



**Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura**

**DO DESENVOLVIMENTO DOS FATORES DE RESILIÊNCIA NO
CONTEXTO DA INFERTILIDADE ÀS PERSPECTIVAS ATUAIS**

Helena Bonesi Oliveira Cabral

Brasília, 2017.



Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

**DO DESENVOLVIMENTO DOS FATORES DE RESILIÊNCIA NO
CONTEXTO DA INFERTILIDADE ÀS PERSPECTIVAS ATUAIS**

Helena Bonesi Oliveira Cabral

Dissertação apresentada ao
Instituto de Psicologia da Universidade de
Brasília como requisito parcial para
obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e Cultura.

Orientadora: Dr^a Júlia Sursis Nobre Ferro Bucher-Maluschke

Brasília, 2017

Trabalho apresentado junto ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília,
sob a orientação da Professora Doutora Júlia Sursis Nobre Ferro Bucher-Maluschke.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Júlia Sursis Nobre Ferro Bucher-Maluschke
Universidade de Brasília – UnB

Prof. Dr. Paulo César de Almeida
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Prof^a. Dr^a. Eliane Maria Fleury Seidl
Universidade de Brasília – UnB

Prof^a. Dr^a. Larissa Polejack Brambatti
Universidade de Brasília – UnB

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu avô, Moacyr Paulo Bonesi (*In Memoriam*),
que foi um grande entusiasta dos meus sonhos e conquistas.

AGRADECIMENTOS

À Deus, em primeiro lugar, por me guiar e me capacitar espiritualmente para mais esta jornada de vida e ter colocado em meu caminho pessoas maravilhosas que puderam contribuir de diversas formas para a concretização deste projeto de vida.

À Profª Drª Júlia Bucher, que durante todo o mestrado foi mais que uma orientadora, foi conselheira nos momentos mais difíceis e grande incentivadora em cada etapa. Além disso, permitiu que eu seguisse meu coração e vocação. Indubitavelmente, foi quem me proporcionou valiosos aprendizados os quais jamais esquecerei.

Ao Cristiano que soube ser tolerante nos diversos momentos em que não pude estar presente por estar imersa neste projeto.

Aos meus filhos Cristiano Filho e Ângela Rita que além de me apoiarem torceram por mim. Por eles redobrei minhas forças para mostrar que é preciso seguir, mesmo quando as dificuldades me levaram, algumas vezes, a pensar em desistir.

À minha mãe por sempre apoiar e me fazer acreditar, desde criança, que eu sou capaz.

À minha avó por todo amor incondicional e orações que certamente me sustentaram até aqui.

Minha irmã e meus sobrinhos pela torcida.

Aos proprietários da Genesis Centro de Assistência Humana, Dr. Adelino Amaral, Dra. Hitomi Miura, Dr. Antônio Cesar Paes e Dr. Rubens Iglesias que me apoiaram para que eu conseguisse conciliar o trabalho com os estudos.

Aos professores que me proporcionaram uma gama infinita de possibilidades de conhecimento, em especial, Dr. Áderson Costa Jr., Dra. Eliane Seidl, Dra. Valeska Zanello, Dra. Sheila Murta, Dra. Thereza Cristina Cavalcante e Dra. Isabel Tafuri.

Às amigas Adhara, Edlaine, Iva, Lilia e Mônica, minhas companheiras de vida, obrigada pelo apoio emocional e incentivo, além de compreenderem minha ausência durante este período.

A cada amizade feita no decorrer do mestrado, cada palavra de apoio, troca de experiências e de materiais, além do compartilhamento das angústias e alegrias. Ao Jonas, que no último semestre foi uma pessoa essencial, além de sua amizade.

Aos queridos alunos que me proporcionaram uma experiência única como professora, na qual mais aprendi do que ensinei.

Aos meus clientes como terapeuta que me apoiaram e inspiraram.

Aos professores da minha banca Dr. Paulo César, Dra. Eliane Seidl e Dra. Larissa Polejack. Obrigada pela disponibilidade para ler e enriquecer esta dissertação.

LISTA DE TABELAS

Artigo II

Tabela 1. Critérios de inclusão e exclusão.

Tabela 2. Instrumentos utilizados para avaliar a resiliência em condições clínicas específicas e propostas de intervenção.

LISTA DE FIGURA

Artigo II

Figura 1. Fluxograma PRISMA.

LISTA DE SIGLAS

AN-Afeto Negativo;

AP- Afeto Positivo;

AR- Alto Risco

ASP-Apoio Social Percebido

APA – American Psychological Association

BDTD - Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações

BRS - Brief Resilience Scale

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CA-Câncer;

CD-RISC - Connor–Davidson Resilience Scale

CPT- Crescimento Pós-Traumático

CSF-Carga dos Sintomas da Fibromialgia

DRCP- Doença Renal Crônica Precoce

EB- Espinha Bífida

EM- Esclerose Múltipla

FIV- Fertilização in vitro

FP-Fator de Proteção

FR- Fator de Risco

IM- Infarto do Miocárdio

LES - lupus erythematosus

LM-Lesão Medular

OMS - Organização Mundial da Saúde

Pré-ETDR - Pré-Estágio Terminal de Doença Renal

QV - Qualidade de Vida

RES – Resiliência

RPR- Reabilitação Psicossocial Rotineira

RS – *Resilience Scale* (Escala de Resiliência)

RSA - Resilience Scale for Adults

RSM - *Rasch Rating Scale Model*

TCC- Terapia Cognitiva-Comportamental

TCCG- Terapia Cognitiva-Comportamental Grupal

TCCI - Terapia Cognitiva-Comportamental Individual

TCTH - Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas

TEPT - Transtorno de Estresse Pós-Traumático

TRAs - Tecnologia de Reprodução Assistida

APRESENTAÇÃO

Desde a minha formação em psicologia na Universidade Vale do Rio Doce, em Governador Valadares, Minas Gerais, compreendi que o que eu tinha em minhas mãos era mais do que um diploma, era um passaporte para novas buscas de conhecimento em psicologia. Após alguns anos, depois que me mudei para Brasília, recebi um convite para trabalhar como psicóloga organizacional e clínica em uma clínica de reprodução humana assistida. Foi quando me dei conta de que era preciso me preparar e me reciclar para este desafio profissional. Era preciso compreender de forma mais aprofundada o contexto da infertilidade, maternidade, parentalidade e família.

Diante da necessidade de buscar novos conhecimentos e me especializar, resolvi entrar no processo de admissão do mestrado para atingir esse objetivo. Assim que obtinha êxito em cada etapa do certame, mais perto estava da oportunidade de concretizar aquele objetivo. Passadas as etapas, iniciei o mestrado em 2015 e agora pretendo finalizá-lo, com o fundamental suporte e apoio da minha orientadora, professora Julia Bucher, que em sua longa trajetória como psicóloga, professora e pesquisadora, foi pioneira e grande precursora na área de terapia conjugal e familiar na região do Centro-Oeste e no Brasil.

Dessa forma, escolhi como tema para minha dissertação a resiliência no contexto da infertilidade no âmbito da saúde. A pergunta geral foi: de que forma a resiliência é mensurada e aplicada na prática clínica no contexto de infertilidade humana? Em resposta, o objetivo foi identificar e analisar as produções científicas da psicologia relacionadas aos principais aspectos relacionados à resiliência no tratamento da infertilidade.

O primeiro manuscrito é uma revisão que abordou o desenvolvimento do aporte da resiliência no contexto da infertilidade e a destacou como um recurso individual, passível de promoção por profissionais no tratamento dos indivíduos inférteis. Foram apresentados os conceitos de infertilidade, resiliência e *coping*, bem como a evolução temporal da psicologia

e do aconselhamento em infertilidade a partir de 1930. Articularam-se importantes lacunas entre a avaliação da resiliência e a propositura das intervenções psicológicas.

O segundo artigo é uma ampliação das indagações pensadas, discutidas e construídas a partir do primeiro artigo. O objetivo foi identificar e analisar a utilização de instrumentos de avaliação da resiliência nas bases de dados da psicologia e saúde. Do mesmo modo, buscou-se abordar a construção contemporânea deste conceito, bem como compreender a importância no campo teórico e prático da psicologia. Trata-se de uma revisão sistemática que seguiu a metodologia PRISMA. Posteriormente, foram levantados os principais instrumentos utilizados na mensuração da resiliência (CD-RISC, Escala de Resiliência, Escala de Resiliência para Adultos e Escala Breve de Resiliência). Os estudos avaliaram a resiliência e a correlacionaram com outras variáveis atinentes a cada objetivo proposto, que foram destacadas com as propostas de intervenção trazidas pelos autores.

Espera-se que esta dissertação inspire estudos teóricos e práticos sobre a abordagem da resiliência. E que profissionais da saúde se empenhem para inserir a resiliência como um fator de proteção a pacientes acometidos por adversidades em condições de adoecimento, a fim promover a qualidade de vida. E por fim, contribuir com o aperfeiçoamento da prática profissional e clínica.

SUMÁRIO

RESUMO	14
ABSTRACT	15
ARTIGO I - DESENVOLVIMENTO DOS FATORES DE RESILIÊNCIA NO CONTEXTO DA INFERTILIDADE: REVISÃO.....	16
Resumo.....	16
Abstract	16
Introdução	18
Método	23
Resultados	24
a) método e instrumentos adotados pelos estudos que investigaram resiliência e <i>coping</i> no contexto de infertilidade.....	24
b) fatores de resiliência em casais, mulheres e homens inférteis.....	25
c) implicações terapêuticas e o desenvolvimento dos fatores de resiliência no contexto da infertilidade	29
Discussão	32
Referências.....	37
ARTIGO II – AVALIAÇÃO DA RESILIÊNCIA E PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA: REVISÃO SISTEMÁTICA.....	41
Resumo.....	41

Abstract	41
Introdução	43
Método	49
Resultados	51
Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC).....	58
Escala de Resiliência (<i>Resilience Scale</i> – RS)	61
Escala de Resiliência para Adultos (<i>Resilience Scale for Adults</i> - RSA)	63
Escala Breve de Resiliência (<i>Brief Resilience Scale</i> – BRS).....	64
Discussão	65
Controvérsias da Resiliência como Traço ou Processo.....	65
Correlação Entre Resiliência e Outras Variáveis	66
Propostas de Intervenção.....	67
Referências.....	71
CONSIDERAÇÕES FINAIS	78

RESUMO

A presente dissertação objetiva conduzir uma revisão do estado da arte, brasileira e internacional, relacionada aos fatores de resiliência no campo da psicologia da saúde, especialmente em infertilidade. Para tanto, foram desenvolvidas duas revisões da literatura. A primeira aborda as avaliações promotoras da resiliência no contexto da infertilidade e seus tratamentos. Foram incluídos 17 artigos, publicados entre 2007 e 2016, selecionados em oito bases de dados. Foram articuladas as lacunas na avaliação da resiliência, bem como a propositura de intervenções psicológicas no aconselhamento em infertilidade. O segundo é uma revisão sistemática da literatura (PRISMA), que identificou os principais instrumentos utilizados para mensurar a resiliência e as intervenções aplicadas à psicologia da saúde. Foram analisados 23 artigos, publicados entre 2013 e 2017, selecionados em quatro bases de dados. Os resultados apontaram que a resiliência é um construto de conceitos polissêmicos. Utilizar a polissemia do conceito amplia as possibilidades de desenvolvimento da resiliência. Foram identificadas as escalas que avaliaram a resiliência juntamente com outros instrumentos para atingir os objetivos específicos na avaliação das populações estudadas. As revisões sugerem que sejam desenvolvidos estudos interventivos para a prática clínica em populações e contextos específicos. Os indivíduos que enfrentam situações adversas de saúde, podem se beneficiar das intervenções que promovam a resiliência e os fatores protetivos.

Palavras-chave: reprodução humana assistida, tecnologias reprodutivas, avaliação da resiliência, infertilidade, psicologia da saúde

ABSTRACT

This dissertation aims to conduct a review in the state of art, Brazilian and international, related to the resilience factors in the field of health psychology. Therefore, we developed two reviews of the literature. The first addresses to evaluations that promote resilience in the context of infertility and its treatments. 17 papers were included, published between 2007 and 2016, selected from 8 databases. We articulated the gaps in resilience assessment and the existing proposes of psychological interventions in counseling infertility. The second is a systematic review of the literature (PRISMA), that identified the main instruments used to measure resilience and the interventions applied to health psychology. 23 papers published between 2013 and 2017 were analyzed from 4 databases. The results pointed out that resilience is a polysemic conceptual construct. The use of polysemy in the concept broads possibilities in developing resilience. We identified scales which evaluated resilience with other tools to reach specific objectives in the evaluation of the studied populations. The reviews suggest the development of intervention studies for the clinical practices in contexts and populations. Individuals facing adverse situations in health can be benefited with interventions that promote resilience and the protective factors.

Keywords: assisted human reproduction, reproduction technologies, resilience assessment, infertility, health psychology

ARTIGO I - DESENVOLVIMENTO DOS FATORES DE RESILIÊNCIA NO CONTEXTO DA INFERTILIDADE: REVISÃO

Resumo

Este estudo aborda o desenvolvimento do aporte da resiliência no contexto da infertilidade e destaca que embora a resiliência seja um recurso individual, pode ser promovida por profissionais que lidam com indivíduos inférteis, que estejam ou não em tratamento reprodutivo. Dessa forma, o *coping* - conjunto de estratégias de enfrentamento - tem sido utilizado pelas pessoas para se adaptarem às circunstâncias adversas. Para o levantamento bibliográfico utilizou-se as bases de dados PubMed, Oxford Journals, Springer, Elsevier, OneFile, Web of Science, MEDLINE, Scielo e Scopus cujos descritores utilizados para a busca foram resilience and infertility, childlessness, resilience and infertile, quality of Life and Infertile Couples e resilience, publicados entre 2007 e 2016, escritos no idioma português, espanhol ou inglês. Após análise dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados dezessete artigos para este estudo. Os achados apontaram que indivíduos que apresentam recursos mais resilientes, enfrentam melhor sua condição infértil se comparado àqueles que apresentam níveis mais baixos. A partir desta conclusão, o desafio para o profissional se inscreve na sua forma de atuação a fim de promover a resiliência nesta população.

Palavras-chave: infertilidade, resiliência, tecnologia reprodutiva, psicologia

Abstract

This study deals with the development of the contribution of the resilience in the context of infertility and points out that although resilience is an individual resource, can be promoted by professionals who deal with infertile individuals, that whether or not reproductive treatment. Thus, set of coping strategies have been used by people to adapt to adverse circumstances. For the bibliographic survey used the databases PubMed, Oxford Journals, Springer, Elsevier, OneFile, Web of Science, MEDLINE, Scielo and Scopus

whose keywords used for searching were Resilience and infertility, childlessness, resilience and infertile, quality of life and infertile couples and resilience, dated between 2007 and 2016, in portuguese, spanish or english. After analysis of the inclusion and exclusion criteria, seventeen articles were selected for this study. It is concluded that individuals who present features more resilient, better face your infertile condition than those that present lowest levels. From this finding, the challenge for the professional subscribes on your way to act in order to promote resilience in this population.

Keywords: Infertility, resilience, reproductive tecnology, psychology

Introdução

O presente artigo de revisão de literatura aborda as temáticas: infertilidade, resiliência e *coping*. É importante destacar que o termo *coping* foi introduzido neste estudo para melhor compreensão, por parte do leitor, sobre os achados da investigação sobre infertilidade e resiliência, já que alguns artigos que compõem esta revisão estabeleceram relação entre *coping* e resiliência no contexto da infertilidade.

A infertilidade humana é definida clinicamente pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009) como uma doença do sistema reprodutivo ou pela falha de se obter gravidez clínica após 12 meses ou mais de coito regular desprotegido. É considerada como um problema de saúde, com implicações médicas e psicológicas, e a legitimidade do anseio de superá-la (Conselho Federal de Medicina, 2015).

Os problemas de infertilidade não são privilégio deste tempo, estiveram sempre presentes na história e a fecundidade não perdeu seu *status* valorativo, mas contudo, a contemporaneidade nos privilegiou com a técnica de reprodução assistida (TRA) que, todavia, ainda não oferece total garantia para se obter a gravidez (Straube, 2013). Zegers-Hochschild et al. (2009) definiram no glossário de terminologia das técnicas de reprodução assistida que: TRAs são os tratamentos ou procedimentos que incluem a manipulação *in vitro* tanto dos oócitos humanos quanto dos espermatozóides, ou embriões, com o propósito de se estabelecer uma gravidez que inclui, mas não está limitada, à fertilização *in vitro* com transferência de embriões, a transferência intratubária de gametas, a transferência intratubária de zigotos, a transferência intratubária de embriões, a criopreservação de gametas e embriões, a doação de oócitos e embriões e a cessão temporária de útero (*surrogacy*), o que não inclui inseminação assistida (inseminação artificial) utilizando espermatozóides, sejam do parceiro da mulher ou de um doador. Embora as tecnologias reprodutivas possam ser um caminho para a realização da parentalidade, Chochovski e Charman (2013) adiantam que a taxa da

falha de fertilização *in vitro* (FIV) é de cerca de 75% por ciclo e estas tentativas malsucedidas podem provocar nos pacientes em tratamento, depressão clínica aguda e outros transtornos.

Segundo Straube (2013) nos dias de hoje, a infertilidade é vista como uma enfermidade peculiar, caracterizada tanto pela sua invisibilidade, quanto pela possibilidade de não produzir mal-estar físico. Segundo ela, a peculiaridade também se expressa no fato de que este quadro se constitui apenas quando existe um desejo que encontra obstáculos para se concretizar. Contudo, nos tempos atuais, a medicina reprodutiva tem buscado dialogar com outras especialidades médicas a fim de preservar a fertilidade, como por exemplo, criopreservar, ou seja, congelar gametas, antes que pacientes se submetam aos tratamentos de quimioterapia e radioterapia, que por sua vez podem levar a um período considerável de infertilidade, até que o aparelho reprodutivo se restabeleça novamente.

Embora a infertilidade seja um diagnóstico tecnicamente médico, precipita para os casais que tentam tornar-se pais, uma mudança na "jornada" da vida que se desenrola durante meses e por vezes anos, e é percebida, pela maioria dos casais, como sendo a priori uma crise, ou então, uma interrupção, e finalmente um "descarrilamento" de sonhos de vida, lançando muitas vezes as pessoas para a terapia (Shapiro, 2009). A fertilidade, percebida como uma experiência comum, pode fortalecer o relacionamento, mas, por outro lado, a falha no cumprimento do desejo de filiação, nos papéis de gênero, assim como os encargos das intervenções reprodutivas, podem gerar conflitos e problemas de comunicação entre o casal (Cserepes, Kollár, Sápy, Wischmann, & Bugán, 2013).

Para relacionar a infertilidade com resiliência e *coping*, é preciso que estes últimos termos sejam definidos com a finalidade de compreendê-los e correlacioná-los. O termo resiliência para os brasileiros e pesquisadores falantes de línguas latinas, segundo Bradão, Mahfoud e Nascimento (2011), têm uma concepção que a entende ora como resistência ao estresse, ora como associada a processos de recuperação e superação de abalos emocionais

causados pelo estresse. Nahar e van der Geest (2014) descreveram a resiliência literalmente como saltar para trás, como a capacidade de resistir à adversidade e não ser esmagado por ela. Afirmam, ainda, que a resiliência não muda a situação externa vivenciada pelas pessoas, pelo contrário, implica em capacitá-las a lidar com essas situações, e uma indagação surge ao se pensar de onde se origina a capacidade de recuperação delas.

Já o *coping* é concebido como o conjunto das estratégias utilizadas pelas pessoas para se adaptarem às circunstâncias adversas, ao passo que os esforços despendidos pelos indivíduos para lidar com situações estressantes, crônicas ou agudas, têm se constituído em objeto de estudo da psicologia social, da saúde, da clínica e da personalidade, encontrando-se fortemente atrelado ao estudo das diferenças individuais (Antoniazzi, Dell'Aglio, & Bandeira, 1998).

Para Sexton, Byrd e Kluge (2010), a resiliência tem que ser analisada no contexto da infertilidade, apesar das conhecidas relações entre àquela e outras condições médicas. Na opinião destes autores, os pesquisadores têm negligenciado largamente a resiliência psicológica dentro da população infértil. Os estudos que abordam infertilidade, resiliência e *coping* têm trazido à tona várias lacunas e algumas considerações importantes sobre as associações entre estes temas. Nesse sentido, Ridenour, Yorgason e Peterson (2009) relataram que apesar das numerosas abordagens que têm sido aplicadas à infertilidade, poucas examinaram a resiliência e as interconexões entre as influências externas, individuais e conjugais. Os autores analisaram os fatores específicos identificados na literatura que poderiam ajudar os casais no *coping* e no construto da resiliência quando confrontado com a infertilidade. Eles, então, apresentaram um modelo de resiliência de infertilidade (MRI), que incorporava os fatores externos, individuais e conjugais, para que pudessem fornecer orientações baseadas em investigação da análise do nível de resiliência dos casais em relação à infertilidade. Especificamente, os estressores familiares interagem com as percepções, os

recursos e as estratégias de *coping*, que levam a família à adaptação ou a resultados de resiliência. Estes autores apontaram alguns fatores de proteção a nível conjugal – qualidade da relação antes de experimentar a infertilidade, algumas habilidades de comunicação, acesso a informações e aos tratamentos de infertilidade – e a nível individual – saúde mental e religiosidade/ espiritualidade.

Em outro estudo, Shapiro (2009) apontou cinco dimensões as quais a infertilidade causaria uma reviravolta no casal emocionalmente resiliente, como segue:

Em primeiro lugar, o diagnóstico de infertilidade geralmente é totalmente inesperado, talvez chegando depois de anos de prática do controle cuidadoso de natalidade. Segundo, a infertilidade é uma "deficiência invisível" e considerando seu estigma, existem poucos modelos de *coping* bem-sucedido. Terceiro, a infertilidade representa uma perda de controle de funções reprodutivas, de tempo e dinheiro e da capacidade em prosseguir sem sobressaltos, com uma vida de esperanças e sonhos. Quarta, a infertilidade representa uma sucessão de perdas ao longo do tempo, com a incerteza sobre o resultado final lançando uma rede de tristeza e de desespero. E, finalmente, a infertilidade é especialmente difícil porque afeta profundamente a vida dos parceiros - como a infertilidade se torna conhecida, o casal necessita renegociar o relacionamento não apenas com um outro, mas com seus pais e sogros, irmãos, empregadores, colegas de trabalho, vizinhos, amigos e profissionais de saúde (Shapiro, 2009). Compreender esse contexto é fundamental para atuação dos profissionais da saúde, tendo em vista que a psicologia aplicada à infertilidade evoluiu em consonância com os avanços na área reprodutiva.

Boivin e Gameiro (2015) descreveram cinco principais mudanças de paradigma a fim de ilustrar a evolução da psicologia e do aconselhamento em infertilidade: a primeira mudança de paradigma foi em 1930 quando os conceitos psicossomáticos foram introduzidos na obstetrícia e ginecologia como fatores causais para explicar porque razão alguns casais

não poderiam conceber, apesar da ausência de patologia orgânica. Mais tarde, segundo os autores, esses conceitos foram chamados de “modelo psicogênico de infertilidade”, para explicar a ausência de identificação das causas biomédicas da infertilidade. No segundo momento, o movimento de defesa da enfermagem na década de 70, estimulou a investigação das consequências psicossociais da infertilidade e promoveu o aconselhamento para ajudar os casais que sofriam com a infertilidade quando tratamentos médicos muitas vezes não poderiam ajudá-los a conceber. A terceira mudança ocorreu com o advento da fertilização *in vitro* (FIV), em 1978, gerando demandas por profissionais de saúde mental em clínicas de fertilidade. Nesta época, o profissional da área de saúde mental avaliava a capacidade dos casais em suportar as exigências deste novo tratamento de alta tecnologia, bem como a sua adequação como pais em potencial. O quarto momento, na década de 90, observou-se a adoção da medicina reprodutiva, dos princípios da medicina baseada em evidências, que introduziu uma abordagem muito mais rigorosa para a prática médica (eficácia e segurança) que se estendeu às intervenções psicossociais. Ainda segundo estes autores, a mais recente mudança de paradigma, acontece no novo milênio, considerando-se que a adesão ao tratamento prolongado da fertilidade dependia da adoção de uma abordagem integrada de cuidados de infertilidade. Tal abordagem poderia reduzir a carga decorrente de tratamento de várias fontes (ou seja, o paciente, a clínica e o tratamento).

É no contexto da infertilidade e da intervenção profissional, que o presente estudo se insere, com os objetivos de: a) analisar por meio de revisão da literatura, os fatores de resiliência em casais, estratégias de *coping* e manutenção do tratamento de infertilidade; b) compreender de que forma a resiliência é abordada nesses estudos e a possibilidade de ser utilizada, ou não, como um aporte para a intervenção psicoterapêutica e de aconselhamento no enfrentamento da infertilidade e c) identificar se indivíduos mais resilientes demonstram melhores estratégias de *coping* da condição infértil e se engajam em outros projetos de vida.

Método

Para realizar a busca, foi feito um levantamento de palavras ou termos que poderiam servir como descritores, foram elas: resilience and infertility, childlessness, resilience and infertile, quality of life and infertile couples, resilience. Os dois últimos descritores não trouxeram novidades, apenas artigos duplicados.

Primeiramente, o estudo incluiu os artigos datados entre 2012 a 2016, porém, após a busca nas bases de dados PubMed, Oxford Journals, Springer, Elsevier, OneFile, Web of Science, MEDLINE, Scielo e Scopus, o quantitativo de estudos encontrados foi igual a dez artigos, sendo assim, optou-se por incluir também os artigos datados entre 2007 a 2011 e foram encontrados mais sete estudos, totalizando dezessete artigos para realizar esta revisão. O critério de inclusão, após a busca nas bases, com os descritores escolhidos, consistiu em artigos revisados por pares; textos completos; ser redigido em língua portuguesa, inglesa ou espanhola, e que abordassem a temática da resiliência e infertilidade, e avaliação da resiliência associada com evento traumático de saúde. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados e aqueles cujo teor, após leitura do resumo e texto, não contribuiriam com os objetivos deste artigo.

Também foram incluídos, por meio de busca manual da literatura, para melhor compreensão dos achados, alguns artigos sobre o conceito de resiliência e *coping*. Para o conceito de infertilidade foi pesquisado em glossário (Zegers-Hochschild et al., 2009) e resoluções (Conselho Federal de Medicina, 2015) atinentes a esta temática. Com a finalidade de complementar este estudo, utilizou-se informações contidas na publicação do 1º consenso de psicologia em reprodução assistida, publicado no XVI Congresso Brasileiro de Reprodução Assistida (Straube, 2013).

Resultados

Os resultados obtidos a partir da busca serão discutidos quanto (a) método adotado por esses estudos, (b) fatores de resiliência em casais, mulheres e homens inférteis, estratégias de *coping* e manutenção do tratamento de infertilidade (c) intervenções terapêuticas e o desenvolvimento dos fatores de resiliência no contexto da infertilidade. Essas categorias foram selecionadas com o propósito de fornecer subsídios para a discussão acerca da resiliência e estratégias de *coping* no contexto da infertilidade.

a) método e instrumentos adotados pelos estudos que investigaram resiliência e *coping* no contexto de infertilidade

Dentre os instrumentos utilizados para medir a resiliência em indivíduos, o mais utilizado foi o Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC), um instrumento com 25-itens de 5 pontos na escala Likert de avaliação de "qualidades pessoais que permitem prosperar face à adversidade" (Connor e Davidson, 2003, p. 76, como citado em Sexton et al., 2009) – utilizados por três estudos. Apenas um estudo utilizou a Escala de Resiliência (RS) - com 25 itens de 7 pontos (RS-25) (Shumacher et al. 2005, como citado em Herrmann et al., 2011). Para avaliar o indivíduo infértil, três pesquisas utilizaram o Inventário de Problema e Fertilidade (IPF) que é composto por 46 itens com 6 fatores - preocupação social, preocupação sexual, preocupação com a relação, rejeição do estilo de vida sem filhos, desejo de parentalidade e uma escala total medindo o estress global – o que permite avaliar o estress causado especificamente por desordens na fertilidade, em que um alto score significa alto stress (Newton et al., 1999 como citado em Herrmann et al., 2011).

Mousavi et al. (2013) criticaram acerca do maior uso de ferramentas gerais em detrimento das específicas nas pesquisas que avaliaram a qualidade de vida nos casais inférteis. Eles apontaram que a utilização do instrumento Fertility Quality of Life (FertiQoL), elaborado para avaliar a qualidade de vida nos pacientes inférteis, durante ou após o

tratamento, seria confiável. Para estes autores, o seu uso facilitaria a adequação na aplicação de abordagens terapêuticas, além de que, a atenção ao estado de depressão e ansiedade seria necessária para melhoria da qualidade de vida, assim como identificar as relações causais entre essas variáveis. Embora o FertiQoL seja um instrumento específico, nenhuma pesquisa, contemplada por esta revisão, a utilizou.

Dentre os sete artigos encontrados no período compreendido entre 2007 a 2011, quatro analisaram a resiliência em casais inférteis, dois abordaram a resiliência em mulheres inférteis e apenas um abordou outras variáveis relacionadas à infertilidade feminina. Dos dados entre 2012 a 2016, apenas um analisou a resiliência em casais inférteis, quatro em mulheres, tendo o restante abordado outros aspectos da infertilidade ou conjugalidade.

b) fatores de resiliência em casais, mulheres e homens inférteis

Identificar qual instrumento utilizado.

No que diz respeito aos fatores de resiliência, aqueles de risco, estariam relacionados com o estresse que os casais podem experimentar com a infertilidade, em diferentes níveis, e para os fatores de proteção, considera-se ambos os recursos, em nível individual e conjugal (Ridenour et al. 2009). Eles exemplificam que alguns fatores de proteção conjugal podem incluir a qualidade da relação antes de experimentar a infertilidade, algumas habilidades de comunicação e o acesso a informações e tratamentos de infertilidade, podendo os fatores de proteção individual incluir a saúde mental e religiosidade/espiritualidade. Os fatores de resiliência, nos estudos encontrados, foram avaliados ora individual, ora conjugalmente.

Chochovski, Moss e Charman (2013) concluíram, a partir da aplicação da Escala de Resiliência e outros instrumentos, em uma amostra contendo 184 mulheres que não engravidaram após o tratamento de FIV, que aquelas que apresentaram níveis mais altos de resiliência no tratamento, eram menos depressivas. Estes autores apontaram que com o decorrer do tempo, desde o insucesso do tratamento, a capacidade resiliente foi sofrendo um

decrécimo, sugerindo então, que resiliência seria benéfica inicialmente, mas não seria vital para uma recuperação futura. Segundo os mesmos autores, as mulheres têm a necessidade de sentir que a elas são concedidas o apoio de seus parceiros, como suporte em sua recuperação.

Outras pesquisas também abordaram a temática da resiliência para compreender de que forma se correlaciona com a infertilidade. Peters, Jackson e Rudge (2011) salientaram que as narrativas dominantes sobre a infertilidade involuntária em casais têm uma tendência em enfatizar as sequelas negativas tanto para a saúde psicológica quanto para o relacionamento entre os casais. Todavia, os autores consideram que isso pode ser contestado por narrativas de resiliência de casais que continuaram em relacionamentos estáveis apesar de permanecerem sem filhos após o tratamento. Eles estudaram uma amostra de dez pessoas (cinco casais) inférteis, que apesar de terem se submetidos à TRA, haviam permanecido sem filhos.

McMahon, Gibson, Allen e Saunders (2007) avaliaram, a partir de alguns instrumentos (dentre eles o Personal Views Survey - PVS III, para mensurar a resiliência e felicidade), as relações entre a idade e o bem-estar psicossocial em casais submetidos às técnicas de reprodução assistida (TRA) e apontaram que na maioria das pesquisas sobre pais mais velhos, os efeitos da idade são confundidos com efeitos de infertilidade. Eles apontaram que as mães com idade mais avançada, apresentaram maior resistência psicológica, maior maturidade psíquica e resiliência, porém, menor identificação com a maternidade quando comparadas às mães mais jovens da amostra do estudo. Driscoll et al. (2015) realizaram uma pesquisa longitudinal, contendo amostra de 102 mulheres com insuficiência ovariana primária, um tipo distinto de infertilidade segundo a qual uma mulher perde a função normal dos seus ovários antes de 40 anos. Eles apontaram que a mulher mais resiliente, com esse tipo de insuficiência, teria maior probabilidade de bem-estar futuro do que aquelas com baixa resiliência, e esta última, com maior probabilidade de sofrimento futuro.

Scali et al. (2012) avaliaram os efeitos do transtorno psiquiátrico e história de trauma na auto-avaliação da resiliência, utilizando o instrumento CD-RISC 10, em uma amostra com duzentos e trinta e oito mulheres, sendo 122 participantes em um estudo de sobreviventes de câncer de mama e 116 participantes sem antecedentes de câncer. Eles concluíram que a autoavaliação da resiliência é influenciada tanto pelo transtorno de ansiedade atual como pela história de trauma passado e que uma associação positiva (tirar) entre a resiliência e essa exposição a traumas, pode indicar um efeito de "vacinação". Eles afirmaram que maior resiliência se associou a um menor transtorno de ansiedade. Os indivíduos confrontados com um evento traumático suscitaram uma reavaliação dos objetivos e prioridades de vida e se engajaram em maior investimento nos seguintes aspectos: valorização da vida, relações interpessoais, de espiritualidade e de recursos pessoais (Scali et al. 2012).

Peters et al. (2011) demonstraram a partir dos casais estudados, ser de fundamental importância o estabelecimento e a realização de outros objetivos de vida após o fracasso sentido pela incapacidade de procriar pois, apesar de terem foco determinado, foi necessário assumir que a TRA não lhes deu a chance de prosseguirem com o objetivo da parentalidade.

Segundo Sexton et al. (2010), as mulheres com problemas de fertilidade evidenciaram níveis de resiliência significativamente mais baixos do que as normas publicadas. Eles afirmaram que os níveis de resiliência foram mais semelhantes aos descritos para pacientes psiquiátricos ambulatoriais e associados tanto ao sofrimento geral quanto específico de infertilidade.

Nahar e van der Geest (2014) estudaram uma amostra com vinte mulheres inférteis de Bangladesh, num contexto em que a maternidade é parte integrante do estereótipo do gênero feminino e a ausência de filhos acaba sendo uma experiência devastadora, e descreveram como elas assumem ações inovadoras com a intenção explícita de mudar suas vidas. Para eles, em Bangladesh, a mulher infértil é, de fato, considerada desviante, patológica e

inaceitável. Ao explorarem como essas mulheres desviantes manejam esta situação, os autores chegaram à conclusão de que são resilientes com base na sua força interior e inventividade social que conseguem fazer em resposta a uma situação de extrema injustiça e estigma firmemente embutido na cultura local. Eles relatam que as mulheres da zona rural procuram se tornar indispensáveis pelo cuidado assumido com os sogros e vizinhos e, concomitantemente, fazem uso da medicina popular, junto às curandeiras, conseguindo assim protelar o segundo casamento do marido ou o seu divórcio (sendo esta a pior opção para a mulher), e assim conseguem ampliar sua rede social de tal forma que passam a ser defendidas frente aos seus esposos. Já as mulheres da cidade demonstram resiliência ao se engajarem em projetos de trabalho e educacionais. Assim, os autores concluem por dois tipos de fatores protetivos que promovem a resiliência: investimento em rede de apoio e em novos projetos de vida.

Yu et al. (2013) analisaram se a resiliência e suporte social poderiam prever o crescimento pós-traumático em mulheres chinesas com infertilidade. Os achados destes autores apontaram que a média do nível de resiliência foi menor que a observada na população em geral, e que o aconselhamento profissional e a intervenção psicológica são necessários para promoção de maiores níveis de resiliência mediante alguma situação pós-traumática.

Turner et al. (2013) realizaram um estudo piloto, com amostra de 44 mulheres submetidas a fertilização *in vitro*, e avaliaram por meio de três questionários, os níveis de ansiedade, estresse e resiliência em três pontos de tempo no ciclo de fertilização *in vitro* - basal antes do início da estimulação ovariana (T1); um dia antes da captação oocitária (T2); e cinco a sete dias após a transferência de embriões, enquanto aguarda o resultado de gravidez (T3). Eles observaram que a ansiedade e o estresse não se alteraram de forma significativa em todo o ciclo, enquanto a resiliência diminuiu ao longo do tempo, especialmente na repetição

da fertilização *in vitro*. Encontraram ainda, níveis elevados de estresse e ansiedade em mulheres tanto para primeiro quanto para os repetidos ciclos de FIV. Além disso, a baixa dos níveis de estresse e ansiedade no dia anterior à captação oocitária, foram associados com o sucesso de gravidez, após a aplicação de 12 modelos de regressão logística, utilizados para prever a gravidez a partir de cada uma das três medidas (T3).

c) implicações terapêuticas e o desenvolvimento dos fatores de resiliência no contexto da infertilidade

Banerjee e Basu (2014) analisaram a diferença entre indivíduos com boa e má qualidade conjugal em termos de dimensões de personalidade, estilos de vinculação e *coping* e concluíram que existem diferenças significativas entre os companheiros com boa qualidade conjugal e aqueles com má qualidade conjugal em termos de alto neuroticismo - indivíduos que, no longo prazo, demonstraram maior tendência a um estado emocional negativo - menos extroversão, baixa segurança do vínculo conjugal, baixo *coping* focado no problema, menor aceitação e maior negação. Para os mesmos autores, no caso das esposas, existe uma diferença significativa entre as mulheres com alta e baixa qualidade conjugal em termos de *coping* religioso, aceitação e apoio social e combinando os resultados, sugeriram que a boa comunicação entre parceiros, paciência e resolução de problemas por meio de discussão pessoal pode ajudar a resolver a insatisfação em sua jornada. Ser capaz de abdicar do objetivo da gravidez e da parentalidade após um investimento substancial para alcançá-los e, então, reinvestir em outros projetos, pode significar resiliência nos casais sem filhos (Peters et al., 2011).

As relações recíprocas entre a resiliência e ambos, infertilidade e sofrimento geral, podem ajudar os profissionais a diferenciarem os indivíduos que poderiam possuir qualidades que lhes inoculassem contra os efeitos adversos das sequelas psicológicas que frequentemente acompanham a infertilidade e as intervenções médicas (Sexton et al. 2010).

Para Shapiro (2009), o terapeuta que trabalha com casais inférteis precisa partir da perspectiva do casal como um desenvolvimento de família cuja fantasia do bebê já pode ocupar um lugar pungente. Para esta autora, se o casal já tiver experimentado um aborto ou ainda um nascimento de um bebê morto, o peso da perda de seu bebê é muito mais concreto. Segundo ela, o gênero influencia muito as reações de cada um dos membros do casal e sendo assim, o terapeuta deveria conhecer as relações de papéis de gênero e utilizar essa perspectiva para estimular a discussão, comunicação e a empatia entre os parceiros, bem como reconhecer como a experiência cronológica de infertilidade gera problemas únicos para cada um.

Outro ponto destacado como importante pelos pesquisadores Greil, Shreffler, Schmidt, e McQuillan (2011) é conhecer as características do caso de infertilidade para entender por que as mulheres variam em suas experiências de infertilidade, fato constatado em sua pesquisa. Para eles, a melhor compreensão da variação na experiência de infertilidade deve ajudar aos cuidadores a compreenderem melhor as necessidades das mulheres com infertilidade, incluindo aquelas que não estão atualmente procurando ou recebendo os serviços de reprodução humana assistida.

Peters et al. (2011) encontraram maior nível de resiliência nos casais que tinham maior tempo decorrido desde a decisão de permanecer sem filhos quando comparado àqueles para os quais a decisão foi recente. A resiliência pode diferir em linhas de sexo ou mudança em todas as fases especiais da vida, ressaltando a necessidade de se assistir a aspectos psicossociais, de desenvolvimento, e contextos culturais (Sexton et al. 2010). Nesse sentido, Shapiro (2009), relata que as formas em que o gênero influencia a capacidade de cada parceiro em lidar com o estresse da infertilidade e fornece um desafio para o terapeuta, que precisa saber quais perguntas fazer e quais as questões a prosseguir e como procurar formas construtivas para o casal se tornar resiliente.

Segundo Sexton et al. (2010) talvez o mais importante seria identificar habilidades de *coping* que pudessem ser ensinadas a indivíduos menos resilientes submetidos ao tratamento para infertilidade. Para o autor, as terapias que reforçam a resiliência podem não só melhorar o bem-estar, como também podem aumentar a capacidade das mulheres com a fertilidade contestada a se engajarem em habilidades de *coping* que podem evitar a morbidade psicológica e a evasão prematura dos serviços médicos.

Segundo McMahon et al. (2007), no que concerne ao abandono do tratamento para infertilidade que muitas vezes se atribui ao estresse, uma melhor compreensão das associações entre a resiliência, sofrimento e comportamentos de *coping* pode fornecer informações úteis sobre a gestão de problemas médicos de fertilidade, bem como a experiência fenomenológica da infertilidade em si.

Mousavi et al. (2013) indicam as intervenções psicológicas de apoio comum aos casais inférteis que incluem a aceitação, empenho, comportamento cognitivo, resiliência, e terapias para o bem-estar. Neste sentido, para eles, se faz necessário dar um tratamento holístico da infertilidade e o aconselhamento efetivo pode garantir a redução do impacto da doença sobre a vida conjugal e sexual. Apesar da infertilidade ser percebida como uma causa de discórdia na relação, a resiliência foi exibida pelos casais conforme percebiam seus relacionamentos conjugais como sendo muito próximos e atribuíram essa proximidade ao compartilhamento das experiências de serem inférteis e permanecerem sem filhos (Peters et al., 2011).

Como sugeriram Yu et al. (2013), maior resiliência e mais apoio social poderiam aumentar a probabilidade de investimento em *coping* positivo que, por sua vez, facilitaria o crescimento pós-traumático em mulheres com infertilidade. Para eles, com base na amostra de mulheres chinesas inférteis, seria essencial aprender como aumentar eficazmente os níveis de resiliência neste contexto de infertilidade, obter maior suporte social, escolher melhores

estratégias de *coping* mais adaptativo, promovendo portanto, o crescimento pós-traumático. Os autores afirmam que esses achados têm implicações significativas para a prática clínica e de investigação, podendo oferecer orientação sobre aconselhamento profissional e intervenção psicológica para as mulheres em tal contexto.

Discussão

Com o passar dos anos, as tecnologias reprodutivas na área humana foram afetadas por importantes transformações e evoluções. A soma dos esforços em pesquisas na área da medicina, embriologia e de biotecnologia caminharam a passos largos na definição de protocolos, uso de melhores equipamentos e técnicas mais eficazes. Porém, a inclusão da psicologia tornou-se fundamental nesse campo não só para a propositura de trabalho interdisciplinar, como também o de oferecer àqueles que passam por tratamentos reprodutivos, uma abordagem integrativa, biopsicossocial, cultural e espiritual, para cada indivíduo.

A psicologia avançou também na seara da TRA, principalmente no aconselhamento psicológico. Nesse sentido, o estudo de Boivin e Gameiro (2015) demonstrou essa mudança a partir de 1930, quando os conceitos psicossomáticos foram introduzidos na obstetrícia e ginecologia, passando pela promoção do aconselhamento para ajudar os casais que sofriam com a infertilidade quando tratamentos médicos muitas vezes não poderiam ajudá-los a conceber. Com o surgimento da técnica de FIV, em 1978, advento importantíssimo que criou uma demanda por profissionais de saúde mental em clínicas de fertilidade, e depois, na década de 1990, foram estabelecidos os princípios da medicina baseada em evidências que introduziu uma abordagem mais rigorosa para a prática médica que se estendia a intervenções psicossociais e, finalmente, a mais recente mudança de paradigma, no novo milênio: a constatação de que a adesão ao tratamento prolongado de fertilidade dependia da adoção de

uma abordagem integrada de cuidados de infertilidade. Tal abordagem poderia reduzir a carga decorrente de tratamento de várias fontes (Boivin & Gameiro 2015, p. 251).

A maioria dos estudos abordam as diversas dificuldades que os indivíduos inférteis passam desde o diagnóstico de infertilidade até os desdobramentos do tratamento, podendo repercutir para a conquista do tão sonhado filho, ou não. Os níveis elevados de estresse e ansiedade encontrados em mulheres tanto para o primeiro, quanto para os repetidos ciclos de FIV, na pesquisa de Turner et al. (2013) também corrobora a perspectiva de que, dando seguimento ao tratamento de infertilidade, a tendência é aumentar o estresse, ansiedade, depressão, além de um decréscimo da resiliência. O insucesso no tratamento é um fator que desencadeia diversas problemáticas em variadas dimensões. Portanto, pesquisas que avaliem os indivíduos inférteis em espaço de tempo diferente, podem corroborar estes resultados permitindo a construção de um modelo de intervenção que possa promover a resiliência nas demais etapas do tratamento. É importante que os profissionais compreendam a importância de munir os indivíduos inférteis sobre as etapas do tratamento, chances de sucesso e de insucesso relacionadas à condição clínica de infertilidade específica a cada caso. De acordo com Chochovski et al. (2013), a resiliência pode ser benéfica inicialmente, mas pode não ser vital para uma recuperação futura e indivíduos mais resilientes mostraram ser menos depressivos, porém, ao passo que o tempo decorria, desde o insucesso do tratamento, a resiliência foi sofrendo um decréscimo.

Reconhecer que as tecnologias reprodutivas possam ser um caminho viável na contramão da infertilidade, e que as diversas etapas do tratamento podem trazer sofrimento, depressão e ansiedade para os indivíduos inférteis, é importante, porém, esse é apenas um aspecto, já amplamente abordado e disseminado. Contudo, é preciso que a psicologia e seus aportes teóricos se remonte e se recrie a fim de promover melhores condições emocionais e psíquicas para as pessoas neste contexto. Esse é um grande desafio para essa ciência, o de se

reorganizar em um contexto recente para que haja a possibilidade de ser aplicada nas mais variadas dimensões da infertilidade.

Identificar as relações entre a resiliência sofrimento psíquico e infertilidade é de suma importância para o psicólogo ou profissional de aconselhamento, conforme apontado por diversos estudos. Para Sexton et al. (2010), as mulheres com problemas de fertilidade, evidenciaram níveis de resiliência significativamente mais baixos do que a população em geral. A resiliência, vista como um recurso do indivíduo pode ser identificada e utilizada como um aporte para a intervenção psicoterapêutica e de aconselhamento no enfrentamento da infertilidade de forma que a sua promoção possa diminuir o sofrimento, estresse, ansiedade, depressão, dentre outros.

É com a intenção de abordar a temática da resiliência como forma de promoção de melhoria na condição daqueles que enfrentam o diagnóstico de infertilidade ou seu tratamento, mesmo sendo aquela, um recurso do próprio indivíduo, que o presente estudo se propõe. Segundo Sexton et al. (2010) importante seria identificar habilidades de *coping* que podem ser ensinadas a indivíduos menos resilientes submetidos ao tratamento para infertilidade e fazer o uso de terapias que reforçam a resiliência. O *coping* positivo tem um papel mediador dos efeitos impositivos da resiliência e apoio social, esse achado de Yu et al. (2013) têm implicações significativas para a prática clínica e de investigação, que podem oferecer orientação sobre aconselhamento profissional e intervenções psicológicas para as mulheres enfrentando a infertilidade. Compreender as associações entre a resiliência, sofrimento e comportamentos de *coping* pode fornecer informações úteis sobre a gestão de problemas médicos de fertilidade, bem como a experiência fenomenológica da infertilidade em si (McMahon et al. 2007). As intervenções psicológicas de apoio comum aos casais inférteis indicadas por Mousavi et al. (2013), incluem a aceitação, empenho, reavaliação

cognitiva, resiliência, e terapias para o bem-estar, além do aconselhamento efetivo, com a finalidade de reduzir o impacto da doença sobre a vida conjugal e sexual.

É possível afirmar, portanto, com base nos estudos abordados nesta revisão, que indivíduos mais resilientes demonstram melhores estratégias de *coping* da condição infértil facilitando o engajam em outros projetos de vida.

A resiliência pode diferir em linhas de sexo ou mudança em todas as fases especiais da vida, ressaltando a necessidade de se assistir a aspectos psicossociais, de desenvolvimento, e de contextos culturais (Sexton et al., 2010; Shapiro, 2009).

Uma lacuna encontrada nesta revisão é a escassez da investigação da condição masculina no contexto de infertilidade. Muitos estudos têm como foco as mulheres ou as mulheres e seus companheiros. Talvez isso possa ser explicado por Boivin e Gameiro (2015), ao refletirem, historicamente, sobre o foco quase exclusivo dado às mulheres em contextos psiquiátricos nas décadas passadas, ocasionando uma atenção desproporcional a elas como a principal causa (inexplicável) de infertilidade do casal. Para os autores, tal fato ainda persiste, contribuindo para que os homens sejam excluídos das pesquisas e negligenciados durante o tratamento. É importante que futuras pesquisas estudem também o homem no contexto de infertilidade do casal, em diferentes culturas e aspectos sociodemográficos. Assim como, também, abordar a resiliência e infertilidade nesta população específica, poderia contribuir com os benefícios de estratégias de *coping* eficientes sobre sua condição infértil e fornecer dados relevantes sobre as diferenças nos papéis de gênero na dimensão da infertilidade.

Seria de grande importância avaliar a resiliência em indivíduos inférteis em nível individual e conjugal a partir, não somente de questionários gerais, mas também de questionários específicos para segmentar os diferentes aspectos da qualidade de vida nos casais inférteis, em várias populações com diferentes culturas e costumes, como afirmado por Mousavi et al. (2013). Foi identificado neste levantamento, que a resiliência foi avaliada nos

estudos empíricos, por meio dos instrumentos: CD-RISC em três pesquisas, Inventário de Problema e Fertilidade (IPF) em três estudos, e Escala de Resiliência (RS) em apenas um estudo. Apesar do FertiQoL ser um instrumento confiável, segundo Mousavi et al. (2013) nenhuma pesquisa o utilizou para a avaliação dos indivíduos inférteis. A partir da revelação, no estudo de McMahon et al. (2007), de que as mães com idade mais avançada apresentaram maior resistência psicológica, maior maturidade psíquica e resiliência, e, menor identificação com a maternidade, comparadas com as mães mais jovens da amostra do estudo, seria de bom efeito que outros estudos correlacionassem a idade de pessoas inférteis com outros aspectos dessa condição.

Este estudo demonstrou que existem lacunas importantes a serem estudadas acerca das temáticas da infertilidade, resiliência e *coping* e busca contribuir para que novas pesquisas incluindo amostras com população infértil, investiguem as diversas variáveis apontadas ao longo de seu texto. Apesar da escassez de pesquisas acerca da resiliência e estratégias de *coping* em indivíduos inférteis, os achados demonstraram que os profissionais de psicologia ou de aconselhamento podem atuar na promoção desses recursos, possibilitando melhoraria do enfrentamento da condição infértil, tanto em nível individual quanto conjugal dos indivíduos.

Referências

- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de *coping*: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294. doi: 10.1590/S1413-294X1998000200006
- Banerjee, S., & Basu, J. (2014). Personality factors, attachment styles and *coping* strategies in couples with good and poor marital quality. *Psychological Studies*, 59 (1), 59-67. doi: 10.1007/s12646-013-0233-7
- Boivin, J., & Gameiro, S. (2015). Evolution of psychology and counseling in infertility. *Fertility and Sterility*, 104(2), 251 - 259. doi: 10.1016/j.fertnstert.2015.05.035
- Chochovski, J., Moss, S. A., & Charman, D. P. (2013). Recovery after unsuccessful in vitro fertilization: The complex role of resilience and marital relationships. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 34(3), 122-128. doi:10.3109/0167482X.2013.829034
- Conselho Federal de Medicina, Resolução CFM nº 2121/2015. Brasília: Diário Oficial da União, publicado em 24 de setembro de 2015, Seção I, p. 117). Retrieved from http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2015/2121_2015.pdf
- Cserepes, R. E., Kollár, J., Sápy, T., Wischmann, T., & Bugán, A. (2013). Effects of gender roles, child wish motives, subjective well-being, and marital adjustment on infertility-related stress: A preliminary study with a Hungarian sample of involuntary childless men and women. *Reproductive Medicine*, 288(4), 925-932. doi: 10.1007/s00404-013-2835-7
- Driscoll, M. A., Davis, M. C., Aiken, L. S., Yeung, E. W., Sterling, E. W., Vanderhoof, V., ... Lawrence, N. M. (2015). Psychosocial vulnerability, resilience resources, and *coping* with infertility: A longitudinal model of adjustment to primary ovarian

- insufficiency. *Annals of Behavioral Medicine*, 50,(2), 272-284. doi: 10.1007/s12160-015-9750-z
- Greil, A. L., Shreffler, K. M., Schmidt, L., & McQuillan, J. (2011). Variation in distress among women with infertility: Evidence from a population-based sample. *Human Reproduction*, 26(8), 2101–2112. doi: 10.1093/humrep/der148
- McMahon, C. A., Gibson, F. L., Allen, J. L., & Saunders, D. (2007). Psychosocial adjustment during pregnancy for older couples conceiving through assisted reproductive technology. *Human Reproduction*, 22(4): 1168-1174. doi: 10.1093/humrep/del502
- Mousavi, S. A., Masoumi, S. Z., Keramat, A., Pooralajal, J., & Shobeiri, F. (2013). Assessment of questionnaires measuring quality of life in infertile couples: A systematic review. *Journal of Reproduction & Infertility*, 14(3), 110–119. Retrieved from http://applications.emro.who.int/imemrf/J_Reprod_Infertil/J_Reprod_Infertil_2013_14_3_110_119.pdf
- Nahar, P., & van der Geest, S. (2014). How women in Bangladesh confront the stigma of childlessness: Agency, resilience, and resistance. *Medical Anthropology Quarterly*, 28(3), 381–398. doi:10.1111/maq.12094
- Organização Mundial da Saúde. (2008). CID 10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (Vol. 1). Retrieved from <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>
- Peters, K., Jackson, D., & Rudge, T. (2011). Surviving the adversity of childlessness: Fostering resilience in couples. *Contemporary Nurse*, 40(1), 130-140. doi: 10.5172/conu.2011.40.1.130

- Ridenour, A. F., Yorgason, J. B., & Peterson, B. (2009). The Infertility Resilience Model: Assessing Individual, Couple, and External Predictive Factors, *Contemporary Family Therapy*, 31(1), 34–51. doi: 10.1007/s10591-008-9077-z
- Scali J, Gandubert C, Ritchie K, Soulier M, Ancelin M-L, & Chaudieu, I. (2012). Measuring resilience in adult women using the 10-Items Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Role of trauma exposure and anxiety disorders. *PLoS ONE*, 7(6), e39879. doi:10.1371/journal.pone.0039879
- Sexton, M. B., Byrd, M. R., & Kluge, S. V. (2010). Measuring resilience in women experiencing infertility using the CD-RISC: Examining infertility-related stress, general distress, and coping styles. *Journal of Psychiatric Research*, 44(4): 236-241. doi: 10.1016/j.jpsychires.2009.06.007
- Shapiro, C. H. (2009). Therapy with infertile heterosexual couples: It's not about gender—Or is it?. *Clinical Social Work Journal* 37(2): 140-149. doi: 10.1007/s10615-008-0149-1
- Straube, K. M. (20013). 1º consenso de psicologia em reprodução assistida: Uma experiência inovadora. In E. Borges Junior, C. M. de Oliveira Filho, & A. A. Silva (Eds.), I consenso de psicologia em reprodução assistida/ Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida (1st ed., pp. 15–20). São Paulo: Rio de Janeiro, Brasil: Livre Expressão.
- Turner, K., Reynolds-May, M. F., Zitek, E. M., Tisdale, R. L., Carlisle, A. B., & Westphal, L. M. (2013). Stress and anxiety scores in first and repeat IVF cycles: A pilot study. *Plos One*, 8(5): e63743. doi: 10.1371/journal.pone.0063743
- Yu, Y., Peng, L., Chen, L., Long, L., He, W., Li, M., & Wang, T. (2013). Resilience and social support promote posttraumatic growth of women with infertility: The mediating role of positive coping. *Psychiatry Research*, 215(2), 401 - 405. doi: 10.1016/j.psychres.2013.10.032

Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., Mouzon, J., Ishihara, Mansour, O., Nygren, R., K.,
... Vanderpoel, S. (2009). Glossário revisado da Terminologia das Técnicas de
Reprodução Assistida (TRA) (Red Latinoamericana de Reproducción Asistida,
Trans.). Retrieved from http://redlara.com/aa_portugues/glossario.asp

ARTIGO II – AVALIAÇÃO DA RESILIÊNCIA E PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA: REVISÃO SISTEMÁTICA

Resumo

Este estudo aborda o desenvolvimento da resiliência no campo da psicologia da saúde e destaca que a resiliência pode ser avaliada por meio de um conjunto de instrumentos, em diversos contextos clínicos, juntamente com outros fatores importantes que promovam níveis aceitáveis de qualidade de vida para aqueles acometidos por adversidades de saúde. A busca se deu nas bases SCOPUS, MEDLINE, APA PsycNET e WEB of SCIENCE. Os descritores escolhidos após testagem, validação e revalidação nas bases foram: *resilience and instrument*, *resilience and questionnaire*, *resilience and scale* e *resilience and measurement*, datados entre 2013 e 2017. Optou-se por utilizar o PRISMA - um guia de consenso para redação de artigo dessa modalidade de revisão. Após análise dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados vinte e três artigos para este estudo, além de outros manuscritos incluídos após análise das referências e da literatura cinza. Os achados apontaram que há pouco consenso sobre o conceito de resiliência e seus atributos, porém, é um construto fundamental na promoção dos fatores de proteção e redução do impacto dos fatores de risco, pois os indivíduos que apresentam recursos mais resilientes, enfrentam melhor sua condição adversa de saúde se comparado àqueles que apresentam níveis mais baixos. A partir desta conclusão, o desafio se inscreve na formulação de modelos de intervenção para promoção da resiliência para benefício daqueles que se encontram em situação de risco.

Palavras-chave: resiliência psicológica, avaliação da resiliência, psicologia da saúde, resiliência

Abstract

This study deals with resilience's development in health psychology fields, and highlights that it can be assessed by a set of instruments in several clinic contexts. The search was made

in the data bases SCOPUS, MEDLINE, APA PsycNET and WEB of SCIENCE. The descriptors selected after testing, validation and revalidation of the data bases were: resilience and instrument, resilience and questionnaire, resilience and scale, resilience and measurement, published between 2013 and 2017. We chose to use PRISMA – a consensus guide of writing this kind of review. After analyzing the eligibility criteria, 23 papers were selected for this study. 4 evaluation tools were identified: CD-RISC, Resilience Scale, Resilience Scale for Adults and Brief Resilience Scale. The samples studied pointed out that individuals with high scores of resilience face better the adversities in health comparing with those of lower levels. It was found a polysemy of concepts about resilience and its attributes. The challenge is to formulate studies of interventions about resilience in clinical practices for benefiting those in risk situation.

Keywords: psychological resilience, measurement of resilience, health psychology, resilience

Introdução

Na atualidade, a temática da resiliência tem ganhado cada vez mais destaque nos debates científicos. Também tem sido disseminada e ampliada para os mais variados contextos e em diversas culturas. A resiliência é um tema em crescimento no campo das ciências humanas e da saúde (Noronha, Cardoso, Moraes, & Centa, 2009), daí a importância de se compreender como tem sido abordada e analisada nas publicações mais recentes, especificamente no campo da psicologia da saúde.

A elaboração desse artigo se deu por meio de revisão sistemática da literatura, com a finalidade de abordar os principais instrumentos utilizados para mensurar a resiliência e intervenções propostas nas publicações, elegíveis para esta revisão, nacionais e internacionais no contexto de saúde e doença.

O propósito da apresentação do conceito de resiliência é de possibilitar a reflexão sobre sua abrangência conceitual, nos dias de hoje, e não de esgotá-lo. Segundo Lopez, Snyder e Rasmussen (2003), a psicologia científica e profissional tem se direcionado para identificar psicopatologias e problemas na vida cotidiana e, por isso, sabe-se muito pouco em como ajudar as pessoas a resolverem suas preocupações e aliviar seus sintomas. Nessa perspectiva, os autores declaram que a psicologia compreende menos ainda sobre a anatomia do bom funcionamento e do aprimoramento das forças humanas, porém ressaltam que essas forças são reais e detectá-las é parte importante da boa prática e da ciência, por serem os “blocos” de construção da Psicologia Positiva.

Para Yunes (2003) estudar a resiliência é tão importante quanto estudar os distúrbios e desordens humanas. Ela afirma, ainda, que postular uma ciência que focalize potencialidades e qualidades humanas exige esforço, reflexão e seriedade conceitual, teórica e metodológica. Nesse sentido, Reppold, Mayer, Almeida e Hutz (2012) afirmam que as crescentes mudanças no clima científico e a emergência da própria psicologia positiva abriram caminho para o

estudo dos fenômenos compreendidos pelo conceito que viria a ser denominado de resiliência. Para estes autores, a resiliência é um fenômeno caracterizado essencialmente pela presença de condições adversas significativas – fatores de risco que são frequentemente associados à ocorrência de desajustamentos biopsicossociais diversos – e pela demonstração de padrões de adaptação positiva diante da exposição às adversidades.

O conceito de resiliência permanece multifacetário. Para Andrade e Bucher (2003) não foi encontrada uma definição única para o conceito de resiliência, entretanto, sabe-se que existem alguns pontos que são comuns e que acabam permitindo sua sustentação. O próprio conceito de resiliência sofre uma evolução com o tempo e ganha novos contornos e significados na contemporaneidade. Rogers (2016), ao escrever sobre “A etimologia e genealogia de um conceito contestado” (*The Etymology and Genealogy of a Contested Concept*), aponta que o crescimento do interesse pela resiliência tem proliferado definições, cada uma buscando identificar a grande teoria de seu campo particular. Para o autor, a relação de resiliência em múltiplos campos de investigação deve ser esclarecida para evitar mais noções equivocadas deste conceito, que não deve ser tratado como todas as coisas, para todos os povos, ou ainda, um termo “guarda-chuva”, universal em sua natureza. Dessa forma, abordar o conceito de resiliência na contemporaneidade se torna um desafio. Para Rogers (2016) o maior desafio ao se utilizar o conceito de resiliência é de evitar que se estabeleça um significado dominante para o construto. Porém, o autor apoia que se permita flexibilizar o conceito por intermédio da polissemia de resiliência, para que se criem oportunidades no pensar e agir de forma diferente, à medida que há tropeços numa era de incerteza conceitual.

Ao se compreender melhor o construto da resiliência e tendo em vista sua abrangência, questiona-se, então, como se inferir que uma determinada pessoa apresenta melhores níveis de resiliência em um determinado momento adverso de vida? Devido à falta

de consenso conceitual do construto, existe também uma variabilidade no entendimento do que seriam essas habilidades resilientes.

O ser ou estar resiliente pode ser compreendido por alguns autores como um traço/ atributo de uma pessoa, e por outros, como um processo. Reppold et al. (2012) ressaltam que a resiliência seria uma metáfora ou um estado psicológico, e não um traço de personalidade ou propriedade neuropsicológica dos indivíduos. Para Rutter (2013), a resiliência é um processo e não uma característica estática, e pode ser promovida pela exposição a desafios gerenciáveis ou pequenas doses de uma experiência de estresse, ao invés de evitar os riscos ambientais. Recentemente, a *American Psychological Association* (2015) descreveu que a resiliência não é uma característica que as pessoas têm ou não têm, pois, envolve comportamentos, pensamentos e ações que podem ser aprendidos e desenvolvidos em qualquer pessoa.

Porém, para Maltby, Day e Hall (2015), apesar dessas duas dimensões (traços e processos) serem a algum tempo questionadas, afirmam que essas abordagens não seriam concorrentes, ao contrário, que ambas seriam bastante recomendadas, mesmo não havendo consenso sobre o que constitui a resiliência de traços. Estes autores apresentaram um estudo cujo objetivo foi relatar um novo modelo de resiliência de traços, derivado de três mecanismos comuns identificados na teoria de sistemas ecológicos de Holling (1973). Esses mecanismos seriam resiliência de engenharia, ecológica e adaptativa (EEA). Estes autores concluíram que este modelo é útil e parcimonioso, ou seja, é uma medida de resiliência de traços que pode ser facilmente inserida na psicologia de traços mais amplos, identificada para contribuir com o bem-estar individual.

Outro ponto chave da resiliência, são os fatores – risco e proteção – que podem interferir na forma como os indivíduos enfrentam uma situação adversa. Rutter (2013) afirma que a resiliência tem que ser considerada com base na evidência dos dois fatores, tornando

fundamental identificar os mecanismos de mediação do processo de ambos. Reppold et al. (2012) definem esses fatores como duas categorias distintas, de efeitos potenciais mutuamente opostos, e que são componentes fundamentais no processo de enfrentamento das adversidades. Para eles, os fatores de risco estariam associados aos padrões de adaptação negativa, e os fatores de proteção associados a padrões de adaptação positiva diante do risco. Os fatores de proteção e os recursos individuais, assim como a vida e o ambiente do indivíduo, facilitam a capacidade de se adaptar e emergir da adversidade (González, Sierra, Martínez, Martínez-Molina, & Ponce, 2015).

Contudo, existem variabilidades na forma de resposta às adversidades, conforme afirmam Reppold et al. (2012) e, por isso, um entendimento mais aprofundado dos mecanismos associados a essa variabilidade contribuiriam significativamente para a definição de estratégias adequadas de prevenção e promoção da saúde. Porém, um indivíduo que se demonstrou resiliente em um determinado contexto adverso, não é garantia que se mantenha assim em situações semelhantes, quiçá diferentes. Mesmo que exista essa variabilidade, é devido às características diferenciadas de enfrentamento e construção positiva frente à adversidade, que a resiliência possibilita que os indivíduos tenham uma vida ativa e participativa, podendo, assim, ser aplicada na área da saúde (Noronha et al., 2009).

Diante da multiplicidade conceitual da resiliência e da necessidade de cada campo científico buscar o melhor sentido do construto para aplicá-lo a diversos contextos e culturas, é preciso avaliar algumas variáveis importantes antes de apontar uma pessoa com habilidades de resiliência. Uma das considerações deste artigo é a de destacar a importância de se compreender a forma e propósitos de se avaliar a resiliência. Nesse sentido, Rutter (2013) assinala que uma avaliação clínica adequada deve mensurar os fenômenos mentais – ideias, atribuições, autorreflexão e planejamento – com interesse no possível potencial para superar a adversidade. Para ele, muitos instrumentos foram elaborados a partir de pesquisas sobre

resiliência, porém, só é possível mensurá-la por meio de testes de mediação que avalie, também, o risco ambiental e quantifique o grau de risco e, ainda, identificar os fatores que constituem proteção, mediado pelo ambiente. Por fim, este autor afirma ser necessário avaliar a necessidade individual em relação ao contexto de vida particular do indivíduo, ao invés de assumir que todos os fatores de risco e proteção têm efeitos semelhantes em todas as condições e pessoas. Para Rutter (2013), compreender estes fatores mediados pelo ambiente é fundamental para estudar a resiliência, planejar prevenções e intervenções.

Lopez et al. (2003) apontam duas deficiências comuns dos procedimentos de avaliação por aqueles que lidam com problemas e ajustes de seus clientes/ pacientes: concentrar em aspectos negativos do funcionamento e oferecer atenção insuficiente aos aspectos ambientais. As avaliações baseadas apenas em indicadores de competência e saúde mental, como é o caso de diversas escalas que pretendem mensurar resiliência, não estariam efetivamente avaliando-a, por estarem ignorando um aspecto fundamental: a existência de risco (Reppold et al., 2012; Rutter, 2013).

O desenvolvimento de instrumentos depende da complexidade do construto e, portanto, da dificuldade de se chegar a um consenso sobre uma definição operacional que possua evidências suficientes de validade (González et al., 2015). Reppold et al. (2012) também apontaram que, para uma análise efetiva, seria necessário um sistema de avaliação multidimensional, a fim de compreender aspectos de investigação da resiliência como processo dinâmico, e não apenas como conjunto de indicadores de competência e ajustamento biopsicossocial.

Porém, avaliar a resiliência exige que os instrumentos sejam validados e confiáveis. Conforme ressaltam González et al. (2015), a avaliação das intervenções e programas com objetivo de promover e reforçar a resiliência, certamente exigiria medidas com evidências suficientes de validade e confiabilidade, caso contrário, seria impossível determinar seu

sucesso ou concluir quem é resiliente e em que extensão (González et al., 2015). Partindo do pressuposto de que as medidas são falíveis, uma solução seria utilizar diferentes fontes de medição e dispor de medidas que se repetem ao longo do tempo (Smith et al., 2008). Por isso, é fundamental que na prática profissional, os psicólogos integrem informações diversas, de múltiplas fontes para obtenção de resultados úteis e fidedignos, e para isso, obter conhecimento apropriado dos instrumentos de avaliação disponíveis e quais variáveis estão sendo avaliadas (Reppold et al., 2012).

Atualmente existem vários instrumentos para avaliar aspectos importantes da resiliência. Geralmente, os instrumentos são compostos por itens que fazem parte de domínios diferentes da vida de um indivíduo. Porém, existem estudos apontando que é preciso avaliar a consistência interna desses itens. A medida da consistência interna é usada para determinar a homogeneidade dos itens – ou seja, se os itens em seu conjunto, medem a mesma propriedade (Lopez et al., 2003). Uma análise estatística bastante comum para avaliar a confiabilidade dos testes e preconizada na literatura, é o alfa de *Cronbach*. Para os pesquisadores González et al. (2015) o alfa de *Cronbach* tem sido seriamente desafiado nos últimos anos com base no argumento de que não está relacionado com a estrutura interna do teste, dada a matriz de covariância de itens e pressupostos típicos sobre erros de medição. Estes autores afirmam que tal fato implica em limitações nos estudos que o utilizam. Para suprir essa limitação, os autores apontam alternativas, tais como, o maior limite inferior (*greatest lower bound - glb*) e a confiabilidade composta (*composite reliability*), sendo esta última realizada a partir das cargas e os erros de medição provenientes da análise dos dados.

Rutter (2013) aponta que os achados de resiliência não se traduzem em um programa claro de prevenção e tratamento, mas fornecem inúmeras pistas sobre abordagens clínicas que se concentram na visão dinâmica do que pode estar envolvido na superação de experiências seriamente adversas. Nesse sentido, pode-se compreender que alguns objetivos em se avaliar

a resiliência no contexto da psicologia da saúde, é o de propor intervenções, prevenções e promoções de políticas públicas.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi abordar os principais instrumentos utilizados para mensurar a resiliência em contextos diversos de saúde e doença, bem como identificar os tipos de intervenção psicológica propostos nas publicações nacionais e internacionais.

Método

Para este artigo de revisão sistemática, optou-se por utilizar o PRISMA - um guia de consenso para redação de artigo dessa modalidade de revisão. O PRISMA contém um conjunto de procedimentos que servem de base para o relato de revisões sistemáticas, particularmente pesquisas acerca de avaliações de intervenções psicológicas (Moher, Liberati, Tetzlaff, & Altman, 2009).

A busca se deu nas bases SCOPUS, MEDLINE, APA PsycNET e Web of Science. Uma das vantagens em se utilizar a base de dados SCOPUS, é o seu acesso aberto e a atribuição de pesos às citações. Já a base MEDLINE contém artigos científicos da área da saúde e expressiva variedade em temas de saúde e doença. Escolheu-se a Web of Science por ser uma base multidisciplinar que indexa os artigos e armazena suas referências, formando assim, uma extensa rede de citações, muito utilizada também em estudos de quantificação bibliográfica. Por fim, a base da APA é reconhecida por publicar diversos tipos de manuscritos no campo da psicologia. Os descritores, no idioma português e inglês, foram testados e validados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e, ainda, conferidos em sua elegibilidade, em cada base de acesso escolhida pela autora. Os seguintes descritores foram os escolhidos após testagem, validação e revalidação nas bases: *resilience and instrument*, *resilience and questionnaire*, *resilience and scale* e *resilience and measurement*.

Atualmente, as bases de dados oferecem recursos mais avançados em termos de busca, nesse sentido, na base SCOPUS e na Web of SCIENCE optou-se por artigos da área temática “psychology”. Já na base MEDLINE, optou-se por meio do campo denominado de cabeçalho principal, onde se escolheu a categoria “resilience psychological”. Houve também uma busca na literatura cinza, artigos de revisão de literatura ou teóricos para a construção do aporte teórico que embasam os conceitos de resiliência e instrumentos de medidas. Também foram incluídos artigos a partir da análise das referências dos estudos encontrados nas bases de dados. Os critérios de inclusão e exclusão estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1
Critérios de inclusão e exclusão

Inclusão	Exclusão ^a
1. Amostras de adultos (18+)	1. Educacional e esportivo
2. Datados entre 2013 a 2017	2. Catástrofes e violência
3. Escritos em português, espanhol ou inglês	3. Suicídio
4. Conter no título a palavra resiliência (nos idiomas selecionados)	4. Foco apenas no estresse ou estresse pós-traumático
5. Contexto da saúde/ doença	5. Migração e imigração
6. Avaliar a resiliência psicológica	6. Abuso de drogas
7. Versar sobre programas ou modelo de intervenção	7. Transtornos psíquicos
8. Incluir instrumentos específicos de avaliação da resiliência	8. Profissionais da saúde ou cuidadores

Nota. Critérios de inclusão e exclusão para seleção de artigos desta revisão sistemática. ^a Avaliação da resiliência em contextos diversos que foram excluídos.

Para gerenciamento dos artigos, citações e referências, optou-se por utilizar a ferramenta Mendeley.

A Figura 1 mostra o diagrama de fluxo quantitativo dos estudos selecionados ou não para esta revisão sistemática, seguindo o modelo PRISMA (Moher et al., 2009). Após primeira análise de títulos, seguida da leitura dos resumos e, finalmente, a leitura completa dos artigos, foram elegíveis vinte e três artigos empíricos como resultado final.

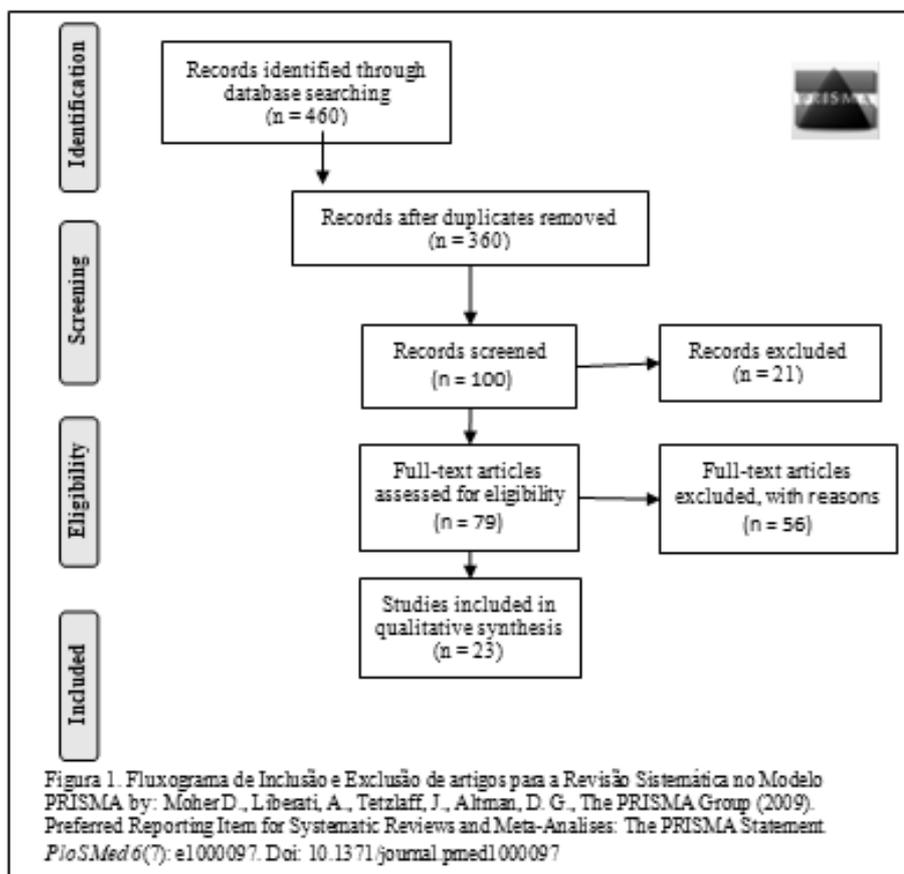


FIGURA 1

Fluxo de artigos selecionados e excluídos para a revisão sistemática no método PRISMA 2009 Flow Diagram.

Resultados

Os artigos elegíveis avaliaram a resiliência psicológica, por meio de instrumentos, no contexto da saúde cujas amostras foram de indivíduos com doenças específicas, conforme apresentado na Tabela 2, juntamente com informações sobre intervenções ou propostas de intervenções relacionadas à resiliência, apontada em cada estudo. Os instrumentos mais utilizados foram o CD-Risc (Connor & Davidson, 2003) e a Escala de Resiliência (G. M. Wagnild & Young, 1993). Os 23 estudos elegíveis, foram elaborados na Austrália (5) China (4), Estados Unidos da América (3), Alemanha (3), Brasil (1); Espanha (1), Suíça (1), Coreia do Sul (1), Israel (1), Bélgica (1), Turquia (1) e África do Sul (1).

Tabela 2

Instrumentos utilizados para avaliar a resiliência em condições clínicas específicas e propostas de intervenção

Estudo	Amostra	Resiliência	Propostas de intervenção/ evidências
Referência/ País	n= / contexto/ Instrumento		
Cal e Santiago (2013) Brasil	15 / LES/ RS-25 versão brasileira	Pacientes mais jovens apresentaram níveis de RES mais baixos. Não foi encontrada relação significativa entre depressão e RES, exceto nos casos em que houve elevado risco de suicídio. Altos níveis de depressão merecem atenção no que se refere à capacidade de RES de pacientes com LES.	O estudo da RES em pacientes com LES identificou atributos que poderiam ser desenvolvidos, os quais atuariam como FP e promoção da RES. Faz-se necessário também identificar FR. Estratégias de apoio psicológico poderão ser desenvolvidas e esforços interdisciplinares são necessários para compreender diversos aspectos relacionados à RES.
Ma et al. (2013) China	150 / doença renal crônica/ RS-25 versão chinesa	O grupo pré-ETDR apresentou menor RES do que o grupo de AR ou de DRCP. Fatores que afetaram a RES nos três grupos foram respectivamente: gênero, status ocupacional e diabetes; nível educacional; status ocupacional, gênero, nutrição, autorrealização e nível de estresse. Houve correlação positiva entre comportamento promotor de saúde e RES em todos participantes.	O preparo da equipe de enfermagem deve se concentrar na defesa da promoção da saúde ao longo da vida não só dos pacientes, mas também de suas famílias. Foram fornecidas informações de saúde por um médico, nutricionista e educador, que deu conselhos em enfermagem e instrução de dieta, juntamente com o monitoramento regular dos valores bioquímicos no sangue.
Schumacher et al. (2014) Alemanha	75 /TCTH alogênico/RS-25 versão alemã	Pacientes submetidos à TCTH alogênico que apresentaram níveis mais altos de RES relataram menos ansiedade e depressão, melhor desempenho físico, emocional e social e significativa melhora na QV em relação aos níveis mais baixos. Não foram encontradas diferenças significativas para idade e gênero. Houve uma alta correlação entre RES e autoeficácia.	Baixo nível de RES pode ser indicador para intervenção psicológica nesse tipo de amostra. Intervenções baseadas em TCC e programas de psicoeducação contribuiriam para melhorar a capacidade dos pacientes em identificar e utilizar recursos individuais. A RES é potencial FP para estes pacientes pós-transplante e promove-la juntamente com a autoeficácia, contribuiria para adaptação bem sucedida em longo prazo e retomada da vida cotidiana.
Ruiz-Párraga et al. (2015) Espanha	592/ dor lombar musculoesquelética crônica/ RS-18 adaptada em dor crônica	A análise fatorial confirmatória apoiou a validade da RS com 18 itens, adaptada para dor crônica como uma solução unifatorial. A RES foi apontada como uma variável psicológica relevante que não só prevê melhor ajuste da dor, como também modera as relações entre ambas as variáveis (dor e psicológica).	A melhoria do comportamento resiliente pode ser um importante alvo para o tratamento de pacientes com dor. Os resultados dão suporte empírico ao se considerar a RES como uma variável protetora no ajuste da dor crônica. É importante a validação de medidas que avaliam os indicadores de RES.

Tabela 2

Instrumentos utilizados para avaliar a resiliência em condições clínicas específicas e propostas de intervenção (continuação)

Erim et al. (2015) Alemanha	161 potenciais doadores renais/ RS-13 versão alemã reduzida	Os doadores elegíveis apresentaram valores mais elevados do que a norma em todos os domínios da QV. Após a doação, a saúde mental relacionada com QV diminuiu. A RES foi um preditor significativo em todas as dimensões da QV antes da doação.	O índice de RES prevê altos níveis de QV, antes e depois da doação, podendo ser implementada como instrumento de autoavaliação para alcance da estabilidade mental do doador. Os achados apoiam as intenções dos profissionais de saúde em melhorar a doação viva.
Wallhäusser -Franke et al. (2014) Alemanha	4705/ <i>Tinnitus</i> / RS-13 versão alemã reduzida	Este estudo transversal identificou que o sofrimento relacionado ao <i>tinnitus</i> (zumbido) mostram correlação inversa com a RES. Esse efeito indireto indica que níveis elevados de RES associou-se a melhor saúde emocional ou diminuição de índices de depressão, ansiedade e severidade dos sintomas somáticos, além de zumbido menos angustiante.	A RES é uma característica da personalidade associada à adaptação a condições de saúde crônicas adversas. Indivíduos com escores altos de RES apresentam estabilidade emocional e possuem um repertório comportamental que lhes permite enfrentar o estresse e a adversidade de tal forma que eles mantêm seu equilíbrio emocional.
Meister et al. (2016) Suíça	98 / Infarto do Miocárdio/ RS-11 versão alemã reduzida	Maiores níveis de RES de traços associaram-se a baixos níveis de TEPT, mas não com sofrimento imediato durante o IM. Indivíduos com melhores competências pessoais e níveis de aceitação de si e da vida, podem adaptar-se melhor ao IM agudo e suas consequências.	Pacientes com baixos níveis de RES podem ser identificados para obterem apoio psicológico pós-IM como possibilidade de reduzir níveis de sintomas de desenvolvimento de TEPT, melhorando o enfrentamento em relação à experiência do IM.
Li, Yang, Liu e Wang (2016) China	365 / câncer de bexiga/ RS-14 versão chinesa	A RES foi relacionada positivamente com QV e funcionou como moderadora dos efeitos negativos do estresse e promoção da adaptação positiva. Os níveis mais altos de RES relacionou a forte crença em recuperar-se do CA, incluindo autoaceitação, ajustes em relação aos danos psicológicos e físicos. A RES desempenhou um papel importante para tratamento correto do CA resultando em melhor QV antes, durante e após CA.	A RES pode aparecer em cada ponto de tempo com diferentes características clínicas e é possível que seja promovida por vários tipos de intervenções ou interações. Baixo nível de QV em pacientes com CA de bexiga deve receber atenção suficiente pelas instituições médicas e do governo. Seria importante o uso de modelo integrado para melhorar recursos psicossociais positivos e QV em pacientes com CA, que integre os FP de apoio social, esperança e RES.
Chochovski , Moss e Charman (2013) Austrália	184/ mulheres inférteis/ insucesso tratamento/ RS-10	Neste estudo transversal, a RES se relacionou negativamente com a depressão inicialmente, porém, esse benefício se relacionou negativamente no decorrer do tempo, a partir das falhas da FIV. A qualidade conjugal foi positivamente relacionada à depressão inicialmente, mas negativamente relacionada à depressão mais tarde, sugerindo que a qualidade conjugal pode ter proporcionado um refúgio seguro para refletir e explorar acerca da falha de FIV.	Provavelmente, a RES poderia incentivar a reavaliação cognitiva, pois os indivíduos resilientes se sentem confiantes de que podem superar suas emoções, enquanto a qualidade conjugal pode evitar a evasão, já que se sentem suficientemente seguros para refletir sobre sua angústia. Porém, pesquisas anteriores a esta, não estabeleceram os determinantes psicossociais das estratégias adaptativas do enfrentamento para uma reavaliação cognitiva.

Tabela 2

Instrumentos utilizados para avaliar a resiliência em condições clínicas específicas e propostas de intervenção (continuação)

Fernandez et al. (2015) EUA	120 – doença hepática em estágio terminal (DHET)/ CD-RISC de 20 itens	O estudo adaptou o CD-RISC, para amostra de pacientes com transplante de fígado, reduzindo a escala para 20 itens. O CD-RISC pode potencialmente ser usado para obter uma melhor compreensão dos fatores que melhoram o funcionamento psicológico e o enfrentamento durante o período pré-transplante. O funcionamento psicológico saudável é parte integrante dos órgãos correspondentes com receptores emocionalmente estáveis e a compreensão dos FP, como a resiliência, é imperativa.	No futuro, o CD-RISC poderia ser usado para avaliar e compreender o papel da RES em pacientes com doença hepática em estágio terminal e, possivelmente, ajudar na tomada de decisão clínica. O CD-RISC pode potencialmente ser usado para obter uma melhor compreensão dos fatores que melhoram o funcionamento psicológico e o enfrentamento durante o período pré-transplante.
Min et al. (2013) Coréia do Sul	152 / câncer/ CD-RISC de 25 itens	Os níveis de RES psicológica foram negativamente associados a sofrimento emocional após controle de covariáveis relevantes. Entre os pacientes com câncer metastático, a RES também foi um fator protetor significativo para o sofrimento emocional.	O estudo sugere que a RES psicológica pode contribuir de forma independente para diminuir o sofrimento emocional em pacientes com CA, a partir de intervenções psicossociais, fornecendo assim, abordagens úteis que promovam a RES.
Gouzman et al. (2015) Israel	200 / CA de sistema digestório/ CD-RISC de 25 itens	O estudo apontou que a RES relacionou-se com ajuste psicossocial e com relato retrospectivo de alterações no comportamento promotor de saúde em sobreviventes de CA digestivo, via mediação de AP (alto) e AN (baixo). O CPT foi associado apenas com mudanças nas práticas nutricionais, mediada pela RES.	Identificar pacientes com baixos níveis de RES e AN logo após o diagnóstico, para prover apoio oportuno e intervenções psicossociais para melhor ajuste em longo prazo (durante e pós tratamento de CA). Embora as intervenções para reduzir AN, depressão ou ansiedade sejam importantes, é fundamental focar no fortalecimento das emoções positivas.
Markovitz et al. (2015) Bélgica	211 mulheres/ CA de mama/ CD-RISC de 25 itens	Encontrou-se escores elevados de ansiedade, depressão, AN e menos sentimento de felicidade em pacientes com CA. Níveis mais altos de RES podem agir como FP, e diminuir AN. A RES pode ser uma característica relativamente estável, não afetada pela adversidade.	A identificação da RES como FP contra o desenvolvimento de sintomas psicopatológicos após o diagnóstico de CA pode ser útil em um cenário clínico. Avaliar a RES entre pacientes com CA pode levar à detecção precoce dos fatores de risco a fim de propor intervenções que promovam a RES e prevenir o desenvolvimento psicopatologias.
Tian et al. (2016) China	139 / transplantados renais/ CD-RISC de 25 itens	Nível mais baixo de ASP relacionou-se positivamente com sofrimento psíquico, enquanto a RES se relacionou negativamente a este último. Após considerar a RES, o efeito do ASP tornou-se menos importante, refletindo uma associação significativa entre ASP e RES. Transformou-se a RES em uma variável dicotômica (duas categorias) para compreender seu papel no sofrimento psicológico.	Intervenções psicossociais, a partir da avaliação da RES e das intervenções estratégicas podem ser úteis para prevenir o sofrimento psicológico nesses pacientes. A transformação da RES em variável dicotômica pode ser benéfica para aplicações clínicas e fornece uma base teórica mais clara para a intervenção e programas de assistência psicológica em receptores de transplante renal.

Tabela 2

Instrumentos utilizados para avaliar a resiliência em condições clínicas específicas e propostas de intervenção (continuação)

Guest et al. (2015) Austrália	88 / lesão medular (LM)/ CD-RISC de 25 itens	Os achados confirmaram forte relação entre fatores psicossociais (humor depressivo, autoeficácia e ansiedade) e RES. O suporte social não se correlacionou significativamente com altos níveis de RES inicialmente, entretanto, isto é possivelmente contabilizado pelo envolvimento social intenso de amigos, família e profissionais da saúde, durante a fase de internação. Aos seis meses, contudo, o apoio social foi significativamente associado à RES, tornando crucial para o enfrentamento adaptativo. A adição de TCCG à RPR não resultou em maior RES em relação ao grupo que recebeu TCCI.	Acredita-se que a reabilitação para LM composta por componentes médicos, físicos e psicossociais, pode ser eficaz para ajudar na adaptação pós-alta. As intervenções não devem ser direcionadas apenas para aqueles com humor depressivo elevado e ansiedade, mas também para aqueles com baixa autoeficácia e escasso ASP. É fundamental o desenvolvimento de estratégias para além da abordagem da TCC, que promovam a RES, o fortalecimento das redes de apoio social, melhoria da assistência e do acesso às atividades laborativas
Yu et al. (2014) China	75 HIV+ e 36 HIV-/ CD-RISC de 25 itens	Os participantes com HIV positivos aumentaram seus níveis de RES, suporte social, QV e relataram menos sintomas de depressão, ansiedade e estresse ao término da intervenção. Os resultados foram mantidos após três meses. Relataram melhorias subjetivas nas habilidades de resolução de problemas, autoconfiança e sentimento de serem cuidados. As atitudes discriminatórias dos participantes HIV-negativos em relação aos soropositivos foram reduzidas após a conclusão da intervenção. A maioria dos participantes ficou satisfeita com a intervenção e recomendaria a outros.	Utilizou-se a abordagem train-the-trainer (treinar o treinador) e para elaborar o manual padrão e desenvolver os conteúdos do programa (jogos, artesanato, habilidades). o contexto cultural, social, educacional, nível de entendimento sobre saúde mental e doença, foram levados em conta a fim de atingir os objetivos e ser passível de replicação. Com base no construto de RES, reformulou-se de forma positiva a doença, enfrentamento, redes sociais, esperança e otimismo, além de viabilizar a participação em serviços comunitários. Temas como morte, exclusão e discriminação social foram debatidos. Educar sobre o gerenciamento da doença, autocuidado e reabilitação, foi fundamental.
Hayter e Dorstyn (2014) Austrália	97 / espinha bífida/ CD-RISC de 10 itens	Houve correlação significativa entre autoestima e autoaceitação, e ambas se correlacionaram positivamente com a RES. Esses dados sugerem que as duas construções (autoestima e autoaceitação) não são psicologicamente distintas. Pode ser que ambas funcionem simultaneamente para promover a adaptação positiva- a autoaceitação pode reduzir o grau de autocrítica e os sintomas depressivos subsequentes, enquanto a autoestima reforça a capacidade percebida para lidar com as demandas de EB, resultando em enfrentamento mais proativo. O Sofrimento psicológico relacionou-se negativamente com RES.	As estratégias comportamentais cognitivas com foco na autogestão podem, em parte, contribuir para o processo de RES em pacientes com EB congênita. A combinação de recursos como rede de apoio, acesso aos recursos de saúde e serviços de suporte, podem contribuir para diminuir o impacto físico e emocional nesta população.

Tabela 2

Instrumentos utilizados para avaliar a resiliência em condições clínicas específicas e propostas de intervenção (continuação)

Rainey et al. (2014) EUA	11 / trauma nível I/ CD-RISC de 10 itens	A análise revelou que a RES permaneceu estável ao longo de um ano, independentemente da gravidade, etiologia ou tipo de lesão. A RES pode ser uma característica relativamente estável, não afetada pela adversidade. Foi encontrada correlação negativa entre a RES basal e a depressão, ou seja, indivíduos com baixa RES no início tornam-se menos resilientes após um ano, e vice e versa.	Avaliar a RES no momento da lesão pode ser útil na identificação de pessoas com risco de depressão após um ano. A identificação precoce pode ajudar a determinar quais os indivíduos que se beneficiariam da intervenção e serem encaminhados para tratamentos. Pesquisas futuras devem focar estratégias de intervenção eficaz no ambiente hospitalar.
McAllister et al. (2015) EUA	858 / Fibromialgia/ CD-RISC de 10 itens	O estudo revelou efeitos diretos e indiretos, estatisticamente significativos da RES sobre a carga dos sintomas da fibromialgia (CSF), sugerindo que a ela pode afetar CSF através de seu impacto positivo sobre o efeito. A resiliência se relacionou com afeto.	As intervenções psicológicas, como a TCC, têm sido usadas para diminuir o déficit de afeto positivo e melhorar a carga global dos sintomas. Essas intervenções podem promover o enfrentamento e o funcionamento adaptativo, possibilitando que estes pacientes controlem sua dor, melhorando a QV. As conexões sociais e recursos pessoais podem ser cultivados através de intervenções psicológicas positivas, incluindo treino de felicidade, perdão e gratidão.
Çuhadar et al. (2016) Turquia	51 + 45 familiares/ transplante de medula óssea/ RSA-33	Níveis mais baixos na percepção de subfator de resiliência com relação ao planejamento de futuro, níveis mais altos para subdimensões dos recursos sociais, relação negativa entre níveis de resiliência psicológica e os sintomas psicológicos, evidenciou que maiores níveis de resiliência se correlacionou com menor grau de sintomas psiquiátrico. Escore de RES psicológica geral foi alta.	Os domínios de RES (estilo estruturado, percepção do futuro, coesão familiar e recursos sociais) têm um papel protetor nos sintomas psiquiátricos. Pensa-se que a resiliência psicológica pode agir como uma fonte de resistência ao se deparar com problemas graves de saúde e agir como proteção contra sintomas psiquiátricos. Indivíduos com alta resiliência psicológica podem tolerar melhor as emoções negativas, avaliar de forma confiável a verdade, se refletir de maneira forte e assumir maiores responsabilidades.
Tan-Kristanto e Kiropoulos (2015) Austrália	129 / Esclerose múltipla/ RSA-36	Níveis mais baixos de RES relacionaram-se positivamente à competência pessoal (locus de controle interno, autoimagem positiva, otimismo para o futuro e capacidade de organizar a vida), porém, relacionou-se negativamente com depressão e ansiedade.	Os resultados deste estudo têm implicações para decisões políticas, pois o tempo em torno do diagnóstico pode ser um momento que requer rotina mais intensa. O suporte psicológico pode ter um impacto positivo para o ajuste e bem-estar. Esses resultados também sugerem que as intervenções psicológicas devem se concentrar no desenvolvimento de enfrentamento e RES focados em problemas naqueles recém-diagnosticados com EM.

Tabela 2

Instrumentos utilizados para avaliar a resiliência em condições clínicas específicas e propostas de intervenção (continuação)

Dageid e Gronlie (2015) África do Sul	263 HIV+/ RSA-30	Jovens: reportaram melhor saúde e resistência em geral, mais contato religioso do que aqueles que relataram saúde precária. Homens: relataram melhor saúde, renda e educação, contatos com diferentes grupos religiosos e confiança em vizinhos, sugerindo que a RES, neste estudo, poderia estar igualmente relacionada a recursos sociais e pessoais. Também apresentaram níveis mais altos de RES com relação ao planejamento de futuro, e em relação à autopercepção, porém, menor RES relacionou a recursos sociais. Os achados apontaram altos níveis de RES global em toda amostra.	A RES abrange os aspectos psicológicos e sociais da capacidade do indivíduo de se adaptar a uma vida com HIV positivo e suas comorbidades e psicologicamente, ter sentimentos e pensamentos positivos sobre si mesmo e com relação ao futuro facilita as percepções e ações que promovam saúde.
Newton-John, Mason e Hunter (2014) Austrália	101/ dor crônica/ BRS	Maiores níveis de RES associou-se positivamente a melhor apoio social; propensão a trabalhar, apesar da dor; menor crenças de medo e evitação; maior capacidade relacionada à dor e menor intensidade de dor relatada. A RES se correlação positivamente com a autoeficácia relacionada à dor.	O estudo forneceu apoio para o ensino de estratégias para pacientes com dor, como a construção e manutenção de redes sociais e a promoção da autoconfiança, para melhor ajuste à dor crônica. Sugere-se que o papel da RES pode ter associações importantes com o ajuste do paciente, o que na prática clínica, as técnicas de intervenção podem ser reorientadas para o desenvolvimento de forças e emoções positivas ao invés de focar apenas no tratamento e nos efeitos negativos da persistência de dor.

Nota. RS = *Resilience Scale* (Wagnild & Young, 1993); CD-RISC = *Connor-Davidson Resilience Scale* (Connor & Davidson, 2003); RSA = *Resilience Scale for Adults* Friborg et al. (2005); BRS = *Brief Resilience Scale* (BRS; Smith et al., 2008); LES = *lupus erythematosus*; IM= Infarto do Miocárdio; QV = Qualidade de Vida; RES = Resiliência; Pré-ETDR = Pré-Estágio Terminal de Doença Renal; AR= Alto Risco; DRCP= Doença Renal Crônica Precoce; TCTH = Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas; TEPT= Transtorno de Estresse Pós-Traumático; FIV= Fertilização *in vitro*; CPT= Crescimento Pós-Traumático; AP= Afeto Positivo; NA= Afeto Negativo; CA= Câncer; FP= Fator de Proteção; FR= Fator de Risco; ASP= Apoio Social Percebido; TCC= Terapia Cognitiva-Comportamental; TCCG= Terapia Cognitiva-Comportamental Grupal; TCCI= Terapia Cognitiva-Comportamental Individual; RPR= Reabilitação Psicossocial Rotineira; EB= Espinha Bífida; CSF= Carga dos Sintomas da Fibromialgia; EM= Esclerose Múltipla.

Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC)

Esta escala foi a mais utilizada. Dos artigos elegíveis, dez utilizaram a *Connor–Davidson Resilience Scale* (CD-RISC) (Fernandez, Fehon, Treloar, Ng, & Sledge, 2015; Gouzman et al., 2015; Guest et al., 2015; Hayter & Dorstyn, 2014; Markovitz, Schrooten, Arntz, & Peters, 2015; McAllister et al., 2015; Min et al., 2013; Rainey, Petrey, Reynolds, Agtarap, & Warren, 2014; Tian et al., 2016; Yu et al., 2014), em contextos diversos de saúde/doença. O CD-RISC é uma medida de autoavaliação da resiliência, com boas propriedades psicométricas, sendo que seu uso permite quantificá-la e de verificar de que forma ela é influenciada pelo estado de saúde (Connor & Davidson, 2003). Segundo estes autores, a resiliência pode ser modificável e promovida com intervenções. Este instrumento consiste de 25 itens agrupados em cinco fatores. O primeiro fator (8 itens) reflete a noção de competência pessoal, padrões elevados e tenacidade. O segundo fator (7 itens) se refere à confiança na instituição, a tolerância ao afeto negativo e aos efeitos de fortalecimento do estresse. O terceiro fator (5 itens) reflete a aceitação positiva de mudanças e relações seguras. O quarto fator (3 itens) reflete o controle. O quinto fator (2 itens) reflete as influências espirituais. A escala foi validada utilizando diferentes amostras (cinco em ambientes clínicos e uma na comunidade). O instrumento também apresentou boas evidências de confiabilidade pelo alfa de Cronbach ($= 0,89$) e análises de teste-reteste (coeficiente de correlação $= 0,87$). Também apresenta validade em relação a outras medidas de estresse e resistência, refletindo os diferentes níveis da resiliência.

Anos mais tarde, Campbell-Sills e Stein (2007) demonstraram em seu estudo que o CD-RISC com 25 itens, tinha uma estrutura de fatores instáveis em duas de três amostras demograficamente equivalentes. Os pesquisadores realizaram uma série de modificações empiricamente conduzidas, resultando em uma escala unidimensional de 10 itens que demonstrou validade e boa consistência interna. Para eles, os resultados dessas análises

sugerem que o CD-RISC de 10 itens mede características que diferenciam os indivíduos que apresentam bom funcionamento após a adversidade, daqueles que não apresentam. Por fim, afirmam que a escala reduzida exhibe excelentes propriedades psicométricas que permite uma medição eficiente dos principais recursos da resiliência.

No Brasil, Lopes e Martins (2011) traduziram e adaptaram a versão reduzida do CD-RISC de 10 itens para a língua portuguesa, em uma amostra brasileira composta de 463 indivíduos. Os autores concluíram que a versão brasileira da CD-RISC-10 possui adequação com a escala original e características psicométricas que autorizam seu uso como uma ferramenta confiável e válida para avaliar a resiliência em pesquisas brasileiras.

Mais recentemente, González et al. (2015) realizaram um estudo com objetivo de calibrar o CD-RISC usando o modelo de escala *Rasch Rating Scale Model* (RSM) - modelo apropriado para estimar a variável latente (resiliência) e a endossabilidade das respostas para o item, classificadas em duas ou mais categorias. Estes autores reiteraram que o CD-RISC é indubitavelmente um dos instrumentos mais conhecidos no campo da avaliação da resiliência, porém, sinalizam que ele apresenta algumas deficiências, que seriam: a) a estrutura fatorial original não pôde ser replicada por análise fatorial exploratória ou confirmatória; b) a existência do quarto e quinto fatores com três e dois itens, respectivamente, é altamente questionável; c) a decisão dos autores da escala em utilizar o critério de Kaiser-Guttman para decidir o número de fatores a serem retidos, é questionável, uma vez que pode ocasionar a sobre factorização, ou seja, uma decomposição excessiva de fatores que integram a escala; d) a preferência por método de rotação ortogonal para analisar a estrutura de escala, quando seria razoável contemplar a possibilidade de que as dimensões hipotéticas de resiliência fossem correlacionadas, como ocorre frequentemente em outras estruturas multidimensionais; e) a denominação dos três primeiros fatores são confusos por incluírem conceitos diferentes; e f) a estrutura multidimensional da escala também parece questionável, pois, Campbell-Sills e

Stein (2007), após removerem itens com cargas baixas ou inconsistentes, e de conteúdo sobreposto, concluíram que a escala é unidimensional, retendo apenas 10 itens da escala original de 25.

Por fim, González et al. (2015) afirmam, a partir da aplicação do *Rasch Rating Scale Model* (RSM) para todos os itens do CD-RISC, que a escala é útil para medir a resiliência. Para os autores os resultados indicaram que os itens da escala estão distribuídos de forma hierárquica e com escalamento adequado, e sustentam em parte um dos objetivos da escala: avaliar a resiliência em ambientes clínicos e pessoas vulneráveis. Porém os autores alertam que a distribuição da dificuldade de item sustenta em parte um dos objetivos da escala: avaliar a resiliência em ambientes clínicos e pessoas vulneráveis. Eles explicam que isso acontece, em parte, pela ausência de itens capazes de discriminar adequadamente altos níveis da variável latente (resiliência), fazendo com que a escala seja inadequada para uso em outros contextos de interesse como, por exemplo, indivíduos com alto nível de resiliência em processo de seleção para certas profissões.

No estudo de Fernandez, Fehon, Treloar, Ng e Sledge (2015) o CD-RISC foi adaptado para pacientes com doença hepática em estágio terminal (DHET), com base em análises fatoriais exploratórias, resultando na remoção de 5 itens: "Relacionamentos próximos e seguros" (Item 2), "Às vezes o destino ou Deus pode ajudar" (Item 3), "As coisas acontecem por uma razão" (Item 9), "Saber onde procurar ajuda" (Item 13), e "Agir com intuição" (Item 20). Estes autores afirmaram que os testes de validade do construto apoiaram o CD-RISC com 20 itens. Já no estudo de Tian et al. (2016), os autores apontaram que o CD-RISC não tem um valor de corte claro, e por isso, transformaram a resiliência em uma variável dicotômica (duas categorias) alta *versus* baixa, para selecionar o ponto de corte com a melhor capacidade discriminativa. Estes autores concluíram que essa transformação pode ser útil para aplicações clínicas dos resultados encontrados em seu estudo e fornece uma base teórica

mais clara para a intervenção psicológica e programas de cuidados psicológicos para receptores de transplante renal.

Escala de Resiliência (*Resilience Scale* – RS)

A Escala de Resiliência (Wagnild & Young, 1993) foi a segunda mais utilizada. Dessa forma, nove estudos optaram por seu uso (Cal & Santiago, 2013; Chochovski, Moss, & Charman, 2013; Erim et al., 2015; Li, Yang, Liu, & Wang, 2016; Ma et al., 2013; Meister et al., 2016; Ruiz-Párraga, López-Martínez, Esteve, Ramírez-Maestre, & Wagnild, 2015; Schumacher, Sauerland, Silling, Berdel, & Stelljes, 2014; Wallhäusser-Franke, Delb, Balkenhol, Hiller, & Hörmann, 2014). Desses nove estudos, apenas um foi realizado no Brasil, com amostra de indivíduos acometidos por lúpus eritematoso sistêmico (*lupus erythematosus*) (Cal & Santiago, 2013).

A RS foi uma das primeiras escalas a ser desenvolvida de mensuração da resiliência. Sua elaboração foi realizada por Wagnild e Young (1993) a partir de uma análise da narrativa de 24 mulheres que demonstraram um enfrentamento positivo frente às adversidades, e foi identificado cinco componentes como fatores para resiliência - serenidade, perseverança, autoconfiança, sentido de vida e autosuficiência. A Escala de Resiliência possui 25 itens, com respostas tipo Likert variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente).

A RS mede a resiliência como uma característica de personalidade positiva que promove a adaptação a condições de vida adversas, incluindo condições de saúde crônicas (Wallhäusser-Franke et al., 2014). Dessa forma, alguns estudos adaptaram a RS para a população de suas amostras, outros adaptaram para um tipo específico de problema clínico, como por exemplo, dor crônica (Ruiz-Párraga et al., 2015).

No Brasil, Pesce et al. (2005) realizaram uma adaptação transcultural da RS, por meio de análise fatorial dos itens, utilizando técnica estatística multivariada que tenta reduzir a dimensionalidade mediante diferentes estratégias de rotação (oblíqua e ortogonal). Já o

cáculo de confiabilidade, foi realizado por meio do Alpha de Chrombach autores destacaram que destacaram que a escala apresentava bons níveis de confiabilidade e validade para a população brasileira. Estes autores correlacionaram a RS com alguns constructos teoricamente relevantes na literatura, como: supervisão familiar, autoestima, satisfação de vida, apoio social e violência psicológica - todos estes conceitos foram medidos por outras escalas válidas. Eles concluíram a partir daí, que a escala apresentou correlação direta e significativa com autoestima, supervisão familiar, satisfação de vida e apoio social, porém, verificou-se correlação inversa com violência psicológica.

Mais tarde, Wagnild (2009) realizou uma revisão contendo 12 artigos que utilizaram a escala de resiliência. Ele apontou que a Escala de Resiliência tem sido usada com uma diversidade de indivíduos, de diferentes idades, níveis socioeconômicos e educacionais. O autor ressaltou que a escala tem se comportado como uma ferramenta confiável e válida para medir a resiliência em diferentes tipos de amostras. E mais recentemente, Kocalevent et al. (2015) publicaram um estudo cujo objetivo foi gerar dados normativos para o RS-11, a forma breve da RS, para diferentes faixas etárias, para homens e mulheres e investigar a validade do construto e a estrutura do fator na população em geral. Os autores utilizaram uma grande amostra (N=5.036) e puderam evidenciar que o RS-11 é uma medida de autorrelato confiável e válida para a resiliência na população em geral. Eles afirmaram que esta escala pode ser assumida como unidimensional, com todos os itens carregando substancialmente em um fator latente de resiliência. Eles encontraram ainda, uma variância de escores de resiliência de acordo com o gênero, porém, com tamanho do efeito pequeno. Assim, estes autores chegaram a um resultado fundamental adicional ao estudo de padronização da RS-11 com a provisão de dados normativos da população em geral para diferentes grupos de idade e gênero, podendo ser utilizada com categorias de referência em estudos comunitários e configurações de cuidados de saúde.

Escala de Resiliência para Adultos (*Resilience Scale for Adults - RSA*)

Três estudos (Çuhadar, Tanriverdi, Pehlivan, Kurnaz, & Alkan, 2016; Dageid & Gronlie, 2015; Tan-Kristanto & Kiropoulos, 2015) utilizaram o Escala de Resiliência para Adultos (Friborg et al., 2005). A Escala de Resiliência para Adultos foi elaborada por Friborg, Barlaug, Martinussen, Rosenvinge e Hjemdal (2005) para avaliar a resiliência. Os autores da escala realizaram a avaliação do instrumento de forma cruzada e comparada. Os fatores da RSA foram correlacionados com as medidas de personalidade (*Big Five* – 5PFs), com as habilidades cognitivas e inteligência social. Estes autores confirmaram, com base em análises confirmatórias, o ajuste do modelo para cinco fatores de personalidade: "força pessoal"; "competência social"; "estilo estruturado"; "coesão familiar" e "recursos sociais". Apontaram também que o modelo *Big Five* (medidas de personalidade) foi utilizado para discriminar perfis de personalidade favoráveis e vulneráveis, que foram correlacionados com os cinco fatores de resiliência, apontados no RSA, indicando correlação positiva entre ambos, como discriminados a seguir: RSA-força pessoal relacionou-se significativamente com 5PFs-estabilidade emocional, RSA-competência social com 5PFs-extroversão e 5PFs-amabilidade, bem como habilidades sociais e RSA-estilo estruturado com 5PFs-consciencialidade. Os autores encontraram que as medidas de coesão RSA-família e RSA-recursos sociais também estavam relacionadas à personalidade. Porém, o RSA não se relacionou às habilidades cognitivas. Para os autores, o estudo apoiou a validade convergente e discriminativa da escala e, portanto, a inferência de que os indivíduos com pontuações mais altas são psicologicamente mais saudáveis, melhores ajustados e, portanto, mais resilientes.

A versão brasileira da escala foi validada por Hjemdal, Roazzi, Dias, Roazzi e Vikan (2009). O objetivo deste estudo foi explorar a validade transcultural da Escala de Resiliência para Adultos (RSA) por meio de comparação das propriedades psicométricas em amostra brasileira (N=221) comparadas com resultados encontrados em amostras norueguesas. A

análise fatorial confirmatória indicou ajuste adequado para uma estrutura de seis fatores estabelecida na amostra brasileira. Este resultado foi confirmado por meio da análise de estrutura de similaridade, indicando assim, que a RSA pode ser uma medida para avaliar os fatores de proteção associados à resiliência.

Escala Breve de Resiliência (*Brief Resilience Scale – BRS*)

Apenas um artigo utilizou o BRS (Newton-John, Mason, & Hunter, 2014). A escala breve de resiliência (BRS) foi criada por Smith et al. (2008) para avaliar a capacidade de recuperar-se de adversidades ou estresse. É uma escala composta por seis itens, classificados em uma escala que varia de 1 (desacordo fortemente) a 5 (concordo fortemente), em que pontuações mais altas indicam maior capacidade de resiliência. Suas características psicométricas foram examinadas em quatro amostras, duas delas contendo estudantes de graduação e, a outra, contendo pacientes em reabilitação cardíaca. Os autores identificaram previsibilidade relacionada com características pessoais, relações sociais, enfrentamento e saúde, em todas as amostras. No entanto, houve relação negativa referente à presença de ansiedade, depressão, afeto negativo e sintomas físicos, quando outras medidas de resiliência foram controladas: otimismo, suporte social e personalidade tipo D (alto efeito negativo e alta inibição social). Dessa forma, os autores concluíram que o BRS é um instrumento confiável para avaliar a resiliência, podendo fornecer informações únicas e importantes sobre pessoas que lidam com agentes estressores relacionados à saúde.

No Brasil, a BRS foi validada e readequada para o contexto brasileiro por Coelho, Hanel, Cavalcanti, Rezende e Gouveia (2016). Os autores buscaram em dois estudos, fornecer evidências de validade e confiabilidade para a escala. No primeiro, com uma amostra composta de 171 indivíduos, os autores buscaram obter uma visão preliminar da estrutura dos itens por meio da Análise dos Componentes Principais e verificaram a confiabilidade do BRS. O segundo continha uma amostra composta por 232 participantes

cujo objetivo principal foi confirmar a estrutura de um único fator do BRS, além de mais evidências de validade. Neste último estudo, analisaram também as correlações com traços de personalidade, a partir do modelo *Big Five*. Em geral, os resultados apontaram que o BRS é psicometricamente adequado para pesquisas no Brasil.

Todos os 23 estudos utilizaram outros instrumentos para medir demais fatores em contextos específicos a fim de relacionar a resiliência a com diversas variáveis, como por exemplo: estresse e ansiedade (13), autorrelato (9), suporte social (6), bem estar subjetivo e autoeficácia (4), além de alguns instrumentos específicos que avaliaram outros aspectos, porém, em menor número.

Discussão

Os resultados indicam que a resiliência tem sido avaliada em diversos contextos clínicos em que o paciente se encontra. No Brasil, apenas um estudo avaliou a resiliência em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico, o que indica que a resiliência no país é pouco investigada e de baixa visibilidade. Foi possível concluir que mesmo havendo instrumentos validados para amostras brasileiras, esse aspecto não foi suficiente para promover a avaliação dos indicadores de resiliência nas pesquisas em saúde e doença no campo da psicologia.

Controvérsias da Resiliência como Traço ou Processo

Se a resiliência apresenta-se estável, como um traço inerente ao indivíduo, seria possível inferir que intervenções ou programas com o objetivo de promovê-la, estão fadados ao fracasso? Esse questionamento é importante, já que indivíduos não resilientes permaneceriam em condições deletérias e não se beneficiariam do fortalecimento dos fatores protetivos e do aumento dos níveis de resiliência. Porém, essa característica de traço não é apoiada por diversos autores que entendem a resiliência como um processo dinâmico, que

envolve comportamentos, pensamentos e ações passíveis de serem aprendidas (APA, 2015; González et al., 2015; Reppold et al., 2012; Rutter, 2013).

No entanto, é preciso que mais pesquisadores invistam em estudos sobre o tema da resiliência para suprir lacunas importantes como estas. Pois, até o momento, levando em conta os limites desta revisão, não foram encontradas fortes evidências que possam responder o porquê de alguns se beneficiarem mais que outros com o construto da resiliência. É importante a realização de pesquisas prospectivas que esclareçam os fatores que contribuem para a deterioração da resiliência e por que algumas pessoas resistem a melhorarem seus níveis, de modo que esses subgrupos poderiam ser direcionados para intervenções inovadoras (Guest et al., 2015).

Correlação Entre Resiliência e Outras Variáveis

Alguns estudos apontaram que a resiliência pode funcionar como um fator de proteção contra o sofrimento psicológico e melhor ajuste emocional além de maior aceitação à dor crônica e menor depressão e ansiedade. Sugere-se a partir dos resultados, que a promoção da resiliência poderia trazer benefícios para pacientes com limitações físicas significativas, com doenças crônicas, e/ou que enfrentam tratamentos com efeitos adversos e precisam engajar em uma rotina de tratamento hospitalar ou *home care*.

Um resultado importante, encontrado em alguns estudos, foi que os recursos sociais foram apontados como fatores protetivos e relacionados a maiores níveis de resiliência. Esta última e autoeficácia apresentaram forte correlação (Guest et al., 2015; Schumacher et al., 2014). Dessa forma, seria importante avaliar quais os fatores protetivos poderiam servir como moderadores, como por exemplo o apoio de familiares, amigos e profissionais de saúde; engajar-se em uma atividade laboral e/ou religiosa; autoeficácia (conhecer sua própria capacidade de enfrentar e superar dificuldades); autoestima; autoaceitação, dentre outros. Assim, a promoção da resiliência por meio de fatores protetivos como os já citados, além da

construção psicológica positiva frente ao problema de saúde, pode melhorar a qualidade de vida (QV), a boa saúde mental, o desempenho físico, emocional e social (Erim et al., 2015; Li et al., 2016; Schumacher et al., 2014). Indivíduos que apresentam níveis mais altos de autoaceitação possivelmente acreditam mais em sua capacidade, ao mesmo tempo em que reconhecem seus limites de maneira realista, o que lhes permite buscar e aceitar ajuda externa quando necessário (Wagnild & Young, 1993).

A resiliência também foi relacionada ao afeto positivo (AP) - potencial em desfazer os efeitos negativos físicos e psicológicos de situações estressantes - e negativo (AN) – distúrbio subjetivo, engajamento não prazeroso - no ajuste psicossocial. No ajuste psicossocial ao câncer, o efeito da resiliência é exercido através da preservação do alto AP e baixo AN (Gouzman et al., 2015). Este resultado é útil para aqueles que avaliam a resiliência, a fim de identificar, também, qual o nível de AN e AP do indivíduo em outros contextos, já que existe uma correlação entre estes e a resiliência. Intervenções que diminuam o déficit de AP e melhorem a carga global dos sintomas da doença, contribuem para o melhor enfrentamento e funcionamento adaptativo, possibilitando que estes pacientes controlem sua dor, melhorando a QV (McAllister et al., 2015).

Em diversos casos é importante avaliar a resiliência logo após o diagnóstico a fim de contribuir para melhor ajuste em longo prazo. Essa avaliação precoce contribuiria para identificar os indivíduos com risco de depressão após um período de um ano desde o diagnóstico, o que contribui para determinar aqueles que se beneficiariam da intervenção para a depressão e serem, então, encaminhados para suporte emocional (Rainey et al., 2014).

Propostas de Intervenção

A resiliência pode aparecer em cada ponto de tempo com diferentes características clínicas e é possível que seja promovida por vários tipos de intervenções ou interações (Li et al., 2016); esforços interdisciplinares são necessários para compreender diversos aspectos

relacionados a este construto (Cal & Santiago, 2013). Psicologicamente, ter sentimentos e pensamentos positivos sobre si mesmo e com relação ao futuro facilita as percepções e ações que promovem a saúde, e melhor aproveitamento dos recursos percebidos e disponíveis (Dageid & Gronlie, 2015). Pessoas com melhores níveis de resiliência estão propensas a lidar melhor com um evento adverso de saúde (Meister et al., 2016).

Antes de se planejar intervenções ou programas que promovam a resiliência, primeiro é preciso identificar os atributos que podem ser desenvolvidos, os quais atuariam como fator de proteção e os que atuariam como fatores de risco (Cal & Santiago, 2013; Rutter, 2013). Para Li et al. (2016), seria importante o uso de modelo integrado para melhorar os recursos psicossociais positivos e QV em pacientes com câncer. O atual estudo corrobora o resultado da pesquisa de Li et al. (2016), apoiando que se amplie esta última recomendação, para outros tipos de problemas de saúde.

Ressaltar as potencialidades dos indivíduos e sentimentos positivos é preconizado pela Psicologia Positiva, da qual a resiliência é um de seus fenômenos. Inclusive o aprendizado e melhoria das habilidades de enfrentamento mais adaptativo frente às adversidades, é uma das estratégias de promoção da resiliência. Porém, um dos estudos sugeriu que as intervenções psicológicas devem se concentrar no desenvolvimento de enfrentamento e resiliência focados em problemas naqueles recém-diagnosticados com esclerose múltipla (Tan-Kristanto & Kiropoulos, 2015).

Algumas intervenções são propostas pelos autores dos estudos desta revisão: a) intervenções psicossociais focadas em resiliência psicológica e tipos de modalidades complementares (artes, música, prática baseada na atenção plena, hipnose, biofeedback, Reiki, acupuntura) a fim de aumentar as habilidades de enfrentamento e resolução de problemas por pacientes e seus familiares (Çuhadar et al., 2016); b) intervenções baseadas em terapias cognitivo-comportamentais (TCC) em conjunto com programas de psicoeducação

contribuiriam para melhorar a capacidade dos pacientes em identificar e utilizar recursos individuais (Schumacher et al., 2014); c) estratégias comportamentais cognitivas com foco na autogestão podem, em parte, contribuir para o processo de resiliência em pacientes com espinha bífida congênita, combinada a recursos como rede de apoio, acesso aos recursos de saúde e serviços de suporte, podem contribuir para diminuir o impacto físico e emocional nesta população (Hayter & Dorstyn, 2014); d) reavaliação cognitiva para recuperação do sofrimento, a partir da identificação de determinantes psicossociais das estratégias adaptativas de enfrentamento (Chochovski et al., 2013). Porém, Guest et al. (2015) alertam a importância do desenvolvimento de estratégias para além da abordagem da TCC, que promovam a resiliência, fortaleçam as redes de apoio social, melhorem o acesso à assistência e cuidado também às atividades laborativas. Porém, é preciso que pesquisadores avancem nessas práticas a fim de munir a comunidade científica com estudos empíricos apontando a eficácia de tais intervenções.

Um dos limites desta revisão foi a falta de programas de intervenção. Talvez isso tenha ocorrido pelo fato da busca ter sido focada na avaliação da resiliência no âmbito da psicologia da saúde e não na intervenção propriamente dita. A partir do estudo de Yu et al. (2014), foi possível, compreender a importância de se planejar um programa de intervenção, levando em conta, no momento da confecção de materiais e elaboração das dinâmicas, o contexto cultural, idioma, e costumes dos participantes. Outro ponto a ser considerado, ainda com relação a este estudo, é dar devido enfoque na educação em saúde, sobre gerenciamento de doenças, autocuidado e reabilitação para promover qualidade de vida nem toda não só no indivíduo acometido por enfermidade ou limitações, como também dentro da comunidade e entorno familiar. Avaliar posteriormente o resultado do programa, seria um bom indicador de eficácia dos programas de intervenção.

Com base no exposto, a resiliência apesar de ser um construto sem um conceito dominante, é de fundamental aplicação no contexto da psicologia da saúde. Utilizar a polissemia do conceito para ampliar seu uso, é uma forma de dirimir as questões em torno da falta de definição conceitual. Indivíduos que enfrentam situações adversas de saúde podem se beneficiar das intervenções que promovam a resiliência e outros fatores protetivos. Alguns instrumentos que avaliam a resiliência, são confiáveis e validados, porém, é fundamental que o profissional que avaliará a resiliência, planeje uma bateria composta por instrumentos para atingir os objetivos específicos na avaliação da população estudada, e preferencialmente, avalie a necessidade de adaptação destes instrumentos para a sua amostra. A maioria dos estudos apontaram possíveis intervenções, porém é necessário que pesquisadores invistam na elaboração de programas e modelos de intervenção para populações específicas. No Brasil, poucos estudos abordam a resiliência na área da saúde, ainda que haja instrumentos validados para amostras brasileiras, sugere-se não foi suficiente para promover a avaliação dos indicadores de resiliência nas pesquisas no país. Essas lacunas demonstram a importância de futuras pesquisas que abordem o construto da resiliência para benefício daqueles que vivem em contexto de adversidade.

Referências

- American Psychological Association (2015). The road to resilience. Retrieved May 24, 2017, from <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>
- Andrade, A. M. B. de A., & Bucher, J. S. F. N. (2003). Resiliência à luz do discurso do sujeito coletivo: uma contribuição ao programa de saúde da família. In F. Lefère & A. M. C. Lefère (Eds.), *O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)* (pp. 217–232). Caxias do Sul, RS, Brasil: EDUCS.
- Cal, S. F., & Santiago, M. B. (2013). Resilience in systemic lupus erythematosus. *Psychology, Health & Medicine, 18*(5), 558–563. doi:10.1080/13548506.2013.764457
- Campbell-Sills, L., & Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the connor–davidson resilience scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress, 20*(6), 1019–1028. doi:10.1002/jts.20271
- Chochovski, J., Moss, S. A., & Charman, D. P. (2013). Recovery after unsuccessful in vitro fertilization: the complex role of resilience and marital relationships. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 34*(3), 122–128. doi:10.3109/0167482X.2013.829034
- Coelho, G. L. de H., Hanel, P. H. P., Cavalcanti, T. M., Rezende, A., & Gouveia, V. V. (2016). Brief Resilience Scale: testing its factorial structure and invariance in Brazil. *Universitas Psychologica, 15*(2), 397. doi:10.11144/Javeriana.upsy15-2.brst
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*(2), 76–82. doi:10.1002/da.10113
- Çuhadar, D., Tanriverdi, D., Pehlivan, M., Kurnaz, G., & Alkan, S. (2016). Determination of the psychiatric symptoms and psychological resilience levels of hematopoietic stem cell transplant patients and their relatives. *European Journal of Cancer Care, 25*(1), 112–

121. doi:10.1111/ecc.12219

Dageid, W., & Gronlie, A. A. (2015). The associations between resilience, social capital and self-rated health among HIV-positive South Africans. *Journal of Health Psychology, 20*(11), 1463–1473. doi:10.1177/1359105313513623

Erim, Y., Kahraman, Y., Vitinius, F., Beckmann, M., Kröncke, S., & Witzke, O. (2015). Resilience and quality of life in 161 living kidney donors before nephrectomy and in the aftermath of donation: a naturalistic single center study. *BMC Nephrology, 16*(1), 164. doi:10.1186/s12882-015-0160-z

Fernandez, A. C., Fehon, D. C., Treloar, H., Ng, R., & Sledge, W. H. (2015). Resilience in Organ Transplantation: An Application of the Connor–Davidson Resilience Scale (CD–RISC) With Liver Transplant Candidates. *Journal of Personality Assessment, 97*(5), 487–493. doi:10.1080/00223891.2015.1029620

Friborg, O., Barlaug, D., Martinussen, M., Rosenvinge, J. H., & Hjemdal, O. (2005). Resilience in relation to personality and intelligence. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 14*(1), 29–42. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16097398>

González, V. B. . A., Sierra, M. ría T. C. S., Martínez, B. A., Martínez-Molina, A., & Ponce, F. P. (2015). An in-depth psychometric analysis of the Connor-Davidson Resilience Scale: calibration with Rasch-Andrich model. *Health and Quality of Life Outcomes, 13*(1), 154. doi:10.1186/s12955-015-0345-y

Gouzman, J., Cohen, M., Ben-Zur, H., Shacham-Shmueli, E., Aderka, D., Siegelmann-Danieli, N., & Beny, A. (2015). Resilience and Psychosocial Adjustment in Digestive System Cancer. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 22*(1), 1–13. doi:10.1007/s10880-015-9416-9

Guest, R., Craig, A., Nicholson Perry, K., Tran, Y., Ephraums, C., Hales, A., ... Middleton, J.

- (2015). Resilience following spinal cord injury: A prospective controlled study investigating the influence of the provision of group cognitive behavior therapy during inpatient rehabilitation. *Rehabilitation Psychology*, *60*(4), 311–321. doi:10.1037/rep0000052
- Hayter, M. R., & Dorstyn, D. S. (2014). Resilience, self-esteem and self-compassion in adults with spina bifida. *Spinal Cord*, *52*(2), 167–171. doi:10.1038/sc.2013.152
- Hjemdal, O., Roazzi, A., Dias, M. G. B. B., Roazzi, M., & Vikan, A. (2009). Exploring the Psychometric properties of the Resilience Scale for Adults in a Brazilian sample. In D. Elizur & E. Yaniv (Eds.), *Facet new horizons in theory construction and data analysis* (1st ed., pp. 151 – 158). Jerusalem, Israel: FTA Publications. doi:10.13140/RG.2.1.1201.0003
- Holling, C. S. (1973). Resilience and Stability of Ecological Systems. *Annual Review of Ecology and Systematics*, *4*(1), 1–23. doi:10.1146/annurev.es.04.110173.000245
- Kocalevent, R.-D., Zenger, M., Heinen, I., Dwinger, S., Decker, O., & Brähler, E. (2015). Resilience in the General Population: Standardization of the Resilience Scale (RS-11). *PLOS ONE*, *10*(11), e0140322. doi:10.1371/journal.pone.0140322
- Li, M.-Y., Yang, Y.-L., Liu, L., & Wang, L. (2016). Effects of social support, hope and resilience on quality of life among Chinese bladder cancer patients: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, *14*(1), 73. doi:10.1186/s12955-016-0481-z
- Lopes, V. R., & Martins, M. do C. F. (2011). Validação Fatorial da Escala de Resiliência de Connor-Davidson (Cd-Risc-10) para Brasileiros. *Revista Psicologia: Organizações E Trabalho*, *11*(2), 36–50. Retrieved from <https://periodicos.ufsc.br/index.php/rpot/article/view/22783/20750>
- Lopez, S. J., Snyder, C. R., & Rasmussen, H. N. (2003). Striking a vital balance: Developing a complementary focus on human weakness and strength through positive psychological

- assessment. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Positive Psychological Assessment: A Handbook Of Models and Measures* (1st ed., pp. 3–20). Washington: American Psychological Association.
- Ma, L.-C., Chang, H.-J., Liu, Y.-M., Hsieh, H.-L., Lo, L., Lin, M.-Y., & Lu, K.-C. (2013). The Relationship between Health-Promoting Behaviors and Resilience in Patients with Chronic Kidney Disease. *The Scientific World Journal*, 2013, 1–7. doi:10.1155/2013/124973
- Maltby, J., Day, L., & Hall, S. (2015). Refining Trait Resilience: Identifying Engineering, Ecological, and Adaptive Facets from Extant Measures of Resilience. *PLOS ONE*, 10(7), e0131826. doi:10.1371/journal.pone.0131826
- Markovitz, S. E., Schrooten, W., Arntz, A., & Peters, M. L. (2015). Resilience as a predictor for emotional response to the diagnosis and surgery in breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 24(12), 1639–1645. doi:10.1002/pon.3834
- McAllister, S. J., Vincent, A., Hassett, A. L., Whipple, M. O., Oh, T. H., Benzo, R. P., & Toussaint, L. L. (2015). Psychological Resilience, Affective Mechanisms and Symptom Burden in a Tertiary-care Sample of Patients with Fibromyalgia. *Stress and Health*, 31(4), 299–305. doi:10.1002/smi.2555
- Meister, R. E., Princip, M., Schnyder, U., Barth, J., Znoj, H., Schmid, J.-P., ... von Känel, R. (2016). Association of Trait Resilience With Peritraumatic and Posttraumatic Stress in Patients With Myocardial Infarction. *Psychosomatic Medicine*, 78(3), 327–334. doi:10.1097/PSY.0000000000000278
- Min, J.-A., Yoon, S., Lee, C.-U., Chae, J.-H., Lee, C., Song, K.-Y., & Kim, T.-S. (2013). Psychological resilience contributes to low emotional distress in cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 21(9), 2469–2476. doi:10.1007/s00520-013-1807-6
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred Reporting Items for

- Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097. doi:10.1371/journal.pmed.1000097
- Newton-John, T. R. O., Mason, C., & Hunter, M. (2014). The role of resilience in adjustment and coping with chronic pain. *Rehabilitation Psychology*, 59(3), 360–365. doi:10.1037/a0037023
- Noronha, M. G. R. da C. e S., Cardoso, P. S., Moraes, T. N. P., & Centa, M. de L. (2009). Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família? *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 497–506. doi:10.1590/S1413-81232009000200018
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Avanci, J. Q., Santos, N. C., Malaquias, J. V., & Carvalhaes, R. (2005). Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(2), 436–448. doi:10.1590/S0102-311X2005000200010
- Rainey, E. E., Petrey, L. B., Reynolds, M., Agtarap, S., & Warren, A. M. (2014). Psychological factors predicting outcome after traumatic injury: the role of resilience. *The American Journal of Surgery*, 208(4), 517–523. doi:10.1016/j.amjsurg.2014.05.016
- Reppold, C. T., Mayer, J. C., Almeida, L. S., & Hutz, C. S. (2012). Avaliação da Resiliência: Controvérsia em Torno do Uso das Escalas. *Psicologia: Reflexão E Crítica*, 25(2), 248–255.
- Rogers, P. (2016). The etymology and genealogy of a contested concept. In C. D. & C. J. (Eds.), *The Routledge Handbook of International Resilience* (pp. 13–25). New York: Routledge.
- Ruiz-Párraga, G. T., López-Martínez, A. E., Esteve, R., Ramírez-Maestre, C., & Wagnild, G. (2015). A confirmatory factor analysis of the Resilience Scale adapted to chronic pain (RS-18): new empirical evidence of the protective role of resilience on pain adjustment. *Quality of Life Research*, 24(5), 1245–1253. doi:10.1007/s11136-014-0852-z
- Rutter, M. (2013). Annual Research Review: Resilience - clinical implications. *Journal of*

- Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 474–487. doi:10.1111/j.1469-7610.2012.02615.x
- Schumacher, A., Sauerland, C., Silling, G., Berdel, W. E., & Stelljes, M. (2014). Resilience in patients after allogeneic stem cell transplantation. *Supportive Care in Cancer*, 22(2), 487–493. doi:10.1007/s00520-013-2001-6
- Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., & Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15(3), 194–200. doi:10.1080/10705500802222972
- Tan-Kristanto, S., & Kiropoulos, L. A. (2015). Resilience, self-efficacy, coping styles and depressive and anxiety symptoms in those newly diagnosed with multiple sclerosis. *Psychology, Health & Medicine*, 20(6), 635–645. doi:10.1080/13548506.2014.999810
- Tian, X., Gao, Q., Li, G., Zou, G., Liu, C., Kong, L., & Li, P. (2016). Resilience is associated with low psychological distress in renal transplant recipients. *General Hospital Psychiatry*, 39, 86–90. doi:10.1016/j.genhosppsy.2015.12.004
- Wagnild, G. (2009). A Review of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 17(2), 105–113. doi:10.1891/1061-3749.17.2.105
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165–78. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7850498>
- Wallhäuser-Franke, E., Delb, W., Balkenhol, T., Hiller, W., & Hörmann, K. (2014). Tinnitus-Related Distress and the Personality Characteristic Resilience. *Neural Plasticity*, 2014, 1–6. doi:10.1155/2014/370307
- Yu, X., Lau, J. T. F., Mak, W. W. S., Cheng, Y., Lv, Y., & Zhang, J. (2014). A Pilot Theory-Based Intervention to Improve Resilience, Psychosocial Well-Being, and Quality of Life Among People Living With HIV in Rural China. *Journal of Sex & Marital Therapy*,

40(1), 1–16. doi:10.1080/0092623X.2012.668512

Yunes, M. A. M. (2003). Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família.

Psicologia Em Estudo, 8, 75–84.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dois artigos que compõem esta dissertação tiveram por objetivo informar o estado da arte sobre a resiliência, infertilidade, avaliação da resiliência em diversos contextos da saúde e doença para a psicologia da saúde. A resiliência, apesar de ser um construto com pouco consenso, sua polissemia é inerente às condições pessoais e contextuais dos indivíduos. A utilização ampla do conceito é uma forma de dirimir as questões em torno da falta de definição.

Indivíduos que enfrentam situações adversas de saúde, podem se beneficiar das intervenções que promovam a resiliência e os fatores protetivos. Alguns instrumentos de avaliação, são confiáveis e validados, porém, é fundamental o planejamento de uma bateria composta por instrumentos que possam atingir os objetivos específicos. É importante avaliar a necessidade de adaptação destes instrumentos para determinada amostra e seu contexto, como por exemplo a infertilidade.

A maioria dos estudos apontaram possíveis intervenções, porém é necessário que pesquisadores se dediquem ao planejamento e validação dos estudos de intervenção para populações e culturas específicas. No Brasil, poucos estudos abordam a resiliência na área da saúde. E menos ainda, a resiliência em amostra composta por indivíduos infertéis. Essa é uma lacuna importante e futuras pesquisas sobre o construto se tornam fundamentais para subsidiar a comunidade científica beneficiar aqueles que vivem em contexto de adversidade.