



# Avaliação de resiliência: Um estudo exploratório com pacientes oncológicos<sup>1</sup>

## *Resilience Assessment: An exploratory study with cancer patients*

Júlia Borges de Lima<sup>[a]</sup>, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo<sup>[b]</sup>

### Resumo

Resiliência é um processo dinâmico de resistência e adaptação a contextos adversos, que envolve múltiplos fatores de risco e de proteção. Trata-se, portanto, de problemática relevante para o campo da saúde – e particularmente em Oncologia –, pois amplia a compreensão sobre as condições que favorecem a sobrevivência. Sendo assim, realizou-se a avaliação de 15 pacientes com 29 e 49 anos de idade e em tratamento no Serviço de Oncologia do Hospital Universitário de Brasília. A pesquisa foi autorizada pelo comitê de ética e a coleta de dados abrangeu a aplicação de: um questionário sociodemográfico, a Escala de Resiliência de Wagnild e Young (adaptada para a população brasileira) e o Inventário de Resiliência proposto por Benevides-Pereira. Os resultados indicaram que nenhum paciente morava sozinho, sendo que a constante presença de familiares pode ter contribuído para a autoavaliação positiva estimada em 73,3% dos participantes. De acordo com os dados obtidos pela Escala de Resiliência, somente três indivíduos foram apontados como “menos resilientes”. No Inventário de Resiliência, os pacientes considerados resilientes apresentaram, em sua maioria, escores normais ou acima da média, ao passo que os menos resilientes tiveram escores na média. Apenas os fatores “inovação e tenacidade” e “assertividade” diferiram significativamente entre pacientes resilientes e não resilientes. Recomenda-se o desenvolvimento de mais estudos sobre resiliência em Oncologia, no intuito de subsidiar programas institucionais que assegurem e incrementem a qualidade de vida de pessoas acometidas por um câncer ao longo de seu ciclo de vida.

**Palavras-chave:** Resiliência. Câncer. Fator de risco. Fator de proteção.

### Abstract

*Resilience is a dynamic process of resistance and adaptation to adverse contexts, which involves multiple risk and protection factors. It is, then, a concept of relevant interest to the field of healthcare – and particularly Oncology – for it amplifies comprehension about the conditions*

<sup>[a]</sup> Psicóloga e Bacharel pela Universidade de Brasília.

<sup>[b]</sup> Doutora em Psicologia pela Université de Paris X – Nanterre, Pesquisadora do CNPq, professora da Universidade de Brasília, Brasília, DF - Brasil, e-mail: julinha\_psi@yahoo.com.br; araujotc@unb.br

Recebido: 06/05/2010  
Received: 05/06/2010

Aprovado: 09/12/2010  
Approved: 12/09/2010

<sup>1</sup> Trabalho realizado pela primeira autora sob orientação da segunda ao longo das atividades de Bolsista de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e de Bacharelado em Psicologia da Saúde na Universidade de Brasília.

*that favor survival. In light of these considerations, we conducted an evaluation of 15 patients between the ages of 29 and 49 years old, who found themselves under treatment at the Oncology Service at the Hospital Universitário de Brasília (capital of Brazil). The research was authorized by the ethics committee and the data gathering included the application of: a sociodemographic questionnaire, the Wagnild and Young Resilience Scale (adapted for the Brazilian population) and the Benevides-Pereira Resilience Inventory. The results indicated that none of the patients lived alone, indicating a possible correlation between the presence of family members and the positive self-evaluation estimated in 73.3% of the participants. According to the data obtained by the Resilience scale, only three individuals were identified as "less resilient". On the Resilience Inventory, the patients considered resilient presented, in their vast majority, normal or above average scores, while the less resilient presented average scores. Only the factors "innovation and tenacity" and "assertiveness" presented significant differences between resilient and non-resilient patients. In conclusion, it is necessary to develop more studies about resilience in Oncology with the prime objective of subsidizing institutional programs that assure and increase the quality of life of people who suffer from cancer.*

**Keywords:** Resilience. Cancer. Risk Factor. Protection Factor.

## Introdução

O termo resiliência foi adotado pelas Ciências Sociais e Ciências da Saúde para substituir a expressão "invulnerabilidade" que transmitia a ideia equivocada de imutabilidade e resistência absoluta a todo tipo de estresse ou sofrimento (Yunes, 2003). De fato, Masten e Reed (2002) recordam que, algumas primeiras publicações nomeavam, como invulneráveis, crianças que mantinham seu desenvolvimento, mesmo quando submetidas a fortes riscos. Pondera-se, atualmente, que um indivíduo resiliente não é aquele que não manifesta reação a situações ansiogênicas. Mas sim, a pessoa que é capaz de preservar áreas de sua existência que não foram diretamente afetadas, mantendo capacidade para afeto positivo e alcançando metas ao longo do desenvolvimento (Bonanno, 2004; Garmezy, 1991; Pinheiro, 2004; Rutter, 1987).

Considera-se que resiliência é um construto multidimensional que inclui comportamentos, pensamentos e ações ocorridos ao longo do tempo. Pode ser descrita como um dinâmico processo de resistência e adaptação a contextos adversos, em que participam múltiplos fatores de risco e fatores de proteção, além das características pessoais e ambientais, incluindo-se qualidade e intensidade dos eventos vividos (Lindström, 2001; Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000; Rutter, 1985; Rutter, 1987; Rutter, Barnes, & Smith, 1999; Slap, 2001).

Admite-se, portanto, que fatores de proteção minimizam as consequências deletérias de certas experiências. Eles resultam de forças internas, próprias do sujeito, e de forças externas, tais como redes sociais de apoio, que estabelecem complexas relações funcionais, influenciando-se reciprocamente. Em outras palavras, é a combinação de fatores genéticos, constitucionais, psicológicos, sociais e situacionais que determina se haverá ou não resiliência (Garmezy, 1987).

Ao que parece fatores de risco e fatores de proteção atuam sinergicamente, sendo essencial esclarecer o que realmente constitui adversidade e proteção para cada pessoa (Luthar, 1993). De acordo com Reivich e Shatté (2002), a resiliência depende do modo como os eventos são interpretados, sendo que indivíduos mais resilientes também são aqueles que buscam mais desafios. Vera (2005) corrobora essa perspectiva, pontuando que a resiliência está presente no reconhecimento de que é por meio da superação das dificuldades e dos próprios limites que se busca o desenvolvimento pessoal.

Porém, Pesce et al. (2004) alertam que ter tido muitas experiências negativas não torna o indivíduo mais resistente a futuras experiências ruins. Mas, se ele não tiver sucumbido a essas vivências, maior será a probabilidade de enfrentar dificuldades e sair-se bem frente aos novos desafios.

Bonano (2004) considera que não é possível assegurar previsibilidade quando se trata de resiliência.

O autor defende que mesmo aqueles indivíduos que não apresentam um “histórico saudável” também podem ser resilientes, pois existem várias manifestações diante de situações-problema.

Uma revisão da literatura sobre o tema revela que, inicialmente, os estudos davam ênfase às características e habilidades pessoais. Progressivamente, orientaram-se para a *relação* pessoa e meio, evoluindo do interesse pelas condições individuais para abrangerem perspectivas relacionais, familiares e de redes sociais mais amplas. A exemplo de outros estudos sobre desenvolvimento humano, os trabalhos acerca da resiliência focalizaram inicialmente a infância, em seguida a adolescência e, mais recentemente, a terceira idade (Souza & Cervený, 2006; Yunes, 2003).

Assim, alguns estudos ampliaram o foco para incluir a família, o que, segundo Walsh (1998), teria a vantagem de deslocar o foco das disfunções e fracassos familiares para as potencialidades e capacidades, identificando como contornar condições de risco ou vulnerabilidade. Para o autor, não é adequado isolar a resiliência individual da resiliência familiar, pois inúmeros fatores do ambiente social influenciam o construto e a própria família pode oferecer proteção significativa ao indivíduo (Pesce et al., 2004).

Campbell-Sills, Cohan e Stein (2006) correlacionaram resiliência a estilo de enfrentamento, ao avaliarem estudantes universitários por meio da *Connor-Davidson Resilience Scale* e da *Coping Inventory for Stressful Situations*. Estes autores constataram que o enfrentamento com foco no problema está mais relacionado à resiliência, ao passo que o enfrentamento focado na emoção associa-se à baixa resiliência.

Para Lindström (2001), é importante distinguir resiliência e sobrevivência. Diversas pesquisas foram realizadas com veteranos de guerra, o que explicaria a frequente associação entre os dois conceitos. Contudo, Lindström (2001) pensa que é preciso superar os limites desta vinculação e ampliar a compreensão sobre o fenômeno da resiliência.

Muitas vezes, contrapõe-se resiliência à vulnerabilidade. Destaca-se que vulnerabilidade é a predisposição de um indivíduo apresentar comportamentos não eficazes em alguma situação de risco. Ela pode ser reativa – quando a capacidade de usar mecanismos protetores diminui à medida que o risco aumenta – ou inerente – quando existe desvantagem

no acesso a fatores protetores, ou independe da presença de fortes fatores de risco (Luthar et al., 2000; Pesce et al., 2004). Burak (1999) esclarece que risco representa possibilidade de dano. Em contrapartida, vulnerabilidade corresponde à potencialidade de gerar risco e sofrer dano.

A resiliência já foi confundida com recuperação. Mas, Bonano (2004) circunscreve os conceitos e afirma que a recuperação se refere a uma trajetória na qual ocorre perturbação temporária no funcionamento normal de uma pessoa que gradualmente vai se restabelecendo. Já a resiliência, é a capacidade do indivíduo manter-se relativamente estável ao confrontar-se com riscos, o que não impede de experimentar emoções negativas.

Autoeficácia é outro conceito relacionado à resiliência. De acordo com Barreira e Nakamura (2006), ambos são complementares e estão implicados na manutenção de uma melhor qualidade de vida durante o enfrentamento de situações desfavoráveis.

Interessados em estimar as propriedades psicométricas de instrumentos para medida da resiliência, Ahern, Kiehl, Sole e Byers (2006) analisaram a *Adolescent Resilience Scale*, a *Connor-Davidson Resilience Scale* e a *Resilience Scale for Adults* e concluíram que este último foi mais satisfatório para aplicação em diferentes faixas etárias, incluindo a adolescência.

### Resiliência e saúde

Tendo em vista as premissas conceituais anteriormente abordadas, é indiscutível a relevância da temática para a área da saúde. Ou seja, conhecer melhor os fatores de risco e fatores de proteção implicados tanto em doenças agudas quanto em cronicidades pode subsidiar programas de intervenção e prevenção. Da mesma maneira, elucidar tais fatores na adoção e manutenção de hábitos de vida saudáveis revela-se como prioridade para agendas de pesquisa.

Bianchini e Dell’Aglia (2006) insistem que exames diagnósticos e tratamentos, apesar de proporcionar cura ou controle das doenças, também podem acarretar alterações orgânicas, emocionais e sociais, que exigem constantes cuidados e capacidade adaptativa para lidar com as conseqüências advindas. As autoras focalizam a hospitalização, que costuma induzir mudanças importantes na rotina de uma pessoa, como uma condição adversa que

pode ser vivenciada diferentemente em função da resiliência de cada paciente. Segundo Bianchini e Dell'Aglio (2006), autoestima positiva, autocontrole, autonomia, afetuosidade, relacionamento saudável com a equipe; interesse e conhecimento sobre a própria saúde e adesão ao tratamento são fatores de proteção e devem ser considerados por profissionais de saúde na elaboração de ações facilitadoras de respostas adaptativas.

Especificamente no que se refere à experiência oncológica, é importante aprofundar conhecimentos teóricos e clínicos acerca do impacto, enfrentamento e superação de suas adversidades. Teles (2005) lembra que desenvolver e combater um câncer significa passar por um processo de risco multifatorial, em que vários aspectos da vida são extensamente alterados. Múltiplas perdas são vividas ao longo da doença e de seus tratamentos, as quais impõem reorganizações constantes ao indivíduo. Ao mesmo tempo, receber um diagnóstico de câncer e continuar vivo, mesmo que por pouco tempo, suscita sentimentos de invulnerabilidade frente à morte (Maluf, Mori & Santos, 2005; Rossi & Santos, 2003).

Inúmeros estudos internacionais e nacionais foram desenvolvidos nas últimas décadas em Psico-Oncologia, buscando estimar sintomas psicológicos desencadeados por um câncer e seus tratamentos (Decat & Araujo, 2010). Desde a década de 1940, foi produzida uma significativa literatura a respeito da qualidade de vida visando fomentar mais bem-estar para pacientes oncológicos (Costa Neto & Araujo, 2008). Muitos autores também se voltaram para os recursos adaptativos que caracterizam a experiência de pacientes oncológicos desde a etapa diagnóstica (Aspinwall & MacNamara, 2005; Rossi & Santos, 2003).

É válido resgatar que a temática da sobrevivência em Oncologia vem recebendo bastante atenção dos pesquisadores. Tanto no exterior quanto no Brasil, o assunto continua gerando diversas pesquisas (Araujo & Arrais, 1998; Arrais & Araujo, 1999; Barakat, Alderfer & Kazak, 2006; Dellela & Araujo, 2002; Maurice-Stam, Oort, Last & Grootenhuis, 2008). Cumpre destacar que, em Psico-Oncologia, a etapa da sobrevivência corresponde a um período de alguns anos após o encerramento do tratamento. Tanto na esfera médica, como nas áreas psicossociais, a denominação é largamente empregada e abrange o interesse por:

- a) detectar sequelas decorrentes da enfermidade e das intervenções terapêuticas adotadas;
- b) identificar aqueles sobreviventes que mantiveram sua qualidade de vida e se desenvolveram mesmo sob condições restritivas.

Apesar do temor corrente de que percepções e sentimentos positivos sejam indicadores de dificuldade para tomar decisões, negação da realidade ou alguma psicopatologia grave, uma revisão da literatura feita por Aspinwall e MacNamara (2005) mostrou que aqueles que mantêm sentimentos positivos nas adversidades demonstram maior habilidade para selecionar os problemas que irão enfrentar na experiência oncológica. Neste sentido, chama a atenção, a investigação de Strauss et al. (2007) que revelou correlação negativa entre resiliência e fadiga entre pacientes submetidos à radioterapia. As evidências reunidas, até o momento, reforçam a recomendação de realizar mais investigações sobre a resiliência em Oncologia (Rowland & Becker, 2005).

Para Blum (1997), é possível planejar programas que minimizem fatores de risco e favoreçam a resiliência. Para tanto, é preciso redirecionar o impacto dos riscos e a amplitude das reações. Também é necessário estimular autoestima e autoeficácia, além de oportunizar acesso aos recursos disponíveis no ambiente. O autor idealizou um modelo para promoção da resiliência, denominado *People, Contribution, Activities, Place* (PCAP), no qual prevê: apego entre indivíduos, oportunidades de envolvimento da família e da comunidade, atividades promotoras de vinculação afetiva e social e ambiente físico facilitador.

A literatura ainda não foi capaz de propor um modelo de promoção de resiliência destinado a pacientes com câncer. Contudo, já se reconhece que algumas intervenções estimulam fatores de proteção e melhoram sua qualidade de vida. Assim, Cunningham e Watson (2004) verificaram que participantes de um programa de longa duração de psicoterapia sobreviveram de dois a 12 anos a mais do que o estipulado pelo prognóstico dado para a evolução da doença. Os sobreviventes relataram utilizar estratégias de enfrentamento aprendidas durante o programa: relaxamento, monitoração de pensamentos, utilização de imagens mentais e meditação. De acordo com os autores, a terapia pode diminuir reações de raiva e depressão, diminuindo o estresse, o que acaba por regular os sistemas cardiovascular, imunológico, respiratório, simpático e

nervoso e influenciar o crescimento das células tumorais (Cunningham & Watson, 2004).

No Brasil, a investigação sobre resiliência em saúde ainda é incipiente, mas crescente. Dentre as dificuldades para condução de mais pesquisas, salienta-se a carência de instrumentos de avaliação adaptados e validados para o nosso contexto. Do ponto de vista de Constantine, Bernard e Diaz (1999), é desafiador medir resiliência, pois ela não se reduz a estimativas de risco e abarca processos internos e externos, além de se vincular às peculiaridades do contexto. Atualmente, dispõe-se de dois instrumentos no Brasil: uma escala adaptada por Pesce et al. (2005) e outra, proposta por Benevides-Pereira (2004), que se encontra em fase de aprimoramento.

Em síntese, reconhecendo os interesses científicos e assistenciais envolvidos no estudo da resiliência, em particular no campo da Oncologia, foi realizado um estudo de natureza exploratória com os seguintes objetivos gerais:

- a) avaliar a resiliência entre pacientes oncológicos;
- b) identificar, analisar e compreender fatores de vulnerabilidade e proteção entre esses participantes;
- c) examinar a adequação de medidas de avaliação de resiliência sugeridas pela literatura brasileira.

## Método

### Participantes

Investigou-se uma amostra de 15 pacientes com escolaridade mínima até a quarta série do ensino fundamental e que se encontravam em tratamento quimioterápico há pelo menos uma semana para tipos histológicos de câncer diversos.

### Instrumentos

Foram aplicados:

- Questionário sociodemográfico composto por 14 questões, incluindo-se uma destinada à autoavaliação do estado de saúde (escalada em cinco níveis: mau, insatisfatório, médio, bom e muito bom);
- Escala de Resiliência de Wagnild e Young (1993), adaptada para a população brasileira por Pesce et al. (2005) com 25 questões;

- Inventário de Resiliência de Benevides-Pereira (2004) com 40 questões.

Cabe explicitar que a referida escala avalia o construto de acordo com a média e o desvio padrão das respostas dadas pela população estudada. Ao passo que o inventário fornece os resultados a partir do somatório dos índices de respostas às quais são comparadas ao crivo de correção para as seguintes características: inovação e tenacidade, hiperemotividade, assertividade, empatia, satisfação no trabalho e competência emocional.

### Procedimentos de coleta e análise dos dados

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Obteve-se a concordância de todos os participantes por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta foi realizada na sala de espera do ambulatório e na sala de quimioterapia do serviço de oncologia do Hospital Universitário de Brasília (HUB).

Os pacientes foram convidados a responder aos instrumentos nos dias agendados para sua consulta a fim de evitar qualquer tipo de ônus. Os instrumentos de avaliação da resiliência foram aplicados e corrigidos de acordo com os estudos e orientações dos próprios autores. A análise dos dados foi feita com o auxílio do programa SPSS 13.0 para Windows.

## Resultados e discussão

Dos 15 pacientes que integraram a amostra, apenas um era do sexo masculino. Quanto ao nível de escolaridade, verificou-se que seis pacientes completaram o ensino médio (40%), cinco concluíram o ensino fundamental (33,3%), dois se graduaram no ensino superior (13,3) e os outros dois possuíam o ensino fundamental incompleto (13,3%).

A maior parte relatou ter emprego remunerado (73,3%) e quatro mulheres informaram que eram donas de casa (26,6%). Dez pacientes eram católicas, uma era espírita e outra evangélica. Apenas uma participante relatou não ter crença religiosa.

A maioria era casada ou morava com um(a) companheiro(a), ou seja 13 pacientes (86,7%). Somente uma era solteira e outra paciente era divorciada. Nenhum dos pacientes moravam sozinho

e, de acordo com os dados coletados, havia no mínimo duas pessoas morando na mesma casa. A maioria tinha pelo menos um filho (80%). É possível supor que a constante presença de familiares pode ter contribuído para a autoavaliação boa ou positiva de 73,3% da amostra (ver Tabela 1). Vale destacar que para Floriani (2004), de modo geral o cuidador emerge do núcleo familiar, pois a escolha se dá pela proximidade geográfica e afetiva (sendo que a maioria é constituída por mulheres). Silva e Hortale (2006) também lembram que no intuito de promover a humanização do acompanhamento e limitar os efeitos adversos da internação, muitos programas de saúde, no Brasil, incentivam que os cuidados sejam realizados no próprio domicílio por familiares ou cuidadores informais. Todavia, os autores ressaltam que transferir o cuidado do hospital para a residência não assegura que a humanização esteja prevalecendo. É preciso reconhecer as características e necessidades da díade cuidador-paciente e oferecer suporte emocional, social e informacional (como por exemplo, intervalos da administração de medicamentos), diminuindo os níveis de ansiedade que permeiam esta relação. Especificamente no que se refere ao serviço de oncologia do HUB, a equipe multiprofissional busca fornecer condições para a participação de cuidadores informais propondo uma rotina de acompanhamento que inclui tais diretrizes.

**Tabela 1 - Autoavaliação do estado de saúde**

Autoavaliação de Saúde	Frequência
Mau	0 - 0%
Insatisfatório	0 - 0%
Médio	4 - 26,7%
Bom	5 - 33,3%
Muito Bom	6 - 40%
<b>Total</b>	<b>15 - 100%</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com os resultados obtidos pela Escala de Resiliência de Wagnild e Young (1993), adaptada por Pesce et al. (2005), apenas três indivíduos foram apontados como “menos resilientes”. As pacientes identificadas como “não resilientes” pela Escala de Resiliência tinham ensino fundamental completo, eram casadas e tinham de um a quatro filhos. Duas relataram serem católicas e uma era evangélica. Dessas pacientes, duas relataram fazer

atividade física regular. A partir destas informações, nota-se que apesar de elas apresentarem características semelhantes aos indivíduos analisados como resilientes, outros fatores, que vão além dos socio-demográficos, deverão ser analisados como fatores associados à resiliência em pacientes com câncer.

Visando aprimorar a análise dos dados, cruzaram-se os escores de ambos os instrumentos a fim de distribuir as características apontadas pelo Inventário de Resiliência de Benevides-Pereira (2004) entre os indivíduos mais ou menos resilientes identificados previamente pela Escala de Resiliência.

Assim, na Tabela 2, constatam-se os níveis (abaixo, normal e acima da média) relativos às características avaliadas pelo Inventário de Resiliência para os sujeitos resilientes.

**Tabela 2 - Características identificadas entre os pacientes resilientes**

Características	Abaixo	Normal	Acima
Inovação e Tenacidade	3 (25%)	4 (33,3%)	5 (41,7%)
Hiperemotividade	3 (25%)	4 (33,3%)	5 (41,7%)
Assertividade	2 (16,7%)	3 (25%)	7 (58,3%)
Empatia	5 (41,7%)	5 (41,7%)	2 (16,7%)
Satisfação no trabalho	0	0	12 (100%)
Competência emocional	2 (16,7%)	7 (58,3%)	3 (25%)

Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 3 apresenta os resultados referentes às mesmas características estimadas pelo Inventário entre os pacientes avaliados como menos resilientes pela escala. É importante comentar que apenas três características diferiram significativamente para os indivíduos resilientes e não resilientes, a saber: Inovação e Tenacidade e Assertividade.

Em relação ao fator “Inovação e Tenacidade”, os dados obtidos nesta pesquisa corroboram o estudo realizado por Mota, Benevides-Pereira, Gomes e Araújo (2006), no qual se verificou que os sujeitos menos resilientes apresentaram escores abaixo da média. Vale comentar que a capacidade de inovar e se adaptar, frente a situações estressoras, é esperada para os resilientes, uma vez que estas características podem influenciar positivamente as estratégias de enfrentamento adotadas pelo paciente oncológico em fase de tratamento quimioterápico. Assim, os pacientes considerados resilientes,

também apresentaram, em sua maioria, escores acima da média, ao passo que os menos resilientes revelaram escores dentro da média.

A assertividade normal ou acentuada pode ser compreendida em função da atuação da equipe multiprofissional que incentiva seus pacientes a buscar informações sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico, promovendo o desenvolvimento de habilidades de comunicação e a autonomia dos usuários. Neste sentido, cumpre enfatizar que a equipe de Oncologia do HUB desenvolve ações voltadas não só para o paciente, mas também para os familiares a fim de promover a participação ativa no tratamento e a tomada de decisão conjunta em relação aos cuidados.

**Tabela 3 - Características identificadas entre os pacientes menos resilientes**

Características	Abaixo	Normal	Acima
Inovação e Tenacidade	2 (66,7%)	1 (33,3%)	0
Hiperemotividade	0	2 (66,7%)	1 (33,3%)
Assertividade	0	3 (100%)	0
Empatia	0	2 (66,7%)	1 (33,3%)
Satisfação no trabalho	0	0	3 (100%)
<b>Competência emocional</b>	<b>1 (33,3%)</b>	<b>2 (66,7%)</b>	<b>0</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

De maneira geral, as características do Inventário de Resiliência não se mostraram significativamente diferentes entre pacientes resilientes e não resilientes. Tal evidência converge com a literatura especializada a qual argumenta que fatores de risco e de proteção diferem para cada indivíduo (Lindström, 2001; Luthar et al., 2000; Rutter et al., 1999). Assim, se um indivíduo é mais assertivo ou empático que outro, não significa que será mais resiliente que um sujeito que não apresenta essas características, mas tem capacidade de inovação e maior competência emocional.

## Conclusões

O presente estudo exploratório confirma que são necessárias mais pesquisas sobre a resiliência em

pacientes e sobreviventes de câncer, apesar dos desafios envolvidos na condução destes trabalhos.

No plano conceitual, as dificuldades envolvem a compreensão do caráter processual das relações entre fatores de risco e de proteção, bem como a delimitação com outras noções frequentemente associadas à resiliência.

Do ponto de vista da mensuração, os instrumentos disponíveis devem ser aprimorados. Apesar da existência da escala adaptada por Pesce et al. (2005), é importante realizar trabalhos de validação com amostras recrutadas em serviços de Oncologia. Também é fundamental, prosseguir na construção do inventário proposto por Benevides-Pereira (2004).

Reitera-se a opinião de Constantine et al. (1999) de que um instrumental para avaliação da resiliência deve:

- estar fundamentado em teorias estruturadas por pesquisas;
- caracterizar-se pela menor quantidade de itens admissível;
- estimar parâmetros internos (autonomia e senso de *self*, significado e propósito de vida) e externos (relações sociais, participação social significativa);
- ser apropriado culturalmente e estar ajustado ao estágio de desenvolvimento da pessoa examinada;
- ter alta consistência interna;
- demonstrar estabilidade com o passar do tempo e validade de construto.

Isto porque, em serviços de saúde e, sobretudo em unidades oncológicas, tende-se a encurtar o tempo despendido na espera das consultas e os períodos de internação. Assim sendo, é preciso avaliar o mais breve e precocemente possível indicadores de resiliência entre pacientes e sobreviventes. Deste modo, as ações interventivas e as preventivas, disponibilizadas desde as etapas iniciais da experiência oncológica, propiciarão mais benefícios. Em suma, sugere-se que sejam elaborados programas de promoção da resiliência em saúde.

## Referências

- Ahern, N. R., Kiehl, E. M., Sole, M. L., & Byers, J. (2006). A review of instruments measuring resilience. **Issues in Comprehensive Pediatric Nursing**, 29(2), 103-125.

- Araujo, T. C. C. F., & Arrais, A. R. (1998). A sobrevivência em oncologia: Uma vivência paradoxal. **Psicologia: Ciência e Profissão**, **18**(2), 2-9. Recuperado em 10 abr. 2010, em <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/pcp/v18n2/02.pdf>
- Arrais, A. R., & Araujo, T. C. C. F. (1999). Recidiva versus cura: A vivência paradoxal da sobrevivência ao câncer na infância. **Revista Brasileira de Cancerologia**, **45**(3), 15-22. Recuperado em 2 mar. 2010, em [http://www.inca.gov.br/rbc/\\_n\\_45/v03/artigo2.html](http://www.inca.gov.br/rbc/_n_45/v03/artigo2.html)
- Aspinwall, L. G., & MacNamara, A. (2005). Taking positive changes seriously: Toward a positive psychology of cancer survivorship and resilience. **Cancer**, **104**(11), 2549-2556.
- Barreira, D. D., & Nakamura, A. P. (2006). Resiliência e a autoeficácia percebida: Articulação entre conceitos. **Aletheia**, **23**, 75-80.
- Bianchini, D. C. S., & Dell'Aglio, D. D. (2006). Processos de resiliência no contexto de hospitalização: Um estudo de caso. **Paidéia**, **16**(36), 427-436.
- Barakat, L. P., Alderfer, M. A., & Kazak, A. E. (2006). Posttraumatic growth in adolescent survivors of cancer and their mothers and fathers. **Journal of Pediatric Psychology**, **31**(4), 413-419.
- Benevides-Pereira, A. M. T. (2004). **Inventário de resiliência**. Trabalho não publicado.
- Blum, R. W. (1997). Risco e resiliência. Sumário para desenvolvimento de um programa. **Adolescência Latinoamericana**, **1**(1), 16-19.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? **American Psychologist**, **59**(1), 20-28.
- Burak, S. D. (1999). Protección, riesgo y vulnerabilidad. **Adolescência Latinoamericana**, **1**(4), 222-230.
- Campbell-Sills, L., Cohan, S. L., & Stein, M. B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. **Behaviour Research and Therapy**, **44**(4), 585-599.
- Constantine, N. A., Bernard, B., & Diaz, M. (1999). Measuring protective factors and resilience traits in youth: The healthy kids resilience assessment. **Trabalho apresentado no Seventh Annual Meeting of the Society of Prevention Research**. Recuperado em 20 abr. 2010, em <http://crahd.phio.org/papers/HKRA-99.pdf>
- Costa Neto, S. B., & Araujo, T. C. C. F. (2008). Qualidade de vida do enfermo oncológico: um panorama sobre o campo e suas formas de avaliação. In V. A. Carvalho, M. H. P. Franco, M. J. Kovács, R. P. Liberato, R. C. Macieira, M. T. Veit, et al. (Org.). **Temas em psico-oncologia** (pp. 195-208). São Paulo: Summus.
- Cunningham, A. J., & Watson, K. (2004). How psychological therapy may prolong survival in cancer patients: New evidence and a simple theory. **Integrative Cancer Therapies**, **3**(3), 214-229.
- Decat, C. S., & Araujo, T. C. C. F. (2010). Psico-oncologia: Apontamentos sobre a evolução histórica de um campo interdisciplinar. **Brasília Médica**, **47**(1), 93-99.
- Dellela, L. A., & Araujo, T. C. C. F. (2002). Câncer na infância: Uma investigação sobre a avaliação da desordem de estresse pós-traumático parental e a experiência da sobrevivência. **Psicologia Argumento**, **20**(31), 42-48.
- Garnezy, N. (1987). Stress, competence, and development: Continuities in the study of schizophrenic adults, children vulnerable to psychopathology, and the search for stress-resistant children. **American Journal of Orthopsychiatry**, **57**(2), 159-174.
- Garnezy, N. (1991). Resilience in children's adaptation to negative life events and stress environment. **Pediatric Annals**, **20**(9), 459-466.
- Lindström, B. (2001). The meaning of resilience. **International Journal of Adolescent Medicine and Health**, **13**(1), 7-12.
- Luthar, S. (1993). Annotation: Methodological and conceptual issues in research in childhood resilience. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, **34**(4), 441-453.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines of future work. **Child Development**, **71**(3), 543-562.

- Maluf, M. F. M., Mori, L. J., & Barros, A. C. S. D. (2005). O impacto psicológico do câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, *51*(2), 149-154.
- Masten, A. S., & Reed, M. G. (2002). Resilience in development. In C. R. Snyder & S. J. Lopez, (Org.). **Handbook of positive psychology** (pp. 74-88). London: Oxford University Press.
- Mota, D. C. G. A, Benevides-Pereira, A. M. T., Gomes, M. L., & Araújo, S. M. (2006). Estresse e resiliência em doença de Chagas. **Aletheia**, *24*, 57-68.
- Maurice-Stam, H., Oort, F. J., Last, B. F., & Grootenhuys, M. A. (2008). Emotional functioning of parents of children with cancer: The first years of continuous remission after the end of treatment. **Psycho-Oncology**, *17*(5), 448-459.
- Pinheiro, D. P. N. (2004). A resiliência em discussão. **Psicologia Estudo**, *9*(1), 67-75.
- 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.
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Avanci, J. Q., Santos, N. C., Malaquias, J. V., & Carvalhaes, R. (2005). Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. **Cadernos de Saúde Pública**, *21*(2), 436-448.
- Reivich, K., & Shatte, A. (2002). **The resilience factors: 7 essential skills for overcoming life's inevitable obstacles**. New York: Broadway Books.
- Rossi, L., & Santos, M. A. (2003). Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. **Psicologia Ciência e Profissão**, *23*(4), 32-41.
- Rowland, J. H., & Baker, F. (2005). Introduction: Resilience of cancer survivors across the lifespan. **Cancer**, *104*(11), 2543-2548.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. **British Journal of Psychiatry**, *147*, 598-611.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. **American Journal of Orthopsychiatry**, *57*(3), 316-331.
- Rutter, M., Barnes, G. G., & Smith, G. (1999). Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. **Journal of Family Therapy**, *21*(2), 119-160.
- Silva, R. C. G., & Hortale, V. A. (2006). Cuidados paliativos oncológicos: Elementos para o debate e diretrizes nesta área. **Cadernos de Saúde Pública**, *20*(10), 2055-2066.
- Slap, G. B. (2001). Conceitos atuais, aplicações práticas e resiliência no novo milênio. **Adolescência Latino-americana**, *2*(3), 173-176.
- Souza, M. T. S., & Cervený, C. M. O. (2006). Resiliência psicológica: Revisão de literatura e análise de produção científica. **Revista Interamericana de Psicologia**, *40*(1), 119-126.
- Strauss, B., Brix, C., Fischer, S., Leppert, K., Füller, J., Roehrig, B., et al. (2007). The influence of resilience on fatigue in cancer patients undergoing radiation therapy. **Journal of Cancer Research and Clinical Oncology**. Recuperado em 19 set. 2009, em <http://springerlink.com/content/xg4676546ug85w36/?p=f29207e5d446472cb4c6bb5d4b0ab537&pi=0>
- Teles, S. S. (2005). **Câncer infantil e resiliência: Investigação fenomenológica dos mecanismos de proteção na díade mãe-criança**. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Vera, R. S. (2005). **Resiliência, família e lesão medular: Uma investigação complexa**. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Walsh, F. (1998). **Strengthening family resilience**. New York: Guilford Press.
- Yunes, M. A. M. (2003). Psicologia positiva e resiliência: O foco no indivíduo e na família. **Psicologia em Estudo**, *8*, 75-84.

