

HUGO EMANUEL VAZ FERREIRA RESENDE RODRIGUES

Resilience Mental Help: estudo das suas características psicométricas



ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

**Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica
Ramo Terapias Cognitivo-Comportamentais**

COIMBRA, 2016



Resilience Mental Help: estudo das suas características
psicométricas

Hugo Emanuel Vaz Ferreira Resende Rodrigues

Dissertação apresentada ao ISMT para obtenção do grau de Mestre em Psicologia
Clínica, Ramo de Terapias Cognitivo-Comportamentais
Orientadora: Professora Doutora Margarida Pocinho

Coimbra, setembro de 2016

Our greatest glory is not in never falling, but in
rising every time we fall.

Confucius

Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Doutora Margarida Pocinho, pelas diretrizes sábias na condução do meu trabalho. Pelas suas qualidades humanas, pela partilha, pela disponibilidade e pelos momentos positivos que vivenciamos na construção deste trabalho.

À minha Mãe, onde quer que se encontre, com toda a certeza, está feliz pelo concretizar deste objetivo... Ela sempre incentivou e alimentou a minha ambição académica. Foi a sua força que me motivou a seguir em frente, mesmo quando os obstáculos pareciam tão difíceis de superar...

À minha filha Francisca, a quem peço desculpa pelo tempo que não brinquei e não conversei com ela.

À Gina, pela educação, atenção e dedicação que teve com a Francisca, assumindo um duplo papel, de mãe e pai em muitos momentos.

Ao meu Pai e ao meu Irmão, sempre presentes nos momentos mais difíceis e nas maiores alegrias.

Aos meus amigos que me ouviram, apoiaram e ajudaram na concretização deste trabalho.

Deixo a todos os que contribuíram, de alguma forma, para a realização deste trabalho o provérbio francês **“A gratidão é a memória do coração”**.

Resumo

O objetivo principal deste estudo visa conhecer as características psicométricas da Escala Resilience Mental Help (RMH₂₂).

A RMH₂₂ avalia a resiliência na população clínica e não clínica, e foi elaborada por Margarida Pocinho e Hugo Vaz em 2015. A escala é constituída por 22 itens e as respostas devem ser determinadas pela forma como a pessoa pensa que teria reagido ou irá reagir.

A recolha da amostra clínica (presencial) decorreu na Fundação, Assistência, Desenvolvimento e Formação Profissional, a *online*, no facebook e noutras redes sociais, com recurso a formulário do *google drive*, ambas decorreram de 15 de novembro 2015 a 26 de maio de 2016. A amostra ficou constituída por 565 participantes que cumpriram o critério de inclusão da resposta a totalidade do RMH₂₂, destes 53% eram mulheres e 47% homens.

A análise fatorial exploratória da RMH₂₂ revelou uma estrutura idêntica ao original, que fora construída com base em sete domínios e reagrupada em recursos externos e internos. Quanto à consistência interna, mostrou-se elevada ($\geq 0,8$), não se verificando diferenças entre os grupos, apesar de ser superior na população clínica. Para avaliar a consistência temporal aplicámos o instrumento, duas vezes, a uma amostra de 17 indivíduos, com um intervalo médio de 90 dias. A RMH₂₂ apresentou uma elevada consistência temporal, demonstrando ausência de diferenças significativas entre as duas aplicações ($p > 0,05$). O teste de ajustamento Model Goodness of Fit demonstrou que a RMH₂₂ é fidedigna em ambas as formas uma vez que obteve um $\alpha > 0,7$ sem diferenças estatisticamente significativas entre os resultados das duas aplicações.

A RMH₂₂ apresenta boas qualidades psicométricas sendo adaptada as populações testadas, embora seja mais consistente na população clínica. A análise apresentou uma RMH₂₂ com alto grau de unidimensionalidade (GFI=0,83) onde facetas específicas não contribuíram apenas informações redundantes, além do fator geral. Assim, considerámos que para avaliar a resiliência seria mais conveniente utilizar um único score, que partisse do somatório das pontuações dos 22 itens da escala. O valor do RMR encontrado reforça a interpretação de bom ajuste do modelo uma vez que é inferior a 0,1 (RMR=0,008) o que é considerado de uma forma geral adequado (quanto mais alta for a média pior o ajustamento). Os resultados revelaram um ponto de corte de 18 critérios positivos, como valor para um indivíduo resiliente a todos os níveis.

Palavras-chave: resiliência; RMH₂₂; validade; fidedignidade; psicométrica.

Abstract

The aim of this study was to evaluate the psychometric properties of the of the Mental Help Resilience Scale (RMH22).

The RMH₂₂ assess resilience in clinical and non-clinical population, and has been developed by Margarida Pocinho and Hugo Vaz in 2015. This scale has 22 items and the answers should be determined by the way people thinks they would have reacted, or will be reacting. The clinical sample (face to face) was held at the Foundation ADFP. The online sample, was allocated in Facebook and others social networks, using google drive form. Both took place from 15 November 2015 to 26 May 2016. The sample consisted of 565 participants (53% were women and 47% men) who has fulfilled the entire RMH₂₂.

Exploratory factor analysis revealed that RMH₂₂ has identical structure of the original, which was built on seven areas and regrouped into external and internal resources. The internal consistency, was high (≥ 0.8) and there were no differences between the groups, but its greater in clinical population than the others. For test-retest reliability we specified a retest period of 90 days, with 17 subjects. The RMH₂₂ show no significant differences between the two administration ($p > 0.05$), and demonstrated a good correlation between the two moments ($\alpha > 0.8$). The test Model Goodness of Fit showed that RMH₂₂ is reliable in both forms since obtained $\alpha > 0.7$ with no statistically significant differences between the results of two applications. The RMH₂₂ has good psychometric qualities for the populations tested, although it is more consistent in clinical population.

The structured equation model analysis showed a RMH₂₂ with a high degree of fit (GFI=0.83). So, we believe that to evaluate the resilience would be better use a single score (sum of 22 items of the scale). The value of the RMR reinforce the interpretation of good model fit, since it is less than 0.1 (RMR = 0.008), which is considered an adequate fit (higher value means worse average adjustment). The results revealed a cut-off point of 18 positive events responses, for a resilient person.

Keywords: resilience; RMH₂₂; validity; reliability; psychometry.

1. Introdução

Viver implica, necessariamente, o confronto com adversidades, nas várias esferas da vida, que podem vulnerabilizar, fragilizar, desmotivar, criar descrença e afetar o funcionamento emocional. Neste sentido, podem surgir problemas que desequilibram a nossa harmonia biopsicossocial. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), uma em cada quatro pessoas podem desenvolver perturbações mentais. Desta forma, a Saúde Mental representa uma das preocupações no domínio da saúde pública. Assim, a sociedade contemporânea empenha-se em minimizar os danos causados pela doença mental (OMS, 2008).

A definição de saúde mental, proposta pela OMS, sugere uma relação íntima com a saúde física e social. Saúde mental não significa “a ausência de doença ou enfermidade ...mas um estado de completo bem-estar físico, mental e social”(OMS, 2002, p. 30).

A definição de saúde mental terá de ser contextualizada, atendendo às diferentes culturas, diferentes épocas e diferentes autores. Apesar destas diferenças, existe consenso na associação de saúde mental aos seguintes conceitos: bem-estar subjetivo, autoeficácia, autonomia, competência, dependência intergeracional, autorrealização intelectual e estabilidade emocional. De um modo geral, o conceito de saúde mental inclui a ideia de que é algo mais do que a simples ausência de perturbações mentais (OMS, 2002).

A OMS considera a saúde mental como indispensável para o bem-estar geral das pessoas, ajudando a manter a prosperidade, estabilidade social e económica dos países (OMS, 2010).

Dando como exemplo o estudo de Torgalbsoen (2012), que indica que alguns indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia manifestam recuperação total, enquanto outros mantêm a cronicidade da doença, a diferença parece estar no funcionamento psicossocial. Segundo Alves (2012), fatores como relações sociais e familiares, competências sociais, casamento e comunicação, parecem também caracterizar a população de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia que têm uma melhor recuperação. Deste modo, justifica-se um maior investimento em estudos na saúde mental, minimizando as consequências e maximizando os potenciais latentes desta população. Alguns autores consideram a saúde mental fundamental na capacidade de lidar com a adversidade (resiliência), que permite aos indivíduos alcançar o seu máximo potencial e conseguir uma adaptação satisfatória (OMS, 2009).

1.1. Resiliência

1.2. O conceito

A resiliência como construto complexo, tem originado controvérsia a nível de literatura. Uma revisão efetuada por Simões, Matos, Ferreira e Tomé (2010) acerca da capacidade de resiliência, sugere que esta advém da aptidão, que cada sujeito tem para dar uma resposta positiva aos problemas que surgem na sua vida, permitindo-lhe lidar com sucesso na adversidade. Quando isto acontece, pode-se dizer que o indivíduo é resiliente.

Resiliência, do latim “*resilientia*”, etimologicamente *resilire*, formada pelo prefixo “*re*” que significa “novamente” e pelo verbo “*silire*”, significa “saltar para trás” ou “voltar”, é um construto oriundo da engenharia, habitualmente utilizado para designar flexibilidade, os materiais, após serem submetidos a um choque ou a uma pressão contínua deformante, conseguem regressar ao seu estado inicial, “voltarem atrás” (Goldstein & Brooks, 2005, p. 8). Segundo Anaut (2005), a resiliência é a capacidade de ultrapassar uma situação que poderia ter sido traumática, com uma força renovada; ela implica uma adaptação positiva às dificuldades, um desenvolvimento normal apesar dos fatores de risco e um domínio de si após um traumatismo. Pode também, ser entendida como um conjunto de traços de personalidade, qualidades e competências, relativamente estáveis, que potenciam a gestão e superação das adversidades (Alves, 2012). A resiliência permite que o trauma não seja bem-sucedido na interferência com a vida quotidiana nem se desenvolvam sintomas psicopatológicos. Existe crescimento pós-traumático quando o indivíduo vai para além da manutenção da funcionalidade anterior, o indivíduo evolui (Silgo & Mora, 2013). Assim, a resiliência é multifacetada, pode apresentar intensidades distintas, variar em diferentes situações, e é flutuante: não se é indefinidamente resiliente no tempo, nem no espaço, nem perante todas as situações (Goldstein & Brooks, 2005).

Segundo revisão da literatura efetuada por Infante (2005) com o conceito de resiliência surge a primeira geração de investigadores. Estes primeiros estudos tinham como população alvo, sobretudo, crianças, que se adaptavam positivamente, apesar de viverem em condições de grande adversidade. A questão que pretendiam ver respondida era “Entre as crianças que vivem em risco social, o que distingue os que se adaptam positivamente dos que não se adaptam à sociedade?” (Kaplan, 1999 citado por Infante, 2005, p. 24). Os fatores de proteção e as vulnerabilidades foram então focados nestas primeiras investigações, das quais se destaca o estudo longitudinal de Emmy Werner e Ruth Smith (1992), no *Kauai*, no arquipélago do

Havai. Foram estudadas cerca de 505 pessoas desde o período pré-natal até à idade adulta de 32 anos (Infante, 2005). Esta população vivia em condições de grande precariedade ambiental, pobreza, violência, discórdia e psicopatologias paternas. Werner observou características de funcionamento resiliente nalgumas crianças, estas adaptavam-se ao ambiente empobrecido a todos os níveis e demonstravam uma capacidade de se reerguer vencendo e ultrapassando situações nefastas. Concluíram que a resiliência é resultado de um equilíbrio evolutivo entre o confronto de fatores de *stress* do ambiente, a vulnerabilidade e os fatores protetores internos e externos do sujeito (Anaut, 2005). Os resultados deste estudo sublinham a afirmação de que a história do desenvolvimento e de aprendizagem na vida das crianças é inevitavelmente diferente/desigual, observando-se resultados de desenvolvimento com trajetórias normais, anormais e resilientes (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000). Esta geração tem em linha de conta o Modelo Triádico de Resiliência, que organiza os fatores de risco em três grupos: atributos individuais; aspetos da família e as características dos ambientes sociais de onde pertencem (Infante, 2005).

A partir dos anos 90, surge a segunda geração que se questiona: “Quais os processos associados a uma adaptação positiva, já que a pessoa viveu ou vive em condições de adversidade?” (Infante, 2005, p. 25) e “Como interagem esses fatores para se atingir a adaptação positiva?” (Alves, 2012, p. 4). Edith Grothberg (1993) acaba por ser a pioneira ao criar a noção de dinâmica resiliente. Segundo a autora os fatores de resiliência advêm de três diferentes níveis: suporte social (eu tenho); habilidades (eu posso); força interna (eu sou e eu estou).



Figura 1: Modelo Triádico de Grothberg (2007)

Antes do final de ciclo desta geração, Luthar e Cushing (1999), Masten (1999), Kaplan (1999) e Benard (1999) entendem a resiliência como um processo interativo entre indivíduo

e ambiente, permitindo-o adaptar-se apesar de adversidade. O desafio passa por identificar os processos que estão na base da adaptação resiliente, com o objetivo de criar programas estratégicos para promoção da resiliência e qualidade de vida (Infante, 2005).

Nesta transição de gerações de investigadores, o Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner (1994) assente na base de teorias biológicas, sociológicas e psicológicas, tem um papel importante, na medida em que insere os contextos naturais de vida e a influência do meio ambiente no desenvolvimento do indivíduo e das interações com o meio em que está inserido. O autor propõe um modelo de hierarquia de quatro sistemas, progressivamente mais abrangentes, organizada de forma concêntrica e interdependente, em que o indivíduo está no centro. O primeiro nível será o Microsistema, do qual fazem parte as inter-relações do indivíduo com os seus contextos de vida (ex. família; escola; pares; vizinhos); o Mesossistema, o segundo nível, do qual fazem parte as estruturas, as relações e os processos, que ocorrem entre dois ou mais cenários de vida do indivíduo (ex. relações entre a família – trabalho; escola - trabalho); o terceiro nível, o Exossistema envolve os cenários mesossistémicos e que se define como as relações e processos que ocorrem entre dois ou mais cenários, em que pelo menos um não contém a pessoa em desenvolvimento (ex. relações casa - local de trabalho dos pais); e o quarto nível, o Macrossistema, que é o sistema mais distante do indivíduo e inclui os valores culturais, as crenças, as situações e acontecimentos históricos que definem a comunidade, abrangendo os sistemas económico, social e político, no qual o micro, meso e o exossistema se inserem. Relativamente ao Cronossistema, ele envolve os padrões de acontecimentos ambientais e as transições ecológicas no decurso da vida, bem como os efeitos criados pela passagem do tempo ou pelos períodos críticos do desenvolvimento (Bronfenbrenner, 1994).

Luthar (2000), que acompanha a transição entre gerações, explica a resiliência como um processo dinâmico que resulta numa adaptação positiva em contexto de crise e onde estão intrínsecos três componentes essenciais: i) noção de adversidade, trauma, risco ou ameaça ao desenvolvimento humano; ii) adaptação positiva ou superação da adversidade; iii) processo que considera a dinâmica entre mecanismos emocionais, cognitivos e socioculturais que influenciam o desenvolvimento humano.

A noção de processo permite entender a adaptação resiliente em função da interação entre múltiplos fatores de risco e de resiliência (familiares, bioquímicos, fisiológicos, cognitivos, afetivos, biográficos, socioeconómicos, sociais e culturais). Esta noção de processo exclui definitivamente a conceção de resiliência enquanto atributo pessoal e incorpora a ideia de que a adaptação não é apenas tarefa do indivíduo, mas, a família, escola, sociedade e comunidade

são entidades também responsáveis em proporcionar recursos que viabilizem um pleno desenvolvimento (Infante, 2005). Segundo revisão de Simões, et. al., (2010) a resiliência é um processo dinâmico e não necessariamente uma capacidade excepcional que nos torna transcendentais ou invulneráveis à adversidade. Os fatores que levam a que pessoas em situações adversas consigam uma adaptação positiva não se conseguem extrair de uma forma simples e clara já que foi encontrada uma multiplicidade de fatores que por si só não explicam um comportamento resiliente, mas que interagem sinergicamente nos seus vários níveis modelando os processos de desenvolvimento e adaptação (Alves, 2012).

Atualmente, a terceira geração estuda a resiliência como capacidade e fator de transformação da própria realidade. Deste modo, a característica principal de antecipar os cenários tem como finalidade um melhor agir. Assim, se a primeira e segunda geração estudaram os acontecimentos, e como cada um se comporta perante determinada situação, a terceira procura estudar como é que os indivíduos antecipam as adversidades e as transformam em oportunidades de mudança, ou usam a pressão para promover alternativas e alcançar os objetivos. A resiliência é, hoje, vista como processo de desenvolvimento, resultado ou recurso. Enquanto processo, a resiliência pode ser explicada como decorrente do desenvolvimento dinâmico, que depende da quantidade de adaptação positiva e da sustentabilidade ao longo do tempo. Enquanto resultado, a resiliência implica o funcionamento ou desenvolvimento normal, independentemente da exposição, mesmo em situação de patologia. Enquanto recurso, funciona como fator de proteção aos eventos de *stress* facilitando a adaptação em situações traumáticas e permite perceber quais as dimensões que são importantes preservar (Alves, 2012; Pocinho, Vaz, & Fonseca, 2016). A investigação nesta área demonstrou que existia uma relação elevada entre fatores psicossociais e saúde mental (Madeira, 2013). Ser resiliente não significa ser totalmente imune ao *stress*, mas permite um funcionamento saudável ao longo do tempo, mesmo que possam surgir perturbações transitórias do funcionamento normal (Alves, 2012).

Alguns autores consideram a saúde mental fundamental na capacidade de lidar com a adversidade (resiliência) e alcançar o seu máximo potencial e conseguir uma adaptação satisfatória. Outros consideram que a doença mental é uma adversidade que poderá ativar a resiliência enquanto recurso (Alves, 2012). O controlo da adversidade depende mais da resistência individual, da personalidade, da envolvente e dos processos de adaptação internos (psicológicos ou fisiológicos) do que de fatores externos. A capacidade de recuperação de uma situação traumática pode ser condicionada por questões biológicas ou lesões na estrutura neuronal, decorrentes do *stress* ou do trauma (Madeira, 2013).

A investigação acerca da resiliência demonstrou que nem todos os indivíduos expostos a eventos potencialmente traumáticos eram inadaptados. Dados epidemiológicos demonstram que perante um acontecimento traumático, a maioria consegue adaptar-se, resistir e refazer-se, apenas uma minoria da população geral, perante situações traumáticas acaba por desenvolver um distúrbio de *stress* pós trauma (Silgo & Mora, 2013), contudo está provado que aqueles que sofreram de stress pós-traumático, e apresentam um percurso de vida difícil e infeliz, apresentam um hipocampo menor. O hipocampo está intimamente ligado às emoções, e acaba por ser severamente danificado na presença de Perturbação Pós Stress Traumático (PPST). Pelo contrário, quem consegue gerir as emoções, tem rede de suporte, aprende a viver com a adversidade, apresenta o hipocampo forte e bem desenvolvido (Bremner, 2006). Os biomarcadores em termos fisiológicos mais estudados foram o neuropeptídeo Y (NPY) e deidroepiandrosterona (DHEA). Os níveis de NPY no plasma podem representar uma associação biológica entre a estrutura neuronal e a resiliência ou a recuperação dos efeitos adversos do stress (Cotian, Vilete, Volchan, & Figueira, 2014). Esta crença despoletou interesse na investigação dos fatores envolvidos e não apenas nos efeitos. Apesar das investigações que se têm desenvolvido em torno do efeito da resiliência e dos fatores que tornam os indivíduos resilientes o campo terapêutico tem sido largamente negligenciado. Norte e Souza (2011) decidiram investigar os efeitos da terapia cognitivo-comportamental (TCC) nos marcadores neurobiológicos da resiliência em pacientes com Perturbação Pós Stress Traumático (PPST). A TCC levou a uma redução da frequência cardiorrespiratória e do cortisol, bem como a um aumento no tónus vagal. Além disso, a TCC promoveu redução nos sintomas de PPST, depressão, ansiedade e afeto negativo e aumento da resiliência e do apoio social. Os dados do estudo sugerem que a TCC aumenta os fatores relacionados com a resiliência referindo que “não é somente ‘antipatológico’, mas também pode ser considerado ‘pró-bem-estar’”. Resultados mostraram a relevância da investigação dos efeitos do tratamento psicológico em múltiplos sistemas neurobiológicos mesmo em pacientes com PPST.

1.3. Níveis de resiliência psicológica e perfil resiliente

Desde a sua génese, a Psicologia estava associada à compreensão e tratamento de patologias, negligenciando, segundo Seligman (1998), os aspetos virtuosos da dimensão humana. Em 2001, surge o movimento da Psicologia Positiva que se afirma na edição especial do periódico *American Psychologist*, cujo enfoque é colocado nos potenciais e nas

capacidades humanas. Assim, são realçados aspetos potencialmente saudáveis dos seres humanos, tais como: a felicidade, o otimismo, a esperança, o altruísmo e a alegria entre outros temas humanos (Yunes, 2003). O construto resiliência psicológico foi alavancado muito em parte pela visão de Seligman, que apelida a Psicologia de negligente, no que diz respeito a sua missão mais importante, as áreas fortes e virtuosas do ser humano (Yunes, 2003). Apesar deste alerta, só recentemente, no Relatório do Desenvolvimento Humano de 2014, intitulado “*Sustentar o Progresso Humano: Reduzir as Vulnerabilidades e Reforçar a Resiliência*” - a resiliência é vista como extremamente importante para o desenvolvimento humano e para promover o potencial de todos, contudo a sua compreensão deve centrar-se nas forças positivas, em detrimento dos aspetos negativos e das fraquezas humanas (PNUD, 2014).

Nos fatores de proteção podemos identificar alguns que são recursos endógenos do indivíduo, e outros que são exógenos, dependendo assim da interação com o ambiente. Constatamos ainda que os mesmos fatores são utilizados de forma diferente dependendo da idade ou da etapa de desenvolvimento em que o indivíduo se encontra. Rutter (2012) refere que a resiliência tem como ponto de partida o reconhecimento de que há grande heterogeneidade nas respostas das pessoas, de que alguns indivíduos têm um resultado melhor do que outros que tiveram um nível comparável de adversidade, além disso, a experiência negativa pode ter quer um efeito sensibilizante ou reforçador, impedindo ou vista como oportunidade para melhorar.

A capacidade de resiliência de qualquer indivíduo pode ser explicada por uma combinação de vários fatores. Muitos estudos mostram que o fator principal na resiliência é existência de suporte familiar e social. As relações que criam amor e confiança, fornecem modelos e oferecerem incentivos e confiança, que ajuda a reforçar a capacidade de resistência de uma pessoa. Vários fatores adicionais estão associados à resiliência: (i) a capacidade de fazer planos realistas e tomar medidas para os realizar; (ii) uma visão positiva de si mesmo e confiança em suas capacidades e habilidades; (iii) competências de comunicação e resolução de problemas; a capacidade de gerir as emoções e impulsos (APA, 2016).

Apesar da assunção anterior ser abrangente e consensual parece, aqui, relevante referir outros estudos que nos deem uma visão evolutiva da literatura que versa sobre o perfil resiliente. Com efeito, em 2006, numa revisão extensa acerca da resiliência, Yunes escrevia que os processos chave desta, assentavam no sistema de crenças (o coração e a alma da resiliência). Este sistema permite: (i) atribuir sentido à adversidade (coerência, explicação, normalização); (ii) o olhar positivo (esperança, otimismo, coragem, perseverança e aceitação); (iii) a transcendência/ espiritualidade (valores amplos, rituais, inspiração e transformação).

A este propósito, a autora reforça, ainda, a necessidade de conhecer o perfil/ qualidades individuais e ambientais que explicam a personalidade resiliente (Yunes, 2006).

Simões, et al., (2010) afirmam que são características dos indivíduos resilientes a capacidade de tomada de decisões; capacidades de comunicação; assertividade; empatia; autocontrolo; autoestima; autoeficácia otimismo; bom humor; disponibilidade; autenticidade; flexibilidade; inteligência; criatividade e boa saúde física e mental, uma vez que lhes permitem ultrapassar as adversidades, mantendo o equilíbrio necessário para um bom funcionamento biopsicossocial.

Felgueiras, Festas e Vieira (2010) referem que os indivíduos com potencial explícito de resiliência são em última análise seres humanos, com potencialidades, mas também com vulnerabilidades, por isso, o seu potencial de resiliência não se encontra sempre ao mesmo nível. A este propósito, apresentamos uma adaptação dos quatro níveis de resiliência apresentados no estudo de Mascarenhas, Martins, Silva, Silva, e Ribeiro (2014), numa reinterpretação das características individuais que formam uma pessoa resiliente:

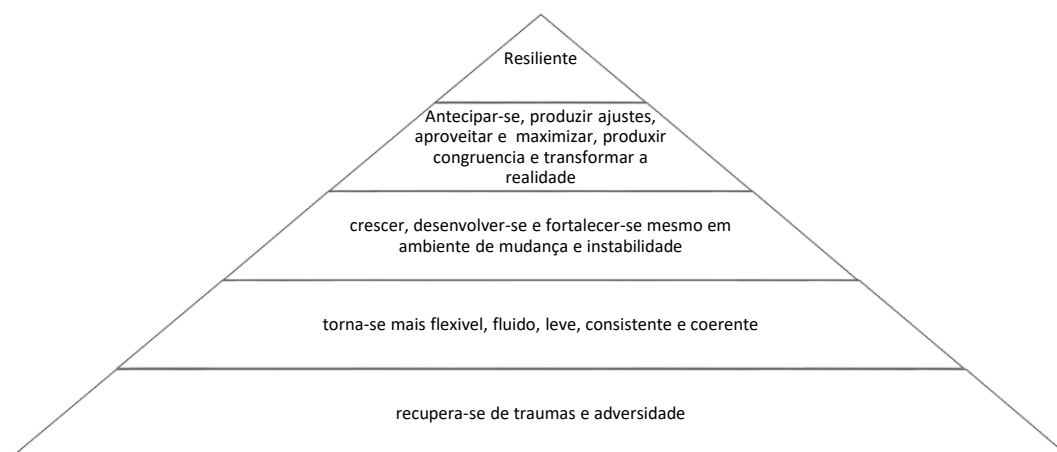


Figura 2: Níveis de resiliência

O indivíduo resiliente caracteriza-se por apresentar um perfil que demonstra competências como: (i) saber antecipar-se e adaptar-se a situações complexas; (ii) não desistir diante de situações difíceis, mantendo a persistência e a serenidade; (iii) adaptar a sua posição ou comportamento para ajustar-se a outras posições e novas situações; (iv) ser capaz de recuperar de exaustão e traumas; (v) manter a energia e persistência em situações de risco e/ou incerteza, mesmo sob pressão e stress constantes. Numa perspetiva coletiva, os processos sociais, como a socialização, as oportunidades culturais, através da participação cívica ativa, favorecem o desenvolvimento da resiliência no indivíduo. O suporte social envolve a avaliação feita pelo indivíduo relativamente à sua rede de apoio, incluindo o suporte tangível, o amor, intimidade,

e aspetos de integração social como, por exemplo, a frequência de contactos com a família e amigos e a participação em grupos sociais e religiosos. Estudos realizados na América Latina consideram três pilares da resiliência coletiva: (i) auto estima coletiva, que consiste na atitude e no sentimento de orgulho por viver em determinado local; (ii) a identidade cultural, que incorpora os valores, costumes e folclores da cultura que é expressa pelo grupo; (iii) o humor social, que é a capacidade dos grupos se ajustarem e tomarem decisões positivas após a ocorrência de eventos adversos (Mascarenhas et al., 2014).

2. Avaliação da resiliência psicológica.

O crescente interesse de várias áreas de estudo, em torno do conceito de resiliência evidencia a necessidade de desenvolver instrumentos de medida adequados ao constructo. Nesse sentido, Vilelas et. al., (2013) efetuaram uma ampla revisão de publicações, que descrevem a construção e/ou validação de instrumentos de avaliação para a resiliência, identificando sete instrumentos internacionais, válidos e fidedignos: *Resilience Factors Scale – RFS* de Takviriyannun (2008); *Brief-Resilient Coping Scale -BRCS* (Sinclair & Wallston, 2004); *Adolescent Resilience Scale - ARS* (Oshio, Kaneko, Nagamine & Nakaya, 2003); *Connor–Davidson Resilience Scale – CD-RISC* (Connor & Davidson, 2003); *Resilience Scale for Adults* (Friborg, Hjermadal, Rosenvinge, & Martinussen, 2003); *Baruth Protective Factors Inventory – BPF* (Baruth & Carroll, 2002) e *Resilience Scale - RS* (Wagnild & Young, 1993).

Relativamente a Portugal, foram identificados apenas quatro instrumentos validados: Questionário de Resiliência - RES (Rodrigues, 2004); CD-RISC (Faria & Ribeiro, 2008); Escala Breve de *Coping* Resiliente (Pais Ribeiro & Morais, 2010); *Resilience Scale de Wagnild e Young* (Felgueiras et al., 2010). Contudo, não têm dados psicométricos para população clínica nem está demonstrado que foram construídos com esse propósito (Norte & Souza, 2011). Assim, e pela escassez de instrumentos, com boas características psicométricas, dirigidos à população portuguesa e clínica, consideramos ser pertinente criar e validar a *Resilience Mental Help - MH22* (Pocinho et al., 2016), para a população clínica e de risco.

2.1. Construção de escalas em Psicologia

A profissão de Psicólogo está regulamentada no Código Deontológico anexado no Regulamento n.º 258/2011, onde nos termos do artigo 77.º do Estatuto da Ordem dos Psicólogos Portugueses, aprovado pela Lei n.º 57/2008, de 4 de setembro, e tornado público por deliberação da Assembleia de Representantes da Ordem dos Psicólogos Portugueses, de

25 de março de 2011 no Diário da República, 2ª série, no n.º 78 de 20 de abril de 2011 onde estão descritos os princípios éticos relativos à profissão e avaliação psicológica. Aqui se diz que a avaliação psicológica é um processo compreensivo, diversificado e justo, sendo um ato exclusivo da Psicologia e um fator distintivo da sua autonomia técnica (OPP, 2011). Este facto implica uma utilização apropriada ao nível da administração, cotação, interpretação, usos da informação obtida, cabendo aos psicólogos a responsabilidade de selecionar e utilizar, de modo apropriado, protocolos de avaliação suficientemente válidos, atualizados e fundamentados do ponto de vista científico. Este facto implica que os instrumentos de avaliação foram objeto de investigação científica prévia fundamentada, e que incluem estudos psicométricos relativos à validade e fiabilidade dos seus resultados (OPP, 2011).

Assim, e com base nestes princípios reguladores da profissão, a Psicologia expressa-se por meio dos seus métodos e das suas técnicas, que devem ser confiáveis, válidos e fidedignos, tendo em conta a população destinatária. Nesse sentido, e sendo a avaliação reconhecida como fundamental, na medida em que dá respostas às necessidades dos avaliados, e sendo os instrumentos psicológicos especializados parte fundamental dessa avaliação, requer estudos psicométricos de alta precisão. Neste contexto, existe necessidade de investimentos, tanto na qualificação dos profissionais da área que fazem uso dos testes psicológicos, como em instrumentos de avaliação.

Em Psicologia, o nome de escalas é dado aos instrumentos construídos e administrados por investigadores e psicólogos, que servem para quantificar as respostas dos indivíduos sobre um determinado construto. As escalas podem usar níveis de mensuração diferentes (Tuckman, 2000): Escalas de *likert* com pontuações fechadas e semelhantes entre si (*e.g. 1,2,3,4,5...A,B,C,D,E...*) para identificar/ caracterizar/ exprimir o sentimento, o grau concordância, a frequência de um acontecimento, a severidade de uma patologia; A técnica do diferenciador semântico que contém um conjunto de atributos bipolares (*e.g. 1 desorganizado 2,3,4,5,6,7 organizado*); Escala de Thurstone que é composta por uma série ordenada de itens ao longo de um segmento (figura 2) desde o mais positivo ao mais negativo (*e.g. para medir o estado de espírito como a escala de Thurstone*).

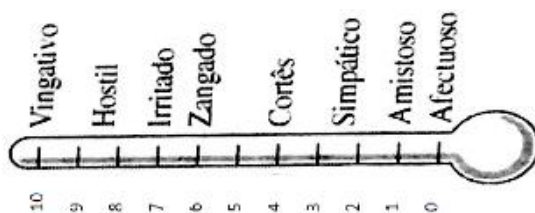


Figura 3: Escala de Thurstone

Podem construir-se vários tipos de sistemas para se registarem observações de comportamento: uma escala de avaliação de intervalos iguais; um sistema de codificação com categorias pré determinadas, onde se registam as observações com base na ocorrência ou frequência com que ocorrem durante determinado período de tempo; a amostragem do comportamento através do qual se pretende observar de forma randomizada um conjunto de sujeitos pré-selecionados, e classifica-los através de um sistema de codificação de categorias.

Todos estes sistemas são variáveis em termos de níveis de mensuração (quantitativos a nominais), podem mesmo ser construídos combinados. Contudo, todos eles necessitam da demonstração de que são fidedignos e consistentes, independentemente dos observadores.

A construção de uma escala que configure um instrumento de medida psicológico obriga ao cumprimento de um conjunto de pré-requisitos, que vai desde a seleção, verificação e redução dos itens, até à sua confirmação enquanto instrumento acurado. Aferir um teste é estabelecer uma escala que permita referenciar, a sintomatologia, as competências, comportamentos ou desempenho, entre outros, de um sujeito comparativamente aos mesmos aspetos, numa dada população.

Com efeito, e segundo Pocinho (2012, p. 75) “é indiscutível a exigência de se obedecer a determinados critérios científicos no desenvolvimento dos instrumentos de avaliação, o que passa pela necessidade de possuírem certas propriedades”. As propriedades psicométricas que a autora refere são: a validade e a fidedignidade.

Em Psicologia, as questões são importantes se tiverem valor sintomático, isto é, se oferecerem indicadores que nos permitam fazer avaliação psicológica e que permitam levantar hipóteses de diagnóstico e orientar-nos nas terapias (Tuckman, 2000).

Em 1992, a *International Test Commission* (ITC) iniciou um projeto para preparar orientações/ diretrizes para a tradução e adaptação de testes e instrumentos psicológicos. Estas diretrizes tornaram-se um quadro de referência para muitos psicólogos que trabalham na área da tradução e adaptação dos testes. A Comissão para a Adaptação Portuguesa das Diretrizes Internacionais para a Utilização de Testes (CAPDIUT) produziu um manual, elaborado com o contributo de colaboradores da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação - Universidade do Porto; do CEGOC-TEA; Departamento de Educação e Psicologia - Universidade do Minho; Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação - Universidade de Lisboa; Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação - Universidade de Coimbra e do Instituto Superior de Psicologia Aplicada - Lisboa (ITC-CAP, 2003).

Em Portugal, para além das diretrizes supracitadas, ainda não existem regras que regulem a utilização dos testes psicométricos. Pocinho (2012) identifica 31 tipos de validade que um

outros aspetos. O método de análise factorial mais utilizado em psicologia é o que identifica as componentes principais (ACP) de uma escala e a sua variância explicada e é recomendada quando a preocupação principal é determinar o número mínimo de fatores que serão responsáveis por máxima variância dos dados. A medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de adequação de amostragem é um índice usado para examinar a adequação da análise factorial e tem a seguinte interpretação:

Tabela 1
Interpretação do Kaiser-Meyer-Olkin

KMO	Interpretação
0,5-1	a análise factorial é conveniente
<0,5	a análise factorial pode não ser apropriada

Para além do KMO, as estatísticas associadas à análise factorial são: Comunalidades ou Concordância que é a quantidade de variância de uma variável compartilhada com todas as outras variáveis consideradas; os valores próprios ou *eigen values*, que representam a variância total explicada por cada fator, sendo que a decisão da retenção do número de fatores são os que têm valores próprios superiores a um. O teste de esfericidade de *Bartlett para* testar a hipótese nula de que as variáveis não estão correlacionadas na população: em outras palavras, a matriz de correlação da população é uma matriz de identidade. Se esta hipótese não pode ser rejeitada, a adequação da análise factorial deve ser questionada. Por outras palavras, o teste de esfericidade de *Bartlett* tem de apresentar valor de $p < 0.05$.

A fidedignidade pretende avaliar a consistência interna entre os itens na sua globalidade e entre cada um dos itens com os restantes, bem como a consistência dos restantes sem o item. A consistência temporal mede até que ponto um procedimento de medição produz a mesma resposta independentemente da forma e da altura em que é aplicado. Demonstra que uma avaliação pode ser repetida quando é aplicada em mais que uma situação, por mais do que um observador, em circunstâncias semelhantes, produzindo resultados semelhantes. A figura que se segue resume o processo:

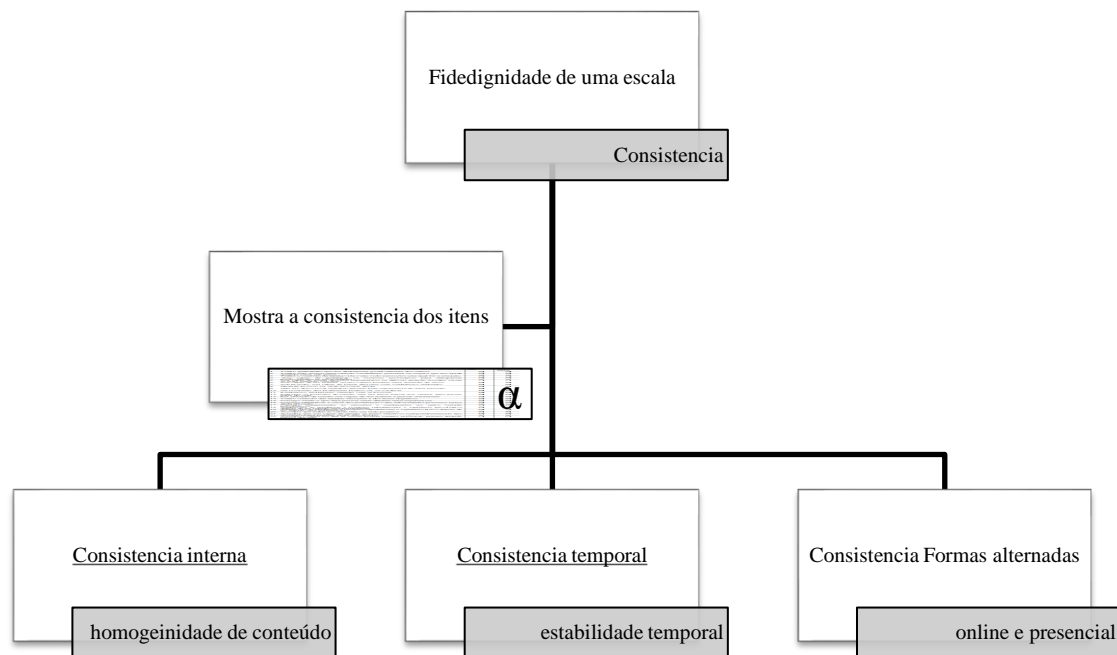


Figura 5: Tipos de consistencia dos itens

Um instrumento para ser fidedigno tem como pressuposto a existência de homogeneidade de conteúdo, a consistência interna, que é avaliada para escalas de Likert pelo *Alpha* de *Cronbach*, que varia de 0 a 1, tendo como referência, os seguintes valores:

Tabela 2

Interpretação do *Alpha* de *Cronbach*

Alpha de Cronbach	Interpretação
>0,90	Consistência interna muito boa
0,8 a 0,9	Consistência interna boa
0,7 a 0,8	Consistência interna razoável
0,6 a 0,7	Consistência interna fraca
<0,6	Consistência interna inadmissível

Para escalas dicotômicas a consistência interna é avaliada pelo Kuder Richardson (KR-20) e a interpretação é idêntica ao α de Cronbach, no entanto a maioria dos estudos psicométricos continuam a recorrer ao α de Cronbach por este ser mais conhecido e fácil de calcular. Não obstante os resultados são muito idênticos.

A consistência temporal ou estabilidade pode ser avaliada através da aplicação do mesmo instrumento em dois momentos, com um intervalo variável entre 1 e 15 dias, (Teste Reteste) dependendo da complexidade.

A consistência temporal teste-reteste para escalas ordinais ou quantitativas, as correlações assumem os seguintes parâmetros:

Tabela 3
Interpretação da correlação teste reteste

Correlação	Interpretação
>0,90	Correlação muito alta
0,70 a 0,89	Correlação alta
0,40 a 0,69	Correlação moderada
0,20 a 0,39	Correlação baixa
<0,19	Correlação muito baixa

Para além da correlação, quando os níveis de mensuração das variáveis são quantitativos, o teste estatístico que avalia a diferença de pontuações entre as duas aplicações deve ser o T-Student para dados emparelhados, cujo resultados não podem revelar diferenças estatisticamente significativas, mas sim valores idênticos ($p>0,05$).

Para as escalas nominais ou ordinais devem ser usadas as estatísticas kappa de Cohen ou k ponderada, e são considerados valores minimamente aceitáveis, os valores de fiabilidade de 0,7 para comparações de grupos e fiabilidade de 0,90-0,95 para comparações individuais.

A consistência das formas alternadas pretende estimar o grau de fiabilidade, usando formas alternativas do mesmo instrumento nas mesmas pessoas. O objetivo deste processo é obter uma medida de consistência temporal mesmo quando não é possível avaliar duas vezes o mesmo sujeito, ou quando se pretende reduzir o efeito de memória, mas deparamo-nos com o problema da construção de formas alternativas

Objetivos: O presente estudo tem como objetivo principal avaliar as características psicométricas da Escala Resilience Mental Help (RMH₂₂). Como objetivos específicos pretende-se: determinar a consistência interna; conhecer a estabilidade temporal através do teste reteste; explorar e confirmar a estrutura fatorial, determinando desta forma a validade de construto.

3. Material e Métodos

3.1. Participantes

A recolha da amostra clínica (presencial) decorreu na Fundação: Assistência, Desenvolvimento e Formação Profissional de 15 de novembro 2015 a 26 de maio de 2016. A recolha, *online*, no facebook e noutras redes sociais, com recurso a formulário do *google drive* ocorreu no mesmo período. No caso da amostra presencial, utilizamos a técnica de

amostragem racional tipicidade, estabelecendo como criterios de inclusão e exclusão para a participação no estudo: aceitar participar, assinando o consentimento informado; ser maior de 18 anos; ser portador de capacidade intelectual e cognitiva que permita perceber as perguntas efetuadas. Relativamente à amostra *online*, foram aceites os casos que responderam a **todos** os itens do RMH₂₂, no periodo estabelecido para a recolha de dados.

A amostra ficou constituída por 565 participantes que cumpriram o critério de inclusão da resposta a totalidade do RMH₂₂. Após a recolha de dados, os sujeitos foram categorizados em dois grupos consoante a recolha de dados foi presencial ou online. Dentro do subgrupo de recolha de dados em modo presencial a divisão teve a seguinte categorização: população não clínica (profissionais a exercer funções na instituição onde foi efetuada a recolha da população clínica), clínica, sob potencial risco traumático (bombeiros, forças de segurança...).

Tabela 4
Caracterização Geral da Amostra

		Presencial						online			
		não clinica		Clínica		risco traumático					
		N	%	n	%	N	%	n	%	N	%
Sexo	Feminino	15	5,1%	18	6,1%	23	7,7%	241	81,1%	297	53%
	Masculino	4	1,5%	45	16,8%	86	32,1%	133	49,6%	268	47%
Total		19	3,4%	63	11,2%	109	19,3%	374	66,2%	565	100%
Estado Civil	Solteiro	9	2,5%	44	12,1%	55	15,1%	257	70,4%	365	65%
	casado/UF	8	5,4%	7	4,8%	47	32,0%	85	57,8%	147	26%
	divorciado/SF	2	5,4%	10	27,0%	6	16,2%	19	51,4%	37	7%
	Viúvo	19	3,4%	1	8,3%	0	0,0%	11	91,7%	12	2%
Total		38	6,8%	62	11,1%	108	19,3%	372	66,3%	561	99%
Habilitações	1ºCEB	1	9,1%	10	90,9%	0	-	0	-	11	8%
	2º CEB	3	25,0%	9	75,0%	0	-	0	-	12	9%
	3ºCEB	2	11,8%	15	88,2%	0	-	0	-	17	13%
	Secundário	5	20,8%	19	79,2%	0	-	0	-	24	18%
	Licenciatura	4	44,4%	5	55,6%	0	-	0	-	9	7%
	Mestrado	4	66,7%	2	33,3%	0	-	0	-	6	4%
Total		19	24,1%	60	75,9%	0	-	0	-	79	96,3%
Profissão	sem atividade	2	5,3%	36	94,7%	0	-	0	-	38	28%
	com atividade	17	27,4%	26	41,9%	0	-	0	-	43	32%
Total		19	3%	62	11%					81	14%
Total		19	3%	63	11%	109	19%	374	66%	565	100%

A amostra ficou constituída por 47% (268) elementos do sexo masculino e 53% (297) do feminino. A maioria dos participantes são solteiros, seguindo-se os casados, os divorciados e por último os viúvos. Relativamente às habilitações literárias, a população que respondeu a esta questão revela ter, pelo menos, o ensino secundário. Nesta categoria destacamos a participação de 11% dos indivíduos com estudos superiores e pós graduados.

Destacamos ainda que 41,9 % dos sujeitos inseridos na categoria de população clínica têm uma atividade profissional.

3.2. Instrumentos

Para avaliação da psicopatologia:

A Lista de Sintomas Psicopatológicos - *Symptom Check List - 90 - Revised* (Derogatis, 1994) adaptada para a população portuguesa por Pocinho (2000) é um questionário de autorresposta de natureza multidimensional que pretende avaliar sintomatologia clínica. O instrumento é constituído por 90 afirmações que descrevem queixas ou sintomas diversos (anexo 2). É composto por 90 itens, os itens são cotados a partir de uma escala de Likert de cinco pontos, variando de zero (“Nunca”) a quatro (“Extremamente”), que se referem a diferentes níveis de mal-estar. O SCL-90-R é cotado e interpretado em termos de nove dimensões primárias de sintomas e três índices globais. As nove dimensões: Somatização (Som; 12 itens), Obsessão-Compulsão (O-C;10 itens), Sensibilidade Interpessoal (S-I; 9 itens), Depressão (DEP;13 itens), Ansiedade (ANS;10 itens), Hostilidade (HOS;6 itens), Ansiedade Fóbica (A-F;7 itens), Ideação Paranoide (I-P;6 itens) e Psicoticismo (PSI; 10 itens). Para além destas medidas de psicopatologia o SCL-90-R fornece-nos três índices globais de gravidade, medidas complementares que se relacionam com aspetos do mal-estar psicológico e o estatuto psicopatológico geral, representando aspetos diferentes de psicopatologia. Assim, o Índice Geral de Sintomas (IGS) combina a informação do número de sintomas com a sua intensidade, o Número de Sintomas Positivos (NSP) indica o número de sintomas presentes e o Índice de Sintomas Positivos (ISP) é uma medida da intensidade ajustada para o número de sintomas presentes. Os sete itens adicionais contribuem para o score global do SCL-90-R e embora não pertençam a nenhuma subescala específica, foram inseridos pela sua relevância clínica ao nível das Perturbações do Apetite, Perturbações do Sono, Pensamentos de Morte e Sentimentos de Culpabilidade.

Para avaliação da Resiliência:

Foi utilizada a escala Resilience Mental Help – RMH₂₂ que avalia a resiliência e foi elaborada por Margarida Pocinho e Hugo Vaz em 2015, e é constituída por 22 itens. Esta escala é dirigida para acontecimentos traumáticos. As questões são direcionadas para serem respondidas com referência ao mês anterior, ou quando isso não é possível, a resposta deve ser determinada pela forma como a pessoa pensa que teria reagido ou irá reagir (Pocinho et al., 2016).

A base de construção dos itens teve como princípio orientador a inclusão das seguintes características: Administração das Emoções (AE), Controle dos Impulsos (CI), Atitudes

positivas (AP), Análise do Ambiente (AA), Capacidade de Compreensão (CC), Autoeficácia (AEf), Vinculação (V).

A primeira versão, com 20 itens, foi testada numa amostra de 400 estudantes de ensino superior, deslocados das suas casas para estudar, tendo obtido um alfa de *Cronbach* de 0,91. Aquela versão foi testada em população clínica, que demonstrou dificuldades na compreensão de alguns itens, tendo por isso, sido revista e aumentada para 22 itens, revelando um alfa de *Cronbach* de 0,89.

A escala foi, posteriormente reaplicada a 678 sujeitos e avaliada em termos de consistência interna, sob três formas de avaliação: Autoadministrada em papel a população geral; Autoadministrada *online*; e Heteroadministrada a população clínica através de entrevista direta, por um entrevistador da área da Psicologia (Pocinho et al., 2016).

Tabela 5
Consistência interna da escala total nas três formas de avaliação

Administração	N	Média	Desvio padrão	Alfa Cronbach
geral	29	19,5	3,2	0,8
bombeiros	109	19,5	2,4	0,7
Clinica	63	16,7	3,1	0,9
<i>online</i>	477	19,4	5	0,8

Os resultados da análise da variância mostraram que a resiliência difere significativamente entre os grupos. Com efeito a população não clínica é mais resiliente do que a restante população. Nenhuma das restantes revelou diferenças entre elas. [$F_{(3,675)}= 13,753$, $p < 0,0001$].

Em resultado da análise fatorial exploratória, os autores apresentam duas grandes subescalas (decorrentes dos 7 domínios teóricos de construção dos itens): recursos ***Internos*** e ***Externos***.

A versão utilizada neste estudo é considerada pelos autores como uma versão experimental e necessita por isso de uma análise confirmatória, que configura o objetivo principal deste estudo e, por isso será apresentada nos resultados. A pontuação da escala baseia-se na soma total de todos os itens, sendo cada um deles pontuados com 0 e 1 (atribui-se 1 ponto se o item significar que o sujeito tem controle sobre si e as situações, e zero se o sujeito não demonstra habilidade de se manter sereno diante de uma situação de stress). Os itens do MH22 podem ser observados no (anexo 3).

Para avaliar os aspetos biográficos:

Questionário sociodemográfico para avaliar a condição clínica ou outra situação que nos permitisse classificar o tipo de entrevistado, a data, o tipo de aplicação, tipo de população, a idade, o sexo, o estado civil, as habilitações e situação profissional (anexo 4).

3.3. Procedimentos

Os questionários foram administrados na Fundação ADFP, em lares residenciais do âmbito da saúde mental, a colaboradores e técnicos da mesma Instituição.

Os participantes foram informados sobre o objetivo do estudo, o anonimato e a confidencialidade das respostas. Todos os participantes preencheram uma declaração de consentimento informado de acordo com a Declaração de Helsínquia (anexo 1).

Como parte do protocolo de validação os participantes completaram os instrumentos SCL-90-R, RMH₂₂ e questionário sociodemográfico. Os testes bem como os retestes foram, no caso da população clínica, heteroadministrados individualmente em espaços reservados, sem elementos distratores. Nos restantes casos foi por autoadministração. A administração da bateria completa teve a duração de média de 30 minutos.

3.4. Estratégias para a análise de dados

Para realizar as análises estatísticas, utilizámos o *IBM Statists SPSS, 2015*, para Windows 10.

Para nos orientarmos na análise de dados colocámos as seguintes hipóteses:

Na caracterização da amostra efetuou-se a estatística descritiva, com cálculo das frequências e respetivas percentagens.

Tendo em conta que a nossa amostra é considerada uma amostra muito grande (Marôco, 2011) usamos o teorema do limite central para justificar o recurso à estatística paramétrica sempre que dela necessitamos, escusando-nos de calcular as medidas de achatamento e simetria, bem como outras medidas de normalidade.

O estudo da fidedignidade do RMH₂₂ foi obtido, através das formas paralelas, da estabilidade temporal (teste-reteste) e da consistência interna ou homogeneidade dos itens. Para o grau de uniformidade e de coerência entre as respostas dos inquiridos a cada um dos itens que compõem o instrumento recorreremos ao coeficiente Alfa de Cronbach, que permite avaliar a forma como os diversos itens se complementam na avaliação dos diferentes aspetos de um fator pertencentes a uma mesma subescala; determinamos o coeficiente de bipartição

ou método das metades (*Split-half*), coeficiente que divide os itens de uma escala em dois grupos e examina a correlação dentro de cada grupo e entre os dois grupos. Este indicador permite controlar os acontecimentos que ocorrem entre dois momentos de aplicação do instrumento a um mesmo grupo de pessoas. Os valores do teste de fiabilidade podem tomar qualquer valor entre 0 e 1, sendo que a partir de 0.8 a consistência interna é considerada de muito boa.

Segundo Pocinho (2012) a validade de constructo (propriedade do instrumento ou escala de medida que avalia se esta mede ou operacionaliza o constructo que realmente se pretende medir) comporta três abordagens distintas: a lógica, a empírica e a estatística. Dado que os instrumentos utilizados no nosso estudo já foram objeto de análise, apenas nos cingiremos à abordagem estatística. Iniciámos com a análise fatorial exploratória e evoluímos para a testagem da solução fatorial que emerge do RMH₂₂ aqui em estudo, através das análises fatoriais confirmatórias (AFC), utilizando o software AMOS 22 (*Analysis of Moment Structures*). Nestas análises considerou-se a matriz de covariância e foi adotado o algoritmo da máxima verosimilhança MLE (*Maximum-Likelihood Estimation*) para estimação dos parâmetros. Tivemos ainda em consideração na análise dos modelos fatoriais os seguintes indicadores de qualidade de ajustamento global: o Índice de Qualidade do Ajuste (GFI - *Goodness-of-Fit Index*), para o qual são recomendados valores do GFI superiores ou próximos a 0.90, não sendo estas estatísticas influenciadas pelo tamanho da amostra dos participantes; o *Root mean square residual* (RMR), quanto menor o RMR, melhor o ajustamento com o RMR= 0 a indicar um ajustamento perfeito. Para finalizar o estudo, foram estabelecidos os dados normativos para a presença/ ausência de personalidade resiliente, recorrendo tanto aos cálculos matemáticos (formula de Fisher) como à concordância entre o estudo psicométrico e o estudo clínico (Kappa de Cohen).

4. Resultados

Neste ponto, são apresentados os resultados do presente estudo, de acordo com os objetivos propostos. Antes de iniciarmos as análises psicométricas fomos verificar se existiam diferenças entre as médias em função do tipo de aplicação. O teste *post-hoc turkey* permitiu-nos perceber que a amostra tem dois perfis: a população não clínica (constituída pelo subgrupo *online*, não clínica e de risco traumático) e a população clínica (tabela 6).

Comprovamos a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre a população não clínica, independentemente da forma como o instrumento foi administrado, o

que nos permitiu agrupar toda num só grupo e o diferenciámos da população clínica. As médias podem ser observadas de seguida.

Tabela 6
Homogeneidade dos grupos – Teste Turkey

População	N	Subgrupos	
		1	2
Clínica	63	16,6825	
Online	477		19,3564
não clínica	29		19,4828
risco traumático	109		19,5321
Sig.		1,000	,989

Face à exposição anterior e verificando-se diferenças estaticamente significativas entre a população clínica e não clínica, reagrupamos a população apenas em dois grupos.

4.1. Análise fatorial exploratória

Análise da estrutura fatorial e a análise das características psicométricas do RMH₂₂ foram as primeiras etapas deste estudo. Iniciou-se com análise fatorial exploratória (AFE), para verificar a validade de construto e de identificar a estrutura fatorial da escala bem como descrever e sintetizar os dados, agrupando os itens correlacionados entre si.

Para a análise estatística, foram usados o índice Kaiser-Meyer-Olkin e o teste de esfericidade de Bartlett para a confirmação da fatoriabilidade da matriz de correlações. Os resultados obtidos no teste de esfericidade de Bartlett ($p < .001$) e o índice de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO > 0,7$ considerado de referência) permitiram afirmar que a correlação entre as 22 variáveis que compõem a escala, é significativa e adequada à realização de uma análise fatorial

A AFE da RMH₂₂ revelou 7 componentes com valores próprios > 1 , que forçados a dois fatores agruparam-se em recursos *Internos* e *Externos*.

4.2. Consistência Interna

A análise da fidedignidade revelou que a escala RMH₂₂ tem globalmente, uma boa consistência interna ($\alpha = 0,8$), tal como por componente principal (tabela 7)

Tabela 7
Consistência interna do MH₂₂ e respectivas subescalas

Dimensões	Itens	Alfa Cronbach
Recursos internos	{1; 3; 6; 7; 8; 9; 12; 13; 14; 15; 21}	0,8
Recursos externos	{11; 18; 20; 22; 16; 10; 17; 19; 5; 4; 2}	0,7
Resiliência total	{1-22}	0,8

A pontuação da escala baseia-se na soma total de todos os itens, sendo cada um deles pontuados com 0 e 1 (atribui-se 1 ponto se o item significar que o sujeito tem controle sobre si e as situações, e zero se o sujeito não demonstra habilidade de se manter sereno diante de uma situação de stress).

4.3. Consistência temporal – teste-reteste

Aplicámos o instrumento, duas vezes, a 17 indivíduos, com um intervalo médio de 90 dias e pudemos observar que o RMH₂₂ tem uma elevada consistência temporal, quer medida pelo coeficiente de correlação metade-metade (Split-alf), quer pelo coeficiente de correlação α de Cronbach ($>0,8$), quer ainda pela ausência de diferenças significativas entre as duas aplicações (anexo 6).

4.4. Consistência formas paralelas – online e presencial

Cada indivíduo da amostra respondeu a duas formas (online e presencial). A confiabilidade foi avaliada pela correlação entre os scores obtidos nestas duas formas. O teste das formas paralelas demonstrou que a aplicação do RMH₂₂ é fidedigna em ambas as formas com $\alpha >0,7$ e $\chi^2_{251} = -33983,5$; $p >0,05$ (anexo 7).

4.5. Análise confirmatória

Para a avaliação dos modelos, três etapas foram seguidas: i) teste e modificação dos modelos de mensuração numa subamostra do total de participantes; ii) nova avaliação dos modelos re- especificados, a fim de testar a adequação dos ajustes executados; iii) teste dos modelos estruturais apenas com a variável latente de segunda ordem (Figura 6):

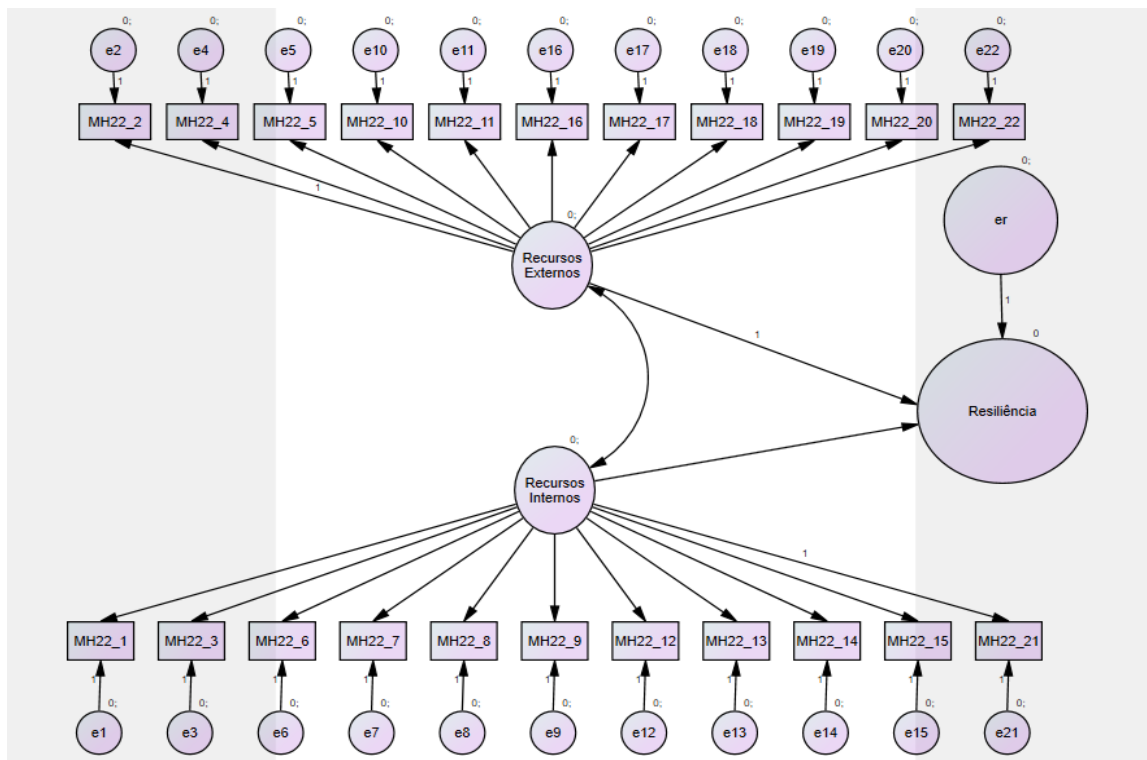


Figura 6: Modelo Teórico RMH₂₂

Para a especificação do modelo, iniciamos uma análise fatorial confirmatória de segunda ordem, tendo em conta os resultados da análise exploratória do instrumento (Pocinho et al., 2016), cuja informação remetia para um construto de resiliência constituído por uma variável latente de segunda ordem (resiliência), e duas de primeira ordem denominadas de recursos externos (11 variáveis observadas) e internos (11 variáveis observadas).

Fixamos na unidade um dos elementos de cada uma das variáveis latentes, atribuímos os erros e passamos a identificação do modelo. Contudo, surgiram um conjunto de restrições que não permitiram a estimação imediata do modelo das equações estruturais.

Eliminamos as restrições, retiramos a relação entre as variáveis de primeira ordem, e corremos novamente o modelo.

O resultado permitiu-nos conhecer os caminhos (*path analyses*) mas, na avaliação, não nos devolveu um ajustamento global do modelo e impôs novas condições (figura 7):

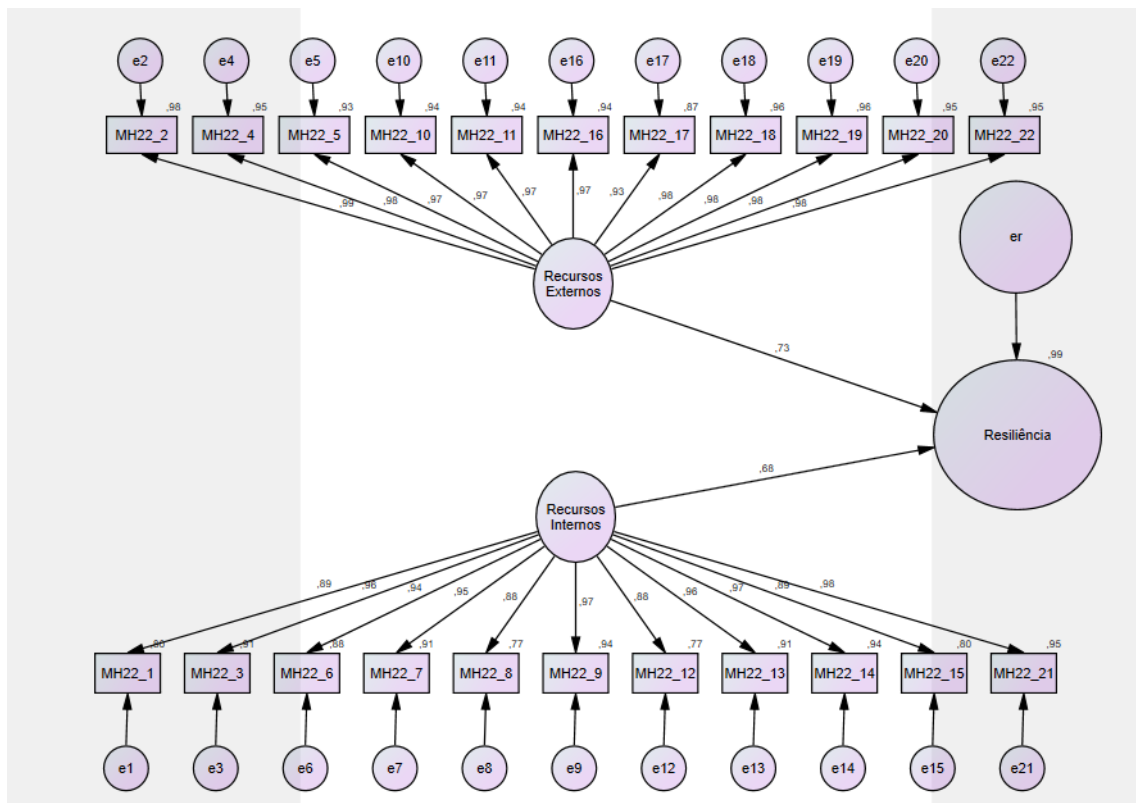


Figura 7: Modelo não ajustado RMH₂₂

O esquema acima mostra as correlações entre as variáveis latentes e entre estas e as variáveis observadas, permitindo-nos conhecer o peso de cada variável de segunda ordem para a resiliência e de cada indicador, mas não nos permitiu estimar o modelo.

Duas hipóteses eram possíveis:

1. abandonávamos o modelo;
2. reespecificávamos o modelo.

Optámos pela reespecificação.

A análise dos índices de modificação, do rácio crítico associado a cada parâmetro levou-nos a retirar as variáveis latentes de primeira ordem (recursos internos e externos) e uma vez que estas modificações eram suportadas teoricamente, estimamos o modelo (figura 8):

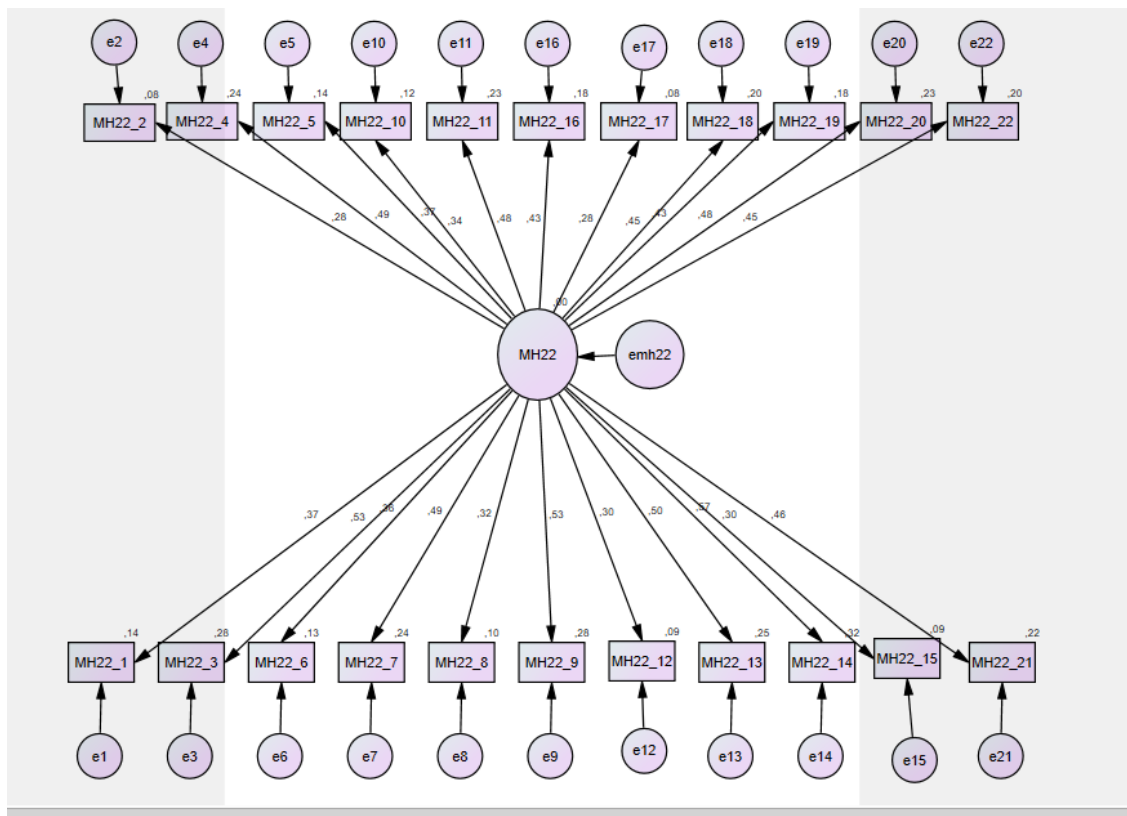


Figura 8: Modelo final ajustado RMH22

O modelo supra apresentado não apresentou estimativas infratoras o que nos levou a avaliação do modelo.

Para a mesma recorremos ao *Goodness of Fit Index* (GFI), o primeiro dos índices de ajustamento propostos e que demonstrou que o modelo é capaz de estimar uma matriz de covariância que explica significativamente a variância da matriz dos dados da amostra.

Um outro índice utilizado foi o *Root Means Square residual* (RMR), complementado com a inspeção da matriz de resíduos padronizados, onde obtivemos valores acima de 2 (valores elevados).

Os resultados reportaram-nos um GFI = 0,828 e RMR=0,008) considerados adequados enquanto valores de ajustamento do modelo

Reforçamos que o facto de não haver variâncias-erro negativas, coeficientes padronizados com valores acima de um [1] e erros padronizados muito grandes, apontam que o modelo não apresenta estimativas discrepantes.

Por fim, foi feita uma avaliação clínica ao conjunto de 45 pacientes da FADFP, no sentido de classificar cada um dos pacientes com a característica resiliente/ não resiliente

Após esta caracterização foram calculados os scores que permitiriam atribuir um ponto de corte, validando, assim, clinicamente o RMH₂₂. Os resultados foram, então, calculados recorrendo a dois procedimentos:

O primeiro foi proposto por Fisher (Angoff, 1984) e adaptando ao nosso estudo obedece à seguinte fórmula $P = \frac{(\bar{x}_{\text{não resiliente}} + s_{\text{não resiliente}}) + (\bar{x}_{\text{resiliente}} - s_{\text{resiliente}})}{2} = \frac{(18,9 + 16,1)}{2} = 17,5$. Assim qualquer indivíduo com menos de 18 pontos não é resiliente em todos os níveis.

O segundo foi proveniente da epidemiologia que implica uma prova clínica que teste a veracidade dos valores acima referidos. O resultado pode ser observado na tabela que se segue:

Tabela 8
Testes diagnósticos

		Gold standard		Total
		Resiliente	não resiliente	
Teste RMH22	Resiliente	16	6	22
	não resiliente	3	20	23
	Total	19	26	45

K=0,60

Tendo em atenção que um K entre $0,6 < \text{Kappa} \leq 0,8$ representa uma **Concordância Muito Boa** decidiu-se manter o valor resultante do cálculo supramencionado (17,5). Os valores em tabela permitem ainda, comprovar uma acurácia de 80%, $[(16+20) / 45]$ uma sensibilidade de 84%, $(16 / 19)$ e uma especificidade de 77%, $(20 / 26)$. Assim, o resultado deste cálculo parece-nos consistente e acurado, pelo que se decide por manter a opção do ponto de corte matemático.

5. Discussão

Este estudo teve como objetivo principal investigar as características e propriedades psicométricas da RMH₂₂.

A partir da análise descritiva observámos que a amostra se distribuiu de forma muito semelhante entre os sexos com 53% e 47% para o sexo feminino e masculino respetivamente, o que corresponde à distribuição da população portuguesa¹ de acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2016).

¹ Total da população Portuguesa residente em Portugal= 10 358 076,0 Total de Homens a residir em Portugal= 4 912 587,5 Total de mulheres a residir em Portugal =5 445 488,5

No respeitante ao estado civil a maioria são solteiros e casados (91%), seguidos dos divorciados e viúvos (9%). Também neste caso os valores não diferem de forma relevante dos dados do INE que revelam que no primeiro caso estão 88% dos portugueses e no segundo caso 13%.

No que diz respeito à informação acerca das habilitações e profissão apenas foi possível obtê-la relativamente à população cuja recolha foi efetuada presencialmente, pelo que não pode ser apresentada e discutida a representatividade destas categorias. Contudo, parece-nos que fica demonstrada a representatividade da amostra.

Em termos numéricos, este estudo contou com a colaboração de 565 indivíduos, o que corresponde a uma amostra representativa de um universo de 10 milhões de portugueses, com nível e confiança de 98,25% e uma margem de erro de 5% (The Research Advisors, 2006).

A escala foi aplicada por dois métodos: método presencial [à população geral (não clínica) à população em risco traumático, à população clínica]; método não presencial (online).

Os resultados demonstraram que a resiliência da população clínica é significativamente inferior à da restante população que se mostrou homogénea entre ela. Este facto levou-nos à decisão de uma subdivisão em apenas dois grupos: clínica e não clínica.

A análise fatorial exploratória da RMH₂₂ revelou uma estrutura idêntica à original, que fora construída com base em sete domínios e reagrupada em recursos externos e internos (Pocinho et al., 2016).

Quanto à consistência interna, também ela se mostrou elevada ($\geq 0,8$), não se verificando diferenças entre os grupos, apesar de ser superior na população clínica. Para avaliar a consistência temporal aplicámos o instrumento, duas vezes, a uma amostra de 17 indivíduos, com um intervalo médio de 90 dias. Agatti (1977) sugere dois períodos possíveis de intervalo de reaplicação de instrumentos: um e três meses, sendo que, quando é reaplicação é feita apenas com um mês de intervalo, a consistência é superior em relação ao período de três meses. Anastasi e Urbina (2000) referem que os períodos escolhidos devem ter em conta a idade dos respondentes, sendo desejável períodos mais curtos em crianças e mais longos em adultos, não excedendo porém os seis meses. Além disso, segundo estas autoras, se o intervalo entre os testes for curto os avaliados poderão lembrar-se das suas respostas anteriores e repeti-las por pura lembrança. A RMH₂₂ apresentou uma elevada consistência temporal, demonstrando ausência de diferenças significativas entre as duas aplicações ($p > 0,05$).

O método de fidedignidade de forma alternada requer que o instrumento possua mais de uma forma, porém devem ser iguais ou bastante semelhantes no que se refere ao conteúdo das

questões, quantidade de tempo e demais fatores do teste. Cada indivíduo da amostra respondeu às duas formas iguais, variando apenas no modo de colheita de dados (online e presencial).

A confiabilidade foi avaliada pela correlação entre os scores obtidos aquelas duas formas de aplicação. O teste de ajustamento Model Goodness of Fit demonstrou que a RMH₂₂ é fidedigna em ambas as formas (Menezes, 2005), uma vez que obteve um $\alpha > 0,7$ sem diferenças estatisticamente significativas entre os resultados das duas aplicações.

A maior validade encontrada na população clínica pode ter haver com facto da experiência do examinador. A RMH₂₂ permite ser autoadministrada, mas o instrumento é mais consistente na se aplicado presencialmente na população clínica.

A RMH₂₂ apresenta boas qualidades psicométricas e adaptada as populações testadas, mas como o conceito de resiliência é dinâmico(Luthar et al., 2000) ela terá de ser revista e reavaliada com o evoluir do tempo.

As análises exploratórias indicaram uma estrutura bidimensional para a resiliência, contudo o debate presente na literatura sobre o construto não é consensual, e desde escalas/ modelos unidimensionais (Cisternas, 2015; Gutiérrez, 2014) até às multidimensionais (Felgueiras et al., 2010; Infante, 2005; Rolf & Glantz, 1999) todos acolhem adeptos, o que justifica a nossa opção na análise fatorial confirmatória com um primeiro modelo a considerar a resiliência como um construto bifatorial e um segundo modelo que parte da hipótese de que é um construto unidimensional e holístico. A análise apresentou uma RMH₂₂ com alto grau de unidimensionalidade (GFI=0,83) onde facetas específicas não contribuiu apenas informações redundantes além do fator geral. Assim, considerámos que para avaliar a resiliência seria mais conveniente utilizar um único score que partisse do somatório das pontuações dos 22 itens da escala. Os resultados reportaram-nos um GFI de 0,828 o que, de acordo com Schumacker e Lomax (2010), revela bom ajustamento (valor próximo de 0,90). O valor do RMR encontrado e reforça a interpretação de bom ajuste do modelo uma vez que é inferior a 0,1 (RMR=0,008) o que, de acordo com os mesmos autores, é considerado de uma forma geral adequado (quanto mais alta for a média pior o Ajustamento).

A construção e a adaptação de um instrumento psicométrico é, sempre um processo inacabado, tal como referiam Nunnally e Bernstein (1994) a validação de um instrumento psicométrico é um processo sempre inacabado, como se sabe, a clareza na redação dos itens e das instruções, a adequação das condições logísticas para aplicação de um instrumento e o treino dos testadores, constituem procedimentos fundamentais na redução dos erros de medida (Nunnally & Bernstein, 1994).

A administração de escalas requer um examinador qualificado que está evidente nos três aspectos principais da situação de testagem: (i) seleção do teste; (ii) aplicação e pontuação; (iii) interpretação dos scores (Anastasi & Urbina, 2000)

O valor diagnóstico ou preditivo de um teste psicológico depende do grau em que ele serve como um indicador de uma área relativamente ampla e significativa de comportamento, por isso, e em último lugar procedeu-se à validação clínica da RMH₂₂. Os resultados revelaram, um ponto de corte de 18 critérios positivos, como valores de um indivíduo resiliente a todos os níveis. Contudo, será interessante avaliar em qual dos 4 níveis de resiliência se encontram os restantes indivíduos (Mascarenhas et al., 2014).

6. Limitações do estudo e sugestões

A falta de instrumentos para validade convergente/ divergente é uma das limitações deste estudo. A outra tem a ver com a falta de pontos de corte para classificar os indivíduos consoante o seu nível de resiliência.

A sugestão para um futuro seria a possibilidade de fazer uma avaliação cruzada com outros instrumentos, como as estratégias de coping, permitindo assim distinguir os diferentes níveis de resiliência, atribuindo pontos de corte a cada nível.

As limitações apontadas são encaradas como uma sugestão de estudos com o objetivo de dar continuidade a este trabalho.

7. Conclusões

A Escala RMH₂₂ tem propriedades psicométricas que distinguem aqueles com maior ou menor capacidade de resistência às adversidades. Os resultados demonstraram que a forma de aplicação não interfere na população não clínica, mas é mais consistente na população clínica se aplicada sob entrevista (Pocinho et al., 2016), não obstante ela é passível de ser aplicada a todas as populações, jovens e adultas.

Os resultados que se seguem confirmam a assunção dos autores de que a forma de aplicação não interfere na população não clínica, mas é mais consistente na população clínica se aplicada sob entrevista.

O teste é unidimensional, exato e preciso, revelando uma boa concordância entre a avaliação clínica e psicométrica. O ponto de corte que separa a população resiliente de não resiliente é 18.

8. Bibliografia

- Agatti, A. P. R. (1977). *Os valores e os fatos: o desafio em ciências humanas*. Ibrasa.
- Alves, C. (2012). *Díades em saúde mental: Estudo da resiliência, qualidade de vida, sintomatologia psicopatológica, ajustamento diádico e vinculação*. Universidade de Lisboa. Retrieved from http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6894/1/ulfpie040126_tm.pdf
- Anastasi, A., & Urbina, S. (2000). *Testagem Psicológica* (7th ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Anaut, M. (2005). *A Resiliencia ultrapassar os traumatismos* (1ª edição). Lisboa: Climepsi.
- Angoff, W. (1984). *Scales-Norms-and-Equivalent-Scores*. New Jersey: Educational Testing Service.
- APA. (2016). Factores in resilience. Retrieved August 6, 2016, from [www](http://www.apa.org)
- Bremner, J. D. (2006). Traumatic stress: Effects on the brain. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 8(4), 445–461.
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. In *International Encyclopedia of Education* (Vol. 3, pp. 37–43). <http://doi.org/http://www.psy.cmu.edu/~sieglar/35bronfenbrenner94.pdf>
- Cisternas, F. P. P. (2015). Estructurales Sobre La Escala De Resiliencia De Connor Y Davidson (Cd-Risc) En Chile Y España Structural Equation Modeling Exploratory Analysis Based on, (3), 238–247.
- Cotian, M. de S., Vilete, L., Volchan, E., & Figueira, I. (2014). Revisão sistemática dos aspectos psicossociais, neurobiológicos, preditores e promotores de resiliência em militares. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(1), 72–85. <http://doi.org/10.1590/0047-2085000000009>
- Felgueiras, M. C., Festas, C., & Vieira, M. (2010). *Adaptação e validação da Resilience Scale ® de Wagnild e Young para a cultura portuguesa*. *Cadernos de Saúde* (Vol. 3). Lisboa: UC Editora. Retrieved from [http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10934/1/CSaude_3-1\(5\).pdf](http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10934/1/CSaude_3-1(5).pdf)
- Goldstein, S., & Brooks, B. R. (Eds.). (2005). *Handbook of resilience in children*. Springer. <http://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
- Grotberg, E. H. (2007). I have I am I can. *NHSA Dialog*, 10(1), 3–5. <http://doi.org/10.1080/15240750701301563>
- Gutiérrez, M. (2014). Resiliencia, bienestar subjetivo y actitudes de los adolescentes hacia el consumo de drogas en Angola. *Anales de Psicología*, 30(2), 608–619. <http://doi.org/10.6018/analesps.30.2.148131>
- INE. (2016). População média anual residente (N.º) por Local de residência (Distrito/ Região), Sexo e Grupo etário (Por ciclos de vida); Anual. Retrieved August 11, 2016, from https://www.ine.pt/bddXplorer/htdocs/printable.jsp?id=9Cny-4RTcwiEPr6zqjmcN2a8_29252&lingua_cd=PT
- Infante, F. (2005). *Resiliência como processo: uma revisão da literatura recente*. (A. Melilo, E. N. S. Ojeda, & Col., Eds.), *Resiliência. Descobrimo as próprias fortalezas*. Porto Alegre: Artmed.
- ITC-CAP. (2003). *Directrizes Internacionais para a Utilização de Testes: Versão*

- Portuguesa*. (International Test Commission (ITC) - Comissão para a Adaptação Portuguesa das Diretrizes Internacionais, Ed.), *CEGOC-TEA*. Portugal: CEGOC. Retrieved from https://www.intestcom.org/files/guideline_test_use_portuguese.pdf
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). the construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work, *48*(Suppl 2), 1–6. <http://doi.org/10.1097/MPG.0b013e3181a15ae8.Screening>
- Madeira, S. (2013). *Relação entre as características da situação vivida, suporte social e resiliência, após a vivência de um acontecimento potencialmente traumático*. Universidade de Lisboa. Retrieved from http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/10486/1/ulfpie046386_tm.pdf
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística* (5ª ed.). Pero Pinheiro: Report Number.
- Mascarenhas, S., Martins, C., Silva, J., Silva, G., & Ribeiro, J. (2014). Iv congresso brasileiro de psicologia da saúde. *IV Congresso Brasileiro Psicologia Da Saúde*, 712–722. Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/74072/2/99994.pdf>
- Menezes, I. (2005). Princípios de Psicometria: Fidedignidade. Retrieved from <http://nebula.wsimg.com/33a2448abe07ce2211a80ee1bd3b066d?AccessKeyId=C964E49D108145B76EE8&disposition=0&alloworigin=1>.
- Norte, C., & Souza, G. (2011). terapia cognitivo-comportamental nos fatores neurobiológicos relacionados à resiliência; Impact of cognitive-behavior therapy on resilience-related neurobiological. *Rev. Psiquiatr. Clín.*(..., 0–2. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832011000100009>
- OMS. (2002). *Relatório mundial da saúde - Saúde mental: uma nova concepção, nova esperança*. (Direção Geral da Saúde, Ed.), *Organização Mundial da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- OMS. (2008). *Cuidados de saúde primários- Agora mais que nunca*. Geneva: Wold Health Organization. Retrieved from http://www.who.int/whr/2008/08_chap3_pr.pdf
- OMS. (2009). *The European Health Report 2009 - Health and health systems*.
- OMS. (2010). *Relatório Mundial da Saúde - Financiamento dos Sistemas de Saúde: o caminho para a cobertura universal*. *Organização Mundial da Saúde*. Retrieved from http://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf
- OPP. Código Deontológico (2011). Portugal: Diário da República, 2.ª série — N.º 78 — 20 de Abril de 2011.
- PNUD. (2014). *Relatório do Desenvolvimento Humano 2014 - Sustentar o progresso humano: reduzir as vulnerabilidades e reforçar a resiliência*. New York, USA: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Retrieved from <http://origin-hdr.undp.org/en/media/HDR13 Summary PT WEB.pdf>
- Pocinho, M. T. S. (2000). *Peso, Insatisfação Corporal, Dietas e Patologia Alimentar: um contributo para a sua compreensão*. Intituto Superior Miguel Torga.
- Pocinho, M. T. S. (2012). *Metodologia de Investigação e Comunicação do Conhecimento Científico*. Lisboa: Lidel. Retrieved from <https://issuu.com/lidel/docs/metodologiainvestigacao>
- Pocinho, M. T. S., Vaz, H., & Fonseca, G. (2016). Resilience Mental Help (RMH22): estudos preliminares das suas características psicométricas Resiliência. In *Jornadas de Psiquiatria e Saúde Mental*. <http://doi.org/10.13140/RG.2.1.3272.0247>

- Rolf, J. E., & Glantz, M. D. (1999). Resilience: An interview with Norman Garmezy. In *Resilience and development: Positive life adaptations*. (pp. 5–14). Retrieved from <https://login.ezproxy.net.ucf.edu/login?auth=shibb&url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=1999-04168-001&site=eds-live&scope=site>
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24, 335–344. <http://doi.org/10.1017/S0954579412000028>
- Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2010). *A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling: Third Edition* (3rd ed.). Retrieved from [http://rmcs.buu.ac.th/drpoonpong/file/A_Beginner's_Guide_to_Structural_Equation_Modeling_\(Third_Edition\).pdf](http://rmcs.buu.ac.th/drpoonpong/file/A_Beginner's_Guide_to_Structural_Equation_Modeling_(Third_Edition).pdf)
- Silgo, M. G., & Mora, M. del P. B. (2013). Introducción a la Física Moderna. *Revista Do Ejército*, (863), 36–41.
- Simões, C., Matos, M. G. de M., Ferreira, M., & Tóme, G. (2010). Risco e resiliência em adolescentes com necessidades educativas especiais: Desenvolvimento de um programa de promoção da resiliência na adolescência. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(1), 101–119. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.12/1098>
- The Research Advisors. (2006). The sample size table. Retrieved August 12, 2016, from <http://www.research-advisors.com/tools/SampleSize.htm>
- Torgalsboen, A. K. (2012). Sustaining full recovery in schizophrenia after 15 years: Does resilience matter? *Clinical Schizophrenia and Related Psychoses*, 5(4), 193–200. <http://doi.org/10.3371/CSRP.5.4.3>
- Tuckman, B. W. (2000). *Manual de Investigação em Educação*. Lisboa: Fundação Caloute Gulbenkian.
- Vilelas, J., Lucas, I., Santos Silva, I., Nunes, A. P., & Castanheira das Neves, I. (2013). Escala de Fatores de Resiliência de Takviriyannun: Propriedades psicométricas da versão Portuguesa. *Pensar Enfermagem*, 17(1), 2–16. Retrieved from [http://www.esscvp.eu/Portals/0/Publica%C3%A7%C3%B5es/Escala de Fatores de Resili%C3%Aancia de Takviriyannun- Propriedades.pdf](http://www.esscvp.eu/Portals/0/Publica%C3%A7%C3%B5es/Escala%20de%20Fatores%20de%20Resili%C3%Aancia%20de%20Takviriyannun-Propriedades.pdf)
- Yunes, M. A. M. (2003). Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia Em Estudo*, 8(spe), 75–84. <http://doi.org/10.1590/S1413-73722003000300010>
- Yunes, M. A. M. (2006). Psicologia positiva e resiliência: Foco no indivíduo e na família. In S. H. Koller, D. D. D. Aglio, & M. A. M. Yunes (Eds.), *Resiliência e Psicologia Positiva - Interfaces do Risco à Proteção* (p. 290). Livpsic: Casa do Psicólogo. Retrieved from https://books.google.com.br/books?id=01RSAy6gA0sC&pg=PA7&hl=pt-BR&source=gbs_selected_pages&cad=2#v=onepage&q=adversidades&f=false