**Resiliência em médicos: contributos para a validação da versão portuguesa da Escala de Resiliência**

**Resilience in physicians: contributions to the validation of the Portuguese version of the Resilience Scale**

**RESUMO**

**Introdução**: Este estudo visa explorar a validação da Escala de Resiliência (25 itens e 14 itens), nas suas versões longa e breve. Este instrumento avalia a capacidade de o indivíduo suportar os fatores de stresse, de prosperar e dar sentido a desafios vitais.

**Material e métodos**: A amostra integrou 511 médicos portugueses. Ambas as versões foram validadas através do estudo de validade de estrutura interna, de fiabilidade e de validade convergente. A validade de estrutura interna foi analisada através da técnica da Análise de Componentes Principais. A fiabilidade foi verificada pelo estudo de consistência interna. Para a validade convergente, calculou-se os coeficientes de correlação entre estas versões da Escala de Resiliência e outras escalas validadas para medir depressão, ansiedade, stresse e satisfação com a vida.

**Resultados**: Ambas as versões da Escala de Resiliência apresentaram boa consistência interna. Para cada uma das versões, optou-se pela Análise de Componentes Principais a 1 fator. A validade convergente foi verificada por correlações positivas significativas entre a Escala de Resiliência 25 e Escala de Resiliência 14 e uma escala de Satisfação com a Vida e por correlações negativas significativas entre as duas versões da Escala de Resiliência e as subescalas de depressão, ansiedade e stresse.

**Discussão**: Os resultados evidenciaram o caráter unidimensional das duas versões da Escala de Resiliência e apoiam a sua utilidade e validade na classe dos médicos.

**Conclusão**: Trata-se do primeiro estudo de validação desta escala num grupo de médicos. Os seus resultados são muito satisfatórios, recomendando-se o uso deste instrumento neste grupo específico.

*Palavras-chave:* Inquéritos e Questionários; Médicos; Portugal; Psicometria; Resiliência Psicológica

**ABSTRACT**

**Introduction**: Resilience concerns the ability to adapt to adverse situations. The aim of this study is to explore the validation of the Resilience Scale (25 items and 14 items), in its long and brief versions. This instrument assesses the individual's ability to withstand stressors, thrive and make sense of vital challenges.

**Material and methods**: The sample included 511 Portuguese physicians. Both versions were validated through the study of internal structure validity, reliability, and convergent validity. The validity of the internal structure was analyzed using the Principal Component Analysis technique. Reliability was verified by the internal consistency study. For convergent validity, the correlation coefficients between these versions of Resilience Scale and other scales validated to measure depression, anxiety, stress, and life satisfaction were calculated.

**Results:** Both versions of Resilience Scale showed good internal consistency. For each of the versions, the Principal Component Analysis was chosen at 1 factor. Convergent validity was verified by significant positive correlations between Resilience Scale (25 and 14) and a Life Satisfaction scale and significant negative correlations between Resilience Scale and depression, anxiety, and stress subscales.

**Discussion:** The results show the one-dimensional character of both versions of the Resilience Scale and support their usefulness and validity in the physician class.

**Conclusion**: This is the first validation study of this scale in a group of physicians. Its results are very satisfactory, and its use in this specific group is recommended.

*Keywords:*Physicians; Portugal; Psychometrics; Resilience Psychological; Surveys and Questionnaires

**Introdução**

A emergência do paradigma salutogénico tem dado origem a estudos sobre fatores e mecanismos de proteção da saúde mental1. Nesta tendência, a resiliência tem sido um dos construtos mais investigados2,3.

A resiliência é definida pela Associação de Psicólogos Americana como o processo de adaptação positiva a adversidades, traumas, tragédias, ameaças ou fontes significativas de stresse4. Embora essa definição seja útil, alguns autores5 sustentam que a mesma não reflete a complexa natureza da resiliência. Para os autores, os determinantes do construto incluem uma série de fatores biológicos, psicossociais e culturais que interagem entre si para determinar como é que a pessoa responde a experiências de stresse. A resiliência diz respeito à capacidade humana para enfrentar situações de risco e recuperar o equilíbrio socio-emocional6 envolvendo crenças, comportamentos, pensamentos e ações4, sendo considerada uma variável que promove a adaptação individual e modera os efeitos negativos do stresse7. Nesta perspetiva, a resiliência é um processo psicológico que pode ser desencadeado em determinados momentos de vida, sendo entendida como uma interação dinâmica entre as características individuais e a complexidade dos contextos5,8.

A resiliência tem sido analisada não só em momentos normativos desenvolvimentais de transição (*e.g.*, entrada na escola, processo de preparação para a parentalidade), como também em situações de crise não normativas, como o desemprego9 e situações severas de stresse, em sequência de acidentes naturais, terrorismo5. Nesta ordem de ideias, a resiliência é caracterizada como sendo um construto mutável e dinâmico, em que os sujeitos não são considerados como resilientes, mas sim como estando resilientes10,11, sendo capazes de utilizar recursos intrapessoais e interpessoais para enfrentar de forma positiva a situação de stresse/risco5,12.

O estudo da resiliência parece mais pertinente quando aplicado a ambientes que pressupõem a existência de vulnerabilidade e que exigem e apresentem características adaptativas2, como é o caso das instituições de saúde e dos profissionais de saúde, dadas as contínuas e significativas situações de stresse. Especificamente, tem vindo a verificar-se um crescente interesse na classe profissional de médicos13-15. Esta tendência pode justificar-se pelo facto de a medicina se constituir uma carreira gratificante e, ao mesmo tempo incrivelmente exigente, originando níveis elevados de ansiedade16,17, stresse, depressão e burnout15,16,18 e outros problemas físicos como condições inflamatórias e doenças cardiovasculares19-21.

De facto, os profissionais de saúde, particularmente os médicos, têm de lidar quotidianamente com fontes múltiplas de stresse intimamente associadas à natureza da profissão. Entre eles destacam-se, a excessiva carga de trabalho e os horários de trabalho exigentes (turnos com trabalho noturno), originando, não raras vezes, privação de sono22. As múltiplas funções que desempenham23,24, as questões organizacionais associadas à comunicação e interação com outros profissionais, os dilemas clínicos, os conflitos com pacientes25, a complexidade da relação médico-paciente22, o contacto persistente com o sofrimento e a dor, constituem um leque variado de stressores. Esta recorrente exposição, pode afetar o bem-estar psico-emocional e físico e ter como consequência a exaustão26, mas também pôr em causa o processo profissional cuidativo27.

A exposição a fatores de risco não prevê de forma definitiva uma adaptação negativa. Contudo, quando o número de fatores de risco (individuais e ambientais) é maior que os fatores de proteção, os indivíduos podem, perante o cumulativo de novas situações stressoras, desenvolver exaustão e sintomatologia física e emocional28.

Diversos estudos desenvolvidos com profissionais de saúde descrevem a resiliência como um fator de proteção ao burnout29 e uma variável amortecedora do impacto dos efeitos negativos dos stressores ocupacionais30,31.

Embora não exista uma escala de resiliência “*gold standard*”32, a Escala de Resiliência - ER (Resilience Scale) de Wagnild e Young7,33 foi a primeira escala a ser desenvolvida e é uma das mais utilizadas na investigação34.

Wagnild e Young, no final dos anos 80, realizaram um estudo qualitativo no qual entrevistaram 24 mulheres idosas que se adaptaram com sucesso a situações de vulnerabilidade. A análise das entrevistas possibilitou a construção da ER. Este instrumento é de autorrelato, composto por 25 itens. Os scores variam de 25 a 175 pontos, com os mais elevados a indicarem alto grau de resiliência. O score médio para a ER foi de 147,91 pontos (DP = 16,85 pontos)7. Um score abaixo de 121 pontos é considerado como indicativo de “reduzida resiliência”; um resultado entre 121 e 145 pontos é considerado como “resiliência moderada”; e acima dos 145 pontos é considerado de “resiliência elevada”7. A fiabilidade da escala evidenciou-se elevada, com um Alfa de Cronbach (α) de 0,91, e as correlações item-total corrigidas variaram de 0,37 a 0,75, com a maioria a pontuar entre 0,50 e 0,70. A ACP com rotação varimax, evidenciou cinco componentes: serenidade, perseverança, autoconfiança, sentido de vida e autossuficiência33.

Após este primeiro estudo, Wagnilg e Young33 conduziram vários estudos com diferentes amostras (*e.g.*, estudantes de ensino superior, estudantes de pós-graduação, cuidadores de pessoas com demência de Alzheimer, mães nulíparas a regressar ao trabalho)35, tendo-se confirmado a fiabilidade e validade do instrumento. No entanto, encontraram ambiguidades na interpretação para 3, 4 e 5 fatores. O gráfico de escarpa mostrou o ponto de corte entre os fatores 1 e 2 e os restantes, e a solução fatorial indicou dois fatores substanciais. Estes resultados levaram as autoras a optar pela solução a dois fatores, com pesos acima de 0,40 para cada item, considerando que refletem a definição teórica de resiliência e suportam a validade de construto da ER. O fator 1 (“Competência Pessoal”) é constituído por 17 itens e integra qualidades como autoconfiança, perseverança, independência, determinação e invencibilidade; e o fator 2 (“Aceitação do Eu e da Vida”) é constituído por 8 itens e integra características como equilíbrio, flexibilidade e perspetiva equilibrada da vida. Estes fatores explicaram 44% da variância total7. Este instrumento avalia a capacidade de o indivíduo suportar os fatores de stresse, de prosperar e dar sentido a desafios vitais.

Wagnild36 realizou uma revisão da literatura sobre a ER e identificou a sua tradução e validação em mais de doze países. A sua validade foi analisada junto de vários grupos populacionais e etários. Nestes estudos, os valores de α variaram entre 0,72 e 0,94, atestando boa consistência interna36.

A ER, além da versão longa de 25 itens - ER25, apresenta uma versão breve com 14 itens - ER1435 (itens 2, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21 e 23). A ACP com rotação direta oblimin revelou a existência de um fator, responsável por explicar 53% da variância total, indicando uma dimensão subjacente comum. O α foi de 0,93. A ER14 correlacionou-se fortemente com a ER25 (r = 0,97, p < 0,001) e correlacionou-se moderadamente com uma medida de avaliação de sintomas depressivos (r = - 0,41) e com uma medida de satisfação com a vida (r = 0,37)35.

Tomando como referência estudos recentes da ER (versões longa e breve), e embora Wagnild e Young7 tivessem originalmente abordado a multidimensionalidade desta escala, a ER é vulgarmente utilizada com uma pontuação global35,37,38.

Em contexto português foram encontradas três validações da ER. Uma da autoria de Felgueiras et al.39, partindo de uma amostra de 215 adolescentes entre os 10 e 16 anos; uma de Oliveira e Machado40, com uma amostra de 451 estudantes de ensino superior entre os 18 e os 26 anos; e outra de Deep e Leal41, com uma amostra de 365 indivíduos entre os 18 e os 83 anos.

Felgueiras et al.39 concluíram que a ER tinha indicadores satisfatórios de fiabilidade e estabilidade para 24 itens (foi excluído o item 5), obtendo um α de 0,82 e uma correlação de teste-reteste de 0,73 (p < 0,001). A validade de estrutura interna foi estudada pela ACP com rotação varimax, tendo resultado cinco fatores não homogéneos. Embora tenha explicado 46% da variação total, nenhum dos fatores correspondiam à proposta teórica de Wagnild e Young7. Verificaram também que os itens 6 e 11 apresentaram baixos pesos fatoriais (< 0,40), o item 13 apresentou um peso negativo no seu fator e o fator “autossuficiência” tinha apenas dois itens. Os itens nomeados apresentaram correlações baixas com a escala total e, se removidos, aumentariam a fiabilidade total da ER.

Também Oliveira e Machado40, no estudo das propriedades métricas da ER concluíram que era um instrumento fiável (α = 0,89) válido e sensível. A análise fatorial forçada a dois fatores, de acordo com a proposta das autoras do instrumento7, explicou apenas 37,8% da variância total. Neste sentido, Oliveira e Machado40, procederam a uma ACP com rotação varimax, tendo obtido uma distribuição dos itens por cinco fatores que explicavam 52,5% da variância total.

Por fim, Deep e Leal41, no estudo das propriedades métricas da ER verificaram que as análises iniciais sugeriam a existência de 6 fatores que explicavam 56,7% da variância. No entanto, seguiram o procedimento da escala original e obtiveram 4 fatores, tendo sido eliminados 2 itens (itens 1 e 7), com uma variância total explicada de 47,2%, e com um α de 0,87 para 23 itens.

O crescente interesse no estudo da resiliência, enquanto variável protetora e de recuperação da saúde, tem refutado a necessidade de desenvolver escalas de avaliação de forma a garantir a sua validade42. Por isso, a avaliação da qualidade destes instrumentos junto de populações específicas, como é o caso dos médicos, é de importância fundamental. Além disso, a medicina é das disciplinas de saúde menos investigadas a este nível.

Embora o estudo da ER seja amplo, e permita confirmar a boa consistência interna do instrumento, permanecem algumas controvérsias em relação à sua estrutura fatorial.

Perante os argumentos levantados, o objetivo deste estudo é contribuir para a validação da ER, nas versões longa e breve, quando aplicadas a médicos portugueses.

**MATERIAL E MÉTODOS**

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, de natureza analítica, que consistiu na aplicação de um questionário *online,* partilhado por bola de neve pelas redes sociais com o apoio de instituições de saúde e organizações profissionais. Este questionário foi composto por uma secção sociodemográfica e profissional e por uma bateria de escalas. A amostra foi recolhida por conveniência, de 9 de maio a 8 de junho de 2020, e integra 511 médicos residentes em Portugal e Ilhas.

O estudo iniciou após parecer positivo da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (Referência n.º 184/2020, 7 de maio de 2020).

O objetivo principal deste estudo é a validação da ER25 (versão longa7, versão portuguesa40) e da ER14 (versão breve35). Esta validação consistiu em três vertentes: validação da estrutura interna, estudo de fiabilidade e análise de validade convergente. Dada a falta de consenso na literatura sobre o número de fatores da ER, a validação da estrutura interna foi realizada através da ACP com rotação varimax. Para o número fatores a extrair foram considerados três critérios: fatores com valor próprio superior a 1 (método de Kaiser), observação do gráfico de escarpa e fatores com percentagem de variância explicada superior a 5%. Para averiguar se a amostra é adequada à ACP, calculou-se a medida de Keiser-Meyer-Olkin (KMO) e o teste de esfericidade de Bartlett43.

A fiabilidade das escalas foi verificada através da consistência interna, pelo cálculo do coeficiente Alfa de Cronbach (α) 44, da média das correlações entre itens e da correlação item-total corrigida. Valores de α acima de 0,7 são considerados aceitáveis42,45. A média das correlações entre itens deve variar entre 0,15 e 0,5, para garantir que medem o mesmo construto e, por outro lado, não serem redundantes46. Cada item deve correlacionar-se com o total do construto (correlação item-total corrigida42) com valores entre 0,3 e 0,7. Efeitos de “teto” ou “chão” estão presentes quando mais do que 15% dos respondentes atingem o máximo ou o mínimo teórico da escala, respetivamente. A existência destes efeitos limita a validade da escala47.

Relativamente à validade convergente da ER foram calculadas correlações com escalas que teoricamente estão relacionadas com a resiliência, tal como identificado pelas autoras da ER original: DASS-depressão, DASS-ansiedade, DASS-stresse e Satisfação com a Vida35.

Depression Anxiety Stress Scale (DASS)48,49: é constituída por 21 itens e organiza-se em três subescalas: depressão, ansiedade e stresse, sendo que cada subescala é constituída por 7 itens. Os sujeitos avaliam a extensão em que experimentaram cada sintoma durante a última semana, numa escala de 4 pontos (0: “não se aplicou nada a mim”, 1: “aplicou-se a mim algumas vezes”, 2: “aplicou-se a mim muitas vezes” e 3: “aplicou-se a mim a maior a parte das vezes”). Os resultados de cada subescala são determinados pela soma das pontuações dos sete itens, variando entre 0 e 21 pontos. As pontuações mais elevadas de cada subescala correspondem a estados afetivos mais negativos. A DAAS na versão portuguesa49 apresentou boa consistência interna (depressão: α = 0,85; ansiedade: α = 0,74 e stresse: α = 0,81).

Escala de Satisfação com a Vida50,51: visa avaliar a componente cognitiva do bem-estar subjetivo e é constituída por 5 itens. Cada item é uma afirmação à qual o inquirido tem de atribuir um nível de concordância, através de uma escala de 7 pontos (de 1: “discordo muito” a 7: “concordo muito”). A escala foi adaptada para a população portuguesa, pela primeira vez por Neto et al.52 (α = 0,78). Simões51 repetiu a validação da escala, reduzindo a amplitude de resposta de sete para cinco pontos (de 1: “discordo muito” a 5: “concordo muito”), obtendo um valor de α de 0,77. O resultado da escala é determinado pela soma das pontuações dos cinco itens, variando de 5 a 25 pontos. Pontuações elevadas sugerem uma maior satisfação com a vida51. Esta escala é caraterizada por consistência interna aceitável e alta (versão original: α = 0,87 e versão em português: α = 0,77)50,51.

A análise de dados foi realizada utilizando o pacote de software estatístico SPSS, versão 26.0 para Windows (IBM SPSS Inc.). As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas, n(%). A normalidade das variáveis foi verificada por observação dos histogramas. As correlações foram calculadas através do coeficiente de correlação de Spearman, r.

Valores de p ≤ 0,05 foram considerados significativos.

**RESULTADOS**

Participaram no estudo 511 médicos (Tabela 1). O grupo era constituído maioritariamente por mulheres (79,8%) e a mediana das idades foi de 35 [29, 43] anos. A maioria dos médicos estava casado ou em união de facto (42,9%) e sem filhos (57,7%). Relativamente ao nível de escolaridade, 62,6% dos participantes tinham mestrado. Cerca de 30% tinha entre 1 a 5 anos de experiência profissional, seguidos de 25,4% com mais de 16 anos e 24,1% entre 6 a 10 anos. Os cuidados de saúde primários foi o sector mais frequente com cerca de 44% dos profissionais da amostra. É de salientar ainda que alguns participantes desenvolviam a sua atividade em diferentes setores. A descrição das escalas aplicadas pode também ser consultada na Tabela 1.

“Inserir Tabela 1 aqui”.

***Validação da ER25***

*Consistência interna*

Na ER25, o coeficiente α obtido foi elevado (α = 0,937), aumentando com a exclusão dos itens 11 e 12 (Tabela 2). A média de correlações entre itens foi de 0,391, pelo que está entre 0,15 e 0,5. As correlações item-total corrigidas variam entre 0,320 (item 11) e 0,737 (item 17), mas a maioria está situada entre 0,5 e 0,7.

“Inserir Tabela 2 aqui”.

Em relação aos efeitos de “teto” ou “chão”, 0% dos participantes pontuaram o mínimo da escala e apenas 0,4% tiveram a pontuação máxima, o que evidencia a validade da versão portuguesa da escala para a população de médicos.

*Validade da estrutura interna*

Os dados obtidos revelaram-se adequados para uma ACP (KMO = 0,943; p < 0,001). Na determinação do número de fatores a reter: o método de Kaiser indicou 4 fatores, que juntos explicam cerca de 59,3% da variância total dos dados; o gráfico de escarpa sugere a extração de 3 fatores, que explicam 55,2% da variância e o critério da percentagem de variância sugere 3 fatores. Uma vez que dois dos três critérios aplicados indicaram a extração de 3 fatores, essa será a estrutura analisada na Tabela 3.

“Inserir Tabela 3 aqui”.

Nesta estrutura de 3 fatores, a comunalidade mais baixa foi de 41,7% (item 14). Como é possível observar na Tabela 3, existem vários itens a saturar simultaneamente em dois fatores com pesos superiores a 0,4, como é o caso dos itens 4, 5, 8, 9, 15, 17, 21, 23 e 25, criando ambiguidade na interpretação. Além disso, a opção de associar o item ao fator no qual apresenta um peso mais elevado, não vai de encontro ao mostrado na literatura nem constitui uma distribuição lógica de fatores, pelo que se optou em forçar a fatorização a um fator (pelo critério do gráfico de escarpa).

A ACP com 1 fator explicou cerca de 42,6% da variância total e é o item 11 que apresenta a comunalidade mais baixa (10,7%). Os pesos fatoriais variaram entre 0,326 e 0,776 (para os itens 11 e 10, respetivamente), como se pode verificar na coluna A da Tabela 4. Tendo em conta que na análise da consistência interna, a exclusão do item 11, aumentaria o valor de α e, nesta estrutura, é o item que apresenta a comunalidade mais baixa, optou-se por excluir o item 11 e voltar a aplicar a ACP a 1 fator. Esta nova estrutura unidimensional explicou um total de 43,98% da variância total. Neste caso, é o item 12 que apresenta a comunalidade mais baixa (15,8%). A saturação fatorial dos itens variou de 0,397 (item 12) e 0,776 (item 10), como é possível observar na coluna B da Tabela 4. O valor de α para estes 24 itens foi de 0,939. Mais uma vez, tendo em conta que na análise da consistência interna, a exclusão do item 12, aumentaria o valor de α e, nesta estrutura, este item apresenta uma comunalidade muito baixa, optou-se por excluir também o item 12 e voltar a aplicar a ACP a 1 fator. Esta nova estrutura unidimensional explicou um total de 45,27% da variância total. Neste caso, é o item 22 que apresenta a comunalidade mais baixa (23,7%). A saturação fatorial dos itens variou de 0,486 (item 22) e 0,780 (item 10), como é possível observar na coluna C da Tabela 4. O valor de α para estes 23 itens foi de 0,941.

“Inserir Tabela 4 aqui”.

***Validação da ER14***

Foram conduzidas as mesmas análises psicométricas para a ER14.

*Consistência interna*

Na ER14, o coeficiente α também foi elevado (α = 0,923). A média das correlações entre itens foi 0,467, pelo que está entre 0,15 e 0,5. As correlações item-total corrigidas variam entre 0,536 (item 7) e 0,751 (item 10), com a maioria situada entre 0,6 e 0,7.

*Validação da estrutura interna*

Os dados obtidos revelaram-se adequados para uma ACP (KMO = 0,941; p < 0,001). Quanto à extração de fatores pela ACP, o gráfico de escarpa concordou com o método de Kaiser sugerindo a retenção de apenas 1 fator, responsável por explicar cerca de 50,9% da variância total. O critério da percentagem de variância sugeriu reter 4 fatores, que explicavam cerca de 69,2% da variância dos dados. Dado que dois dos três critérios indicam a extração de 1 fator, essa será a estrutura proposta, indicando um construto subjacente comum, com pesos fatoriais entre 0,597 e 0,797 (Tabela 5). As comunalidades variaram entre 0,356 e 0,636.

“Inserir Tabela 5 aqui”.

**Validade convergente**

De acordo com o estudo original de Wagnild e Young7 e o Guia de Wagnild35, a resiliência deve estar correlacionada negativamente com o stresse, a ansiedade e a depressão e deve estar correlacionada positivamente com a satisfação com a vida.

Neste estudo, foram encontradas correlações significativas negativas da ER25 com a DASS-depressão (r = -0,502; p < 0,001), com a DASS-stresse (r = -0,399; p < 0,001) e com a DASS-ansiedade (r = -0,341; p < 0,001) e uma correlação significativa positiva com a escala de Satisfação com a Vida (r = 0,446; p < 0,001), indicando validade convergente do instrumento nestes profissionais de saúde.

De igual forma, foram encontradas correlações significativas negativas da ER14 com a DASS-depressão (r = -0,502; p < 0,001), com a DASS-stresse (r = -0,366; p < 0,001) e com a DASS-ansiedade (r = -0,323; p < 0,001) e uma correlação positiva significativa com a escala de Satisfação com a Vida (r = 0,463; p < 0,001), indicando validade convergente do instrumento neste grupo de médicos.

**Discussão**

No presente estudo e com base numa amostra de médicos, os resultados encontrados na ER25 mostraram níveis de resiliência (M = 131,2) inferiores ao encontrados por Wagnild e Young7 (M = 147,9) e por Deep e Leal41 (M = 132,4) em adultos portugueses, mas superiores aos encontrados em adolescentes portugueses por Felgueiras et al.39 (M = 126,7).

Quanto à validação psicométrica, salienta-se o α de 0,941 para 23 itens (com remoção dos itens 11 e 12, por apresentarem pesos fatoriais < 0,40), e de 0,923 para 14 itens (ER14), sugerindo excelente consistência interna, fiabilidade estável e homogeneidade. Esse valor está acima dos valores apresentados por Wagnild e Young7 (α = 0,91), por Felgueiras et al.39 (α = 0,82), Oliveira e Machado40 (α = 0,89) e Deep e Leal41 (α = 0,87).

Embora as várias adaptações da ER25 permitam confirmar a boa consistência interna deste instrumento, no que diz respeito à sua estrutura fatorial permanecem algumas controvérsias. Há estudos que apontam para 5 fatores40, para 441, para 353, para 27 e para 1 fator34,35. No presente estudo, ao se fazer uma interpretação dos 3 fatores que resultaram da rotação varimax, os mesmos não distinguiram de forma clara “competência pessoal” e “satisfação de si e da vida”7, nem se adequavam a outras propostas teóricas realizadas pelas autoras7,35, e por isso tomou-se a decisão de forçar a análise a 1 só fator, tendo esta explicado 45,27% da variância total. É de salientar ainda que apesar da proposta de solução de 2 fatores das autoras7,35 da ER, as mesmas utilizam em geral as pontuações globais da escala7,35, tanto no que se refere à ER25, como à ER14.

Como era de esperar, a versão ER25 e a versão ER14 estão altamente correlacionadas (r = 0,956; p < 0,001), replicando a descoberta de Wagnild e Young7.

No que se refere à validade convergente, esta foi demonstrada por correlações positivas significativas entre as duas versões de ER e a escala de Satisfação com a Vida e por correlações negativas significativas com a depressão, a ansiedade e o stresse, confirmando a proposta teórica7. Desta forma, verificou-se que as correlações entre a ER25 e a ER14 e os construtos (ansiedade, depressão, stresse e satisfação com a vida) teoricamente ligados à resiliência, foram na direção esperada e apresentaram-se estatisticamente significativas (p < 0,001). Por fim, é de destacar que uma das correlações mais elevadas foi com a escala de Satisfação de Vida, em que o indivíduo avalia a sua perceção de satisfação com a vida independentemente dos eventos de vida vivenciada. A resultados idênticos chegaram Pesce et al.53 e Wagnild e Young7.

**CONCLUSÃO**

A Escala de Resiliência (ER25 e ER14) avalia a capacidade de o indivíduo suportar os fatores de stresse, de prosperar e dar sentido a desafios vitais. Com este instrumento é possível realizar uma avaliação desta capacidade e fornecer informação relevante ao indivíduo. De igual forma, o estudo da resiliência permite identificar fatores de proteção que podem orientar programas de intervenção com vista ao desenvolvimento de competências para ajudar o indivíduo a lidar com a adversidade.

Com base nas propriedades psicométricas obtidas, este estudo apoia a utilidade da ER25 (versão portuguesa longa) e ER14 (versão portuguesa breve) para avaliar a resiliência em médicos no contexto português.

Este estudo permitiu verificar as boas qualidades psicométricas da escala ER25 e ER14 numa amostra portuguesa de médicos. Recomenda-se a replicação deste estudo, assim como a aplicação desta versão a outros profissionais de saúde, especialmente aqueles que desenvolvem a sua atividade profissional em contextos de maior adversidade, com vista a avaliar as suas características psicométricas comparando com os dados aqui descritos.

**PROTECÇÃO DE PESSOAS E ANIMAIS**

As autoras declaram que foram cumpridos todos os pressupostos éticos de acordo com os princípios éticos consignados na Declaração de Helsínquia (2013) e a Convenção para a Proteção dos Direitos Humanos e da Dignidade do Ser Humano Face às aplicações da Biologia e da Medicina (2001).

**CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS**

As autoras declaram ter seguido os protocolos da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto acerca da publicação de dados.

**CONFLITOS DE INTERESSE**

As autoras declaram não ter conflitos de interesse relacionados com o presente trabalho.

**FONTES DE FINANCIAMENTO**

Este trabalho é financiado por fundos nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P., no âmbito do projeto UIDB/05198/2020 (Centro de Investigação e Inovação em Educação, inED)

**Referências**

1. Hjemdal O, Aune T, Reinfjell T, Stiles T, Friborg O. Resilience as a predictor of depressive symptoms: a correlational study with young adolescents. Clinical child psychology and psychiatry. 2007;12(1):91-104.

2. Cordovil C, Crujo M, Vilariça P, Caldeira da Silva P. Resiliência em crianças e adolescentes institucionalizados. Acta médica portuguesa. 2011;24(S2):413-418.

3. Rushton C, Batcheller J, Schroeder K, Donohue P. Burnout and resilience among nurses practicing in high-intensity settings. American Journal of Critical Care. 2015;24(5): 412-420.

4. American Psychological Association. The road to resilience. Washington, DC: American Psychological Association; 2014.

5. Southwick SM, Bonanno GA, Masten AS, Panter-Brick C, Yehuda R. Resilience definitions, theory, and challenges: Interdisciplinary perspectives. European Journal of Psychotraumatology. 2014;5(1):1-14.

6. Melillo A, Ojeda E. Resiliência: Descobrindo as próprias fortalezas. Porto Alegre: Artmed. 2005.

7. Wagnild G, Young H. Developmentand psychometric evaluation of the Resilience Scale. Journal of Nursing Measurement. 1993; 1(2):165–178.

8. Poletto M, Koller SH. Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. Estudos de Psicologia. 2008;25:405-416.

9. Norris FH, Friedman MJ, Watson PJ, Byrne CM, Diaz E, Kaniasty K. 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981–2001. Psychiatry: Interpersonal and biological processes. 2002;65(3):207-239.

10. Angst R. Psicologia e resiliência: uma revisão da literatura. Psicologia Argumento. 2009;27(58):253-260.

11. Werner EE. Vulnerable but invincible: High risk children from birth to adulthood. European Child & Adolescent Psychiatry. 1996;5(1):47-51.

12. Pietrzak RH, Southwick SM. Psychological resilience in OEF-OIF veterans: application of a novel classification approach and examination of demographic and psychosocial correlates. Journal of Affective Disorders. 2011;133:560-568.

13. McCain RS, McKinley N, Dempster M, Campbell WJ, Kirk SJ. A study of the relationship between resilience, burnout and coping strategies in doctors. Postgraduate Medical Journal. 2018;94(1107):43-47.

14. McKinley N, Karayiannis PN, Convie L, Clarke M, Kirk SJ, Campbell WJ. Resilience in medical doctors: a systematic review. Postgraduate Medical Journal. 2019;95(1121):140-147.

15. McKinley N, McCain RS, Convie L, Clarke M, Dempster M, Campbell WJ, et al. Resilience, burnout and coping mechanisms in UK doctors: a cross-sectional study. BMJ Open. 2020;10(e031765):1-8.

16. Creedy DK, Sidebotham M, Gamble J, Pallant J, Fenwick J. Prevalence of burnout, depression, anxiety and stress in Australian midwives: a cross-sectional survey. BMC Pregnancy and Childbirth. 2017;17(1):1-8.

17. Yahaya SN, Wahab SFA, Yusoff MSB, Yasin MAM, Rahman MAA. Prevalence and associated factors of stress, anxiety and depression among emergency medical officers in Malaysian hospitals. World Journal of Emergency Medicine. 2018;9(3):178-186.

18. Wilkinson E. UK NHS staff: stressed, exhausted, burnt out. The Lancet. 2015;385(9971):841-842.

19. Karatoreos IN, Mcewen BS. Annual research review: The neurobiology and physiology of resilience and adaptation across the life course. The Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2013;54:337-347.

20. Russo SJ, Murrough JW, Han MH, Charney SD, Nestler EJ. Neurobiology of resilience. Nature Neuroscience. 2012;15:1475-1484.

21. Southwick SM, Charney DS. The science of resilience: Implications for the prevention and treatment of depression. Science. 2012;338(6103):79-82.

22.Garbarino S, Lanteri P, Durando P, Magnavita N, Sannita WG. Co-morbidity, mortality, quality of life and the healthcare/welfare/social costs of disordered sleep: a rapid review. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2016;13(831):1-15.

23. Lambert VA, Lambert CE, Itano J, Inouye J, Kim S, Kuniviktikul W, et al. Cross-cultural comparison of workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and mental health among hospital nurses in Japan, Thailand, South Korea and the USA (Hawaii). International Journal of Nursing Studies. 2004;41(6):671-684.

24. Lim J, Hepworth J, Bogossian F. A qualitative analysis of stress, uplifts and coping in the personal and professional lives of Singaporean nurses. Journal of Advanced Nursing. 2011;67(5):1022-1033.

25. Jackson D, Firtko A, Edenborough M. Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. Journal of Advanced Nursing. 2007;60(1):1–9.

26. Stamm BH. The Concise ProQOL Manual, 2nd ed. Pocatello, ID: ProQOL.org; 2010.

27. Barnett JE, Baker EK, Elman NS, Schoener GR. In pursuit of wellness: The self-care imperative. Professional Psychology: Research and Practice. 2007;38(6):603-612.

28. Schilling EA, Aseltine RH, Gore S. The impact of cumulative childhood adversity on young adult mental health: Measures, models, and interpretations. Social Science & Medicine.2008;66:1140–1151.

29. Keeton K, Fenner DE, Johnson TR, Hayward RA. Predictors of physician career satisfaction, work-life balance, and burnout. Obstetrics & Gynecology. 2007;109(4):949–955.

30. Arrogante O, Aparicio-Zaldivar E. Burnout and health among critical care professionals: The mediational role of resilience. Intensive and Critical Care Nursing.2017;42:110-115.

31. Colville GA, Smith JG, Brierley J, Citron K, Nguru NM, Shaunak PF, et al.Coping with staff burnout and work-related posttraumatic stress in intensive care. Pediatric Critical Care Medicine. 2017;18(7):e267-e273.

32. Almeida MH, Dias S, Zavier M, Torgal J. Validação Exploratória e Confirmatória da Escala de Resiliência Connor-Davidson (CD-RISC-10) numa Amostra de Inscritos em Centros de Emprego. Acta Médica Portuguesa. 2020;33(2):124-132.

33. Wagnild GM, Young HM. Resilience among older women. Image: The Journal of Nursing Scholarship. 1990;22(4): 252-255.

34. Pinheiro MR, Matos AP. Exploring the construct validity of the two versions of the Resilience Scale in an Portuguese adolescent sample. The European Journal of Social & Behavioural Sciences. 2013; 2(10):178-189.

35. Wagnild G. The Resilience Scale User's Guide for the US English version of the Resilience Scale and the 14-Item Resilience Scale. Worden, MT: Thr Resilience Center. 2009.

36. Wagnild G. A review of the Resilience Scale. Journal of Nursing Measurement. 2009;17(2):105–113.

37. Black C, Ford-Gilboe M. Adolescent mothers: Resilience, family health work and health-promoting factors. Journal of Advanced Nursing. 2004;48(4):351-360.

38. Hunter AJ, Chandler GE. Adolescent resilience. Image: Journal of Nursing Scholarship. 1999;31(3):243-247.

39. Felgueiras M, Festas C, Vieira M. Adaptação e Validação da Resilience Scale de Wagnild e Young para a Cultura Portuguesa. Cadernos de Saúde. 2010;3:73-80.

40. Oliveira MF, Machado TS. Tradução e validação da escala de resiliência para estudantes do ensino superior. Análise Psicológica. 2011;4(XXIX):579-591.

41. Deep C, Leal I. Adaptação da “The Resilience Scale” para a população adulta portuguesa. Psicologia USP. 2012;23(2):417 – 433.

42. Streiner D, Norman R, Cairney J. Health measurement scales: a practical guide to their development and use. 5th ed. Oxford: Oxford University Press; 2014.

43. Marôco J. Análise estatística com o SPSS statistics. 6th. Pêro Pinheiro: ReportNumber. Lisboa; 2014.

44. Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, Alonso J, Stratford PW, Knol DL, et al. The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. Journal of Clinical Epidemiology. 2010;63:737-745.

45. Nunnally JC. Psychometric theory. McGraw-Hill: New York; 1978.

46. Clarck LA, Watson D. Constructing validity: Basic issues in objective scale development. Psychological Assessment. 1995;7:309-319.

47. Terwee Cb, Bot SD, De Boer MR, Van der Windt DA, Knol DL, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. Journal of Clininical Epidemiology. **2007**;60:34-42,

48. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behaviour Research and Therapy*.* 1995*;*33(3):335-343.

49. Pais-Ribeiro JL, Honrado A, Leal I. Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. Psicologia, Saúde & Doenças. 2004;5(2):229-239.

50. Diener ED, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The satisfaction with life scale. Journal of Personality Assessment. 1985;49:71–75.

51. Simões A. Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). Revista Portuguesa de Pedagogia. 1992;XXVI(3):503-515.

52. Neto F, Barros J, Barros A. Satisfação com a vida. In: Almeida L, Santiago R, Silva P, Caetano O, Marques J, editors. A Ação educativa: Análise psicossocial. Leiria: ESEL/APPORT; 1990. p.105-117.

53. Pesce RP, Assis S, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Carvalhaes R. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. Caderno Saúde Pública. 2005;21(2):436-448.

Tabela 1: Características sociodemográficas dos indivíduos e medidas sumárias das Escalas de Resiliência (ER25 e ER14), Depressão, Ansiedade e Stresse (DASS) e Satisfação com a Vida, aplicadas na amostra de 511 médicos.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Variáveis** |  |  |
| Sexo, n(%) | Mulheres | 408 (79.8) |
|  | Homens | 102 (20.0) |
|  | Outro | 1 (0.2) |
| Idade em anos, n(%) | Menos de 35 anos | 255 (49.9) |
|  | Entre 35 e 44 anos | 141 (27.6) |
|  | Entre 45 e 54 anos | 57 (11.2) |
|  | Entre 55 e 64 anos | 50 (9.8) |
|  | Acima de 65 anos | 8 (1.6) |
| Estatuto conjugal, n(%) | Solteiro | 219 (42.9) |
|  | Casado/união de facto | 257 (50.3) |
|  | Divorciado/separado | 33 (6.5) |
|  | Viúvo | 2 (0.4) |
| Tem filhos, n(%) | Sim | 216 (42.3) |
|  | Não | 295 (57.7) |
| Nível educacional, n(%) | Licenciatura | 164 (32.1) |
|  | Pós-Graduação/Especialista | 5 (1.0) |
|  | Mestrado | 320 (62.6) |
|  | Doutoramento | 22 (4.3) |
| Anos de experiência profissional, n(%) | Menos de 1 ano | 25 (4.9) |
|  | De 1 a 5 anos | 153 (29.9) |
|  | De 6 a 10 anos | 123 (24.1) |
|  | De 11 anos a 15 anos | 80 (15.7) |
|  | Mais de 15 anos | 130 (25.4) |
| Setores de trabalho, n(%) | Unidade Cuidados Intensivos | 39 (7.6) |
|  | Serviço de urgência | 176 (34.4) |
|  | Emergência intra-hospitalar | 21 (4.1) |
|  | Emergência extra-hospitalar | 12 (2.3) |
|  | Cuidados de Saúde Primários | 225 (44.0) |
|  | Serviço internamento | 189 (37.0) |
|  | Unidade Cuidados Primários | 17 (3.3) |
|  | Bloco operatório | 66 (12.9) |
|  | Sector privado | 66 (12.9) |
|  | Desempregado | 2 (0.4) |
|  | Reformado | 2 (0.4) |
| ER25, M±SD; Med [Q1, Q3]; min-máx | | 131,2±20,6; 134 [122,145]; 37-175 |
| ER14, M±SD; Med [Q1, Q3]; min-máx | | 76,7±12,4; 79 [70,85]; 22-98 |
| DASS-depressão, M±SD; Med [Q1, Q3]; min-máx | | 3,9±4,4; 2 [1,6]; 0-21 |
| DASS-ansiedade, M±SD; Med [Q1, Q3]; min-máx | | 2,8±3,4; 2 [0,4]; 0-17 |
| DASS-stresse, M±SD; Med [Q1, Q3]; min-máx | | 7,2±4,6; 6 [4,10]; 0-21 |
| Satisfação com a Vida, M±SD; Med [Q1, Q3]; min-máx | | 17,1±4,1; 18 [14,20]; 5-25 |

Tabela 2: Correlações item-total corrigidas para os 25 itens da Escala de Resiliência e respetivos valores de Alfa de Cronbach, caso o item em casa seja excluído (n = 511 médicos).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Correlação de item total corrigida | Alfa de Cronbach se o item for excluído |
| 1 | Quando faço planos, levo-os até ao fim. | 0,584 | 0,935 |
| 2 | Costumo resolver o que preciso. de uma forma ou de outra. | 0,654 | 0,934 |
| 3 | Sou capaz de contar comigo próprio/a. mais do que a maioria das pessoas. | 0,556 | 0,935 |
| 4 | Para mim é importante manter o interesse nas coisas. | 0,575 | 0,935 |
| 5 | Quando necessário. sou capaz de ficar por minha conta. | 0,634 | 0,934 |
| 6 | Sinto-me orgulhoso/a por ter conseguido coisas na vida. | 0,661 | 0,934 |
| 7 | Normalmente levo as coisas “a eito”. | 0,526 | 0,935 |
| 8 | Estou bem comigo mesmo/a. | 0,691 | 0,933 |
| 9 | Sinto que sou capaz de lidar com várias coisas ao mesmo tempo. | 0,699 | 0,933 |
| 10 | Sou uma pessoa determinada. | 0,729 | 0,933 |
| 11 | Raramente me questiono sobre o sentido das coisas. | 0,320 | 0,939 |
| 12 | Vivo a vida um dia de cada vez. | 0,396 | 0,938 |
| 13 | Sei que consigo superar tempos difíceis porque já passei por dificuldades antes. | 0,572 | 0,935 |
| 14 | Sou uma pessoa autodisciplinada. | 0,575 | 0,935 |
| 15 | Mantenho-me interessado/a nas coisas. | 0,728 | 0,933 |
| 16 | Sou capaz de me rir das coisas. | 0,643 | 0,934 |
| 17 | O facto de acreditar em mim ajuda-me a superar momentos difíceis. | 0,737 | 0,932 |
| 18 | Em situações de emergência. sou alguém em quem se pode confiar. | 0,620 | 0,934 |
| 19 | Normalmente consigo olhar para uma situação sob várias perspetivas. | 0,654 | 0,934 |
| 20 | Por vezes obrigo-me a fazer coisas. quer queira ou não queira. | 0,485 | 0,936 |
| 21 | A minha vida tem sentido. | 0,654 | 0,934 |
| 22 | Não costumo cismar sobre coisas em relação às quais nada posso fazer. | 0,482 | 0,937 |
| 23 | Quando me encontro numa situação difícil. costumo conseguir sair dela. | 0,728 | 0,933 |
| 24 | Tenho energia suficiente para fazer tudo o que tenho para fazer. | 0,581 | 0,935 |
| 25 | Sou capaz de me adaptar facilmente a situações imprevistas. | 0,632 | 0,934 |

Tabela 3: Composição dos três fatores da ER25, com indicação dos pesos fatoriais de cada item, obtidos pela ACP (n = 511 médicos).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Itens | **Pesos Fator 1** | **Pesos Fator 2** | **Pesos Fator 3** |
| 1. Quando faço planos, levo-os até ao fim. | **0,763** |  |  |
| 2. Costumo resolver o que preciso, de uma forma ou de outra. | **0,751** |  |  |
| 3. Sou capaz de contar comigo próprio/a, mais do que a maioria das pessoas. | **0,612** |  |  |
| 6. Sinto-me orgulhoso/a por ter conseguido coisas na vida. | **0,605** |  |  |
| 7. Normalmente levo as coisas “a eito”. | **0,706** |  |  |
| 10. Sou uma pessoa determinada. | **0,687** |  |  |
| 14. Sou uma pessoa autodisciplinada. | **0,492** |  |  |
| 4. Para mim é importante manter o interesse nas coisas. | **0,636** | 0,404 |  |
| 5. Quando necessário, sou capaz de ficar por minha conta. | **0,568** | 0,517 |  |
| 9. Sinto que sou capaz de lidar com várias coisas ao mesmo tempo. | **0,535** |  | 0,469 |
| 17. O facto de acreditar em mim ajuda-me a superar momentos difíceis. | **0,486** | 0,427 | 0,427 |
| 15. Mantenho-me interessado/a nas coisas. | **0,480** | 0,415 | 0,435 |
| 13. Sei que consigo superar tempos difíceis porque já passei por dificuldades antes. |  | **0,587** |  |
| 16. Sou capaz de me rir das coisas. |  | **0,601** |  |
| 18. Em situações de emergência, sou alguém em quem se pode confiar. |  | **0,696** |  |
| 19. Normalmente consigo olhar para uma situação sob várias perspetivas. |  | **0,727** |  |
| 20. Por vezes obrigo-me a fazer coisas, quer queira ou não queira. |  | **0,661** |  |
| 25. Não tenho problema com o facto de haver pessoas que não gostam de mim. |  | **0,570** | 0,462 |
| 23. Quando me encontro numa situação difícil, costumo conseguir sair dela. |  | **0,529** | 0,401 |
| 22. Não costumo cismar sobre coisas em relação às quais nada posso fazer. |  |  | **0,664** |
| 24. Tenho energia suficiente para fazer tudo o que tenho para fazer. |  |  | **0,666** |
| 11. Raramente me questiono sobre o sentido das coisas. |  |  | **0,663** |
| 12. Vivo a vida um dia de cada vez. |  |  | **0,514** |
| 8. Estou bem comigo mesmo/a. | 0,494 |  | **0,627** |
| 21. A minha vida tem sentido. | 0,400 |  | **0,466** |

Tabela 4: Pesos fatoriais dos itens da ER25 na ACP com 1 fator, em três situações: A – considerando os 25 itens; B – excluindo o item 11; e C – excluindo os itens 11 e 12 (n = 511 médicos).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Itens** | | A  Pesos Fator 1 | B  Pesos  Fator 1 | C  Pesos  Fator 1 |
| 1 | Quando faço planos, levo-os até ao fim. | 0,635 | 0,637 | 0,642 |
| 2 | Costumo resolver o que preciso, de uma forma ou de outra. | 0,707 | 0,710 | 0,714 |
| 3 | Sou capaz de contar comigo próprio/a, mais do que a maioria das pessoas. | 0,613 | 0,616 | 0,620 |
| 4 | Para mim é importante manter o interesse nas coisas. | 0,642 | 0,649 | 0,653 |
| 5 | Quando necessário, sou capaz de ficar por minha conta. | 0,687 | 0,691 | 0,692 |
| 6 | Sinto-me orgulhoso/a por ter conseguido coisas na vida. | 0,708 | 0,708 | 0,710 |
| 7 | Normalmente levo as coisas “a eito”. | 0,578 | 0,579 | 0,582 |
| 8 | Estou bem comigo mesmo/a. | 0,719 | 0,716 | 0,714 |
| 9 | Sinto que sou capaz de lidar com várias coisas ao mesmo tempo. | 0,734 | 0,732 | 0,732 |
| 10 | Sou uma pessoa determinada. | 0,776 | 0,776 | 0,780 |
| 11 | Raramente me questiono sobre o sentido das coisas. | 0,326 | ------- | ------- |
| 12 | Vivo a vida um dia de cada vez. | 0,404 | 0,397 | ------- |
| 13 | Sei que consigo superar tempos difíceis porque já passei por dificuldades antes. | 0,607 | 0,608 | 0,600 |
| 14 | Sou uma pessoa autodisciplinada. | 0,613 | 0,613 | 0,613 |
| 15 | Mantenho-me interessado/a nas coisas. | 0,765 | 0,767 | 0,766 |
| 16 | Sou capaz de me rir das coisas. | 0,685 | 0,686 | 0,684 |
| 17 | O facto de acreditar em mim ajuda-me a superar momentos difíceis. | 0,773 | 0,772 | 0,774 |
| 18 | Em situações de emergência, sou alguém em quem se pode confiar. | 0,673 | 0,676 | 0,678 |
| 19 | Normalmente consigo olhar para uma situação sob várias perspetivas. | 0,697 | 0,698 | 0,699 |
| 20 | Por vezes obrigo-me a fazer coisas, quer queira ou não queira. | 0,530 | 0,531 | 0,528 |
| 21 | A minha vida tem sentido. | 0,693 | 0,691 | 0,693 |
| 22 | Não costumo cismar sobre coisas em relação às quais nada posso fazer. | 0,500 | 0,493 | 0,486 |
| 23 | Quando me encontro numa situação difícil, costumo conseguir sair dela. | 0,761 | 0,762 | 0,763 |
| 24 | Tenho energia suficiente para fazer tudo o que tenho para fazer. | 0,604 | 0,600 | 0,597 |
| 25 | Não tenho problema com o facto de haver pessoas que não gostam de mim. | 0,662 | 0,661 | 0,657 |

Tabela 5: Pesos fatoriais dos 14 itens da ER14, obtidos pela ACP a 1 fator (n = 511 médicos).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Itens** | | **Pesos Fator** |
| 2 | Costumo resolver o que preciso, de uma forma ou de outra. | 0,697 |
| 6 | Sinto-me orgulhoso/a por ter conseguido coisas na vida. | 0,722 |
| 7 | Normalmente levo as coisas “a eito”. | 0,597 |
| 8 | Estou bem comigo mesmo/a. | 0,742 |
| 9 | Sinto que sou capaz de lidar com várias coisas ao mesmo tempo. | 0,740 |
| 10 | Sou uma pessoa determinada. | 0,797 |
| 13 | Sei que consigo superar tempos difíceis porque já passei por dificuldades antes. | 0,603 |
| 14 | Sou uma pessoa autodisciplinada. | 0,640 |
| 15 | Mantenho-me interessado/a nas coisas. | 0,786 |
| 16 | Sou capaz de me rir das coisas. | 0,691 |
| 17 | O facto de acreditar em mim ajuda-me a superar momentos difíceis. | 0,795 |
| 18 | Em situações de emergência, sou alguém em quem se pode confiar. | 0,666 |
| 21 | A minha vida tem sentido. | 0,718 |
| 23 | Quando me encontro numa situação difícil, costumo conseguir sair dela. | 0,754 |