico	
Domínio Psicológico	
Domínio Relações Sociais	.27*
Domínio Meio Ambiente	.23*
Cuidadores Formais (n = 25)	
Domínio Físico	
Domínio Psicológico	
Domínio Relações Sociais	
Domínio Meio Ambiente	

*A correlação é significativa ao nível $p < .05$

Tendo em conta os resultados observados na tabela 8, constata-se que apenas existiram correlações positivas significativas entre a Resiliência e o Domínio Relações Sociais e o Domínio Meio Ambiente da WHOQOL no grupo dos cuidadores informais.

8. DISCUSSÃO

No presente estudo foi analisada a validade da Escala de Resiliência de Connor e Davidson (2003) adaptada para a população espanhola, tendo-se procedido à análise das qualidades psicométricas da escala numa amostra composta por cuidadores formais e de cuidadores informais de pessoas com demência e também por estudantes universitários de nacionalidade espanhola. As propriedades psicométricas da escala foram avaliadas mediante a análise da sua consistência interna, da análise factorial e da validade convergente e divergente. Os resultados indicaram que a escala CD-RISC (21 itens) apresenta boas propriedades psicométricas, com uma estrutura factorial de 3 factores, que divergiu da encontrada pelos autores originais Connor e Davidson (2003), bem como adequada validade convergente e divergente.

Relativamente à *Hipótese 1*, encontrámos que a resiliência mostrou uma correlação negativa com a variável idade na amostra geral. Estes resultados vão de encontro ao estudo de Ramírez e Hernández (2010) onde se constatou a presença de correlação negativa entre resiliência e idade. Por sua vez, Connor e Davidson (2003) constataram não haver relação entre a idade e as pontuações na escala de resiliência, indicando que a resiliência, em estudantes universitários, parece não se relacionar com o facto de as pessoas terem mais idade, o que demonstra que a idade não torna uma pessoa mais ou menos resiliente. Neste sentido, parece que a amostra analisada pode influir nos resultados encontrados. Assim, a falta de correlação entre a idade e a resiliência na amostra universitária confirma os resultados de Connor e Davidson (2003). Por seu turno, também o grupo de cuidadores informais confirmou a correlação negativa entre a idade e a resiliência. Neste sentido, é possível que as pessoas mais adultas vão perdendo apoio social de maneira progressiva, o que repercute na sua capacidade para enfrentar e lidar com a situação de cuidado.

Neste estudo, também não foi encontrada relação entre a variável sexo e a resiliência, não tendo sido corroborada a hipótese inicial de que a variável sexo se correlaciona significativamente com a resiliência. No mesmo sentido, o estudo de Vaishnavi, Connor e Davidson (2007), indicou que as pontuações da escala de resiliência para todos os grupos não eram afectadas pelo género. Outros autores (Álvarez & Chávez, 2003; Peltz, Moraes & Carlotto, 2010) igualmente observaram que, relativamente ao género, não existiam diferenças significativas nas pontuações totais de resiliência. No entanto, é possível que não apenas o sexo, mas outras variáveis como a idade possam influenciar a resiliência. Assim, Lundman, Strandberg, Eisemann, Gustafson e Brulin (2007) encontraram diferenças significativas na resiliência entre homens e mulheres no grupo de idades entre os 50 e os 59 anos, onde as mulheres apresentavam pontuações mais elevadas na resiliência.

Por sua vez, ainda no que concerne à *Hipótese I*, a correlação entre a escolaridade e a resiliência foi significativa, mas com uma intensidade baixa. Tal corrobora os resultados de Catusso, Campana e Tavares (2010), os quais indicaram que alto índice de escolaridade pode favorecer na constituição da resiliência. Estes resultados foram obtidos unicamente no grupo de cuidadores formais, na medida em que a formação ajuda a lidar melhor com as situações de cuidado da pessoa doente.

A *Hipótese II*, na qual se esperava que a Escala de Resiliência CD-25 para a população espanhola demonstrasse boa fiabilidade, foi corroborada no presente estudo. Os resultados indicaram adequada consistência interna da escala CD-RISC ($\alpha = 0.92$), na sua versão espanhola. Estes resultados confirmam os encontrados em outros estudos similares (Connor & Davidson, 2003; Yu & Zhang, 2007; Khoshouei, 2009; Baek et al, 2010; Singh & Yu, 2010), que igualmente avaliaram a consistência interna da CD-RISC em diferentes contextos culturais, obtendo valores adequados de consistência interna.

Contudo, a *Hipótese III*, que pressupunha que a CD-RISC replicasse a estrutura factorial original, não foi verificada no presente estudo, tendo em conta que a versão espanhola da CD-RISC não replicou a estrutura de 5 factores apontada no estudo original de Connor e Davidson (2003) denominados: “competência pessoal”, “confiança na intuição e tolerância à adversidade”, “aceitação positiva da mudança”, “controlo” e “espiritualidade”. De facto, a estrutura factorial da CD-RISC, na versão espanhola, foi modificada tendo em conta os resultados obtidos através da análise factorial. Os resultados da análise factorial exploratória indicaram uma solução de 3 factores (Competência Pessoal; Controlo; Persistência). Neste sentido, note-se que estes resultados também foram encontrados em estudos similares, que igualmente não corroboraram a estrutura de 5 factores da CD-RISC original (Yu & Zhang, 2007; Khoshouei, 2009; Baek et al., 2009; Singh & Yu, 2010).

O estudo de Yu e Zhang (2007) encontrou uma estrutura factorial composta por somente 3 (*tenacity; strength; optimism*) factores de resiliência. Por sua vez, um outro estudo, de Khoshouei (2009), indicou uma estrutura de 4 factores (*achievement motivation; self-confidence; tenacity; adaptability*).

Os resultados da análise factorial confirmaram que a CD-RISC original de 25 itens teria de ser ajustada para a população espanhola, tendo-se encontrado um ajuste aceitável ao se remover 4 itens da escala, obtendo-se uma escala com 21 itens na versão espanhola. Em relação ao estudo original (Connor & Davidson, 2003), os itens foram distribuídos da seguinte forma na presente investigação: o *primeiro factor*

denominado também por “*competência pessoal*”, agrupou 3 itens do factor “competência pessoal” e 7 itens do segundo factor “confiança na intuição e tolerância à adversidade” da escala original; o factor 2 designado por “*controlo*” agrupou 2 itens do factor “competência pessoal”, 2 itens do factor “aceitação positiva da mudança” e 2 itens do factor “controlo” do estudo original; e, por último, o factor “*persistência*” agrupou 3 itens do factor “competência pessoal” e 2 itens do factor “aceitação positiva da mudança”.

Finalmente, a *Hipótese IV* foi confirmada, uma vez que foram verificadas correlações significativas positivas entre a versão espanhola da escala CD-RISC com medidas de contingência, auto-eficácia e de êxito. Outros estudos confirmam que as expectativas generalizadas de êxito permitem uma resposta do sujeito mais adaptativa no momento de enfrentar situações de stress (Labrador & Crespo, 1993). No que se refere à auto-eficácia, alguns autores postulam que a resiliência emocional pode ser identificada em indivíduos com senso de auto-eficácia, auto-estima e confiança nas suas potencialidades, bem como no conhecimento das suas limitações (Luthar, 1993; Zimmermann & Arunkumar, 1994). Note-se que, as pessoas ao possuírem uma forte percepção de auto-eficácia experimentam menos stress perante situações adversas, de modo que realizam também mais esforços e desenvolvem novas estratégias para desempenhar com êxito as tarefas e situações que ocorrem (Turnage, 1990). Além disso, à medida que o indivíduo crê que os resultados das suas acções sejam determinados pelas suas próprias acções (locus de controlo interno), melhor enfrentará a situação stressante (Bernabé e Martínez, 2002). Contrariamente, à medida que o sujeito crê que os resultados não dependem das suas acções (expectativa de desamparo aprendido) é produzida uma série de déficits cognitivos e emocionais que repercutem na forma como enfrenta a situação adversa (Seligman, 1975).

Nesta investigação, foram observadas correlações positivas estatisticamente significativas entre a escala CD-RISC com medidas de qualidade de vida (WHOQOL-Bref). Na realidade, verificaram-se correlações positivas entre a escala de resiliência com a escala de qualidade de vida (WHOQOL-bref) nas dimensões que dizem respeito às relações sociais e ao meio ambiente, mas não com as dimensões física e psicológica. Em concreto, parece que o conceito de resiliência é encarado de modo intrínseco com o contexto no qual o indivíduo está inserido, na medida em que se as circunstâncias mudam, também a resiliência se altera (Rutter, 1987). Como sabemos, a dimensão das relações sociais está ligada ao suporte e apoio social que o sujeito recebe, pelo que, neste sentido, o suporte familiar, capaz de fornecer padrões de

pensamento e de comportamento (Hoeltje et al. 1996), revela-se importante para que o indivíduo possa desenvolver mais o seu sentimento de auto-eficácia. Assim, de acordo com Hoeltje et al. (1996), se o sujeito viver num contexto familiar coeso e equilibrado com relacionamentos funcionais, maior será a probabilidade de desenvolver a crença de que possui capacidades de *coping* para fazer face às situações problemáticas e adversas que ocorram ao longo da sua vida. Portanto, verifica-se que os construtos qualidade de vida e resiliência se encontram associados, sendo perceptível que pessoas com alto nível de relações no âmbito social e ambiental, também demonstrarão um nível de resiliência satisfatório.

Contrariamente, não foram corroborados os resultados de Armando (2010), nos quais se observou correlação positiva estatisticamente significativa da resiliência com todos os domínios da WHOQOL-Bref. De facto, a CD-RISC não se correlacionou com a dimensão física e nem com a dimensão psicológica da WHOQOL-Bref, pelo que estes resultados poderão estar relacionados com o facto de a amostra deste estudo ser também constituída por cuidadores de pessoas com demência. Neste âmbito, note-se que, segundo Haug e Folmar (1986), de entre os indicadores de uma boa qualidade de vida estão também a saúde física (Domínio Físico) e a ausência de problemas psicológicos (Domínio Psicológico). Todavia, como foi referido ao longo deste trabalho, frequentemente os cuidadores de pessoas com demência não conseguem fazer uma adaptação adequada relativamente ao seu papel de cuidador, o que conduz a que este perceba essa sua incapacidade para lidar com a situação. Esse cenário incute no cuidador um conjunto de reacções afectivas negativas, como a sobrecarga física (Zarit, Todd & Zarit, 1986), a ansiedade, a depressão e também baixo bem-estar psicológico (Karlavish, Casarett, Klocinski & Clark, 2001), pelo que isso explica a correlação negativa entre resiliência e o domínio físico e psicológico da WHOQOL-Bref que se verificou neste estudo com a amostra seleccionada.

Apesar disso, encontraram-se correlações negativas estatisticamente significativas entre a escala CD-RISC com a Escala de Ansiedade e Depressão de Goldberg (EADG), e com a sub-escala de Desamparo Aprendido da BEEGC-20. Note-se por exemplo, que no estudo da versão coreana da CD-RISC (Baek et al., 2010), a escala se correlacionou negativamente com medidas de depressão (BDI – Inventário de Depressão de Beck). Os estudos de Bonanno (2004) também foram no mesmo sentido, corroborando os resultados da presente pesquisa, na medida em que se verificou que indivíduos com baixa resiliência apresentavam alta prevalência de sintomas depressivos.

A CD-RISC mostrou igualmente uma correlação negativa com a dimensão Desamparo Aprendido da BEECG-20, o que vai de encontro com algumas investigações. Note-se que, segundo Rotter (1966), o comportamento do sujeito também pode variar em função da percepção que as suas acções sejam determinadas por factores externos, que fogem do seu controlo (locus de controlo externo), sendo neste contexto que surge o conceito de desamparo aprendido de Seligman (1975). Nesse âmbito, Bernabé e Martínez (2002) postulam que a exposição a situações adversas incontroláveis tem como consequência o aparecimento de déficits motivacionais, emocionais (estados emocionais negativos) e cognitivos (desesperança), que dificultam a conduta resiliente. Importa ainda referir que alguns estudos têm demonstrado que sujeitos com sentimentos de desamparo tendem a apresentar sinais emocionais depressivos (Miller & Seligman, 1975).

Antes de concluir gostaria de esclarecer que, como qualquer outra investigação científica, esta também apresenta as suas limitações. Em primeiro lugar, importa referir que os sujeitos universitários da amostra não representam a população geral, pelo que neste sentido, é possível afirmar que a amostra seleccionada para a presente investigação não se revela representativa da população geral. Por esse motivo, apresenta-se necessário fazer algumas reservas na extrapolação e na generalização dos resultados obtidos. Além disso, é importante que a avaliação das propriedades psicométricas da CD-RISC possa ser avaliada noutras comunidades, noutros contextos, de modo a se poder expandir a utilização da CD-RISC por vários e diferentes países. De facto, torna-se relevante que futuros estudos avaliem se a CD-RISC se apresenta como uma medida válida e capaz de avaliar a resiliência individual também em outras culturas, tanto em amostras da população geral como em amostras clínicas. Finalmente, outros estudos futuros revelam-se necessários para a detecção de factores que promovam a resiliência no sujeito, de tal forma que possamos promover condutas resilientes em diferentes pessoas que passam pela experiência de enfrentar situações difíceis.

9. CONCLUSÕES

A partir dos resultados encontrados podemos apresentar as seguintes conclusões:

- I. A idade e o nível educativo correlacionaram-se com a escala de resiliência. Concretamente, a idade mostrou uma correlação negativa com a escala de resiliência no grupo de cuidadores informais; enquanto que, a educação mostrou uma correlação positiva com a resiliência no grupo de cuidadores formais.
- II. A versão espanhola da CD-RISC demonstrou valores de fiabilidade óptimos acima de .80 (alpha de Cronbach).
- III. A análise factorial não confirma a estrutura factorial original de 5 factores; assim, sugere-se uma estrutura factorial de 3 factores denominados: Competencia Pessoal; Controlo e Persistência.
- IV. A versão espanhola da CD-RISC apresentou uma adequada validade convergente com o *coping* optimista (sub-escalas contingência, auto-eficácia e êxito) da bateria de expectativas generalizadas de controlo (BEGC-20), e com a escala de qualidade de vida (WHOQOL-Bref). Por outro lado, observaram-se correlações negativas da resiliência com medidas da escala de ansiedade-depressão de Golberg e com as expectativas de desamparo aprendido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, I. D., Forlenza, O. V., & Barros, H. L. (2005). Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(3), 131-136.

Agaibi, C. E. & Wilson, J. P. (2005). Trauma, PTSD, and resilience: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse*, 6, 195-216.

Ahern, N. R., Kiehl, E. M., Sole, M. L., & Byers, J. (2006). A review of instruments measuring resilience. *Issues In Comprehensive Pediatric Nursing*, 29(2), 103-125.

Almeida, T.L. (2005). Características dos cuidadores de idosos dependentes no contexto da saúde da família. Dissertação de Mestrado em Saúde na Comunidade. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto.

American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR – Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi

Anaut, M. (2005). A resiliência: ultrapassar os traumatismos. Climepsi: Lisboa.

Andrade, M.C.S. (1999). *A Resiliência em resposta à pobreza: um estudo exploratório sobre os factores de risco e de protecção envolvidos na resiliência*. Dissertação de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Educação da Criança. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.

Anthony, E. J. & Cohler, B. J. (1987). (Eds). *The invulnerable child*. New York: Guilford Press.

Aroian, K.J., Schappler-Morris, N., Neary, S., Spitzer, A., & Tran, T.V. (1997). Psychometric evaluation of the Russian Language version of the Resilience Scale. *Journal Of Nursing Measurement*, 5(2), 151-164.

Assis, S.G., Pesce, R.P., & Avanci, J.Q. (2006). *Resiliência. Enfatizando a Protecção dos Adolescentes*. Porto Alegre: ArtMed.

Avia, M. D., & Vázquez, C. (1999). *Optimismo Inteligente. Psicología de las emociones positivas*. Madrid: Alianza Editorial.

Baek, H., Lee, K., Joo, E., Lee, M., & Choi, K. (2010). Reliability and Validity of the Korean Version of the Connor-Davidson Resilience Scale. *Psychiatry Investigation*, 7(2), 109-115.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.

Bandura, A., & Cervone, D. (1983). Self-evaluative and self-efficacy mechanisms governing the motivational effects of goal systems. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 1017-1028.

Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44(9), 1175-1184.

Bandura, A. Self-Efficacy. (1994). In: V.S. Ramachaudran, *Encyclopedia of human behavior* (pp. 15-41). New York: Academic Press.

Bandura, A. (1995). *Self-Efficacy in changing societies*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Barlach, L. (2005). *O que é a resiliência humana? Uma contribuição para a construção do conceito*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.

Barlach, L., Limongi-França, A. C., & Malvezzi, S. (2008). O conceito de resiliência aplicado ao trabalho nas organizações. *Interamerican Journal of Psychology*, 42(1), 101-112.

Barreira, D. D., & Nakamura, A. P. (2006). Resiliência e a auto-eficácia percebida: articulação entre conceitos. *Aletheia*, 23, 75-80.

Baruth, K. E., & Carroll, J. J. (2002). A formal assessment of resilience: The Baruth Protective Factors Inventory. *The Journal of Individual Psychology*, 58, 235-244.

Baum, A., & Posluszny, D. (1999). Health psychology: mapping biobehavioral contributions to health and illness. *Annual Review of Psychology*, 50, 137-163.

Benetti, C., & Kambouropoulos, N. (2006). Affect-regulated indirect effects of trait anxiety and trait resilience on self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 41, 341–352.

Bissonnette, M. (1998). *Optimism, Hardiness, and Resiliency: a review of the literature*. Prepared for the Child and Family Partnership Project.

Boland, A., & Cappeliez, P. (1997). Optimism and neuroticism as predictors of coping and adaptation in older women. *Personality and Individual Differences*, 22, 909-919.

Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience - Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20-28, 2004.

Bonano, G. A. (2005). Resilience in the face of Potential Trauma. *Current Directions in Psychological Science*, 14(3), 135-138

Brito, H. S. (2006). Estresse, resiliência e vulnerabilidade: comparando famílias com filhos adolescentes na escola. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 16(2), 25-37.

Burns, M. D., Nichols, L. O, Adams, J. M., Graney, M. J., & Lummus, A. (2003). Primary Care Interventions for Dementia Caregivers: 2- Year Outcomes From the REACH Study. *The Gerontologist*, 43(4), 547-555.

Camargo, R.C.V.F. (2010). Implicações na saúde mental de cuidadores de idosos: uma necessidade urgente de apoio formal. *Revista Electrónica Salud Mental Alcohol y Drogas*, 6(2), 231-254.

Campbell-Sills, L., & Stein, M. B. (2007). Psychometric Analysis and Refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): validation of a 10-Item Measure of Resilience. *Journal of Traumatic Stress*, 20(6), 1019-1028.

Caramelli, P., & Barbosa, M. T. (2002). Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(1), 7-10.

Carver, C., & Scheier, M. (2001). Optimism, Pesimism, and Self-regulation. In E. Chang (Ed.). *Optimism and pesimis. Implications for theory, research and practice*. Washington, DC: American Psychological Association.

Celia, S. (1997). Promoção da saúde e resiliência. In: N. Fichtner, (org.), *Prevenção, Diagnóstico e Tratamento dos Transtornos Mentais da Infância e da Adolescência: um enfoque desenvolvimental* (pp. 21-25). Porto Alegre: Artes Médicas.

Cerqueira, A. T. A. R. & Oliveira, N. I. L. (2002). Programa de Apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. *Psicologia USP*, 13(1), 133-150.

Cicchetti, D. (2003). Foreword. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood asversities* (pp. 19-27). Cambridge, RU: Cambridge University Press.

Cherniss, C. (1993). The role of professsional self-efficacy in the etiology and amelioration of burnout. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: recent developments in theory and research* (pp. 135-149). Washington: Taylor and Francis.

Coelho, V. L. D., Falcão, D. V. S., Martins de Campos, A. P., & Vieira, M. F. T. (2006). Atendimento psicológico grupal a familiares de idosos com demência. In D. V. S. Falcão & C. M. S. B. Dias (Eds.), *Maturidade e velhice: pesquisas e intervenções psicológicas* (pp. 81-103). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J., Rutter, M., Shearer, C., & Maughan, B. (2007). Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: evidence from a community sample. *Child Abuse Neglect*. 31, 211-229.

Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82.

Cowan, P. A., Cowan, C. P., & Schulz, M. (1996). Thinking about risk and resilience in families. In E. M Hetherington & E. A. Bleachman (Orgs.), *Stress, risk and resilience in children and adolescents: processes, mechanisms and interventions* (pp. 1- 38). New York: Cambridge University Press.

Crocker, L., & Algina, J. (1986). *Introduction to Classical and Modern Test Theory*. New York: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.

Davidson, J. R. (2002). Surviving disaster: what comes after trauma? *British Journal of Psychiatry*, *181*, 366-368.

Demos, E. V. (1989). Resiliency in infancy. In T. E. Dugan & R. Coles (Eds.), *The child in our times: Studies in the development of resiliency* (pp. 3-22). New York: BrunnerNazel.

Dumont, K. A., Widom, C. S., & Czaja, S. J. (2007). Predictors of resilience in abused and neglected children grown-up: The role of individual and neighborhood characteristics. *Child Abuse & Neglect*, *31*, 255-274.

Egeland, B., & Sroufe, L. A. (1993). Resilience as process. *Development and psychopathology*, *5*(4), 517-528.

Fleck, M. P. A. (2000). O instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, *5*, 33-38.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of personality and social psychology*, *48*(1), 150-170.

Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Higgitt, A., & Target, M. (1994). The Emanuel Miller Memorial Lecture 1992: The theory and practice of resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *35*(2), 231-257.

Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H., & Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *12*(2), 65-76.

Gable, S. L., & Haidt, J. (2005). What (and why) is positive psychology? *Review of General Psychology*, *9*(2), 103-110.

- Garcés, J., Carretero, S., Ródenas, F., & Vivancos, M. (2009). The care of the informal caregiver's burden by the Spanish public system of social welfare: A review. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 50*(3), 250-253.
- Garnezy, N., Masten, A. S., & Tellegen, A. (1984). The Study of Stress and Competence in Children: A Building Block for Developmental Psychopathology. *Child Development, 55*, 97-111.
- Garrido, R., & Menezes, P. R. (2004). Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. *Revista de Saúde Pública, 38*(6), 835-841.
- Gillham, J.E., Shatté, A.J., Reivich, K.J., & Seligman, M.E.P. (2001). Optimism, pessimism, and explanatory style. In E.C. Chang (Ed.), *Optimism & pessimism* (pp. 53-75). Washington, DC: American Psychological Association.
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P., & Grayson, D. (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *British Medical Journal, 297*, 897-899.
- Grafstrom, M., Fratiglioni, L., Sandman, P. O., & Winblad, B. (1992). Health and social consequences for relatives of demented and non-demented elderly: A population study. *Journal Clinical of Epidemiology, 45*(8), 861-870.
- Grimaldo, M. (2004). Niveles de Optimismo en un grupo de estudiantes de una universidad particular de la ciudad de Lima.. *Liberabit - Revista de Psicología, 10*, 96-106.
- Grotberg, E. (1995). *A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit*. The Hague: The Bernard van Leer Foundation.
- Haley, W. E., Levine, E. G., Brown, S.L., & Bartolucci, A.A. (1987). Stress, appraisal, coping and social support as predictors of adaptational outcome among dementia caregivers. *Psychological Aging, 2*(4), 323-330.
- Haley, W. (1997). The family caregivers role in Alzheimers disease. *Neurology, 48*(5), 25-29.

Haug, M. R., & Folmar, S. J. (1986). Longevity, gender, and life quality. *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 332-345.

Heilemann, M. V., Lee, K. A., & Kury, F. S. (2003). Psychometric evaluation of Spanish version of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 11, 61-72.

Hirsch, J.K., & Conner, K.R. (2006). Dispositional and explanatory style optimism as potential moderators of the relationship between hopelessness and suicidal ideation. *Suicide life threat behavior*, 36(6), 661-669.

Hjemdal, O., Friborg, O., Stiles, T.C., Martinussen, M. & Rosenvinge, J. H. (2006). A New Scale for Adolescent Resilience: Grasping the Central Protective Resources Behind Healthy Development. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 39, 84-96.

Hoeltje, C. O., Zubrick, S. R., Silburn, S. R., & Garton, A. F. (1996). Generalized self-efficacy: Family and adjustments correlates. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25(4), 446-453.

Hoge, E. A., Austin, E. D., & Pollack, M. H. (2007). Resilience: research evidence and conceptual considerations for posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 24(2), 139-152.

Hooker, K., Monahan, D., Shifren, K., & Hutchinson, S. (1992). Mental and physical health of spouse caregivers: the role of personality. *Psychological Aging*, 7, 367-375.

Houaiss, A. & Villar, M.S. (2001). *Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva.

Jaramillo, D.E., Ospina, D.E., Cabarcas, G., & Humphreys, J. (2005) Resilience, spirituality, distress and tactics for battered women's conflict resolution. *Revista de Salud Publica*, 7(3),281-292.

Job, F. P. (2003). Os sentidos do trabalho e a importância da resiliência nas organizações. Dissertação de Mestrado em Recursos Humanos. Escola de Administração de Empresas da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.

Junqueira, M. F. P. S., & Deslandes, S. F. (2003). Resiliência e maus-tratos à criança. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(1), 227-235.

Karlawish, J. H. T., Casarett, D., Klocinski, J., & Clark, C. M. (2001). The Relationship Between Caregivers' Global Ratings of Alzheimer's Disease Patients' Quality of Life, Disease Severity, and the Caregiving Experience. *Journal of the american geriatrics society*, 49(8), 1066-1077.

Karsch, U. M. (2003). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Caderno de Saúde Pública*, 19(3), 861-866

Kotliarenco, M.A & col. (1997). Estado del Arte en resiliencia. Wahington D.C. OPS/OMS. Fundación, W.K. Kellog, CEANIM.

Khoshouei, M. S. (2009). Psychometric Evaluation of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) Using Iranian Students. *International Journal of Testing*, 9(1), 60-66.

Kramer, B. J., & Lambert, J. D. (1999). Caregiving as a life transition among older husbands: a prospective study. *The Gerontologist*, 39(6), 658-667.

Labrador, F. J., & Crespo, M. & (2003). *Estrés*. Madrid: Síntesis.

Lampert, S. S. (2009). *Rede de apoio social, resiliência e marcadores imunológicos em idosos cuidadores de paciente com demência*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Biomédica. Pontífica Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Lent, R. W., Hackett, G., & Brown, S. D. (1999). A social cognitive view of school-to-work transition. *The Career Development Quarterly*, 47(4), 297-311.

Lévano, A. C. S. (2005). Métodos e instrumentos para medir la resiliência: una alternativa peruana. *Liberabit – Revista de Psicología*, 11, 41-48.

Lucas, C. R. (1998). *Versión Espanola del Whoqol*. División de Salud Mental. Organizacion Mundial de la Salud. Madrid: Ergon.

Lundman, B., Strandberg, G., Eisemann, M., Gustafson, Y., & Brulin, C. (2007). Psychometric properties of the Swedish version of Resilience Scale. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(2), 229-237.

Luthar, S. S., & Zigler, E. (1991). Vulnerability and Competence - A Review of Research on Resilience in Childhood. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 6-22.

Luthar, S. S. (1993). Annotation: methodological and conceptual issues in research on childhood resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 441-453.

Luthar, S., Cicchetti D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562.

Lyons, J. A. (1991). Strategies for Assessing the Potential for Positive Adjustment Following Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 4(1), 93-111.

Martineau, S. (1999) *Rewriting resilience: A critical discourse analysis of childhood resilience and the politics of teaching resilience to "kids at risk"*. Dissertação de Doutorado em Estudos Educacionais. The University of British Columbia, British Columbia, Canadá.

Martínez, I. M., & Salanova, M. (2006). Autoeficacia en el trabajo: el poder de creer que tú puedes. Estudios financieros. *Revista de trabajo y seguridad social*, 45, 175-202.

Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments - Lessons from research on successful children. *American Psychologist*, 53, 205-220

Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American psychologist*. 56(3), 227-238.

Menezes de Lucena, V. A., Fernández-Calvo, B., Hernández-Martín, L., Campos, F. R. & Castillo, I. C. (2006). Resiliencia y el modelo *Burnout-Engagement* en cuidadores formales de ancianos. *Psicothema*, 18(4), 791-796.

Miller, W.R., & Seligman, M.E.P. (1975). Depression and learned helplessness in man. *Journal of Abnormal Psychology*, 84, 228-238.

Mohide, E. A. (1993). Informal care of community- dwelling patients with Alzheimer disease: Focus on the family caregiver. *Neurology*, 43(4), 16-19.

Montón, C., Pérez-Echevaria, M. J., Campos, R., Garcia-Campayo, J., & Lobo, A. (1993). Escalas de Ansiedad y depresión de Goldberg. Una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Atención Primaria*, 12(6), 345-349.

Montorio, I., & Losada, A. (2005). Previsión de cuidados y apoyo social informal: Una visión psicosocial de la dependencia. In S. Pinazo & M. Sánchez (Eds.), *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas* (pp. 491-515). Madrid: Pearson-Prentice Hall.

Mrazek, P J., & Mrazek, D. A. (1987). Resilience in child maltreatment victims: A conceptual exploration. *Child Abuse and Neglect*, 11(3), 357-366.

Nishi, D., Uehara, R., Kondo, M., & Matsuoka, Y. (2010). Reliability and validity of the Japanese version of the Resilience Scale and its short version. *BMC Research Notes*, 17(3), 310.

Nóbrega, M. M. P. B. (2005). *Vulnerabilidade e resiliência no desenvolvimento dos indivíduos: influência da qualidade dos contextos de socialização no desenvolvimento das crianças*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia e Ciências da Educação. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.

Norris, F. H., Stevens, S. P., Pfefferbaum, B., Wyche, K. F. & Pfefferbaum, R. L. (2008). Community resilience as a metaphor, theory, set of capacities, and strategy for disaster readiness. *American Journal of Community Psychology*, 41, 127-150.

Nunnally, J. L. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.

Nygren, B., Randstrom, K.B., Lejonklou, A.K. & Lundman, B. (2004). Reliability and validity of a Swedish language version of the Resilience Scale. *Journal Of Nursing Measurement*, 12(3), 169-178.

- Osborn, Albert F. (1990), Resilient children: a longitudinal study of high achieving socially disadvantaged children. *Early Child Development and Care*, 62(1), 23-47.
- Oshio A., Kaneko, H., Nagamine, S., Nakaya, M. (2003). Construct validity of the adolescent resilience scale. *Psychological Reports*, 93(3), 1217-1222.
- Palenzuela, D. L. (1985). Does Rotter's I-E scale measure perceived competence? A replica to Graybill-Sergeant. *Perceptual and Motor Skills*, 61, 443-450.
- Palenzuela, D. L. (1988). Refining the theory and measurement of expectancy of internal versus external control of reinforcement. *Personality and Individual Differences*, 9, 607-629.
- Palenzuela, D. L., Prieto, G., Barros, A. M., & Almeida, L. S. (1997). Una versión española de una batería de escalas de expectativas generalizadas de control (BEEGC). *Revista Portuguesa de Educação*, 10(1), 75-96.
- Pearlin, L.J., Mullan, J.T., Semple, S.J., & Skaff, M.M. (1990). Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *The gerontologist*, 30(5), 583-591.
- Peltz, L., Moraes, M., & Carlotto, M. S. (2010). Resiliência em estudantes do ensino médio. *Psicologia Escolar e Educacional*, 14(1), 87-94.
- Pesce, R.P., Assis, S.G., Avanci, J.Q., Santos, N.C., Malaquias, J.V., & Carvalhaes, R. (2005). Cross-cultural adaptation, reliability and validity of the resilience scale. *Cadernos De Saúde Pública*, 21(2), 436-448.
- Petrilli, L. A. G. C. (1997). Orientação da família do doente de Alzheimer: pontos de consenso. *Sobre Comportamento e Cognição*, 3, 216-225
- Poletto, M., & Koller, S. H. (2008). Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos de Psicologia – Campinas*, 25(3), 405-416.
- Quintero, L., Menezes de Lucena, V., Hernández-Martin, L., Contador, I., & Ramos, F. (2007). Resiliencia, sobrecarga e saúde física em cuidadores com demência. *Encontro: Revista de Psicologia*, 11(15), 242-258.

Ramos, F., & Fernández-Calvo, B. (2004). Las demencias seniles: Estrategias de intervención. In S. Ballesteros (Ed.), *Gerontología y atención a la tercera edad* (pp. 663-740). Madrid: Editorial Universitas, SA.

Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology, 58*(3), 307-321.

Riulli, L., & Savicki, V. (2003). Optimism and coping as moderators of the relationship between chronic stress and burnout. *Psychological Reports, 92*, 1215-1226.

Rohrig B, Schleussner C, Brix C, Strauss B. (2006). The Resilience Scale (RS): a statistical comparison of the short and long version based on a patient population. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 56*(7), 285-290.

Rotter, J. B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcements. *Psychological Monographs, 80*(1), 75-93.

Rutter, M. (1981). Stress, coping and development: Some issues and some questions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 22*(4), 323-356.

Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry, 147*, 598-611.

Rutter M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry, 57*, 316–331.

Scheier, M., & Carver, C. (1985). Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology, 4*, 219-247.

Scheier, M., Weintraub, J. K., & Carver, C. S. (1986). Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*, 1257-1264.

Scheier, M., & Carver, C. (1987). Dispositional optimism and Physical well-being: the influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, 55, 169-210.

Scheier, M. F. (1992). Effects of optimism, psychological and physical well-being: theoretical overview and empirical update. *Cognitive therapy and research*, 16, 201-228.

Scheier, M. & Carver, C. (1993). On the power of positive thinking: The benefits of being optimistic. *Current Directions in Psychological Science*, 2, 26-30.

Schulz, R., & Martire, L. M. (2004). Family caregiving of persons with dementia: prevalence, health effects, and support strategies. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(3):240-249.

Schumacher, J., Leppert, K., Gunzelmann, T., Strauss, B. & Brahler, E. (2005). The resilience scale - A questionnaire to assess resilience as a personality characteristic. *Zeitschrift fur Klinische Psychologie Psychiatrie und Psychotherapie*, 53(1), 16-39.

Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman.

Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology. An Introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.

Silva, D. F. M. (2001). *O desenvolvimento das trajetórias do comportamento delinquente em adolescentes infratores*. Tese de Doutorado apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Silva, M. R. S., Lunardi, V. L., Lunardi Filho, W. D., & Tavares, K. O. (2005). Resiliência e promoção da saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14, 95-102.

Silveira, M. S., Caldas, C. P., & Carneiro, T. F. (2006). Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. *Cadernos de Saúde Publica*, 22(8), 1629-1638.

Sinclair, V. G., & Wallston, K. A. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, 11, 94-101.

Singh, K., & Yu, X. (2010). Psychometric Evaluation of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) in a Sample of Indian Students. *Journal of Psychology*, 1(1), 23-30-

Soest, T., Mossige, S., Stefansen, K. & Hjemdal, O. (2009). A Validation Study of the Resilience Scale for Adolescents (READ). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(2), 215-225.

Sotto Mayor, M., Ribeiro, O., & Paúl, C. (2008). Satisfacción percibida en el cuidado de ancianos. *Gerokomos*, 19(3), 121-127.

Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família. Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Ambar.

Souza, M. T. S., & Cervený, C. M. O. (2006). Resiliência: introdução à compreensão do conceito e suas implicações no campo da psicologia. *Revista de Ciências Humanas*, 12(2), 21-29.

Taboada, N. G., Legal, E. J., & Machado, N. (2006). Resiliência: em busca de um conceito. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 16(3), 104-113.

Tavares, J. (2001). (Org) *Resiliência e educação*. São Paulo: Cortez.

Taub, A., Andreoli, S. B. & Bertolucci, P. H. (2004). Dementia caregiver burden: Reliability of the Brazilian version of the Zarit caregiver burden interview. *Caderno de Saúde Pública*, 20(2), 372-376.

Teel, C., & Carson, P. (2003). Family experiences in the journey through dementia diagnosis and care. *Journal of Family Nursing*, 9(1), 38-58.

Vaillant, G. E., Vaillant, C. O. (1990). Natural-History of Male Psychological Health . A 45-Year Study of Predictors of Successful Aging at Age 65. *American Journal of Psychiatry*, 147, 31-37.

Vaishnavi, S., Connor, K. & Davidson, J. R. T. (2007). An abbreviated version of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), the CD-RISC2: Psychometric properties and applications in psychopharmacological trials. *Psychiatry Research*, 152(2), 293-297.

Vera-Villarroel, P., & Guerrero, A. (2003). Diferencias en habilidades de resolución de problemas sociales en sujetos optimistas y pesimistas. *Universitas Psychologica*, 2(1), 21-26.

Villalba, C. (2003). El concepto de resiliência y sus aplicaciones al trabajo social com infância, adolescência y familia Tese de Doutoramento em Psicologia. Universidade Pablo Olavide, Sevilla, Espanha.

Vilela, L.P. & Caramelli, P.A. (2006). Doença de Alzheimer na visão de familiares de pacientes. *Revista Associação Médica Brasileira*, 52(3), 148-52.

Vilete, L. M. P. (2009). Resiliência a eventos traumáticos: conceito, operacionalização e estudo seccional. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, Brazil.

Vilhena, C. P. (2005). Resiliência em contexto militar. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.

Wachs, T. D. (2006). Contributions of Temperament to Buffering and Sensitization Processes in Children's Development. *New York Academy of Sciences*, 1094, 28–39.

Wagnild, G., & Young, H. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal Of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.

Waller, M. A. (2001). Resilience in ecosystemic context: Evolution of the concept. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71, 290-297.

Werner, E. E. (1989). High-risk children in young adulthood: a longitudinal study from birth to 32 years. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59(1), 72-81.

Werner, E. E. (1992). The children of Kauai: resiliency and recovery in adolescence and adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 13(4), 262-268.

Werner, E. E., & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. London: Cornell University.

- Wilks, S. E., & Croom, B. (2008). Perceived stress and resilience in Alzheimer's disease caregivers: Testing moderation and mediation models of social support. *Aging & Mental Health: An International Journal*, 12, 357-365.
- Winslow, B. W. (2003). Family caregivers' experiences with community services: a qualitative analysis. *Public Health Nursing*, 20(5), 341-348.
- Wolin, S. & Wolin, J. (1993). *The resilient self*. New York: Villard Books.
- Wolff, S. (1995). The concept of resilience. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 29(4), 565-574.
- Wolkow, K. E. & Ferguson, H. B. (2001). Community factors in the development of resiliency: Considerations and future directions. *Community Mental Health Journal*, 37(6), 489-498.
- Wood, R. & Bandura, A. (1989). Social cognitive theory of organizational management. *Academy of Management Review*, 14(3), 361-384.
- Whoqol Group (1998). Versão em Português dos Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida.
- World Medical Association declaration of Helsinki (1997). Recommendations guiding physicians in biomedical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association*, 277(11), 925-926.
- Yu, X. & Zhang, J. (2007). Factor Analysis and Psychometric Evaluation of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) with Chinese People. *Social Behavior and Personality*, 35(1), 19-30.
- Yunes, M. A. M. & Szymanski, H. (2001). Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In Tavares J. (Org.) *Resiliência e Educação*, (pp. 13-42). São Paulo: Cortez.
- Yunes, M. A. M. (2003). Psicologia Positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, 8(n. esp.), 75-84.

Yunes, M. A. M. & Szymanski, H. (2005). Entrevista Reflexiva & Grounded-Theory: Estratégias Metodológicas para Compreensão da Resiliência em Família. *Revista Interamericana de Psicologia*, 39(3), 1-8.

Zapata, B. (2001). El enfoque apreciativo: un lenguaje organizador para repensar la investigación y la interacción profesional con grupos familiares. Trabalho apresentado no Seminário Intervención Profesional Inter e Intrageracional, Bogotá, Colombia.

Zarit, S., Todd, P., & Zarit, J. (1986). Subjective Burden of Husbands and Wives as Caregivers: A Longitudinal Study. *The Gerontologist* 26(3), 260-66.

Zimmerman, M. A., & Arunkumar, R. (1994). Resiliency research: Implications for schools and policy. *Social Policy Report: Society for Research in Child Development*, 8(4), 1-18.

