

Adaptação e validação da Resilience Scale® de Wagnild e Young para a cultura portuguesa*

Adaptation and validation of Wagnild and Young's Resilience Scale® for the Portuguese culture

Marta Cristiana Felgueiras^{1**}; Constança Festas²; Margarida Vieira²

¹ Unidade Local de Saúde do Alto Minho, TEPE.

² Instituto de Ciências de Saúde

Resumo

O objectivo deste estudo é descrever o processo de adaptação transcultural e de validação para a cultura portuguesa da Resilience Scale® (RS), originalmente criada em inglês, nos Estados Unidos da América, por Wagnild e Young (1993) para aferir níveis de resiliência. Uma equipa de tradutores bilingues e biculturais participou no processo de tradução de forma a aumentar a exactidão linguística e a correlação cultural. A escala foi adaptada para uma amostra de estudantes do segundo e terceiro ciclos do ensino básico de uma escola pública de Viana do Castelo, Portugal. Participaram 215 estudantes com idades compreendidas entre os 10 e os 16 anos. Um item foi excluído por apresentar uma baixa correlação com o total (inferior a 0,2) e diminuir a consistência interna. A fidelidade dos constructos foi avaliada através da consistência interna (Alfa de Cronbach), e estabilidade no tempo (análise do teste-reteste). O valor de Alfa de Cronbach foi 0,82 evidenciando boa consistência interna e a correlação do teste-reteste, estudada num subgrupo de 30 alunos foi de 0,72 ($p < 0,001$) demonstrando boa estabilidade temporal. A validade de conteúdo foi determinada por juízes especialistas, a validade do constructo foi determinada através da análise dos componentes principais (ACP) com rotação *varimax* para determinar o número de componentes e a sensibilidade através do teste t de Student aplicado ao índice de discriminação do item. A média dos scores na RS foi de 126,26. A partir da análise dos componentes principais surgiram 5 componentes: Perseverança, Autoconfiança, Serenidade, Sentido de Vida e Autosuficiência. Estes resultados evidenciam a fidelidade, validade e sensibilidade da versão portuguesa adaptada da RS para avaliar a resiliência na cultura portuguesa e conclui-se que este é um instrumento útil para estudos que se proponham avaliar a resiliência e para orientar a prática de enfermagem, embora se conclua da necessidade de futuros estudos de revalidação.

Palavras-chave: Resilience Scale®, resiliência, enfermagem, escala, adaptação transcultural, validade, fidelidade. ◀◀

Abstract

The purpose of this study is to describe the cross-cultural adaptation and validation to the Portuguese culture of the Resilience Scale® (RS), which was originally created in English idiom, in USA by Wagnild and Young (1993) used to identify resilience levels. A team of bilingual and bicultural translators participated in the translation process to enhance the linguistic accuracy and cultural correlation. The scale was adapted for a sample of students from a public school in Viana do Castelo, Portugal. Participants were 215 students between 10-16 years of age.

One item were excluded for showing low item-total correlation (lower than 0,2) and also because it decreased internal consistency.

*Reliability was evaluated by internal consistency (Cronbach's alpha) and stability over time (test-retest analysis). Cronbach's alpha was 0,82 which showed good internal consistency and the test-retest correlation, tested in a sub-group of 30 students was 0,72 ($p < 0,001$) showing good stability over time. Contents validity was determined by expert juries, construct validity was determined by principal components analysis (PCA) with *varimax* rotation to determine the number of components, and sensibility by the t Student test applied to the item discrimination index. The mean score on RS was 126,26. Perseverance, Self-Reliance, Equanimity, Meaningfulness and Existential Aloneness emerged as components from the principal components analysis. These results provide evidence for the reliability and validity of the Portuguese adapted version of the RS to measure resilience in the Portuguese culture and we conclude that this is a useful instrument for studies which proposes to evaluate resilience and to guide nursing practice. However we concluded the necessity of new revalidation studies.*

Keywords: Resilience Scale®, resilience, nursing, scale, cross-cultural adaptation, validity, reliability. ▶▶

* Trabalho elaborado no âmbito do Mestrado em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde, UCP.

** cristianafelgueiras@gmail.com

Introdução

No seu quotidiano, os profissionais de saúde deparam-se com pessoas ou grupos que vivem em situações críticas e stressantes que parecem difíceis ou impossíveis de superar. No entanto, a realidade mostra que algumas pessoas não só as superam como também saem delas fortalecidas, optimistas e renovadas, ou seja, transformadas positivamente.

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 factores de riscos e um domínio de si após um traumatismo (Anaut, 2005). É, portanto, o resultado do processo interactivo entre a pessoa e o seu meio e não pode ser considerada como um atributo fixo do indivíduo, uma vez que se trata de uma variação individual de resposta ao risco, pois o mesmo contexto que constitui fonte de risco pode também proteger e promover competências para superar esse mesmo risco (Rutter, 1987).

Cyrlunick, que caracteriza a resiliência como “*a arte de navegar nas tormentas*” (2003, pág. 225), refere que “*não se é mais ou menos resiliente, como se se possuísse um catálogo de qualidades (...). A resiliência é um processo, um devir que, de actos em actos e de palavras em palavras, inscreve o seu desenvolvimento num ambiente e descreve a sua história dentro de uma cultura*” (2003, págs. 226-227).

A resiliência não pode ser restringida a uma qualidade, trunfo ou recurso interno, ela é um potencial presente em cada um, mas desenvolvido diferentemente em função da fase do desenvolvimento psicológico, do ciclo de vida e das circunstâncias ambientais. Alguns autores reconhecem a competência social, a capacidade de resolução de problemas e o sentido de autonomia e de propósito como componentes internos da resiliência (Spano, 2001 e Yunes, 2005).

Para Junqueira e Deslandes (2003, pág. 234), “*o conceito de resiliência traduz conceptualmente a possibilidade de superação, num sentido dialéctico, isto é, representando um novo olhar, uma resignificação do problema mas que não o elimina*”. Os sujeitos com potencial explícito de resiliência não são pessoas perfeitas nem invulneráveis, são seres humanos com falhas e potencialidades que passam por bons e maus estádios, em que o seu potencial de resiliência se encontra fortalecido ou enfraquecido (Assis, Pesce e Avanci, 2006).

Para Slap (2001, pág. 174), “*aparentemente é mais fácil concordar sobre o que resiliência não significa do que sobre o que a palavra significa. Resiliência não é simplesmente o oposto de risco. Não é sinónimo de algum factor de protecção. Não é algo que desejamos apenas para alguns adolescentes. Pelo contrário, resiliência implica uma abordagem universal à saúde e ao comportamento*”. Já Masten (2001) considera que as diferentes concepções de resiliência parecem partilhar um denominador comum: a presença de bons resultados apesar da ameaça à adaptação ou desenvolvimento.

O modelo da resiliência ajuda a compreender o significado da resiliência, focando-se em resultados positivos, propõe uma orientação salutogénica e procura compreender como é que os indivíduos ultrapassam as circunstâncias adversas e alcançam um estado de bem-estar (Kaplan, 1999). Ou seja, este modelo visa fornecer elementos explicativos para fenómenos comportamentais e processos inconscientes. A explicação dos processos resilientes compreende a abordagem etiológica do fenómeno, isto é, a origem e pressupõe que se precise quais os mecanismos que sustentam a resiliência.

Segundo este modelo, independentemente da adversidade estar presente em algumas situações, existem mecanismos que protegem os indivíduos, criando-lhes a possibilidade quer de ser vulneráveis aos efeitos da adversidade, quer de restringi-los e construir-se positivamente, revertendo assim o seu carácter negativo (Munist, Santos, Kotliarenco, Ojeda, Infante e Grotberg, 1998). Como a identificação de factores de risco e protecção por si só tem um valor limitado, pois verifica-se que muitas variáveis podem constituir-se como factor de protecção numa situação e factor de risco noutra, procura-se, sobretudo, identificar os mecanismos situacionais e do desenvolvimento que dão conta do modo em que estes processos operam (Kotliarenco, Cáceres e Fontecilla, 1997).

Este modelo permite promover uma prática clínica baseada numa abordagem multifactorial que compreende tanto os factores de vulnerabilidade como os factores de protecção, pois, de acordo com Poletti e Dobbs (2007, pág. 18) “*o ser humano possui recursos inacreditáveis e é desses recursos que é preciso cuidar acima de tudo*”.

Investigadores pioneiros da resiliência como Garnezy, Murphy, Rutter, Sameroff e Werner reconheceram o potencial da resiliência, e a sua importância para orientar as práticas e as políticas destinadas à

promoção de um desenvolvimento saudável (Masten e Gewirtz, 2006).

Segundo um estudo de Sória, Santoro, Souza, Menezes e Chagas (2004), a representatividade de estudos sobre a resiliência na enfermagem tem ainda pouca expressão (cerca de 6% de todos os estudos encontrados sobre a resiliência). No entanto, dado o seu potencial, a resiliência assume um papel significativo para a enfermagem e, por este motivo, na sociedade pós-moderna, o estudo da resiliência é uma realidade que não pode estar ausente dos contextos de formação e investigação em saúde, particularmente em enfermagem.

O estudo da resiliência é pertinente porque esta pode orientar na tomada de decisões, nas acções resolutivas, e na determinação de prioridades no cuidar em enfermagem, podendo originar um redimensionamento dos valores e crenças dos profissionais de saúde (Kotliarenco e col., 1997).

Os profissionais de saúde responsáveis pelo desenvolvimento positivo de crianças e adolescentes devem centrar-se nas qualidades e potenciais de cada um para possibilitar o desenvolvimento de adultos saudáveis (Snyder e Lopez, 2009). Os enfermeiros encontram-se numa posição privilegiada entre os profissionais de saúde para diminuir tanto a frequência como o impacto das situações adversas em crianças e adolescentes, uma vez que estabelecem grande contacto com estas faixas etárias. Para que o profissional possa prestar cuidados de qualidade é imperativo possuir conhecimentos e habilidades para intervir junto dos mesmos, assim como estar munido dos meios adequados para o fazer, por forma a melhor estruturar as suas intervenções.

“Interventions that teach, model and encourage resilience are possible and the RS is one way to measure changes in resilience over time” (Wagnild, 2009).

Colocar à disposição dos enfermeiros um instrumento de medida válido para o desempenho da sua função, e que possibilite a avaliação do potencial de resiliência de crianças e adolescentes, permite a estes profissionais identificar aqueles que necessitam de maiores cuidados. Assim, esta escala em particular proporciona-lhes a possibilidade de prestar cuidados no sentido de procurar promover essa competência nas crianças e adolescentes, incentivando-os a ultrapassar positivamente as suas dificuldades e produzindo resultados eficazes.

Segundo Pesce, Assis e Oliveira (2004), o crescente interesse pelo conceito de resiliência como reflexo da necessidade de investimento na prevenção de

problemas e na promoção de saúde, tem conferido aos instrumentos de avaliação deste conceito maior importância. No entanto, existem ainda poucas escalas referentes à resiliência descritas na literatura. Ahern, Kiehl, Sole e Byers (2006) avaliaram as propriedades psicométricas e adequação de seis instrumentos para o estudo da resiliência em adolescentes. Neste estudo a *Resilience Scale*® (RS) foi considerada o melhor instrumento para estudar a resiliência na população adolescente devido às suas propriedades psicométricas evidenciadas em aplicações numa variedade de grupos etários, incluindo adolescentes.

A adaptação transcultural de escalas tem como objectivo alargar a utilização da escala original a outras populações, uma vez que a criação deste tipo de instrumentos de medida desde o início acarreta custos elevados e requer muito tempo. Desta forma, rentabiliza-se a experiência dos autores originais e de outros que tenham efectuado processos de adaptação transcultural. A internacionalização das escalas permite a comparação de resultados entre as diferentes populações quando os instrumentos adaptados são válidos e fiáveis.

O presente estudo tem como finalidade realizar a adaptação transcultural da *Resilience Scale*® (RS) de Wagnild e Young (1987) para a população portuguesa e demonstrar a sua validade e fidelidade para avaliar o potencial de resiliência.

Material e Métodos

A escala original

A RS foi desenvolvida a partir de um estudo qualitativo efectuado por Wagnild e Young (1990), com 24 mulheres que se haviam adaptado de forma bem-sucedida face a eventos adversos de vida e foi inicialmente disponibilizada e pré-testada em 1993. A cada uma foi pedido que descrevesse como se organizava perante eventos negativos. Nas suas narrativas foram identificadas 5 componentes, que, segundo as autoras, constituem a resiliência: serenidade, perseverança, autoconfiança, sentido de vida e auto-suficiência.

Os itens estão escalados em sete pontos de 1, discordo totalmente, a 7, concordo totalmente. Todos os itens estão descritos de forma positiva e reflectem exactamente as frases feitas pelas participantes. Os scores possíveis variam de 25 a 175, com scores elevados reflectindo elevada resiliência.

Vários estudos, incluindo o das próprias autoras, demonstraram uma consistência interna aceitável e

boa estabilidade temporal. A análise de componentes principais apontou para uma solução de dois factores: Competência Pessoal e Aceitação de Si Próprio e da Vida.

A tradução e validação cultural

O processo de validação de um instrumento deve agrupar um conjunto de procedimentos que garantam que a versão utilizada na cultura para que está a ser validada mede de forma apropriada (validade, fidelidade e sensibilidade) os conceitos em estudo: equivalência linguística, conceptual e psicométrica. Segundo Serra-Sutton e Herdman (2001) o objectivo da tradução é que os itens não sejam só equivalentes palavra a palavra (linguisticamente), mas também conceito a conceito (semanticamente) e que as expressões utilizadas sejam aceitáveis e culturalmente relevantes.

Procedeu-se à tradução e retrotradução (*backtranslation*) independentes, por vários juizes com domínio das duas línguas e conhecimentos sobre o conteúdo e a amostra do estudo. Durante o processo de tradução houve interacção com as tradutoras a fim de esclarecer questões relacionadas com a equivalência da tradução do item, isto é, se a tradução mantinha o mesmo significado da versão original (equivalência do item). Esta versão foi revista e analisada por um painel de peritos para efectuar a análise das equivalências semântica, idiomática e conceptual dos itens do instrumento. Após este processo, a versão traduzida foi entregue a um terceiro tradutor independente, de língua materna inglesa, para realização da retroversão. A finalidade deste passo foi comparar a versão obtida com a versão original para detectar diferenças ou discrepâncias entre ambas como sugerido por Hill e Hill (2000). Esta versão foi enviada às autoras da escala original, que teceram algumas sugestões e comentários acerca da mesma, que foram atendidas, resultando daí novas modificações em alguns itens.

A fase seguinte, denominada reflexão falada (*Thinking Aloud*) teve como objectivos discutir os pontos críticos da escala com especialistas e testar o formato e aparência visual da mesma, a compreensão das instruções e dos diferentes itens e a receptividade e adesão aos conteúdos.

Após conversações com o presidente do Conselho Executivo da escola seleccionada foi requerida e concedida a autorização para a realização do presente estudo. Foi também enviado aos encarregados de educação de todos os alunos um documento com

informações acerca deste estudo, requerendo o consentimento de autorização para a participação dos seus educandos no mesmo.

Por este motivo realizou-se um estudo piloto (pré-teste) com 15 alunos de uma turma da mesma escola. Assim foi possível verificar que os indivíduos compreendiam as questões e que não encontravam dificuldades em responder.

A escola e as turmas foram seleccionadas através de amostragem não probabilística. A escolha dos alunos foi efectuada por conveniência, pela disponibilidade dos elementos, uma vez que os questionários foram aplicados aos alunos das 13 turmas que estavam presentes, perfazendo um total de 215 alunos que participaram voluntariamente. A amostra abrangeu idades entre os 10 e os 16 anos, sendo a média 12,7 anos.

A um pequeno grupo da amostra, constituído por 30 alunos, pertencentes a duas turmas escolhidas por amostragem não probabilística, foi ainda pedido o preenchimento do questionário num segundo momento, compreendido entre 15 a 20 dias seguintes, com vista ao estudo da sua reprodutibilidade (fidelidade teste-reteste).

Considerações éticas

Foi solicitada autorização para a tradução e validação aos autores da versão original da escala. Foi requerida e concedida autorização para a realização do presente estudo ao Conselho Executivo da escola seleccionada. Foi também enviado aos encarregados de educação de todos os alunos um documento com informações acerca deste estudo, requerendo o consentimento informado para a participação dos seus educandos no mesmo.

Resultados

Inicialmente optou-se pela conservação dos 25 itens e procurou-se manter o seu sentido e significado original. A fim de estudar a homogeneidade, calcularam-se as correlações entre o item e o valor global e o Alfa de Cronbach (Quadro 1).

O item 5 apresentou uma correlação baixa, pelo que se depreende não ser um bom item. O mau comportamento deste item é também evidenciado pelo facto de o Alfa de Cronbach da escala aumentar ligeiramente, quando o mesmo é retirado. Steiner e Norman (1989), segundo Vaz-Serra (1994), referem que se deve aceitar como boas as relações superiores a 0,2. Como se pode verificar, as correlações foram

Quadro 1 – Estatística item-total

Item	Média da escala sem o item	Variância da escala sem o item	Correlação item-total	Alfa de Cronbach sem o item
1	126,00	234,023	,401	,810
2	126,29	232,722	,402	,810
3	126,70	234,350	,311	,813
4	125,39	235,145	,361	,812
5	126,26	237,474	,184	,820
6	125,33	234,887	,367	,811
7	126,21	232,148	,407	,810
8	125,23	231,506	,393	,810
9	126,88	228,359	,424	,808
10	125,96	230,881	,392	,810
11	127,07	231,921	,218	,821
12	125,49	230,176	,374	,811
13	126,46	235,194	,231	,818
14	126,11	231,931	,415	,809
15	125,96	231,050	,448	,808
16	125,52	230,606	,359	,811
17	126,08	223,980	,558	,803
18	125,51	231,980	,394	,810
19	126,27	229,751	,457	,808
20	126,55	236,501	,212	,818
21	125,80	228,476	,386	,810
22	126,87	232,522	,276	,816
23	126,30	230,763	,434	,808
24	125,82	229,196	,490	,806
25	125,74	235,070	,228	,818

positivas e significativas, excepto para o item 5, que tem uma correlação baixa, inferior a 0,2. Este item foi eliminado.

Para aferir a consistência interna determinou-se o Coeficiente Alfa de Cronbach para os 24 itens restantes, que foi 0,82. Segundo Ribeiro (2007), esta é uma boa consistência interna pois excede 0,80.

O KMO foi 0,80, valor que considera, segundo a classificação de Kaiser, de acordo com Pestana e Gageiro (2000), a análise factorial de componentes principais média, permitindo a prossecução da mesma. O teste de esfericidade de Bartlett, usado para verificar a hipótese da matriz das correlações ser a matriz identidade com determinante igual a 1, de acordo com os mesmos autores levou à rejeição

desta hipótese pois obteve um nível de significância de 0,00, pelo que se prosseguiu com a análise factorial de componentes principais.

Optou-se por manter no estudo factores que explicassem a variância total em mais de 5%, seguindo a mesma estratégia utilizada pelas autoras da escala.

Quadro 2 – Total de variância explicada

Factor	Variância	Variância Acumulada
I	21,32%	21,32%
II	8,06%	29,38%
III	6,16%	35,55%
IV	6,31%	40,85%
V	5,19%	46,04%

Esta solução, que pareceu ser a mais equilibrada e interpretável, resultou em 5 factores, explicando 46,04% da variância (Quadro 2).

Os itens 6, 11, 15 e 17 demonstraram afinidade com mais do que um factor, o que gerou ambiguidade na sua interpretação e implicou a análise de cada situação individualmente. Optou-se por associar o item ao factor em que apresentava maior carga. No entanto, no caso dos itens 11 e 17 considerou-se que seriam mais interpretáveis e que fariam mais sentido se associados a outro factor com o qual também apresentavam carga factorial elevada, uma vez que se tratavam de valores muito próximos, pelo que se justificou a opção de transferi-los para estes. O item 13 apresentou afinidade com um factor, mas com carga factorial negativa (Quadro 3).

Analizou-se a possibilidade de diferenças significativas entre os valores obtidos pela classe de baixa resiliência ($p < 25$) e elevada resiliência ($p > 75$), em todos os itens através do teste t de Student para duas amostras independentes, que permite comparar as médias de dois grupos de casos na mesma variável. Constatou-se que existiam diferenças estatisticamente muito significativas ($p > 0,01$) na comparação de níveis de resiliência entre os 2 grupos em todos os 24 itens, o que indica que todos os itens têm capacidade de discriminação, logo o instrumento é sensível a diferenças significativas entre as médias dos indivíduos que obtiveram baixa resiliência e elevada resiliência.

Num subgrupo de 30 indivíduos, estudou-se também a estabilidade temporal da escala, através do teste reteste. Os valores da correlação de Pearson ($r_{215} = 0,717$; $p < 0,001$) indicaram que a escala apresenta uma boa estabilidade temporal.

Quadro 3 – Análise de Componentes Principais - Rotação ortogonal ou *varimax* com normalização de Kaiser

	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV	Factor V
Factor I					
1. Quando faço planos, levo-os até ao fim.	0.63	0.20	0.34	-0.19	0.00
2. Eu normalmente acabo por conseguir alcançar os meus objectivos.	0.52	-0.03	0.19	0.07	0.30
9. Sinto que consigo lidar com várias coisas ao mesmo tempo.	0.60	0.30	-0.80	-0.11	0.29
10. Sou determinado.	0.67	0.01	0.02	0.21	0.13
23. Quando estou numa situação difícil, normalmente consigo encontrar uma solução.	0.52	0.38	0.03	0.26	-0.20
24. Tenho energia suficiente para fazer o que deve ser feito.	0.44	0.37	0.30	0.07	-0.08
Factor II					
14. Tenho autodisciplina.	0.24	0.43	0.08	0.16	0.21
15. Mantenho-me interessado nas coisas.	0.27	0.47	0.30	0.33	0.16
17. A confiança em mim próprio ajuda-me a lidar com tempos difíceis.	0.24	0.43	0.47	0.20	-0.01
18. Numa emergência, sou alguém com quem geralmente as pessoas podem contar.	0.30	0.45	0.28	-0.29	0.20
19. Normalmente consigo olhar para uma situação de várias perspectivas.	0,28	0,59	0,04	0,24	0,04
20. Às vezes obrigo-me a fazer coisas quer queira quer não.	0.00	0.58	-0.04	-0.21	0.09
22. Eu não fico obcecado com coisas que não posso resolver.	-0.07	0.61	0.07	0.16	-0.08
Factor III					
4. Manter-me interessado nas actividades do dia-a-dia é importante para mim.	0.08	0.03	0.68	0.05	0.10
6. Sinto-me orgulhoso por ter alcançado objectivos na minha vida.	0,30	0,02	0,31	0,23	0,17
12. Vivo um dia de cada vez.	0.25	-0.01	0.62	0.07	-0.02
16. Geralmente consigo encontrar algo que me faça rir.	0.05	0.24	0.60	0.10	0.01
Factor IV					
8. Sou amigo de mim próprio.	-0.08	0.31	0.28	0.53	0.24
11. Raramente me questiono se a vida tem sentido.	0.06	-0.20	0.39	0.32	0.28
13. Posso passar por tempos difíceis porque enfrentei tempos difíceis antes.	0.26	0.30	0.24	-0.46	-0.03
21. A minha vida tem sentido.	0.19	0.12	0.25	0.69	0.03
25. Não tenho problema com o facto de haver pessoas que não gostam de mim.	0.28	0.02	0.09	0.47	-0.17
Factor V					
3. Sou capaz de depender de mim próprio mais do que de qualquer outra pessoa.	0.13	0.14	-0.06	0.13	0.76
7. Normalmente faço as coisas conforme elas vão surgindo.	0.16	0.17	0.30	-0.16	0.61

Discussão

No que concerne à equivalência funcional da escala de resiliência, constatou-se um bom grau de equivalência conceptual, de itens, de semântica, operacional e de mensuração entre a versão original e a portuguesa.

Apesar de algumas dificuldades verificadas a nível da tradução e adaptação transcultural, os resultados obtidos indicaram uma boa aplicabilidade e entendimento do instrumento na amostra estudada. Os resultados indicaram também que a versão adaptada da RS possui boas características psicométricas em termos de fidelidade, nomeadamente consistência interna e estabilidade temporal, validade de constructo (tal como foi avaliada pela análise factorial) e

também boa sensibilidade, determinada pelo índice de discriminação do item.

Optou-se inicialmente por manter todos os itens para assegurar a manutenção de todas as áreas temáticas que constituem a resiliência. No entanto, o item 5 “Posso estar por conta própria se for preciso” foi retirado por apresentar baixa correlação com o total, facto que, poderá estar relacionado com as características da população estudada. A exclusão do item pareceu fazer sentido, pois tratando-se de crianças e adolescentes entre os 10 e os 16 anos, posicionados numa faixa etária que ainda não lhes permite ter atingido a maturidade necessária para estar por conta própria, não possuem, maioritariamente, capacidade de auto-suficiência, inclusivamente do ponto de vista legal. No entanto,

o item poderá ter um comportamento diferente e mostrar-se pertinente se testado em populações com características diferentes. Por este motivo seria importante replicar estes valores com amostras de outras faixas etárias.

O valor de alfa de Cronbach encontrado no presente estudo (0,82) assemelha-se ao encontrado por Wagnild e Young na versão original da RS (0,91), e indica uma boa consistência interna do instrumento. A média dos *scores* deste estudo (126,26) foi relativamente inferior à obtida pelas autoras (147,91). Esta diferença pode ser justificada pelo facto de a amostra do estudo original ser constituída por mulheres de meia-idade, sendo que pessoas mais velhas podem ser mais resilientes por se terem já deparado com maior número de adversidades ao longo da vida e, portanto, com mais oportunidades para as superar.

A escala apresentou uma estrutura multidimensional, tendo a análise factorial confirmado a existência de cinco dimensões. Tentou-se estabelecer um paralelismo com os cinco componentes que, segundo Wagnild e Young, constituem a resiliência, uma vez que haviam elaborado a escala com base nos mesmos.

Os factores 1 a 5 foram denominados “Perseverança”, “Autoconfiança”, “Serenidade”, “Sentido de Vida” e “Auto-suficiência”, respectivamente. De ressaltar que todos os itens apresentaram carga factorial positiva com um intervalo de variação de 0,31 a 0,76, à excepção do item 13, com carga factorial -0,46. Este facto pode ser sugestivo de má formulação do item e da necessidade da sua alteração ou ajustamento e reflecte a dificuldade verificada na sua tradução.

Um dos motivos que poderá ser apontado como causa da ambiguidade na formação de factores prende-se com vários conceitos que estão teoricamente relacionados entre si. Outra possibilidade poderá residir no facto dos dados psicométricos existentes internacionalmente e testados em populações de culturas muito diferentes se terem organizado de forma muito distinta na análise de componentes principais por problemas de entendimento do conceito, que ainda não está totalmente cristalizado e compreendido.

Conclusão

Apesar do valor de estabilidade temporal demonstrado neste estudo se revelar bom, é necessário ter em consideração que a resiliência não é um

processo estanque nem linear: um indivíduo pode em determinada situação apresentar-se resiliente, mas posteriormente não o ser face a outra, e que, esta propriedade da resiliência pode, possivelmente, condicionar o resultado.

Uma das limitações da RS reside no facto de a possibilidade de resposta variar de 1 a 7, sendo que, um número impar, oferece a possibilidade de uma resposta intermédia, podendo esta reflectir uma posição neutra, sem formulação de opinião própria, ou indefinição. Além do mais, as próprias autoras reconhecem que o instrumento não possui questões que possibilitem abordar teoricamente baixos níveis de resiliência. Deste modo, apenas os indivíduos resilientes são aferidos pela escala.

A RS apresenta características satisfatórias de fidelidade (consistência interna e estabilidade temporal), assim como de validade de conteúdo, de constructo e sensibilidade.

A versão adaptada para português de Portugal da RS é um instrumento que pode ser utilizado por enfermeiros no exercício regular das suas funções para aferir níveis de resiliência, nomeadamente na abordagem de crianças e adolescentes. Sugere-se que o modelo da resiliência e processo resiliente e a avaliação da resiliência sejam abordados na formação básica de enfermagem, para que desta forma fosse motivada a utilização continuada de instrumentos adequados, o que poderá conduzir a uma maior eficácia das intervenções de enfermagem dirigidas à criança e ao adolescente.

Conclui-se, assim, que a versão adaptada para português de Portugal da RS é um instrumento fiável, válido e sensível para aferir níveis de resiliência, pelo que se pode recomendar a sua utilização. No entanto, é indispensável que em trabalhos futuros, a escala seja analisada e revista cuidadosamente quando aplicada em amostras com características consideravelmente diferentes.

Referências

1. 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) April-June: 103-125.
2. Anaut, M. 2005. *A Resiliência – Ultrapassar os traumatismos*. Climepsi, Lisboa, 157.
3. Assis, S. G., Pesce, R. P., Avanci, J. Q. 2006. Resiliência: enfatizando a protecção dos adolescentes. *Artmed*, Porto Alegre, 144.
4. Bell, J. 1997. *Como realizar um projecto de investigação*. Colecção Trajectos. Gradiva, Lisboa, 212.
5. Cyrulnik, B. 2003. *Resiliência: Essa inaudita capacidade de construção humana*. Colecção Horizontes Pedagógicos. Instituto Piaget. Lisboa, 240.

6. Hill, M. M., Hill, A. 2000. Investigação por questionário. Edições Sílabo, Lisboa, 377.
7. Junqueira, M. F. P. S., Deslandes, S. F. 2003. Resiliência e maus-tratos à criança. *Cadernos de Saúde Pública* 19 (1) Janeiro-Fevereiro: 227-235.
8. Kaplan, H. B. in Glantz, M. D., Johnson, J. L. Ed. 1999. Resilience and development: Positive life adaptations (longitudinal research in the social behavioral sciences: na interdisciplinary series). Kluwer Academic/Plenum Publishers. New York, 324.
9. Kotliarenco, M. A., Cáceres, I., Fontecilla, M. 1997. Organización Panamericana de la Salud – Programa de Salud del Adolescente. Estado de Arte en Resiliência, Washington DC, 52.
10. Masten, A. S., Gewirtz A. H. Resilience in development: The importance of early childhood in Tremblay R.E., Barr, R.G., Peters, R. V. eds. *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Centre of Excellence for Early Childhood Development, 2006: 1-6. Montreal. Available: <http://www.child-encyclopedia.com/documents/Masten-GewirtzANGxp.pdf> [date visited: 30/09/10].
11. Munist, M., Santos H., Kotliarenco, M. A., Ojeda, E. N. S., Infante, F., Grotberg, E. Organización Panamericana de la Salud, Fundación W. K. Kellogg, Autoridade Sueca para el Desarrollo Internacional, 1998. Manual de identificación y promoción de la resiliência en niños y adolescentes, Washington DC, 86.
12. Pesce, R. P., Assis, S. G., Oliveira, R. V. C. 2004. Risco e Protecção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência, *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, volume 20 n.º 2: 135-143.
13. Pestana, M. H., Gageiro, J. N. 2000. Análise de dados para ciências sociais – A complementaridade do SPSS, 2.ª Edição. Edições Sílabo. Lisboa, 570.
14. Poletti, R., Dobbs, B. 2007. A resiliência – A arte de dar a volta por cima. Editora Vozes, Petrópolis, 102.
15. Ribeiro, J. L. P. 2007. Metodologia de investigação em psicologia e saúde. Legis Editora, Porto, 170.
16. Rutter, M. 1987. Psychological resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol. 57 (3): 316-331.
17. Serra-Sutton, V., Herdman, M. 2001. Metodología de adaptación transcultural de instrumentos de medida de la calidad de vida. *Informatiua ATM* n.º 24 Outubro: 8-10.
18. Slap, G. B. 2001. Conceitos atuais, aplicações práticas e resiliência no novo milénio. *Adolescência Latinoamericana*, Vol. 2 (3): 173-176.
19. Snyder, C. R., Lopez, S. J. 2009. *Psicologia Positiva – Uma abordagem científica das qualidades humanas*. Artmed, Porto Alegre, 516.
20. Sória, D. A. C., Santoro, D. C., Souza, I. E., Menezes, M. F. B., Chagas, M. 2004. A resiliência como objecto de investigação na enfermagem – Temas do 56.º Congresso Brasileiro de Enfermagem – Enfermagem hoje: coragem de experimentar muitos modos de ser (ebook). Available: <http://bstorm.com.br/enfermagem> [date visited: 02/11/05].
21. Spano, S. 2001. Risk, protection and resilience. Act for Youth Upstate Center of Excellence. 113-115.
22. Wagnild, G. M., 2009. The resilience scale user's guide for the U.S. english version of the resilience scale and the 14-item resilience scale, version 1.0. The Resilience Center, Montana, 96.
23. Wagnild, G. M., Young, H. 1993. Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, volume 1 n.º 2: 165-178.
24. Yunes, M. A. M., Szymans, H. Resiliência: noções, conceitos afins e considerações críticas in Nicolau, P. F. M. *Psiquiatria Geral* [online]. 2005. São Paulo. Available: http://www.psiquiatriageral.com.br/psicossomatica/resiliencia_nocoos_conceitos.htm [date visited: 30/09/10].