

Estudo sobre resiliência de mães em unidade de terapia intensiva pediátrica

Study about resilience of mothers in pediatric intensive care units

Edna Moraes Aguiar Lima dos Santos, Caroline Tozzi Reppold

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Rua Sarmento Leite, 245, 90050-170, Porto Alegre, RS, Brasil. ednalimas@hotmail.com, carolinereppold@yahoo.com.br

Resumo. A experiência de acompanhar um familiar internado em UTI tende a ser vivenciada como uma situação de crise. Os estudos da Psicologia Positiva têm especial interesse em investigar os potenciais de saúde de cada sujeito que favorecem o enfrentamento e a adaptação às situações de crise, dentre os quais é destacada a resiliência. Embora ainda sem uma definição consensual, a resiliência tem sido reconhecida como a habilidade humana para superar crises, enfrentar ou ser fortalecido por adversidades. Dada a relevância da investigação sobre o tema, o presente estudo foi realizado com o objetivo de avaliar a resiliência de mães de crianças internadas em UTI e investigar a relação com esperança, otimismo e pessimismo, qualidade de vida e humor deprimido. Para isso, este estudo foi realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, com um total de 18 mães, que reponderaram a um protocolo de pesquisa elaborado para o presente estudo. Dentre os principais resultados, foi possível observar correlações significativas entre os índices de resiliência e esperança, entre qualidade de vida e otimismo, e entre qualidade de vida e esperança. Ao comparar os resultados das escalas nos grupos de depressão moderada/severa e mínima/leve, contrariando o que se esperava, as mães mais resilientes não demonstraram, necessariamente, menores índices de humor deprimido. De maneira geral, maiores índices de esperança, otimismo e qualidade de vida relacionam-se negativamente com a depressão, corroborando com conclusões de pesquisas semelhantes.

Palavras-chave: resiliência, UTI Pediátrica, Psicologia Positiva.

Abstract. The experience of accompanying a hospitalized family member in ICU tends to be experienced as a crisis. Studies of Positive Psychology are especially interested in investigating the potential health of each subject that promotes coping and adaptation to crisis situations, in which resilience is highlighted. Although still without a consensual definition, resilience has been recognized as the human ability to overcome crises, confront or be strengthened by adversity. Given the importance of researching this topic, the present study aimed to evaluate the resilience of mothers of children admitted to ICU and investigate its relationship with hope, optimism and pessimism, quality of life and depressed mood. In order to achieve such objective, this study was conducted in a Pediatric Intensive Care Unit with a total of 18 mothers that answered a self-report protocol designed to the present study. Among the main results, we observed significant correlations between the indices of resilience and hope, between quality of life and op-

timism, and between quality of life and hope. When comparing the results of the Scales in groups of moderate/severe and minimal/mild depression, contrary to what was expected, the most resilient mothers did not necessarily demonstrate lower levels of depressed mood. In general, higher levels of hope, optimism and quality of life relate negatively with depression, corroborating findings of similar studies.

Keywords: resilience, Pediatric ICU, Positive Psychology.

Introdução

Pesquisas apontam que, comumente, a experiência de acompanhar um familiar internado em UTI é vivenciada como uma situação de crise (Almeida *et al.*, 2009; Bettinelli e Erdmann, 2009; Freitas *et al.*, 2012; Oliveira *et al.*, 2010; Silva e Santos, 2010; Urizzi *et al.*, 2008). A crise na família pode ser observada pela desorganização das relações interpessoais, por problemas financeiros, pela diminuição do número de horas de sono, por distúrbios na alimentação e pelo aumento no uso de medicamentos (como ansiolíticos, antidepressivos e anti-hipertensivos) entre outros possíveis impactos negativos na vida de seus membros (Almeida *et al.*, 2009; Bettinelli e Erdmann, 2009; Schneider e Medeiros, 2011; Urizzi *et al.*, 2008). Dentre os sentimentos observados nas mães que acompanham um filho internado em UTI Pediátrica estão o medo, o desespero, a preocupação, a impotência, a solidão e a tristeza, além da alta prevalência de outros sintomas depressivos e de ansiedade (Costa *et al.*, 2009; Guidolin e Célia, 2011; Morais e Costa, 2009).

Contudo, é movimentando-se entre seu sofrimento e suas potencialidades que a mãe acompanhante da internação de seu filho tem a oportunidade de refletir e reorganizar as suas ações diante da vida (Oliveira e Ângelo, 2000). Isso porque a experiência de crise é moderada por recursos sociais e emocionais de que o indivíduo dispõe para enfrentar situações desfavoráveis. Portanto, é somente através das respostas a uma determinada situação de crise que cada indivíduo poderá classificar ou não o evento como adverso (Bitsika *et al.*, 2010; Pesece *et al.*, 2004). Nessa linha, a Psicologia tem especial interesse em investigar os fatores de risco e proteção ao desenvolvimento e, mais recentemente, com os estudos da Psicologia Positiva, os potenciais de saúde de cada sujeito (Dell'Aglio *et al.*, 2006, 2011; Seligman e Csikszentmihalyi, 2000).

Por muito tempo, a ciência psicológica preocupou-se em investigar fenômenos como depressão, agressividade, angústia e ansiedade, orientando sua prática para compreender e tratar psicopatologias. No entanto, a partir de 1998, ao assumir a presidência da *American Psychological Association* (APA), o psicólogo Martin Seligman passou a escrever artigos mensais na revista *American Psychologist* na tentativa de alertar a classe para uma visão mais aberta e apreciativa dos potenciais, das capacidades e das motivações humanas, dando início ao movimento intitulado Psicologia Positiva. O objetivo dessas publicações era catalisar para uma mudança no foco da psicologia, de uma preocupação quase exclusiva com a psicopatologia e a reparação de danos, oriunda da Segunda Guerra Mundial, para a construção de qualidades positivas na vida (Dell'Aglio *et al.*, 2011; Seligman e Csikszentmihalyi, 2000, Sheldon e King, 2001). Dentre as experiências subjetivas estudadas e avaliadas no campo da psicologia positiva estão, por exemplo: o bem-estar, o contentamento e a satisfação referentes ao passado, a esperança e o otimismo em relação às expectativas futuras, e a felicidade percebida no presente (Seligman e Csikszentmihalyi, 2000). Esses aspectos, entendidos como virtuosos, têm sido relacionados a fenômenos psicológicos que podem favorecer a adaptação do indivíduo ao longo de sua trajetória de vida, dentre os quais é destacada a resiliência (Dell'Aglio *et al.*, 2011).

Originariamente, o conceito de resiliência surgiu da física e refere-se à capacidade de um material absorver energia sem sofrer deformação permanente ou voltar à sua forma original quando a pressão sobre ele é removida. Na psicologia, o fenômeno resiliência é pesquisado há cerca de três décadas, ganhando cada vez mais espaço para discussões em encontros internacionais nos últimos anos. Nas ciências humanas e da saúde, esse construto tem sido reconhecido como um aspecto importante na promoção e na manutenção da saúde mental,

pois reflete a habilidade humana para superar crises, enfrentar ou ser fortalecido por adversidades, embora ainda sem uma definição consensual (Brandão *et al.*, 2011; Dell'Aglio *et al.*, 2011; Yunes e Szymanski, 2001).

Dentre alguns dos fatores sociais e intrapsíquicos que geralmente são encontrados em indivíduos resilientes estão traços positivos, como a capacidade de amar, a autoestima, a flexibilidade, a coragem, a sensibilidade estética, a perseverança, o perdão, a espiritualidade, o altruísmo, a habilidade para resolução de problemas, o bom relacionamento interpessoal e familiar e a disponibilidade para receber suporte externo (Lopes e Martins, 2011; Pesse *et al.*, 2005; Seligman e Csikszentmihalyi, 2000). Ao utilizar esses recursos, uma pessoa resiliente frequentemente consegue reduzir o estresse e diminuir os sinais emocionais negativos (como ansiedade, depressão ou raiva) de uma experiência desfavorável (Bonanno *et al.*, 2007; Castleden *et al.*, 2011; Peres *et al.*, 2005). Importa salientar, também, que a resiliência é uma resposta individual e pode variar de acordo com as circunstâncias da exposição do indivíduo ao evento adverso. Por ser um estado psicológico e não um traço de personalidade, o processo resultante do enfrentamento de uma situação adversa com relativo sucesso é que descreverá a resiliência do indivíduo (Reppold *et al.*, 2012). Dessa forma, embora ela represente a habilidade do indivíduo superar adversidades, não significa que ele saia ileso da crise (Bonanno, 2004; Dell'Aglio *et al.*, 2011; Yunes e Szymanski, 2001). Nesse contexto, para avaliar a resiliência de mães de crianças internadas em UTI, o presente estudo buscou relacioná-la aos seguintes construtos: esperança, otimismo e pessimismo, qualidade de vida e humor deprimido.

Nesta pesquisa, a esperança é entendida como um dos princípios fundamentais do funcionamento psíquico e da estruturação da subjetividade, movendo o ser humano a crer em resultados positivos para as circunstâncias da vida (Rocha, 2007). Dessa forma, a esperança está relacionada a eventos futuros que o indivíduo deseja que aconteçam, sendo composta de dois elementos: um afetivo e um cognitivo. O componente afetivo está associado a uma experiência agradável ou a consequências positivas que são desejadas pelo indivíduo para esses eventos. O componente cognitivo está relacionado às expectativas sobre a probabilidade de o evento futuro ocorrer (Pacico *et al.*, 2010).

Semelhante à esperança, o otimismo é entendido como a tendência que o indivíduo tem em acreditar que vai viver experiências boas na vida com base nas expectativas que possui sobre os eventos futuros. Inversamente, o pessimismo é a tendência a acreditar que suas experiências serão ruins ou não tão positivas. Essas expectativas que os indivíduos possuem sobre seu futuro são, muitas vezes, reativas a situações já vivenciadas no passado ou que estão em vigência no momento. A qualidade e a frequência dessas situações, somadas aos recursos internos (psíquicos) e externos (apoio social, recursos materiais, etc.) utilizados para enfrentá-las e aos resultados obtidos, podem estar relacionadas a uma postura mais otimista ou pessimista na vida (Soares *et al.*, 2011; WHO, 2005; Zanon *et al.*, 2013). Avaliar essas questões envolve uma percepção subjetiva, de cada indivíduo, sobre o quanto ele acredita que coisas boas acontecerão em sua vida, em vez de coisas ruins (Bastianello *et al.*, 2010). Desse modo, a avaliação da esperança e do otimismo possibilita verificar aspectos positivos e perseverados do funcionamento psicológico das pessoas, o que pode contribuir para uma atitude resiliente.

Assim como a resiliência, a percepção sobre a qualidade de vida é um processo interativo entre a pessoa e seu meio. A qualidade de vida está relacionada com a percepção do indivíduo em relação a seus objetivos, suas expectativas, seus padrões e suas preocupações a partir do contexto cultural e do sistema de valores nos quais ele vive. Embora a definição de qualidade de vida seja bastante ampla, ela incorpora de forma complexa o estado psicológico, a saúde física, as relações sociais, o nível de independência, as crenças pessoais e as relações com o meio ambiente, em três aspectos fundamentais: subjetividade, multidimensionalidade e presença de fatores positivos e negativos. A subjetividade implica que a qualidade de vida só pode ser descrita pelo próprio indivíduo a partir de suas perspectivas e percepções sobre a realidade objetiva. Por ser multidimensional, ela precisa levar em conta vários aspectos da vida e do cotidiano, como os aspectos físicos, mentais, sociais, ambientais, etc. Por fim, uma 'boa' qualidade de vida tende a ser considerada quando os fatores positivos (tudo aquilo que o indivíduo necessita, valoriza e/ou deseja para sua vida) e os fatores negativos (dificuldades e preocupações que o indivíduo busca evitar ou sanar em sua vida) estão controlados ou em equilíbrio

com seus padrões e sistema de valores em que vive (Fleck *et al.*, 1999; Fleck, 2000; Fleck, 2008; The WHOQOL Group, 1995). Nesse contexto, é possível compreender que o indivíduo que está satisfeito com a sua percepção sobre a sua qualidade de vida possui atributos protetores que contribuem para o desenvolvimento de sua capacidade de resiliência (Pesce *et al.*, 2004). Ao mesmo tempo, indivíduos que se mostram resilientes diante das adversidades apresentam potenciais para desenvolver-se de maneira adequada e saudável, alcançando níveis aceitáveis de saúde, bem-estar e qualidade de vida (Lasmar e Ronzani, 2009).

Em relação ao humor, pessoas deprimidas comumente apresentam déficits nas funções interpessoais, psicológicas, físicas e laborais. Além do humor deprimido ou irritável, podem apresentar perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades acompanhado de outros sintomas como alterações no sono, no apetite ou na atividade psicomotora, sentimentos de desvalia ou culpa, dificuldades para pensar, concentrar-se ou tomar decisões, pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio (APA, 2000). Esses sintomas podem surgir como reações às situações desfavoráveis vivenciadas por elas. Nesses casos, os eventos adversos são percebidos como obstáculos individuais ou ambientais e podem aumentar a vulnerabilidade do sujeito para resultados negativos em sua vida. Alguns autores pontuam que sintomas depressivos estão negativamente associados com a resiliência. Estes sugerem como potenciais alvos de intervenção terapêutica com pacientes deprimidos o desenvolvimento da capacidade de resiliência, autoconfiança e otimismo (Bitsika *et al.*, 2010).

Identifica-se, então, que sobre o impacto da hospitalização de uma criança nos membros de sua família, várias pesquisas buscaram estudar os sentimentos decorrentes desse contexto (geralmente relacionados aos sintomas depressivos e de ansiedade), as estratégias de enfrentamento utilizadas e o relacionamento com a equipe assistencial (Coletto e Câmara, 2009; Costa *et al.*, 2009; Guidolin e Célia, 2011; Morais e Costa, 2009; Oliveira e Ângelo, 2000; Paes *et al.*, 2009; Pinto *et al.*, 2005; Schneider e Medeiros, 2011). Assim como no presente estudo, algumas outras pesquisas buscaram estudar a resiliência relacionando-a com esperança, otimismo, qualidade de vida e depressão, além de estudarem outras variáveis como ansiedade, trauma, desastre, perda, doenças

crônicas, estresse, autoaprimoramento, ajustamento diádico, vinculação e Psicologia Positiva, entre outros (Alves, 2012; Armando, 2010; Bitsika *et al.*, 2010; Bonanno, 2004; Bonanno *et al.*, 2005; Bonanno *et al.*, 2007; Horton e Wallander, 2001; Kashdan *et al.*, 2002; Lloyd e Hastings, 2009; Peres *et al.*, 2005; Pinto, 2013; Quiceno e Alpi, 2012; Yunes, 2003). Ainda sobre resiliência, também há estudo para comparar sua variação em sujeitos de diferentes idades, ou seja, em distintas fases do ciclo vital, que obteve como resultado níveis de resiliência similares nas diferentes etapas de vida (Guajardo e Paucar, 2008). Dessa forma, ressalta-se a relevância do tema e justifica-se o presente estudo que foi realizado com o objetivo de avaliar a resiliência de mães de crianças internadas em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) e investigar sua relação com esperança, otimismo e pessimismo, qualidade de vida e humor deprimido.

Metodologia

Delineamento: Trata-se de um estudo quantitativo e transversal, realizado em um hospital pediátrico do sul do país, durante os meses de setembro e outubro de 2013.

Participantes: Foram convidadas a participar as mães das crianças internadas na UTIP. Para tal, elas deveriam atender aos seguintes critérios de inclusão: (a) considerar-se mãe do paciente; (b) ter um filho internado nesta UTIP; (c) estar acompanhando a internação desde o início; (d) ter idade igual ou superior a 18 anos; (e) estar em condições de participar da pesquisa apresentando-se lúcida, orientada e coerente; e (f) consentir com sua participação assinando o termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE. Nesta pesquisa, o tempo de internação da criança na UTIP e o seu quadro clínico no momento da coleta de dados (grave ou estável, crônico ou agudo), não estavam entre as variáveis em estudo e, portanto, não foram considerados critérios para inclusão ou exclusão dos participantes, tendo em vista atingir o objetivo desta pesquisa descrito acima. O acompanhamento psicológico individual também não estava entre os critérios de inclusão ou exclusão, pois embora este hospital conte com um serviço de psicologia que abrange a UTIP, no momento da coleta de dados, nem todas as mães já estavam em acompanhamento com um psicólogo ou estagiário de psicologia. No entanto, após o desenvolvimento da pesqui-

sa, as mães que apresentaram sintomas depressivos ou baixos índices de resiliência seguiram em acompanhamento pelo Serviço de Psicologia. Ao final deste período de 2 meses, a amostra foi composta por 18 mães.

Instrumentos: A Escala de Resiliência desenvolvida por Wagnild e Young (Pesce *et al.*, 2005) mede os níveis de adaptação psicossocial positiva diante de eventos de vida importantes. Possui 25 itens, com respostas de tipo Likert, variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Os escores da escala oscilam de 25 a 175 pontos, indicando elevada resiliência quanto mais altos forem os valores obtidos. A Escala de Esperança que foi utilizada neste estudo é baseada na *Adult Dispositional Hope Scale*, desenvolvida por Snyder e seus colaboradores, um instrumento que possibilita avaliar a esperança em adultos e adolescentes com mais de 15 anos de idade. Foi adaptada e validada para o Brasil por Pacico *et al.* (2010). Possui 12 itens, com respostas de tipo Likert, variando de 1 (totalmente falsa) a 5 (totalmente verdadeira) para um escore final entre 12 e 60 pontos.

Para avaliar otimismo e pessimismo, foi utilizada a Escala baseada no *Life Orientation Test Revised* – LOT-R, um teste de autorrelato que mede otimismo disposicional desenvolvido por Scheier e seus colaboradores, que foi adaptada e validada para adolescentes e adultos brasileiros por Bastianello e sua equipe (Bastianello *et al.*, 2010, 2012). A versão brasileira desse instrumento contém 10 itens com respostas de tipo Likert, variando de 1 (discordo plenamente) a 5 (concordo plenamente) para um escore final entre 10 e 50 pontos.

O WHOQOL é o instrumento de avaliação de Qualidade de Vida desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde. Esse instrumento está adaptado e validado para utilização na população brasileira por Fleck e seus colaboradores (Fleck *et al.*, 1999, 2000). Consiste em 26 perguntas referentes a seis domínios: domínio físico, domínio psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e aspectos espirituais, religiosos e crenças pessoais. As respostas para as questões do WHOQOL-Abreviado são dadas em escala do tipo Likert, variando de 1 a 5 para intensidade (nada - extremamente), capacidade (nada - completamente), frequência (nunca - sempre) e avaliação (muito insatisfeito - muito satisfeito; muito ruim - muito bom). O escore final do WHOQOL-Abreviado pode oscilar entre 26 e 130 pontos.

Para a avaliação do humor, foi utilizado o Inventário de Depressão de Beck (BDI-II). É um teste psicológico que busca medir a intensidade da depressão em adultos e adolescentes. O BDI original foi publicado em 1961 e sua revisão mais atualizada, o BDI-II, em 1996, desenvolvido por Beck *et al.* (1996). O BDI-II avalia sintomas depressivos de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV). Em 2010, essa versão mais atualizada do inventário foi traduzida e adaptada para a população brasileira por Gorenstein *et al.* (2011). O Inventário contém 21 questões, com 4 possibilidades de resposta, às quais são atribuídos valores de intensidade de 0 a 3. Através do escore obtido, o teste classifica a depressão em 4 níveis: mínima (de 0 a 13), leve (de 14 a 19), moderada (de 20 a 28) e severa (de 29 a 63). Quanto maior a pontuação, maior o indicativo de depressão. No momento, o BDI-II está com parecer favorável no Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI), que regula, avalia e define os testes psicológicos aprovados para uso.

Procedimentos éticos e de coleta: Após o parecer favorável dos Comitês de Ética em Pesquisa vinculados a este estudo, sob os números de protocolo 330.940 e 601.630-0, teve início a coleta de dados. As aplicações dos instrumentos foram realizadas em uma sala de entrevistas da UTIP, garantindo o conforto do participante e o anonimato das informações, sendo que a coleta poderia ser iniciada a partir de 24 horas de internação na unidade. Embora todos os instrumentos fossem de caráter auto-aplicativo, a residente pesquisadora acompanhou todo o processo de coleta de dados, esclarecendo eventuais dúvidas.

Procedimentos de Análise de Dados: Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e inferencial. Para verificar a normalidade dos escores das escalas foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk, que permitiu a análise paramétrica dos dados, com a utilização da correlação de Pearson para comparar as médias das Escalas e o Teste t para comparar os indicadores depressão com os resultados das Escalas. O intervalo de confiança utilizado neste estudo foi de 95%.

Resultados

As mães participantes deste estudo tinham idades entre 21 e 44 anos, sendo a média de 30,4 anos (desvio padrão de 7,0). A maioria era casada (77,8%) e tinha até 3 filhos (83,3%).

Grande parte delas não exercia atividade laboral (61,1%) e tinha escolaridade entre Ensino Fundamental incompleto até o Médio completo (77,8%). A maioria possuía alguma crença religiosa (94,4%).

Sobre as crianças internadas, filhos das participantes do estudo, metade tinha idades entre 1 mês e 1 ano de vida (50%), e a maior parte estava internada por algum tipo de cardiopatia congênita (72,2%). As mães passavam em média 19,4 horas por dia na UTI (desvio padrão de 6,1), sendo que 55,4% passavam 24 horas por dia como acompanhantes de seus filhos. Em média, ficavam 6,3 dias por semana na UTI (desvio padrão de 1,5), sendo que a maioria ficava 7 dias por semana (72,2%).

Em relação às Escalas, as médias de esperança, otimismo e pessimismo, resiliência e qualidade de vida (WHOQOL-Abreviado) podem ser verificadas na Tabela 1. Também são apresentados os valores mínimos e máximos obtidos em cada escala, seus respectivos valores de referência e o desvio padrão. Para analisar essas médias, foi utilizada a correlação de Pearson, com a qual foram obtidas correlações significativas entre os índices de resiliência e esperança, entre qualidade de vida e otimismo, e entre qualidade de vida e esperança, conforme mostra a Tabela 2.

Sobre a avaliação do humor, 44,4% das mães apresentaram indicadores de depressão moderada, 33,3%, depressão mínima, 11,1%, depressão leve e 11,1%, indicadores de depressão severa no BDI-II. Para analisar as diferenças entre os indicadores de depressão e compará-los aos resultados obtidos nas Escalas, através do Teste t, os dados foram divididos em dois grupos: depressão moderada/severa e de depressão mínima/leve. Na Tabela 3, pode-se verificar que o grupo com indicadores moderados/severos de depressão apresenta uma média significativamente menor nessas escalas. No entanto, os resultados da Escala de Resiliência não mostraram diferença significativa no grupo com indicadores mínimos/leves de depressão em comparação ao grupo com indicadores moderados/severos de humor deprimido.

Discussão

O presente estudo buscou estudar alguns aspectos positivos e perseverados do funcionamento psíquico das mães de crianças internadas em uma UTIP, tendo como destaque a resiliência, como possível fator de proteção ao

desenvolvimento destes sintomas negativos tão relatados na literatura. Ao avaliar a resiliência dessas mães, foi possível observar, de acordo com os resultados obtidos nas Escalas, correlações significativas entre os índices de resiliência e esperança, entre qualidade de vida e otimismo, e entre qualidade de vida e esperança.

Entretanto, contrariando o que se esperava, as mães mais resilientes não demonstraram, necessariamente, menores índices de humor deprimido. Ao comparar os escores das Escalas nos grupos de depressão moderada/severa e mínima/leve do BDI-II, os resultados obtidos na Escala de Resiliência não demonstraram relação estatisticamente significativa com os grupos de depressão, sendo significativa essa relação para as demais escalas. Essa discussão é pertinente, pois, para a avaliação da resiliência, além da importância de considerar como ela se manifesta e diante de quais eventos adversos, estudiosos reforçam a necessidade de atentar para a controvérsia existente sobre a mensurabilidade psicológica desse construto. Por se tratar de um processo complexo de aprendizagem e de desenvolvimento, relacional e contextual, é possível que a resiliência não possa ser apropriadamente expressa através de um instrumento que forneça uma medida escalar e momentânea (Reppold *et al.*, 2012). Assim, devido à natureza interativa, desenvolvimental e contextual desse construto, a atitude resiliente dessas mães pode ter sido impactada por fatores não capturados pela escala utilizada, interferindo na mensuração dessa habilidade.

Embora os escores de resiliência não tenham relação significativa com os grupos de depressão, foi possível observar, de uma forma geral, que a depressão mínima/leve apresenta-se no contexto dos maiores índices médios obtidos em todas as escalas. Pesquisas como a realizada nos Estados Unidos da América com moradores de Nova Iorque seis meses após o atentado de 11 de setembro de 2001 mostraram que os indivíduos com baixa resiliência apresentavam alta prevalência de sintomas depressivos. Os achados mostraram que os níveis de depressão dos participantes resilientes eram menores do que a média nacional para amostras não-clínicas e que esses participantes também eram significativamente menos propensos a adições, como fumar cigarros ou usar maconha, ao compará-los com os outros grupos (Bonanno *et al.*, 2007). A trajetória resiliente foi o resultado mais comumente observado entre esses sujeitos (Bonanno *et al.*, 2005). Outra pesquisa que buscou relacionar

Tabela 1. Média dos índices obtidos nas Escalas.**Table 1.** The average of the Scales scores.

Variável	Média	Desvio padrão	Mínimo (valor de referência)	Máximo (valor de referência)
Esperança	46,11	6,83	33 (12)	57 (60)
Otimismo/Pessimismo	38,94	5,27	28 (10)	45 (50)
Resiliência	139,50	17,55	94 (25)	172 (175)
WHOQOL-Abreviado	90,22	13,20	69 (26)	114 (130)

Tabela 2. Correlações entre os índices obtidos nas Escalas.**Table 2.** Correlations among the Scales scores.

		Resiliência	WHOQOL	Otimismo/Pessimismo	Esperança
Resiliência	Correlação de Pearson <i>p-valor</i>	1			
WHOQOL	Correlação de Pearson <i>p-valor</i>	,446 ,064	1		
Otimismo/Pessimismo	Correlação de Pearson <i>p-valor</i>	,321 ,194	,532 ,023	1	
Esperança	Correlação de Pearson <i>p-valor</i>	,513 ,029	,649 ,004	,336 ,172	1

Tabela 3. Teste t para comparação das médias dos grupos que apresentaram depressão mínima e depressão moderada em relação às médias que obtiveram nas Escalas.**Table 3.** T-test to compare the means of the minimal depression and moderate depression groups, compared to average of the Scales scores.

Escalas	Escore BDI-II		<i>p-valor</i>
	Mínima/Leve (<i>n</i> =8) <i>Média (desvio padrão)</i>	Moderada/Severa (<i>n</i> =10) <i>Média (desvio padrão)</i>	
WHOQOL-Abreviado	101,62 (8,18)	81,10 (8,31)	<,001
Esperança	50,50(4,50)	42,60 (6,45)	,010
Otimismo/Pessimismo	42,12 (2,17)	36,40 (5,72)	,013
Resiliência	145,50 (13,12)	134,70 (19,77)	,204

resiliência e depressão avaliou ainda a ansiedade. Seus resultados mostraram que os participantes com ansiedade ou depressão clínica também tiveram escores significativamente mais baixos de resiliência do que seus colegas com sintomas ansiosos e deprimidos não-clínicos (Bitsika *et al.*, 2010).

Uma pesquisa realizada com 60 casais heterossexuais (sendo 30 casais para o grupo clínico – em que um dos cônjuges estava em acompanhamento em uma Clínica Psiquiátrica – e 30 casais para o grupo de controle) mostrou que o grupo clínico apresentou resultados mais elevados de sintomatologia psico-

patológica e níveis mais baixos de resiliência, qualidade de vida e ajustamento diádico. Entretanto, semelhante aos resultados do presente estudo em relação ao humor deprimido, a mesma pesquisa apontou que a correlação entre as características de resiliência do doente e a sua própria sintomatologia não se verificou em todas as dimensões (Alves, 2012).

Dessa forma, uma importante contribuição para os resultados do presente estudo seria investigar as características depressivas ou a existência de transtornos depressivos prévios à internação do filho em uma UTI. Em um estudo que buscou avaliar a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em mães que tiveram seus filhos internados na ala pediátrica de um hospital universitário no sul do Brasil, salientou-se, em seus resultados, que a experiência prévia da mulher com internações hospitalares da criança e a sua duração também contribuíram para a constatação desses sintomas. Além disso, a maioria das mães que relataram diagnóstico anterior de depressão pós-parto apresentou sintomas de ansiedade nessa pesquisa (Guidolin e Célio, 2011). Outro estudo publicado em 2005 e também realizado no contexto do atentado terrorista mostrou que os sobreviventes classificados com depressão anterior ao atentado tinham pontuações excepcionalmente baixas de autoaprimoramento, o que pode dificultar a maneira com a qual o indivíduo lida com a adversidade. De acordo com estes pesquisadores, o autoaprimoramento é uma característica prevalente em indivíduos resilientes (Bonanno *et al.*, 2005).

Ao correlacionar resiliência, otimismo e depressão, um estudo realizado com pais de crianças com deficiência (entendida como qualquer perda ou anormalidade na estrutura anatômica ou na função fisiológica ou psicológica) mostrou que as mães que apresentavam níveis elevados de resiliência e otimismo tinham níveis mais baixos de depressão e estresse (Pinto, 2013). Essa correlação entre otimismo e depressão também foi significativa na presente pesquisa. As mães das crianças internadas na UTI que apresentavam depressão mínima/leve tinham os maiores índices de otimismo.

Da mesma forma, neste estudo, depressão mínima/leve, otimismo e esperança relacionam-se com melhores índices de qualidade de vida. A associação entre os escores de resiliência, depressão e qualidade de vida também tem sido relatada na literatura. Em um estudo realizado com pacientes oncológicos, os resul-

tados encontrados mostraram que pacientes com maiores índices de resiliência apresentavam melhor qualidade de vida e baixos índices de depressão. Como sugestão, o autor considera a possibilidade de incluir a avaliação da resiliência logo após o diagnóstico de câncer, visando promover estratégias para trabalhar a resiliência do paciente e, com isso, poder auxiliar no manejo de quadros depressivos e melhorar a qualidade de vida (Armando, 2010).

Sobre a relação entre esperança e resiliência, pesquisas realizadas com pais de crianças portadoras de alguma deficiência física ou psicológica concluíram que a esperança pode ser entendida como um fator promotor de resiliência nestes ambientes familiares (Horton e Wallander, 2001; Kashdan *et al.*, 2002; Lloyd e Hastings, 2009). Em um desses estudos, a esperança estava positivamente relacionada com o funcionamento psicológico dos pais no que se refere a comportamentos e ambientes familiares adaptativos para lidar com a gravidade dos problemas apresentados por seus filhos (Kashdan *et al.*, 2002). Em outro estudo, altos níveis de esperança foram relacionados com baixos níveis de sintomas depressivos maternos (Lloyd e Hastings, 2009). Ainda, a esperança parece ser um fator de proteção contra o estresse vivenciado por essas famílias que lidam com doenças crônicas na infância (Horton e Wallander, 2001). Nos resultados da presente pesquisa, também foi possível encontrar correlações significativas entre os índices de resiliência e esperança.

No geral, as relações anteriormente relatadas na literatura entre resiliência, otimismo, esperança, qualidade de vida e depressão são sustentadas pelos resultados desta pesquisa. Nesse contexto, uma contribuição importante iniciada por esses estudos é a investigação de como a resiliência pode ajudar as pessoas a ter atitudes mais adaptativas e saudáveis diante de situações de adversidade.

Considerações finais

Os resultados deste estudo mostraram que maiores índices de esperança, otimismo e qualidade de vida relacionam-se negativamente com a depressão, corroborando os resultados de pesquisas semelhantes. Contudo, por se tratar de um estudo transversal, esses dados não permitem conclusões de causa e efeito.

Além disso, foi discutida a pertinência da utilização de escalas para a mensuração da resiliência, uma vez que se trata de uma ha-

bilidade humana relacional, desenvolvimental e contextual. Como sugestão, pesquisas nessa área poderiam ser beneficiadas por estudos que propusessem intervenções e controle de variáveis, como ensaios clínicos randomizados. Entretanto, na atualidade, os pesquisadores da resiliência ainda carecem de instrumentos, técnicas de intervenção e financiamentos para planejar e executar tais estudos.

Dentre outras limitações desta pesquisa, pode-se citar a utilização de um método de amostragem não probabilístico, a amostragem por conveniência, que leva a impossibilidade de extrapolar, com confiança, as conclusões obtidas para a população geral. Outra questão importante e já mencionada anteriormente é de próximas pesquisas considerarem o relato de eventos traumáticos prévios para a análise da resiliência.

Por fim, com as contribuições da Psicologia Positiva, mostra-se de extrema importância o papel do psicólogo, assim como dos demais membros da equipe assistencial ao ampliar o olhar sobre o sujeito, identificando, inclusive, suas potencialidades diante das adversidades de uma internação hospitalar. Dessa forma, ao identificar os fatores de proteção presentes na crise, o acesso ao psiquismo dos familiares e dos pacientes torna-se ampliado, possibilitando o desenvolvimento de suas habilidades para adaptar-se e superar os eventos de vida difíceis.

Referências

- ALMEIDA, A.S.; ARAGÃO, N.R.O.; MOURA, E.; LIMA, G.C.; HORA, E.C.; SILVA, L.A.S.M. 2009. Sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Enferm*, **62**(6):844-849. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000600007>
- ALVES, C.M.J. 2012. *Estudo da resiliência, qualidade de vida, sintomatologia psicopatológica, ajustamento diádico e vinculação*. Lisboa, Portugal. Dissertação de Mestrado. Universidade de Lisboa, 273 p.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). 2000. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. (DSM-IV-TR), Washington D.C., American Psychiatric Association, 991 p.
- ARMANDO, A. 2010. *Avaliação de Escores de Resiliência, Qualidade de Vida e Depressão e suas associações em pacientes com câncer de pulmão em tratamento radioterápico*. Porto Alegre, RS. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 53 p.
- BASTIANELLO, M.R.; PACICO, J.C.; ZANON, C.; HUTZ, C.S. 2010. *Adaptation and validation of the Revised Life Orientation Test for Brazilian Adolescents*. Manuscript submitted for publication.
- BASTIANELLO, M.R.; ZANON, C.; PACICO, J.C.; REPPOLD, C.T.; HUTZ, C. S. 2012. *Optimism, Self-Esteem and Personality: Adaptation and Validation of the Brazilian Version of The Revised Life Orientation Test (LOT-R)*. Manuscript submitted for publication.
- BECK, A.T.; STEER, R.A.; BROWN, G.K. 1996. *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- BETTINELLI, L.A.; ERDMANN, A.L. 2009. Internação em unidade de terapia intensiva e a família: perspectivas de cuidado. *Avances en enfermería*, **XXVII**(1):15-21.
- BITSIKA, V.; SHARPLEY, C.F.; PETERS, K. 2010. How is resilience associated with anxiety and depression? Analysis of factor score interactions within a homogeneous sample. *The German Journal of Psychiatry*, **13**:9-16.
- BONANNO, G.A. 2004. Loss, trauma, and human resilience. *American Psychologist*, **59**(1):20-28. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
- BONANNO, G.A.; RENNICKE, C.; DEKEL, S. 2005. Self-Enhancement Among High-Exposure Survivors of the September 11th Terrorist Attack: Resilience or Social Maladjustment? *Journal of Personality and Social Psychology*, **88**(6):984-998. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.88.6.984>
- BONANNO, G.A.; GALEA, S.; BUCCIARELLI, A.; VLAHOV, D. 2007. What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **75**(5):671-682. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.75.5.671>
- BRANDÃO, J.M.; MAHFOUD, M.; GIANORDOLI-NASCIMENTO, I.F. 2011. A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. *Paidéia*, **21**(49):263-271.
- CASTLEDEN, M.; MCKEE, M.; MURRAY, V.; LEONARDI, G. 2011. Resilience thinking in health protection. *Journal of Public Health*, **33**(3): 369-377. <http://dx.doi.org/10.1093/pubmed/fdr027>
- COLETTI, M.; CÂMARA, S. 2009. Estratégias de coping e percepção da doença em pais de crianças com doença crônica: o contexto do cuidador. *Revista Diversitas - Perspectivas em Psicologia*, **5**(1):97-110.
- COSTA, J.B.; MOMBELLI, M.A.; MARCON, S.S. 2009. Avaliação do sofrimento psíquico da mãe acompanhante em alojamento conjunto pediátrico. *Estudos de Psicologia*, **26**(3):317-325. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2009000300005>
- DELL'AGLIO, D.D.; KOLLER, S.H.; YUNES, M.A.M. 2006. Uma Breve Reflexão Crítica sobre Psicologia Positiva e Resiliência. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE)*, **10**(1):133-143.
- DELL'AGLIO, D.D.; KOLLER, S.H.; YUNES, M.A.M. (Orgs). 2011. *Resiliência e Psicologia Positiva: interfaces do risco à proteção*. São Paulo, Caso do Psicólogo, 290 p.
- FLECK, M.P.A.; LEAL, O.F.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L. dos; PINZON, V. 1999. Desenvol-

- vimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, **21**(1):19-28.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44461999000100006>
- FLECK, M.P.A. 2000. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, **5**(1):33-38.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100004>
- FLECK, M.P.A. (org.). 2008. *A avaliação de Qualidade de Vida: guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre, Artmed, 228 p.
- FREITAS, K.S.; MENEZES, I.G.; MUSSI, F.C. 2012. Conforto na Perspectiva de Familiares de Pessoas Internadas em Unidade de Terapia Intensiva. *Texto & Contexto - Enfermagem*, **21**(4):896-904.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000400021>
- GORENSTEIN, C.; PANG, W.Y.; ARGIMON, I.I.L.; WERLANG, B.S.G. 2011. *Manual do Inventário de Depressão de Beck – BDI-II*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 171 p.
- GUAJARDO, E.S.; PAUCAR, M.V. 2008. Medición de las características resilientes, un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. *LIBERABIT*, **14**:31-40.
- GUIDOLIN, B.L.; CÉLIA, S.A.H. 2011. Sintomas depressivos e de ansiedade em mães durante internação pediátrica em um hospital universitário. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, **33**(2):80-86.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082011005000012>
- HORTON, T.V.; WALLANDER, J.L. 2001. Hope and social support as resilience factors against psychological distress of mothers who care for children with chronic physical conditions. *Rehabilitation Psychology*, **46**(4):382-399.
<http://dx.doi.org/10.1037/0090-5550.46.4.382>
- KASHDAN, T.B.; PELHAM, W.E.; LANG, A.R.; HOZA, B.; JACOB, R.G.; JENNINGS, J.R.; BLUMENTHAL, J.D.; GNAGY, E.M. 2002. Hope and Optimism as Human Strengths in Parents of Children with Externalizing Disorders: stress is in the eye of the beholder. *Journal of Social and Clinical Psychology*, **21**(4):441-468.
<http://dx.doi.org/10.1521/jscp.21.4.441.22597>
- LASMAR, M.M.O.; RONZANI, T.M. 2009. Qualidade de vida e resiliência: uma interface com a promoção da saúde. *Revista de APS*, **12**(3):339-350.
- LLOYD, T.J.; HASTINGS, R. 2009. Hope as a psychological resilience factor in mothers and fathers of children with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, **53**(12):957-968.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2788.2009.01206.x>
- LOPES, V.R.; MARTINS, M.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.
- MORAIS, G.S.N.; COSTA, S.F.G. 2009. Experiência existencial de mães de crianças hospitalizadas em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, **43**(3):639-646.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000300020>
- OLIVEIRA, I.; ÂNGELO, M. 2000. Vivenciando com o filho uma passagem difícil e reveladora - a experiência da mãe acompanhante. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, **34**(2):202-208.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342000000200010>
- OLIVEIRA, L.M.A.C.; MEDEIROS, M.; BARBOSA, M.A.; SIQUEIRA, K.M.; OLIVEIRA, P.M.C.; MUNARI, D.B. 2010. Grupo de suporte como estratégia para acolhimento de familiares de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, **44**(2):429-436.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000200027>
- PACICO, J.C.; BASTIANELLO, M.R.; ZANON, C.; HUTZ, C.S. 2010. *Adaptation and validation of Adult Dispositional Hope Scale for Adolescents*. Manuscript submitted for publication.
- PAES, C.C.T.; AUGUSTO, F.P.; COSTA, L.M.B.N.; SANTOS, N.O.; LOBO, R.C.; BENUTI, G.R.G.; LUCIA, M.C.S. 2009. A criança hospitalizada é fator de risco para o adoecimento psíquico da família? Qualidade de vida de cuidadores em uma unidade de pediatria geral. *Psicologia Hospitalar*, **7**(2):15-35.
- PERES, J.F.P.; MERCANTE, J.P.P.; NASELLO, A.G. 2005. Promovendo resiliência em vítimas de trauma psicológico. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, **27**(2):131-138.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082005000200003>
- PESCE, R.P.; ASSIS, S.G.; AVANCI, J.Q.; SANTOS, N.C.; MALAQUIAS, J.V.; CARVALHAES, R. 2005. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade de escala de resiliência. *Cad. Saúde Pública*, **21**(2):436-448.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000200010>
- PESCE, R.P.; ASSIS, S.G.; SANTOS, N.; OLIVEIRA, R.V.C. 2004. Risco e Proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, **20**(2):135-143.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722004000200006>
- PINTO, J.M.M. 2013. *Otimismo, resiliência e sobrecarga familiar nos pais de crianças apoiadas pela Equipe Local de Intervenção Precoce de Leiria*. Coimbra, Portugal. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior Miguel Torga, Escola Superior de Altos Estudos, 58 p.
- PINTO, J.P.; RIBEIRO, C.A.; SILVA, C.V. 2005. Procurando manter o equilíbrio para atender suas demandas e cuidar da criança hospitalizada: a experiência da família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, **13**(6):974-981.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000600009>
- QUICENO, J.M.; ALPI, S.V. 2012. Resiliencia y características sociodemográficas en enfermos crónicos. *Psicología desde el Caribe*, **29**(1):87-104.
- REPPOLD, C.T.; MAYERA, 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.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722012000200006>
- ROCHA, Z. 2007. Esperança não é esperar, é caminhar: reflexões filosóficas sobre a esperança e suas ressonâncias na teoria e clínica psicanalíticas. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, **10**(2):255-273.

- SCHNEIDER, C.M.; MEDEIROS, L.G. 2011. Criança hospitalizada e o impacto emocional gerado nos pais. *Unoesc & Ciência – ACHS*, **2**(2):140-154.
- SELIGMAN, M.E.P.; CSIKSZENTMIHALYI, M. 2000. Positive psychology: an introduction. *American Psychologist*, **55**(1):5-14.
<http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- SHELDON, K.M.; KING, L.K. 2001. Why positive psychology is necessary. *American Psychologist*, **56**:216-217.
<http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.216>
- SILVA, F.S.; SANTOS, I. 2010. Expectativas de familiares de clientes em UTI sobre o Atendimento em saúde: estudo sociopoético. *Escola Anna Nery*, **14**(2):230-235.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000200004>
- SOARES, M.H.; LUÍS, M.A.V.; CORRADI-WEBSTER, C.M.; MARTINS, J.T.; HIRATA, A.G.P. 2011. Conceito psicológico de otimismo e uso de drogas entre estudantes de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, **24**(3):393-399.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000300014>
- THE WHOQOL GROUP. 1995. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, **41**(10):1403-1409.
[http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)
- URIZZI, F.; CARVALHO, L.M.; ZAMPA, H.B.; FERREIRA, G.L.; GRION, C.M.C.; CARDOSO, L.T.Q. 2008. Vivência de familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, **20**(4):370-375.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2008000400009>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 2005. *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. Geneva, World Health Organization, 310 p.
- YUNES, M.A.M. 2003. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, **8**(num. esp.):75-84.
- YUNES, M.A.M.; SZYMANSKI, H. 2001. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: J. TAVARES (ed.), *Resiliência e educação*. São Paulo, Cortez, p. 13-42.
- ZANON, C.; BASTIANELLO, M.R.; PACICO, J.C.; HUTZ, C.S. 2013. Desenvolvimento e validação de uma escala de afetos positivos e negativos. *Psico-USF*, **18**(2):193-202.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712013000200003>

Submetido: 07/04/2014

Aceito: 18/08/2014