

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**RESILIÊNCIA E IMPULSIVIDADE COMO VARIÁVEIS DE
FOCO CLÍNICO: RELAÇÃO COM O STRESSE PERCEBIDO E
IMPACTO NAS ESTRATÉGIAS DE *COPING***

Rita Alexandra Leite do Cabo Pinto da Costa

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-
Comportamental)**

2018

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**RESILIÊNCIA E IMPULSIVIDADE COMO VARIÁVEIS DE
FOCO CLÍNICO: RELAÇÃO COM O STRESSE PERCEBIDO E
IMPACTO NAS ESTRATÉGIAS DE *COPING***

Rita Alexandra Leite do Cabo Pinto da Costa
Dissertação orientada pela Professora Doutora Maria João Afonso

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-
Comportamental)**

2018

Agradecimentos

Agradeço imenso à minha mãe, aos meus avós e ao Eduardo, por acreditarem em mim e me proporcionarem todas as condições necessárias para ser feliz ao longo do meu percurso académico. Por saberem que sou capaz e me lembrarem disso quando sentia que talvez não fosse tão capaz quanto pensava.

Ao Gonçalo, por tudo, especialmente pelo carinho e pelos cafés com gelado que tanto precisei, quando pensava que nada estava a dar certo. Acima de tudo, por me fazer sentir em casa nos seus braços.

À Íris, à Sara, e ao João, não só por serem meus companheiros de curso, mas por serem meus amigos e confidentes. Por me darem motivação para trabalhar, mas também por me mostrarem que não há trabalho sem uns copos de vinho pelo meio. À Maria, por me dar força e ser uma das minhas terapeutas privadas quando a futura aspirante a psicóloga mais precisava. E também por me ajudar a desanuviar com fofocas...

À professora Maria João Afonso, por toda a orientação e apoio, e, especialmente, pela sua crítica construtiva que me ajudou muito a tornar o meu trabalho cada vez melhor.

À Doutora Ana Moreira, por me ajudar na recolha da amostra clínica, e por me ter facultado muita da informação e conhecimento crucial para a escrita desta dissertação.

À Doutora Magda Roberto e à Doutora Rute Pires por me salvarem quando mais precisei nos momentos em que me afundei no mar da análise estatística.

A todos os utentes que, de uma forma voluntária, participaram neste estudo.

Resumo

Com este estudo pretende-se analisar a natureza da relação entre as variáveis Resiliência e Impulsividade, assim como estudar as diferenças entre amostras clínica e da população geral, considerando também as variáveis stresse percebido e estratégias de *coping*. Pretende-se, assim, adquirir uma melhor compreensão da natureza, significado e relevância destas variáveis, na população geral (relevância na saúde mental) e em populações clínicas (relevância na perturbação) tendo em vista ganharem um foco maior em terapia, promovendo a saúde mental da população clínica. Os dados foram recolhidos através da Escala de Resiliência de Connor-Davidson (CD-RISC), da Escala de Impulsividade de Barratt (BIS-11), da Escala de Stresse Percecionado (PSS-10), e da Escala Brief COPE, tendo por base uma amostra de 377 adultos dividida entre amostra clínica, com 84 participantes, e amostra não-clínica, com 293.

Os resultados sugeriram que o stresse percebido e as estratégias de *coping* detêm um valor preditivo sobre a resiliência e a impulsividade, apontando também para níveis inferiores de resiliência e níveis superiores de impulsividade e stresse percebido, na amostra clínica. O modelo de mediação sequencial proposto foi suportado pelos resultados, destacando a importância do desenvolvimento de estratégias de *coping* adequadas ao controlo do stresse, de modo a minimizar a impulsividade dos indivíduos e promover a sua resiliência.

Palavras-chave: Resiliência; Impulsividade; Stresse; Estratégias de *Coping*

Abstract

The present study aimed to explore the nature of the relationship between resilience and impulsivity, as well as to study the differences between participants with and without any mental disorder, considering also the perceived stress and *coping* strategies variables. In achieving a better understanding of the nature, significance and relevance of these variables, in the general population and in the clinical population these variables may become a greater focus on psychotherapy, promoting the mental health of the clinical population. The data was collected through the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), the Barratt Impulsivity Scale (BIS-11), the Perceived Stress Scale (PSS-10), and the Brief COPE Scale, on a sample of 377 adults divided into a clinical sample, with 84 participants, and a non-clinical sample, with 293 participants.

The results suggest that perceived stress and *coping* strategies have a predictive value on resilience and impulsivity, as well as lower levels of resilience and higher levels of perceived impulsivity and stress in the clinical sample. The proposed sequential mediation model, highlighting the importance of developing appropriate coping strategies for stress management, in order to minimize the effects of individuals' impulsivity and promote their resilience, was also supported by these results.

Key-words: Resilience; Impulsivity; Stress; *Coping* Strategies.

Índice

Introdução.....	1
A Resiliência e a Impulsividade	2
A Relação entre Resiliência e Impulsividade	4
Stresse	5
<i>Coping</i> e <i>Locus</i> de Controlo	6
Objetivos e Hipóteses	8
Problema de Investigação	8
Hipóteses.....	9
Metodologia.....	10
Procedimento de Recolha de Dados	10
Caracterização da Amostra	10
Instrumentos	11
Questionário sociodemográfico.....	11
Escala de resiliência de Connor-Davidson (CD-RISC).	11
Escala de impulsividade de Barrat (BIS-11).	12
Brief COPE.	13
Metodologia de Análise de Dados	14
Resultados.....	15
Estudo psicométrico.....	15
Relações entre as variáveis	16
Diferenças Estatísticas	17
Média do nível de resiliência, impulsividade e stresse nas amostras clínica e normativa.....	17
Média das estratégias de <i>coping</i> entre as amostras clínica e não-clínica.	19

Diferenças entre sexos na amostra clínica.....	20
Diferenças entre sexos na amostra não-clínica.	20
Valor Preditivo do Stresse e das Estratégias de <i>Coping</i> na Impulsividade	21
Valor Preditivo do Stresse e das Estratégias de <i>Coping</i> na Resiliência	22
Modelo de Mediação	22
Discussão	23
Conclusão	26
Referências Bibliográficas.....	28
Anexos	33

Índice de Anexos

Anexo A – Consentimento Informado Online

Anexo B – Caracterização sociodemográfica da amostra

Anexo C – Questionário sociodemográfico

Anexo D – Escala de Resiliência de Connor-Davidson

Anexo E – Escala de Impulsividade de Barratt

Anexo F – Brief COPE

Anexo G – Escala de Stresse Percecionado

Introdução

O desenvolvimento da resiliência, da tolerância ou capacidade de crescer com as dificuldades que a vida impõe, é de grande importância, dado constituir um fator protetor da saúde mental. Tal como a resiliência, a impulsividade tem um papel fulcral na saúde mental, dado que, quando elevada, contribui para a génese e manifestação de diversas psicopatologias (perturbação bipolar, de hiperatividade com défice de atenção, da personalidade *borderline*, dependência de álcool e substâncias), assim como ideação suicida, transversal a diferentes perturbações (Dalley e Roiser, 2012).

A resiliência parece ter uma relação bastante significativa com as estratégias de *coping* que cada indivíduo utiliza (Anaut, 2005), uma vez que a heterogeneidade da população, no que diz respeito à resiliência, resulta do culminar de diferenças individuais nas estratégias regulatórias eficazes utilizadas por cada indivíduo (Bonanno e Burton, 2013). O *coping* tem também um papel determinante no desenvolvimento de perturbações psicológicas, muito em especial relacionadas com o stress (Franklin, Saab e Mansuy, 2012), incluindo perturbações de carácter impulsivo. A noção de que a impulsividade pode ter um papel central na patogénese de perturbações neuropsiquiátricas tem-se tornado, aliás, cada vez mais popular na investigação psicológica, no decurso das últimas décadas.

Bergeret (1975) afirma que um indivíduo não é doente porque não tem defesas, mas porque as suas defesas são ineficazes, demasiado rígidas e mal-adaptadas às realidades internas e externas. Deste modo, conhecer e compreender através de que estratégias um indivíduo pode promover a sua resiliência, bem como a capacidade de controlar os seus impulsos, parece constituir um contributo valioso da investigação, dada a sua elevada pertinência clínica, não só para poder promover o uso de mecanismos de *coping* adaptativos, como para atenuar o recurso a mecanismos de *coping* e a respostas não adaptativas, presentes em várias perturbações psiquiátricas.

A Resiliência e a Impulsividade

O stresse, as adversidades e também os diferentes desafios do nosso quotidiano são, por vezes, situações inevitáveis e que podem estar fora do nosso controlo. No entanto, esse controlo pode ser atingido através do modo como se pensa sobre o stresse, causando uma diferença substancial na maneira como se lida com os pequenos e grandes obstáculos do dia-a-dia. Alguns indivíduos sentem-se desamparados face ao stresse e às adversidades, o que faz com que desistam rapidamente de tentar mudar ou melhorar a situação em que se encontram. Outros, têm uma visão mais resiliente: veem a situação stressante ou adversa como um desafio que pode ser ultrapassado, ao procurarem diferentes soluções, opções e perspectivas para o resolver (Pearson e Hall, 2007).

A Associação Americana de Psicologia define a resiliência como a capacidade de o indivíduo se adaptar face a adversidades, traumas, tragédias, ameaças, ou quaisquer outras fontes de stresse (American Psychological Association, 2016). Esta adaptação é necessariamente positiva, e refere-se à capacidade de manter ou recuperar a saúde mental, após uma experiência adversa (Herrman, et al., 2011), ou seja, à capacidade que o indivíduo tem de se manter estável e saudável perante situações exigentes e até mesmo traumáticas, mantendo um funcionamento psicológico e físico funcional (Bonanno, 2004).

É relevante fazer a distinção entre o conceito de resiliência e o conceito de recuperação. Enquanto que a recuperação implica que o indivíduo regresse, gradualmente, à normalidade funcional, a resiliência permite que o indivíduo tenha a capacidade de manter um equilíbrio relativamente estável durante todo o processo (Bonanno, 2004). No entanto, a resiliência não significa um regresso ao estado precedente, mas sim a superação ou adaptação do nível de funcionamento anterior, globalmente normativo, análogo ao nível anterior ao evento traumático (Stein, 2008).

Luthar, Cicchetti e Becker (2000) explicam a resiliência como um processo dinâmico que resulta numa adaptação positiva em contexto de crise, onde estão intrínsecos três componentes essenciais: a noção de adversidade, trauma, risco ou ameaça ao desenvolvimento humano; a adaptação positiva ou superação da adversidade; e o processo dinâmico entre mecanismos emocionais, cognitivos e socioculturais que influenciam o desenvolvimento humano.

Se, por um lado, saber contornar situações stressantes permite que o indivíduo ponha em prática e desenvolva a sua resiliência, por outro, sob estados de excitação ou condições em que há um aumento do stresse, o qual o indivíduo não é capaz de resolver, os comportamentos impulsivos tendem a aumentar (Swann, Pazzaglia, Nicholls, Dougherty e Moeller, 2003).

Os comportamentos impulsivos resultam de uma inibição comportamental deficitária ou uma debilidade no processo de tomada de decisão. A impulsividade refere-se, então, à propensão a reações rápidas e não planeadas, a partir de estímulos externos ou internos, sem que sejam tidas em consideração as consequências negativas que podem decorrer das ações, para a própria pessoa ou para outras. É descrita em termos de tendência para agir sem deliberação adequada ou como predisposição para agir rapidamente, sem planeamento, não tendo em conta as possíveis consequências (Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz e Swann, 2001).

Segundo Swann, Pazzaglia, Nicholls, Dougherty e Moeller (2003), os comportamentos impulsivos tendem a aumentar sob estados de excitação ou condições em que há um aumento do stresse. De acordo com Bellani e colaboradores (2012), a presença de sintomas de ansiedade face a situações stressantes, independentemente de se tratar de uma perturbação co mórbida ou de um sintoma ou estado que se verifica no presente, aumentam a impulsividade em pacientes com perturbações de humor e de personalidade

É proposto que a impulsividade contribui para uma série de psicopatologias, tais como a perturbação bipolar, perturbação da personalidade *borderline*, entre diversas outras referidas acima. A impulsividade está também associada a comportamentos agressivos, automutilação, tentativas de suicídio, violência doméstica (Del Carlo et al., 2012) e comportamentos de alto risco (Black, Serowik e Rosen, 2009). Tendo como exemplo o suicídio, apesar de nem todos os indivíduos terem tendências suicidas, a presença de impulsividade precipita o pensamento suicida, o que reduz a restrição interna e leva a optar por um mecanismo de fuga rápido, face a situações que despoletam stresse (Schaefer, Esposito-Smythers e Riskind, 2012), o que revela a existência de uma relação entre a impulsividade e o stresse.

A Relação entre Resiliência e Impulsividade

Em 2008, Narayanan examinou as possíveis diferenças entre indivíduos mais e menos resilientes no que diz respeito aos seus traços de personalidade, com base na teoria das necessidades de Murray, proposta em 1938. Neste estudo, conclui-se que indivíduos com um maior nível de resiliência apresentam um menor nível de impulsividade, sendo estes resultados corroborados também por Choi e colaboradores (2015), numa investigação com pacientes com perturbação bipolar. Existe uma tendência, nos indivíduos resilientes, para que haja um maior controlo sobre si mesmos, resistindo a agir “no calor do momento”, sem qualquer ponderação e deliberação sobre os seus atos. Neste mesmo estudo, propõe-se também que a resiliência e a impulsividade, assim como outros traços de personalidade, se reforcem mutuamente de maneira cíclica. Por exemplo, ser menos impulsivo permite que haja um total controlo das emoções, ao mesmo tempo que conseguir ver algo positivo nos acontecimentos negativos do dia-a-dia permite dar a relevância necessária a esses mesmos

acontecimentos, sem correr o risco de exagerar na importância que se lhes atribui, influenciando, assim, a resiliência.

Elevados níveis de impulsividade estão relacionados com défices em diferentes domínios do funcionamento cognitivo (Christodoulou, Lewis, Ploubidis e Frangou, 2006; Swann, Lijffijt, Lane, Steinberg e Moeller, 2009). Estes défices cognitivos, provenientes de uma alta impulsividade, podem diminuir a capacidade de os indivíduos saberem lidar com diversas adversidades e stresses diários. Por outro lado, é também possível que níveis baixos de resiliência possam predispor os indivíduos a comportar-se de maneira impulsiva, em resposta ao stress.

Stresse

Em 1936, Hans Selye trouxe do ramo da física o termo “*Stress*” e apresentou-o como sendo uma resposta generalizada à agressão, tendo como objetivo a sobrevivência do ser agredido. Uma agressão ou stressor de qualquer natureza, seja ela física, psicológica, ou outra, induz no organismo stress, provocando uma reação de alarme, o que, por sua vez, permite a mobilização de energia para a sobrevivência. É uma condição que perturba não só o equilíbrio fisiológico, mas também o psicológico, de qualquer indivíduo.

Os processos de avaliação cognitiva podem influenciar o stress e as experiências emocionais (Maslach, 1979; Schachter, e Singer, 1962). A avaliação da ameaça acentua-se quando o sujeito acredita ter recursos insuficientes para responder às exigências externas. Como tal, a avaliação cognitiva constitui uma variável-chave no que diz respeito a situações stressantes. Segundo Lazarus e Folkman (1984), existem três fases de avaliação cognitiva de uma situação: a avaliação primária, em que o indivíduo tenta compreender o significado da ocorrência para si próprio, tenta perceber se esta é benéfica ou prejudicial, elaborando um plano de ação; a avaliação secundária, em que a pessoa procura formas de lidar com a

situação, avaliando os recursos que estão ao seu dispor para evitar consequências deletérias; e a reavaliação, em que o indivíduo faz um balanço das suas possibilidades tendo em conta os seus recursos, podendo entrar em stresse, caso verifique que os seus recursos são insuficientes.

O stresse pode causar não só uma grande ansiedade, mas pode também levar a sentimentos de tristeza ou depressão. As pessoas deprimidas tendem a sentir-se sem esperança em relação ao futuro, apresentam-se passivas, descuidadas, indiferentes e apáticas, apresentam alterações nos hábitos de sono e de alimentação, possuem uma baixa autoestima e frequentemente culpam-se por tudo de mal que lhes acontece (Rosenhan e Seligman, 1995). Outra reação emocional frequente face ao stresse é a irritabilidade ou ira, particularmente quando o indivíduo percebe a situação como ameaçadora ou frustrante. Esta situação pode ser observada na reação irritada e por vezes algo violenta - numa criança, quando se lhe tira o seu brinquedo favorito ou num adulto encurralado no trânsito. A irritabilidade, raiva, ira ou cólera, tem importantes ramificações sociais, podendo, por exemplo, causar comportamentos agressivos e violentos (Sarafino, 1994).

Enquanto que indivíduos mais suscetíveis se adaptam de forma pobre a diferentes stressores, e expressam respostas desadaptativas, que podem tornar-se estados persistentes de stress, indivíduos resilientes conseguem perceber a adversidade como minimamente ameaçadora, e desenvolver respostas fisiológicas e psicológicas mais adaptativas (Del Giudice, Ellis e Shirtcliff, 2011).

Coping e Locus de Controlo

As estratégias de *coping* são essenciais para minimizar o impacto do stresse e determinam o nível de resiliência e suscetibilidade. Estas estratégias são ativadas quando um indivíduo tenta lidar com um novo desafio, é exposto a medos e receios, participa na

resolução de problemas ou quando procura apoio a nível social. As estratégias de *coping* adaptativas envolvem otimismo e uma reavaliação positiva de experiências aversivas, o que pode resultar em resiliência a longo prazo. Em contraste, *coping* não adaptativo envolve negação, o evitamento de conflitos e supressão de emoções, o que providencia apenas resiliência a curto prazo face ao stresse.

Os estilos de *coping* variam entre indivíduos e situações, e influenciam a forma como os sistemas neuroendócrinos e neuroimunológicos são ativados face ao stresse. O *coping* tem também um papel central em determinar o desenvolvimento de perturbações relacionadas com o stresse (Franklin, Saab e Mansuy, 2012). O modelo transacional do *coping* de Lazarus e Folkman (1984) é dos modelos mais difundidos na literatura. Nele, o *coping* é definido como um processo ativo que resulta da avaliação que o indivíduo faz da relação entre si e o ambiente. Esta definição implica que as estratégias de *coping* sejam ações deliberadas, que podem ser aprendidas, usadas e descartadas. As estratégias de *coping* podem ser categorizadas em duas categorias propostas por Lazarus e Folkman (1984): o *coping* focado na emoção, que se baseia na criação de estratégias do sujeito para diminuir ou regular o seu estado emocional, em resposta ao stressor, possibilitando-lhe pensar e atuar de forma eficiente; e o *coping* focado no problema, em que o sujeito age de forma ativa para modificar ou eliminar o agente stressor, reequilibrando a relação indivíduo-meio.

Estudos como os de Carver, Scheier e Weintraub (1989) sugerem que diferentes estilos de *coping* poderão afetar de forma distinta a maneira como os sujeitos reagem aos estímulos stressores. A escolha da estratégia de *coping* a ser usada perante um stressor, em pessoas resilientes e impulsivas, pode relacionar-se também com o *locus* de controlo de cada indivíduo. Segundo Benson e Deeter (1992), indivíduos com um *locus* de controlo interno tendem a ser mais proativos na procura de soluções para os seus problemas, e é provável que procurem de forma mais aprofundada as estratégias de *coping* mais adequadas para a

resolução de uma situação específica, do que indivíduos cujo *locus* de controlo é externo. Segundo Pesce, Assis, Santos e Oliveira (2004), os sujeitos resilientes tendem a utilizar mais estratégias de confronto direto dos problemas e a utilizar menos estratégias de evitamento. Serra (2011) verifica que os indivíduos com fracas estratégias de *coping* tendem a ter um *locus* de controlo externo, evitando o confronto e resolução ativa. Existem também evidências de que indivíduos com *locus* de controlo interno tendem a sofrer menos de perturbações psiquiátricas graves (Lefcourt, 1976), tais como depressão (Abramson, Seligman e Teasdale, 1978) e perturbação de stress pós-traumático (Solomon, Mikulincer e Avitzur, 1988), apresentando também níveis de bem-estar superiores aos de indivíduos com *locus* de controlo externo (Judge, Erez e Bono, 1998).

Objetivos e Hipóteses

Problema de Investigação

Segundo a literatura revista nos parágrafos anteriores, existem numerosas variáveis que poderão conectar-se entre si, talvez até de forma circular. Se a resiliência e a impulsividade podem resultar na maneira como se lida com o stress, as estratégias de *coping* utilizadas para se lidar com este poderão também ditar se o indivíduo é alguém resiliente ou, pelo contrário, mais impulsivo. No entanto, existe pouca literatura que trate estas variáveis como sendo circulares ou, eventualmente, preditoras umas das outras.

Com esta investigação pretende-se, então, compreender a natureza da relação entre as variáveis Resiliência e Impulsividade e como esta relação se traduz em estratégias de *coping*, face ao stress percebido. A relevância desta investigação no contexto clínico decorre do facto de estas variáveis, caso se revelem parte de um todo integrado e com significado clínico, poderem ganhar um foco maior em terapia, de modo a promover a saúde mental da população clínica.

Trata-se de um estudo comparativo entre um grupo clínico e um grupo da população geral (sem diagnóstico psiquiátrico ou neurológico), bem como de uma oportunidade de estudo metrológico dos instrumentos utilizados, tendo em vista a sua avaliação e aperfeiçoamento, como parte do processo de aferição nacional em curso. Este estudo da relação entre variáveis contribui, também, para a validação de constructo das medidas proporcionadas pelos instrumentos em estudo.

Hipóteses

- 1) Quanto maior o nível de resiliência nos indivíduos, mais baixo o seu nível de impulsividade;
 - 1.1.) Os níveis de impulsividade são mais altos na amostra clínica do que na amostra não-clínica;
 - 1.2) Os níveis de resiliência são mais altos na amostra não-clínica do que na amostra clínica;
- 2) Quanto maior o nível de stresse percebido, maior o nível de impulsividade dos indivíduos;
 - 2.1) Quanto menor o nível de stresse percebido, maior a resiliência dos indivíduos;
 - 2.2) O stresse percebido é superior na amostra clínica e inferior na amostra não-clínica;
- 3) As estratégias de *coping* focadas no problema são mais utilizadas na amostra normativa do que na amostra clínica;
- 4) As estratégias de *coping* focadas no problema são utilizadas por indivíduos mais resilientes, e as estratégias de *coping* focadas na emoção por indivíduos mais impulsivos;
- 5) Existem diferenças entre sexos nas amostras clínica e não-clínica nas variáveis resiliência, impulsividade, stresse e estratégias de *coping*;
- 6) O stresse e as estratégias de *coping* utilizadas são variáveis preditoras da resiliência e da impulsividade;

7) Existe uma associação significativa entre as variáveis em estudo, podendo ela ser descrita através de uma mediação sequencial em que o stress e as estratégias de *coping* focadas no problema mediam a associação entre a impulsividade e a resiliência.

Metodologia

Procedimento de Recolha de Dados

A amostra da população geral foi recolhida *online* através da plataforma *Qualtrics*, depois de lido e aceite o consentimento informado (Anexo A), respeitando o critério de conveniência e abrangendo os seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos de idade, ter como língua materna a língua portuguesa, não ter historial de perturbação psicológica. A amostra clínica foi recolhida no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, após ter sido aprovado o projeto de investigação apresentado à Comissão de Ética e Deontologia da instituição (Anexo B), sendo que as aplicações a esta amostra foram feitas presencialmente. Os participantes são acompanhados no serviço de Psiquiatria de Adultos. Tal como na amostra anterior, esta amostra tem como critério de inclusão ter idade igual ou superior a 18 anos e utilizar como língua materna a língua portuguesa.

Caracterização da Amostra

A amostra total constituiu-se com 377 participantes, 97 do sexo masculino (25,7%) e 280 do sexo feminino (74,3%). A idade dos homens variava entre os 18 e os 67 anos ($M=37,09$; $DP=13,94$) e idade das mulheres variava entre os 18 e os 68 anos ($M=38,47$; $DP=11,562$). Em relação ao estado civil, a maioria dos participantes ($n=179$; 47,5%) relatou ser solteiro, e no que toca à escolaridade a maioria dos participantes relatou ser licenciado ($n=166$; 44,0%). Quanto à situação profissional, 74,5% dos participantes relataram estar no ativo ($n=281$).

De entre a amostra total, os participantes que responderam “sim” quando questionados sobre a presença de diagnóstico de doença psiquiátrica, constituíram a amostra clínica (n=84; 22,3%) e os participantes sem diagnóstico psiquiátrico ou neurológico constituíram a amostra não-clínica (n=293; 77,7%). Em relação ao diagnóstico dos participantes da amostra clínica, metade (n=42; 50,0%) têm Perturbação Depressiva. No anexo C encontra-se uma tabela detalhada com a caracterização sociodemográfica das amostras em estudo.

Instrumentos

Questionário sociodemográfico. O questionário sociodemográfico (Anexo D) permitiu a recolha de dados biográficos de todos os participantes, como sexo, idade, nível de escolaridade, profissão, situação conjugal, nacionalidade, ausência ou presença de psicopatologia, internamentos em psiquiatria ou neurologia, medicação atual, consumo de substâncias, tentativas de suicídio, antecedentes familiares e problemas judiciais. Este questionário foi construído de forma a recolher todas as informações que possam vir a ser importantes para a compreensão e análise das diferentes variáveis. No entanto, alguns dos dados biográficos recolhidos não serão utilizados neste estudo, mas sim em estudos posteriores de aferição das escalas CD-RISC e BIS-11.

Escala de resiliência de Connor-Davidson (CD-RISC). Para avaliar a resiliência, utilizou-se a escala de Connor e Davidson (2003), traduzida e adaptada para a população portuguesa por Faria-Anjos, Ribeiro e Ribeiro (2010). A CD-RISC (Anexo E) é uma escala de autorrelato constituída por 25 itens, em as respostas aos itens são selecionadas de acordo com uma escala Likert de cinco pontos, variando de (0) “não verdadeira” a (4) “quase sempre verdadeira”. Os pontos são somados para obter um resultado total que varia entre 0 e 100, sendo que os valores mais elevados revelam maior resiliência (Connor e Davidson, 2003).

A análise fatorial da versão original desta escala, identificou 5 fatores, sendo que o fator 1 se caracteriza pela noção de competência pessoal, normas elevadas e tenacidade, o fator 2 se define pela confiança do próprio nos seus instintos, tolerância ao efeito negativo e efeito reforçador do stress, o fator 3 corresponde à aceitação positiva da mudança e segurança nas relações, o fator 4 se relaciona com o controlo, e o fator 5, com as influências espirituais. Na versão portuguesa, a estrutura fatorial apenas contém 4 fatores (não se define o fator referente ao controlo). A versão final da escala contém níveis de consistência bastante satisfatórios, sendo que o alfa de *Cronbach* da escala total é de 0,89 (Connor e Davidson, 2003). A versão adaptada à população portuguesa apresenta um alfa de *Cronbach* de 0,88.

Escala de impulsividade de Barrat (BIS-11). Construída por Ernest Barratt em 1996, foi traduzida para português por Cruz e Barbosa (2012), com base na versão de português do Brasil de Malloy-Diniz e colaboradores (2010) (Anexo F). Trata-se de uma escala de autorrelato composta por 30 itens que medem a impulsividade. Os itens são classificados segundo uma escala de Likert de 4 pontos, que varia entre “nunca ou quase nunca” (1) e “sempre ou quase sempre (4). A pontuação total da escala varia entre 30 e 120 pontos, com resultados mais elevados a apontarem para a presença de comportamentos impulsivos. Nesta escala, os itens 1, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 20, 29 e 30 são cotados inversamente.

A BIS-11 tem por base o modelo teórico proposto por Ernst Barratt (1959), em que a impulsividade é medida através de três fatores: 1) impulsividade motora, ou seja, agir no impulso do momento, não havendo inibição de respostas incoerentes tendo em conta o contexto; 2) impulsividade atencional, ou seja, não se focar na tarefa que se tem em mãos; e 3) impulsividade por não planeamento, ou seja, não planear nem pensar cuidadosamente antes de agir (Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz e Swann, 2001).

Em relação às qualidades psicométricas da BIS-11 (Patton, Stanford e Barratt, 1995), os autores consideram que a mesma tem níveis aceitáveis de consistência interna, avaliados pelo alfa de *Cronbach*, com coeficientes relativos ao total da escala entre 0,79 e 0,83, obtidos com diferentes amostras (toxicodependentes, pacientes psiquiátricos, estudantes universitários e reclusos).

Brief COPE. Adaptado para Portugal por Pais-Ribeiro & Rodrigues (2004), o Brief COPE (Anexo G) é um inventário abreviado da “Cope Inventory” (Carver, Scheier e Weintraub, 1989), e foi utilizado para avaliar as estratégias de *coping*. O Brief COPE é constituído por 28 itens que se agrupam em 14 dimensões, sendo elas: *coping* ativo, planear, utilizar suporte instrumental, utilizar suporte social emocional, religião, reinterpretação positiva, autculpabilização, aceitação, expressão de sentimentos, negação, auto-distração, desinvestimento comportamental, uso de substâncias e humor (Carver, 1997). A escala de Likert para resposta, neste instrumento, varia de 0 (“nunca faço isto”) a 3 (“faço sempre isto”). As 14 subescalas, cada uma com dois itens, são cotadas separadamente, não havendo pontuação da escala total.

As escalas do Brief COPE podem ser divididas em dois estilos de *coping*, sendo estes o *coping* focado no problema (constituído pelas escalas religião, aceitação, planear, reinterpretação positiva, *coping* ativo, utilização de suporte instrumental, utilização de suporte emocional e humor) e o *coping* focado na emoção (constituído pelas escalas auto-distração, negação, expressão de sentimentos, desinvestimento comportamental, auto culpabilização e uso de substâncias). As pontuações nestas duas escalas são obtidas através da soma das escalas associadas a cada uma. Esta divisão em duas estratégias de *coping* mais abrangentes foi utilizada, uma vez que os alfas de ambas as escalas se mostraram bastante confiáveis (α da escala *coping* focado no problema = 0,85; α da escala *coping* focada na emoção = 0,62), uma vez que abrangiam um maior número de itens, ao contrário das

subescalas propostas pelo autor, com apenas dois itens cada, e também porque esta divisão se mostra mais congruente com os tipos de *locus* de controlo (interno e externo), referidos acima, no tópico “*Coping* e Locus de Controlo”.

Escala de stresse percecionado (Perceived stress scale – PSS). Desenvolvida por Cohen, Tamarck e Mermelstein em 1983, foi traduzida, preparada e adaptada para versão portuguesa por Trigo, Canudo, Branco e Silva (2010) (Anexo H). Esta escala apresenta três versões, uma com 14 itens, uma abreviada com 10 e outra com quatro itens; a escala utilizada neste estudo será a versão de 10 itens. As questões são dirigidas às emoções e sentimentos vivenciados no último mês, sendo respondidas numa escala de Likert de cinco pontos, variando entre “Nunca” (0) e “Muito frequentemente” (4). Para calcular a pontuação final é necessário inverter a cotação das respostas aos itens 4,5,7 e 8. Pontuações mais altas refletem maiores níveis de stresse. A versão original da PSS-10 apresenta um alfa de *Cronbach* de 0,78 (Cohen e Williamson, 1988). Nos estudos com a população portuguesa, com amostras da população geral ou com condições de doença física e perturbação ansiosa, obtiveram-se indicadores bastante positivos. O alfa de *Cronbach*, nos estudos com população portuguesa, foi de 0,87 (Trigo, Canudo, Branco e Silva, 2010).

Metodologia de Análise de Dados

Os dados foram analisados através do programa IBM SPSS Statistics, versão 24. Primeiramente, foi analisada a consistência interna e a normalidade da distribuição dos resultados dos instrumentos. Quanto à normalidade das distribuições, analisada através do Teste de *Kolmogorov-Smirnov*, os resultados demonstraram ser não significativos ($p > .05$), sugerindo uma distribuição normal em todos os instrumentos analisados. Para analisar a consistência interna, determinou-se o alfa de *Cronbach* para as escalas CD-RISC, BIS-11 E PSS-10 e para cada subescala da escala Brief COPE. Para além disso, foi feita uma análise descritiva das escalas em estudo. Para averiguar as relações entre as variáveis em estudo e

analisar a força e a direção da relação entre elas, tal como se prevê nas hipóteses colocadas anteriormente, recorreu-se ao coeficiente de *Pearson*. Para estudar diferenças entre grupos (sexo e doença psiquiátrica), recorreu-se a uma análise multivariada da variância (MANOVA). Foi também realizada uma análise de mediação sequencial utilizando a macro PROCESS para SPSS.

Resultados

Estudo psicométrico

A análise descritiva (mínimo, máximo, média, desvio-padrão e consistência interna) das várias escalas encontra-se apresentada na tabela 1.

Tabela 1

Estatística Descritiva e Alfas de Cronbach das escalas CD-RISC, BIS-11 e PSS-10

	N	Min	Max	Me	M	DP	α
CD-RISC	377	0	99	66	64,24	15,2	,92
BIS-11	377	41	106	60	61,47	9,45	,80
PSS-10	377	2	40	18	18,69	6,83	,88

Legenda: Min=mínimo; Max=máximo; Me=mediana; M=média; DP=desvio-padrão; α =alfa de Cronbach

Em relação à escala CD-RISC, vemos que a média do nível de resiliência da amostra em estudo está abaixo do valor médio das normas portuguesas (M=73,4), sendo que existe uma grande variabilidade nas pontuações dos indivíduos (DP=15,2). Relativamente aos resultados obtidos na BIS-11, a média obtida pelos participantes é de 61,47, sendo que este valor se encontra próximo do valor médio das normas portuguesas (M=56,7). Na PSS-10, a média obtida pela amostra (M=18,69) demonstra-se ligeiramente superior à média obtida por Ribeiro e Marques (2009) (M=15,48).

Tabela 2

Estatística Descritiva das escalas e subescalas do Brief COPE

	N	Min	Máx	Me	M	DP	α
Escalas							
Coping focado no problema	377	0	23	12	12,16	3,83	,85
Coping focado na emoção	377	0	12	5,50	5,77	2,06	,62
Subescalas							
<i>Coping</i> Ativo	377	0	3	2	1,85	0,68	,74
Planear	377	0	3	2	1,97	0,66	,62
Utilização Sup. Instrumental	377	0	3	1,50	1,41	0,81	,76
Utilização Sup. Emocional	377	0	3	1,50	1,58	0,85	,83
Religião	377	0	3	0,50	0,89	0,98	,91
Reinterpretação positiva	377	0	3	1,50	1,66	0,78	,76
Auto-culpabilização	377	0	3	1,50	1,43	0,75	,62
Aceitação	377	0	3	1,50	1,58	0,66	,58
Expressão de sentimentos	377	0	3	1,50	1,55	0,81	,80
Auto distração	377	0	3	1,50	1,48	0,72	,61
Negação	377	0	3	0,50	0,62	0,65	,61
Desinvestimento comportamental	377	0	3	0,00	0,48	0,59	,73
Uso de substâncias	377	0	3	0,00	0,21	0,52	,87
Humor	377	0	3	1,00	1,22	0,82	,86

Legenda: Min=mínimo; Max=máximo; Me=mediana; M=média; DP=desvio-padrão; α =alfa de Cronbach

Os resultados obtidos nas 14 escalas do Brief COPE demonstram uma grande diversidade, sendo que as estratégias de *coping* com médias mais elevadas são o planear (M=1,97), o *coping* ativo (M=1,85) e a reinterpretação positiva (M=1,66). Em relação às médias mais baixas, encontramos o uso de substâncias (M=0,21), o desinvestimento comportamental (M=0,48) e a negação (M=0,62).

Relações entre as variáveis

Através do cálculo de coeficientes de *Pearson* (Tabela 3), foi possível verificar, na amostra total, uma correlação negativa significativa entre a resiliência e a impulsividade e

também entre a resiliência e o *coping* focado na emoção. Verificou-se também uma correlação negativa de moderada intensidade entre a resiliência e o stresse. No que diz respeito a relações positivas, encontrou-se uma relação positiva de moderada intensidade entre a resiliência e o *coping* focado no problema e também entre o stresse e a impulsividade. Verificou-se também uma relação positiva de moderada intensidade entre o *coping* focado na emoção e as variáveis stresse e impulsividade. Em relação ao *coping* focado no problema, encontrou-se uma correlação negativa de baixa intensidade entre esta variável e as variáveis stresse e impulsividade.

A baixa correlação entre o *coping* focado no problema e o *coping* focado na emoção ($\rho = .001$) vem a confirmar a decisão de agrupar os itens da escala Brief COPE em duas escalas, utilizando-as como referência no estudo, ao invés das 14 subescalas.

Tabela 3

Correlações entre resiliência, stresse, impulsividade, coping focado no problema e coping focado nas emoções (N=377)

	1	2	3	4	5
1. Resiliência	-	-.530**	-.393**	.660**	-.269**
2. Stresse		-	.438**	-.353**	.487**
3. Impulsividade			-	-.263**	.401**
4. <i>Coping</i> focado no problema				-	.001
5. <i>Coping</i> focado na emoção					-

** $p < 0,01$

Diferenças Estatísticas

Média do nível de resiliência, impulsividade e stresse nas amostras clínica e não-clínica. De modo a perceber se existem diferenças nos resultados da escala da resiliência, da impulsividade e do stresse entre a amostra clínica e a amostra normativa, realizou-se uma análise multivariada da variância (MANOVA) (ao invés de uma multiplicidade de

comparações univariadas separadas), atendendo às correlações significativas encontradas entre todas estas variáveis (Tabela 3).

Foi detetada uma diferença estatisticamente muito significativa entre as duas amostras, para as três variáveis em questão ($F [3, 373] = 30,1, p < .001$), sendo que o Lambda de Wilks apresenta um valor de 0,81 ($\eta^2 = .20$).

Verificou-se que existe uma diferença muito significativa entre as médias obtidas na amostra clínica ($M=52,7; DP=17,01$) e não clínica ($M=67,5; DP=12,88$) na escala da resiliência, sendo que a amostra clínica apresenta níveis de resiliência mais baixos do que a amostra não-clínica (Tabela 4).

Tabela 4

Comparação entre os grupos relativamente à escala de resiliência

	N	M	DP	F	p
Amostra Clínica	84	52,7	17,01	74,15	.000
Amostra Não-clínica	293	67,5	12,88		

Nota: M = média; DP = desvio-padrão

Apurou-se, também uma diferença significativa entre os dois grupos no que diz respeito à impulsividade ($F [1,375] = 33.71, p < .001$) sendo que a amostra clínica apresenta níveis de impulsividade superiores aos da amostra não-clínica (Tabela 5).

Tabela 5

Comparação entre os grupos relativamente à escala de impulsividade

	N	M	DP	F	p
Amostra Clínica	84	66,5	10,76	33,71	.000
Amostra Não-clínica	293	60,02	8,52		

Nota: M = média; DP = desvio-padrão

Verificou-se a existência de uma diferença significativa entre as médias das duas amostras ($F [1,375] = 46,92, p < .001$) em relação à variável stress, sendo que a amostra clínica tem um nível de stress percebido superior ao da amostra não-clínica (Tabela 6).

Tabela 6

Comparação entre os grupos relativamente à escala de stress percebido

	N	M	DP	F	p
Amostra Clínica	84	22,94	6,94	46,92	.000
Amostra Não-clínica	293	17,48	6,30		

Nota: M = média; DP = desvio-padrão

Média das estratégias de coping entre as amostras clínica e não-clínica. Utilizou-se o teste t de *Student* para verificar a existência de uma diferença significativa nos resultados obtidos nas estratégias de *coping* focadas no problema ($t [375] = -4,76 p < .001$) e nos resultados obtidos nas estratégias de coping focadas na emoção ($t [375] = 3,94, p < .001$) entre ambas as amostras. De notar que neste caso se optou por duas comparações univariadas (t de *Student*), e não uma comparação multivariada (MANOVA), atendendo a que a correlação entre estas duas variáveis revelou serem independentes entre si (Tabela 3). Verificou-se que as estratégias de *coping* focadas no problema são mais utilizadas pela amostra não-clínica e as estratégias de *coping* focadas na emoção são mais utilizadas pela amostra clínica (Tabela 7).

Tabela 7

Comparação entre os grupos relativamente as estratégias de coping

	N	Coping Problema				Coping Emoção			
		M	DP	t	p	M	DP	t	p
Amostra Clínica	84	10,45	4,18	-4,76	,000	6,54	2,10	3,94	,000
Amostra Não-clínica	293	12,65	3,59			5,55	2,00		

Nota: M = média; DP = desvio-padrão

Diferenças entre sexos na amostra clínica. Não se verificaram diferenças significativas ($p > .05$) entre os sexos nas variáveis stresse, resiliência, impulsividade, *coping* focado no problema e *coping* focado na emoção entre os participantes do sexo feminino e o sexo masculino da amostra clínica ($F [5,78]=1,75$, $p > 0.05$; Lambda de Wilks=.899, $\eta^2=.101$) (Tabela 8).

Tabela 8

Diferença entre sexos na amostra clínica

	Sexo Masculino		Sexo Feminino		<i>F</i>	<i>p</i>
	(n=18)		(n=66)			
	M	DP	M	DP		
Stresse	20,17	6,32	23,70	6,95	3,78	,06
Resiliência	50,72	15,60	53,27	17,44	,32	,58
Impulsividade	65,06	15,11	66,94	9,35	,43	,51
<i>Coping</i> focado no Problema	10,86	3,63	10,34	4,33	,22	,64
<i>Coping</i> focado na Emoção	6,78	2,38	6,47	2,06	,32	,58

Diferenças entre sexos na amostra não-clínica. Verificaram-se diferenças significativas entre sexos na amostra não-clínica no que toca às variáveis em estudo ($F [5,287] = 7,92$, $p < .001$; Lambda de Wilks=.879, $\eta^2=.121$)

no que diz respeito ao stresse ($F [1,291] = 12,80$, $p < .001$) e ao *coping* focado no problema ($F [1,291] = 13,35$, $p < .001$) entre os participantes do sexo feminino e o sexo masculino da amostra não-clínica. Os participantes do sexo feminino apresentam, então, um maior nível de stresse e uma maior utilização de estratégias de *coping* focadas no problema e na emoção do que os participantes do sexo masculino (Tabela 9).

Tabela 9

Diferença entre sexos na amostra não-clínica

	Sexo Masculino (n=79)		Sexo Feminino (n=214)		F	p
	M	DP	M	DP		
Stresse	15,35	5,97	18,26	6,25	12,80	,000***
Resiliência	66,30	14,54	68,00	12,22	1,00	,318
Impulsividade	60,16	8,86	59,97	8,42	0,03	,861
<i>Coping</i> focado no Problema	11,41	3,88	13,10	3,37	13,35	,000***
<i>Coping</i> focado na Emoção	5,06	2,08	5,73	1,96	6,51	,011

***p<.001

Valor Preditivo do Stresse e das Estratégias de Coping na Impulsividade

Para aceder ao valor preditivo do stresse e das estratégias de *coping* (focada no problema e focada na emoção) na impulsividade, foi utilizada uma regressão linear múltipla. Verificou-se uma influência significativa destas variáveis na predição da impulsividade, sendo que este modelo explica cerca de 27% ($R^2=.27$, $F [3,373] = 44,90$, $p<.001$) da variância da impulsividade. Verificou-se que todas as variáveis contribuem significativamente para a impulsividade, no entanto é o *coping* focado na emoção o que mais fortemente contribui para a explicação da mesma (Tabela 10).

Tabela 10

Resumo de regressão para variáveis predictoras da impulsividade

	B	SE B	α
Stresse	,323	,077	,233
<i>Coping</i> focado no problema	-,447	,120	-,181*
<i>Coping</i> focado na emoção	1,323	,239	,288*

*p<0,001

Valor Preditivo do Stresse e das Estratégias de Coping na Resiliência

Realizou-se, igualmente, uma regressão linear múltipla de modo a perceber se o stresse percebido e as estratégias de *coping* utilizadas têm algum valor preditivo no que toca à resiliência. Verificou-se uma influência significativa destas variáveis na resiliência, sendo que este modelo explica cerca de 55% ($R^2 = .55$, $F [3,373] = 152,67$, $p < .001$) da variância da resiliência. Verificou-se, mais uma vez, que todas as variáveis contribuem significativamente para a resiliência, no entanto é o *coping* focado no problema o que mais fortemente contribui para a explicação da mesma (Tabela 11).

Tabela 11

Resumo de regressão para variáveis predictoras da resiliência

	B	SE B	β
Stresse	-,579	,097	-,260 *
<i>Coping</i> focado no problema	2,251	,150	,568*
<i>Coping</i> focado na emoção	-1,054	,300	-,143**

* $p < 0,001$; ** $p < 0,05$

Modelo de Mediação

Foi por fim testado o modelo 6 de mediação sequencial, através da metodologia de Hayes, sendo que as variáveis selecionadas foram o *coping* focado no problema, a resiliência, o stresse e a impulsividade.

Verificou-se que a impulsividade está indiretamente associada à resiliência, através do seu efeito no stresse ($B = -.20$, $EP = .06$, 95% IC $[-.28, -.14]$) e no *coping* focado no problema ($B = -.11$, $EP = .05$, 95% IC $[-.21, -.02]$). Como tal, a impulsividade apresenta uma associação positiva ao stress que, por sua vez, apresenta uma associação negativa à resiliência. Além disso, a impulsividade apresenta uma associação negativa ao *coping* focado no problema, que aponta para uma associação positiva com a resiliência (Figura 1).

Constatou-se, também, que a associação entre a impulsividade e a resiliência é mediada sequencialmente pelo stress e pelo *coping* focado no problema ($B = -.11$, $SE = 0.03$, $p < .001$, 95% IC $[-.16, -.06]$). Este modelo explica 20% da variância do resultado ($F(1,375) = 88.8$, $p < .001$). Deste modo, foi possível observar que, a impulsividade se associa de forma positiva com o stress, que, por sua vez, se associa de forma negativa com o *coping* focado no problema. Além disso, o *coping* focado no problema apresenta uma relação positiva com a resiliência (Figura 1).

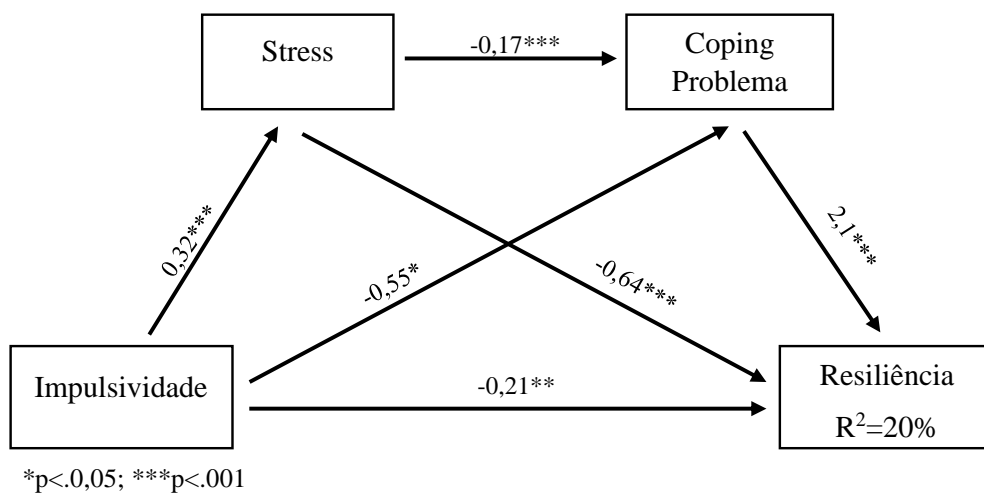


Figura 1 - Diagrama do modelo de mediação proposto

Discussão

Relativamente ao primeiro objetivo desta investigação, que se prendia com o estudo psicométrico dos instrumentos utilizados, os dados revelam que as escalas CD-RISC e BIS-11 demonstram ter alfas de *Cronbach* bastante elevados, indicando um elevado grau de precisão das escalas. Já em termos dos valores médios de resiliência e impulsividade, os resultados foram um pouco superiores aos encontrados pelos autores na versão original, uma vez que o estudo envolveu não só a amostra não-clínica, mas também a amostra clínica, sendo que esta amostra apresenta resultados superiores na escala BIS1-11 e inferiores na escala CD-RISC.

O segundo objetivo desta investigação visava comparar resultados entre amostras nas diferentes variáveis e explorar as relações entre as variáveis em causa nesta investigação, relações essas que dizem respeito às hipóteses formuladas. Relativamente às diferenças na impulsividade e na resiliência entre a amostra clínica e não clínica, estas apresentaram-se como significativas, sendo que a amostra clínica apresenta níveis de impulsividade superiores e níveis de resiliência inferiores aos da amostra não-clínica, indo ao encontro dos resultados encontrados por Narayanan (2008) e Choi e colaboradores (2015).

Em relação ao stresse, verificou-se que, quanto maior o nível de stresse percebido, maior o nível de impulsividade dos indivíduos, e que, quanto menor o nível de stresse percebido, maior a resiliência do indivíduo, indo ao encontro dos dados da literatura onde indivíduos mais resilientes demonstram lidar melhor com o stresse do que indivíduos impulsivos (Del Giudice, Ellis e Shirtcliff, 2011). Além disso, apurou-se que o stresse percebido é superior na amostra clínica e inferior na amostra não-clínica.

Comprovou-se, também, que as estratégias de *coping* focadas no problema são mais utilizadas na amostra normativa do que na amostra clínica, sendo que estas estratégias de *coping* estão mais relacionadas com o *locus* de controlo interno, indo ao encontro do que é descrito por Lefcourt (1976). Também em relação às estratégias de *coping*, verificou-se que estratégias de *coping* focadas no problema são utilizadas por indivíduos mais resilientes, e as estratégias de *coping* focadas na emoção por indivíduos mais impulsivos, indo ao encontro dos dados encontrados na literatura, obtidos por Pesce, Assis, Santos e Oliveira (2004).

Em relação a uma das hipóteses de carácter exploratório (5), verificou-se que existem diferenças significativas entre o sexo feminino e o sexo masculino na amostra não-clínica nas variáveis stresse e estratégias de *coping* focadas no problema, não tendo sido encontradas diferenças significativas entre sexos na amostra clínica. Quanto à sexta hipótese, também ela de carácter exploratório, verificou-se que o stresse e as estratégias de *coping* utilizadas são

preditores dos resultados obtidos na resiliência, não se tendo considerado significativo o modelo proposto para a impulsividade com as mesmas variáveis preditoras.

Os modelos de mediação simples, fornecem suporte ao papel do stresse como variável mediadora na relação entre a impulsividade e a resiliência, sendo que um resultado superior na impulsividade remete para um maior stresse percebido e, conseqüentemente, um menor nível de resiliência. Estes resultados são consistentes com a literatura que demonstra que a impulsividade tem uma relação positiva com o stresse (Swann, Pazzaglia, Nicholls, Dougherty e Moeller, 2003) e que indivíduos mais resilientes agem de modo a minimizar o stresse (Pearson e Hall, 2007)

O uso de estratégias de *coping* focadas no problema mostrou ser também uma variável mediadora da associação entre a impulsividade e a resiliência. O aumento da impulsividade demonstrou estar associado a uma diminuição das estratégias de *coping* focadas no problema, que, por sua vez, está associada a uma diminuição da resiliência. Este resultado vai ao encontro do estudo de Pesce, Assis, Santos e Oliveira (2004), que refere que pessoas impulsivas tendem a usar estratégias de *coping* mais evitativas e menos estratégias de confronto direto, como as estratégias de *coping* focadas no problema, ao contrário de indivíduos resilientes.

Por fim, foram encontrados resultados que corroboram o modelo de mediação sequencial proposto, sugerindo que o stresse e as estratégias de *coping* focadas no problema têm um papel significativo na relação entre a impulsividade e a resiliência: o aumento da impulsividade está associado a um maior nível de stresse, que, por sua vez, está associado a uma diminuição da utilização de estratégias de *coping* focadas no problema, levando a uma diminuição da resiliência do indivíduo.

As variáveis em análise, descritas no parágrafo anterior, explicam, então 20% da variabilidade da resiliência ($R^2=.20$). Como descrito nos parágrafos anteriores, a literatura

tem apresentado relações entre as variáveis presentes no modelo, logo, apesar de o modelo explicar apenas uma pequena percentagem, existe um conhecimento cumulativo do papel destas variáveis na explicação da impulsividade. Dada esta percentagem, não é possível realizar previsões, no entanto, continua a ser considerado um modelo explicativo, uma vez que a variável impulsividade explica alguma percentagem da variável resiliência e isso deve ser tido em consideração. Talvez fosse possível reforçar a capacidade explicativa do modelo com a inclusão de outras variáveis, ou com o reforço da amostra clínica.

Conclusão

De maneira geral, os resultados obtidos vão ao encontro do que pode ser encontrado na literatura acerca de cada uma das variáveis em estudo. No entanto, considera-se que este estudo contribuiu, de alguma forma, para o enriquecimento do conhecimento acerca da maneira como as variáveis sob estudo se relacionam entre si. Os resultados podem fornecer contributos para a prática clínica, no sentido de o terapeuta poder trabalhar com pacientes com perturbações mentais especialmente ligadas a atos impulsivos, aumentando a sua resiliência através da identificação de lacunas ao nível das estratégias de *coping* utilizadas e da diminuição do stress percebido. Este estudo demonstrou, então, como a resiliência e a impulsividade podem relacionar-se entre si, algo muito pouco estudado e aprofundado na literatura.

Uma limitação evidente deste estudo remete para o número de participantes da amostra clínica (N=84), sendo que este número, em comparação com o número de participantes da amostra não-clínica (N=293), poderá ser escasso para serem extraídas conclusões mais sólidas a partir da comparação entre amostras.

Outra desvantagem deste estudo, que se relaciona com a primeira limitação, refere-se ao processo de amostragem escolhido, uma vez que a amostra clínica foi recolhida

presencialmente, o que demorou e dificultou o processo de resposta às questões, tendo em conta que, muitos dos pacientes sofrem de doença mental grave como esquizofrenia e perturbação *borderline*, sendo difícil para estes querer responder a um questionário extenso e para o qual não entendem o propósito.

Também relacionada com esta limitação, outra desvantagem deste estudo consistiu no facto de não poder ter sido feita uma comparação das variáveis em estudo entre diferentes patologias dentro da amostra clínica, uma vez que o número de participantes para cada perturbação clínica era muito discrepante.

Em futuras investigações será interessante elaborar modelos diferentes com as variáveis em estudo (por exemplo, invertendo a sequência do modelo proposto), e também adicionar variáveis pertinentes que poderão ser mediadoras da relação entre a resiliência e a impulsividade. Além disso, e tendo em conta as limitações deste tudo, será interessante perceber quais as diferenças nas variáveis estudadas entre indivíduos com diferentes perturbações.

Referências Bibliográficas

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). *Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. Journal of abnormal psychology, 87*(1), 49-74. doi: 10.1037/0021-843X.87.1.49
- American Psychological Association. (2016). Guidelines for the undergraduate psychology major: Version 2.0. *The American psychologist, 71*(2), 102. Doi: 10.1037/a0037562
- Anaut, M. (2005). *A Resiliência – Ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi Editores
- Barratt, E. S. (1959). Anxiety and impulsiveness related to psychomotor efficiency. *Perceptual and motor skills, 9*(3), 191-198. doi:10.2466/pms.1959.9.3.191
- Bellani, M., Hatch, J. P., Nicoletti, M. A., Ertola, A. E., Zunta-Soares, G., Swann, A. C., ... & Soares, J. C. (2012). Does anxiety increase impulsivity in patients with bipolar disorder or major depressive disorder?. *Journal of psychiatric research, 46*(5), 616-621. doi: 10.1016/j.jpsychires.2012.01.016
- Benson, L. T., & Deeter, T. E. (1992). Moderators of the relation between stress and depression in adolescents. *The School Counselor, 39*(3), 189-194.
- Bergeret, J. (1975). *La dépression et les états-limites: points de vue théorique, clinique et thérapeutique* (Vol. 79). Payot.
- Black, R. A., Serowik, K. L., & Rosen, M. I. (2009). Associations between impulsivity and high risk sexual behaviors in dually diagnosed outpatients. *The American journal of drug and alcohol abuse, 35*(5), 325-328. doi: 10.1080/00952990903075034
- 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. doi: 10.1037/0003-066X.59.1.20

- Bonanno, G. A., & Burton, C. L. (2013). Regulatory flexibility: An individual differences perspective on coping and emotion regulation. *Perspectives on Psychological Science*, 8(6), 591-612. doi: 10.1177/1745691613504116
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, 56(2), 267.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief cope. *International journal of behavioral medicine*, 4(1), 92. doi: 10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Christodoulou, T., Lewis, M., Ploubidis, G. B., & Frangou, S. (2006). The relationship of impulsivity to response inhibition and decision-making in remitted patients with bipolar disorder. *European Psychiatry*, 21(4), 270-273. doi: 10.1016/j.eurpsy.2006.04.006
- Choi, J. W., Cha, B., Jang, J., Park, C. S., Kim, B. J., Lee, C. S., & Lee, S. J. (2015). Resilience and impulsivity in euthymic patients with bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 170, 172-177. doi: 10.1016/j.jad.2014.08.056
- Cohen, S., Tamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385 – 396.
- Cohen, S., & Williamson, G. (1988). M. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. *The social psychology of health*, 31-67.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82. doi: 10.1002/da.10113
- Cruz, A., & Barbosa, F. (2012). BIS: Escala de Impulsividade de Barratt. Unpublished instrument. Retrieved from [http://www. impulsivity. org/measurement/BIS-11%20PT_Euro. pdf](http://www.impulsivity.org/measurement/BIS-11%20PT_Euro.pdf).

- Dalley, J. W., & Roiser, J. P. (2012). Dopamine, serotonin and impulsivity. *Neuroscience*, 215, 42-58. doi: 10.1016/j.neuroscience.2012.03.065
- Del Carlo, A., Benvenuti, M., Fornaro, M., Toni, C., Rizzato, S., Swann, A. C., ... & Perugi, G. (2012). Different measures of impulsivity in patients with anxiety disorders: a case control study. *Psychiatry research*, 197(3), 231-236. doi: 10.1016/j.psychres.2011.09.020
- Del Giudice, M., Ellis, B. J., & Shirtcliff, E. A. (2011). The adaptive calibration model of stress responsivity. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(7), 1562-1592. doi: 10.1016/j.neubiorev.2010.11.007
- Faria-Anjos, J., Ribeiro, M. T., & Ribeiro, M. (2010). Factor analysis and psychometric evaluation of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) in a Portuguese population. (não publicado)
- Franklin, T. B., Saab, B. J., & Mansuy, I. M. (2012). Neural mechanisms of stress resilience and vulnerability. *Neuron*, 75(5), 747-761. doi: 10.1016/j.neuron.2012.08.016
- Herrman, H., Stewart, D. E., Diaz-Granados, N., Berger, E. L., Jackson, B., & Yuen, T. (2011). What is resilience?. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5), 258-265. doi: 10.1177/070674371105600504
- Judge, T. A., Erez, A., & Bono, J. E. (1998). The power of being positive: The relation between positive self-concept and job performance. *Human performance*, 11(2-3), 167-187. doi: 10.1037/0021-9010.90.3.411
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. *The handbook of behavioral medicine*, 282-325.
- Lefcourt, H. M. (1976). Locus of control and the response to aversive events. *Canadian Psychological Review/Psychologie Canadienne*, 17(3), 202. doi: 10.1037/h0081839

- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*, 71(3), 543-562. doi: 10.1111/1467-8624.00164
- Maslach, C. (1979). The burn-out syndrome and patient care. *Stress and survival: The emotional realities of life-threatening illness*, 111-120.
- Malloy-Diniz, L. F., Mattos, P., Leite, W. B., Abreu, N., Coutinho, G., Paula, J. J. D., ... & Fuentes, D. (2010). Tradução e adaptação cultural da Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) para aplicação em adultos brasileiros. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(2), 99-105. doi: 10.1590/1516-4446-2014-1599
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American journal of psychiatry*, 158(11), 1783-1793. doi: 10.1176/appi.ajp.158.11.1783
- Narayanan, A. (2008). The resilient individual: A personality analysis. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 34, 110-118.
- Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of clinical psychology*, 51(6), 768-774. doi: 10.1002/1097-4679(199511)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1
- Pearson, J., & Hall, D. (2007). Resilience: coping effectively with life's challenges. *depression*, 1, 4.
- Pesce, R. P., Assis, S. G. D., Santos, N., & Oliveira, R. D. (2004). Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 20(2), 135-143. doi: 10.1590/S0102-37722004000200006
- Ribeiro, J. L., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 3-15.
- Rosenhan, D. L., & Seligman, M. E. (1995). *Abnormal psychology*. WW Norton & Co.

- Sarafino, E. P. (1994). Stress, biopsychosocial factors, and illness. *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*, 102-136. doi: 10.1016/0738-3991(96)00903-2
- Schachter, S., & Singer, J. (1962). Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Psychological review*, 69(5), 379. doi: 10.1037/h0046234
- Schaefer, K. E., Esposito-Smythers, C., & Riskind, J. H. (2012). The role of impulsivity in the relationship between anxiety and suicidal ideation. *Journal of Affective Disorders*, 143(1-3), 95–101. doi: 10.1016/j.jad.2012.05.034
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138(3479), 32. doi: 10.1176/jnp.10.2.230a
- Solomon, Z., Mikulincer, M., & Avitzur, E. (1988). Coping, locus of control, social support, and combat-related posttraumatic stress disorder: a prospective study. *Journal of personality and social psychology*, 55(2), 279. doi: 10.1037/0022-3514.55.2.279
- Stein, M. (2008). Resilience and young people leaving care. *Child Care in Practice*, 14(1), 35-44. doi: 10.1080/13575270701733682
- Swann, A. C., Pazzaglia, P., Nicholls, A., Dougherty, D. M., & Moeller, F. G. (2003). Impulsivity and phase of illness in bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 73(1), 105-111. doi: 10.1016/S0165-0327(02)00328-2
- Swann, A. C., Lijffijt, M., Lane, S. D., Steinberg, J. L., & Moeller, F. G. (2009). Increased trait-like impulsivity and course of illness in bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 11(3), 280-288. doi: 10.1111/j.1399-5618.2009.00678.x
- Trigo, M., Canudo, N., Branco, F., & Silva, D. (2010). Estudo das propriedades psicométricas da Perceived Stress Scale (PSS) na população portuguesa. *Psychologica*, 353-378.

ANEXOS

ANEXO A - Consentimento Informado Online

O meu nome é Rita Costa, e frequento o 5º e último ano do Mestrado Integrado em Psicologia, na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, no Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-Comportamental e Integrativa. Encontro-me, de momento, a realizar a minha dissertação de mestrado, sob orientação da Professora Maria João Afonso.

O presente estudo tem como objetivo analisar as diferenças individuais quanto à resiliência e à impulsividade, em amostras clínicas e na população geral, tendo em vista averiguar a relevância do foco da intervenção clínica nestas variáveis. Pretende-se estudar as diferenças entre os dois tipos de amostra considerando também as variáveis stresse percebido e estratégias de *coping*, tendo em vista uma melhor compreensão da sua natureza, significado e relevância, na população geral (relevância na saúde mental) e em populações clínicas (relevância na perturbação).

A sua colaboração nesta investigação consiste no preenchimento de um conjunto de questionários que terá a duração estimada de aproximadamente 25 a 35 minutos, sendo que em qualquer momento pode desistir da sua realização, sem qualquer tipo de consequências para si. É fundamental que responda com sinceridade a todas as questões. Não existem respostas certas ou erradas. Ao preencher e entregar os questionários consente que os dados submetidos sejam usados na presente investigação.

A investigadora compromete-se a garantir a total confidencialidade dos seus dados, uma vez que as suas respostas serão dadas sob anonimato, sendo que não será pedido nenhum registo da identidade dos participantes. Os dados fornecidos serão utilizados apenas para fins de tratamento estatístico em conjunto, no âmbito exclusivo da investigação. Poderá solicitar esclarecimentos adicionais sobre este estudo e informações pós-estudo junto das investigadoras Rita Costa (rita-costa@campus.ul.pt) e Professora Maria João Afonso (mjafonso@psicologia.ulisboa.pt).

Declaro ter tomado conhecimento dos objetivos e procedimentos desta investigação, assim como do meu papel enquanto participante.

Assinatura: _____

Obrigada pela sua colaboração

ANEXO B – Parecer Favorável Comissão de Ética do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental



Comissão de Ética para a Saúde

N.º Registo no RNEC: 20170700050

PARECER

Projeto de Mestrado,

Título: “**Resiliência e Impulsividade como variáveis de foco clínico: relação com o stress percebido e impacto nas estratégias de coping**”

Investigadora Principal: **Dra. Rita Pinto da Costa** (Mestranda na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa | Estagiária no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental de Adultos do CHLO – HEM, na área da Psicologia)

Serviço onde decorrerá o estudo: **Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental de Adultos do CHLO**

Após reunião de 19 de fevereiro de 2018 e no seguimento da receção dos esclarecimentos solicitados, estando atualmente o estudo de acordo com as normas de submissão impostas por esta CES, deliberou-se emitir **parecer favorável** à realização do mesmo.

Lembramos que, de acordo com a Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, qualquer estudo que envolva dados de doentes deverá ter a aprovação da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD).

A Comissão de Ética para a Saúde solicita à Investigadora Principal que, quando da conclusão deste estudo, lhe seja enviada uma síntese dos resultados e conclusões do mesmo.

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental presentes em reunião de 19 de fevereiro de 2018:

Presidente: Prof.ª Doutora Maria Teresa Marques

Dr. Carlos Costa, Enf.ª Clara Carvalho, Dra. Helena Farinha,

Dr. José Santana Carlos, Dra. Paula Peixe, Dr. Rui Campante Teles e Padre João Valente

Pelo exposto, emitiu-se a 28 de fevereiro de 2018, **parecer favorável**.

Presidente da Comissão de Ética para a Saúde



Prof.ª Doutora Maria Teresa Marques

MARIA TERESA MARQUES
Presidente da Comissão
de Ética para a Saúde

ANEXO C - Caracterização sociodemográfica da amostra (n=377)

		Amostra Total	Amostra clínica	Amostra normativa
N		377	84	293
Idade				
	Média	38,11	46,40	35,74
	DP	12,212	11,488	11,361
Sexo				
	Masculino	97 (25,7%)	18 (21,4%)	79 (27%)
	Feminino	280 (74,3%)	66 (78,6%)	214 (73%)
Situação Profissional				
	Ativo	281 (74,5%)	47 (56%)	234 (79,9%)
	Desempregado	86 (22,8%)	31 (36,9%)	55 (18,8%)
	Reformado	10 (2,7%)	6 (7,1%)	4 (1,4%)
Situação Conjugal				
	Solteiro	179 (47,5%)	31 (36,9%)	148 (50,5%)
	Casado	111 (29,4%)	22 (26,2%)	89 (30,4%)
	Divorciado	37 (9,8%)	20 (23,8%)	17 (5,8%)
	União de Facto	45 (11,9%)	8 (9,5%)	37 (12,6%)
	Viúvo	5 (1,3%)	3 (3,6%)	2 (0,7%)
Escolaridade				
	1º, 2º, 3º ou 4º ano	2 (0,5%)	2 (2,4%)	-
	5º ou 6º ano	3 (0,8%)	3 (3,6%)	-
	7º, 8º ou 9º ano	14 (3,7%)	13 (15,5%)	1 (0,3%)
	10º, 11º ou 12º ano	65 (17,2%)	28 (33,3%)	37 (12,6%)
	Ensino pós-secundário	14 (3,7%)	1 (1,2%)	13 (4,4%)
	Licenciatura	166 (44%)	30 (35,7%)	136 (46,4%)
	Mestrado	108 (28,6%)	6 (7,1%)	102 (34,8%)
	Doutoramento	5 (1,3%)	1 (1,2%)	4 (1,4%)

ANEXO D – Questionário Sociodemográfico

Nome _____ Data Aplicação ____ - ____ - ____

Sexo: Masculino Feminino Data Nascimento ____ - ____ - ____ Idade ____ Anos

Escolaridade: _____ Lateralidade: _____

Profissão: _____ Ativo/a Reformado/a Desempregado/a

Situação conjugal: Solteiro/a Casado/a União de facto Divorciado/a Viúvo/a

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____ Concelho Residência: _____

Examinador _____ Contexto aplicação _____

Doença Psiquiátrica: Sim (< 5 anos; ≥ 5 anos) Não

Diagnóstico(s): _____

Internamentos Psiquiátricos: Não Sim, nos últimos 6 meses Sim, há mais de 6 meses

Doença Neurológica: Sim (< 5 anos; ≥ 5 anos) Não

Diagnóstico(s): _____

Internamentos Neurologia: Não Sim, nos últimos 6 meses Sim, há mais de 6 meses

Outras doenças significativas (Diagnóstico, data e principais limitações): _____

Medicação atual (substância, dosagem, início, adesão,...): _____

Consumo substâncias: Não Sim Substância(s): _____

Caracterização consumos (início, periodicidade, períodos abstinência, contexto consumo, ...):

Tentativas Suicídio e/ou Comportamentos Parasuicidários (datas, métodos, tratamentos, sequelas):

Antecedentes familiares (parentesco, tipo perturbação, datas):

Problemas judiciais (datas, tipo, consequências):

ANEXO E – Escala de Resiliência Connor-Davidson

CD – RISC (Connor & Davidson, 2007; Faria et al, 2008)

Nome: _____

Data de Aplicação: ____ - ____ - ____

Data de Nascimento: ____ - ____ - ____

Sexo: Feminino ____ Masculino ____

		Não verdadeira	Raramente verdadeira	Às vezes verdadeira	Geralmente verdadeira	Quase sempre verdadeira
1	Eu sou capaz de me adaptar quando ocorrem mudanças.					
2	Eu tenho pelo menos uma relação próxima e segura que me ajuda quando estou sob <i>stress</i> .					
3	Quando não existem soluções óbvias para os meus problemas, por vezes o destino ou Deus podem ajudar.					
4	Eu consigo lidar com qualquer coisa que aconteça na minha vida.					
5	Os sucessos do passado dão-me confiança para lidar com os novos desafios e dificuldades.					
6	Eu tento ver as coisas com humor quando me deparo com problemas.					
7	Ter de lidar com o <i>stress</i> torna-me mais forte.					
8	Tenho tendência para recuperar rapidamente depois de períodos com doença, ferimentos ou outras dificuldades.					
9	Bem ou mal, acredito que a maioria das coisas acontece por uma razão.					
10	Eu dou o meu melhor independentemente dos resultados que possa vir a ter.					
11	Eu acredito que posso atingir os meus objetivos, mesmo que existam obstáculos.					
12	Mesmo quando as coisas parecem não ter solução, eu não desisto.					
13	Durante momentos de <i>stress</i> / crise, eu sei onde procurar ajuda.					
14	Sob pressão, mantenho-me focado(a) e a pensar com clareza.					
15	Eu prefiro liderar na resolução de problemas, do que deixar que os outros tomem todas as decisões.					
16	Eu não sou facilmente desencorajado(a) pelo insucesso.					
17	Eu penso em mim como uma pessoa forte ao lidar com os desafios e dificuldades da vida.					
18	Eu consigo tomar decisões pouco populares ou difíceis com implicações para outras pessoas, se necessário.					
19	Eu sou capaz de lidar com sentimentos desagradáveis ou dolorosos como a tristeza, o medo e a raiva.					

20	Ao lidar com os problemas da vida, às vezes temos que agir por impulso, sem olhar para o porquê.					
21	Eu acredito fortemente que a vida tem um sentido.					
22	Eu sinto que a minha vida está sob o meu controlo.					
23	Eu gosto de desafios.					
24	Eu trabalho para atingir os meus objetivos independentemente dos obstáculos que encontro pelo caminho.					
25	Eu orgulho-me dos sucessos que alcanço.					

All rights reserved. No part of this document may be reproduced or transmitted in any form , or by any means, electronic or mechanical, including photocopying, or by any information storage or retrieval system, without permission in writing from Dr. Davidson at mail@cd-risc.com. Further information about the scale and terms of use can be found at www.cdrisc.com. Copyright © 2001, 2013, 2016 by Kathryn M. Connor, M.D., and Jonathan R.T. Davidson. M.D.

ANEXO F – Escala de Impulsividade de Barratt

BIS – 11 (Patton, Stanford & Barrat 1995)

Nome: _____ Data Nascimento: ___/___/___ Idade _____

Escolaridade: _____ Profissão: _____ Data Exame: ___/___/___

Instruções: As pessoas são diferentes quanto à maneira como pensam e se comportam em situações distintas. Vai encontrar uma série de questões que pretendem compreender a sua forma de pensar e de agir. Não há respostas certas ou erradas. Opte apenas por uma resposta em cada questão. Evite pensar muito em cada questão e dê a resposta que lhe surgir espontaneamente.

	Raramente / Nunca	Às Vezes	Frequentemente	Sempre / quase sempre
1. Planeio as minhas atividades com cuidado.				
2. Faço coisas sem pensar.				
3. Tomo decisões rapidamente.				
4. Sou descontraído/descontraída.				
5. Não presto atenção.				
6. Tenho pensamentos acelerados.				
7. Planeio viagens com muita antecedência.				
8. Tenho autocontrolo.				
9. Concentro-me facilmente.				
10. Poupo dinheiro com regularidade.				
11. É-me difícil estar quieto por muito tempo, como por exemplo no cinema ou em reuniões.				
12. Penso cuidadosamente sobre as coisas.				
13. Faço planos para ter um emprego estável.				
14. Digo coisas sem pensar.				
15. Gosto de pensar sobre problemas complicados.				

16. Mudo de trabalho frequentemente.				
17. Faço coisas impulsivamente.				
18. Aborreço-me facilmente quando tento resolver problemas mentalmente ou “de cabeça”.				
19. Faço as coisas no momento, sem pensar.				
20. Quando penso em alguma coisa mantenho-me focado/focada nesse assunto.				
21. Mudo de casa com frequência.				
22. Compro coisas de modo impulsivo.				
23. Só consigo pensar numa coisa de cada vez.				
24. Mudo muitas vezes de passatempos.				
25. Gasto dinheiro (ou uso o cartão de crédito) demais, relativamente às minhas possibilidades.				
26. Quando estou a pensar sobre algo, frequentemente distraio-me com outros pensamentos.				
27. Estou mais interessado/interessada no presente do que no futuro.				
28. Fico impaciente em espetáculos ou reuniões.				
29. Gosto de fazer puzzles ou quebra-cabeças.				
30. Faço planos para o futuro.				

Tradução e Adaptação Moreira & Barreto, 2014

ANEXO G – Brief COPE

BRIEF-COPE

Os itens abaixo exprimem o modo como lida com o stress. Há muitas maneiras de lidar com o stress e estes itens questionam o que faz para lidar com essas situações. Diferentes pessoas lidam com as situações de modo diferente, mas estamos interessados no modo como você tentou lidar com a situação. Queremos saber em que extensão fez aquilo que o item diz, quanto ou com que frequência. Não responda com base no que lhe pareceu ter sido mais eficaz na altura, mas se fez ou não fez aquilo. Tente classificar cada item separadamente dos outros. Responda com uma cruz X nos espaços, como foi para si, com o máximo de verdade, utilizando as alternativas de resposta apresentadas:

	Nunca faço isto	Faço isto por vezes	Em média é isto que faço	Faço quase sempre isto
1 – Refugio-me noutras atividades para me abstrair da situação				
2 – Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação				
3 – Tenho dito para mim próprio(a): “isto não é verdade”				
4 – Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor				
5 – Procuo apoio emocional de alguém (família, amigos)				
6 – Simplesmente desisto de tentar lidar com isto				
7 – Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação				
8 – Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer comigo				
9 – Fico aborrecido e expresso os meus sentimentos				
10 – Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação				
11 – Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas				
12 – Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torna-la mais positiva				
13 – Faço críticas a mim próprio				
14 – Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer				

15 – Procuero o conforto e compreensão de alguém				
16 – Desisto de me esforçar para lidar com a situação				
17 – Procuero algo positivo em tudo o que está a acontecer				
18 – Enfrento a situação levando-a para a brincadeira				
19 – Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver TV, ler, sonhar, ou ir às compras				
20 – Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer				
21 – Sinto e expesso os meus sentimentos de aborrecimento				
22 - Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual				
23 - Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo				
24 – Tento aprender a viver com a situação				
25 – Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação				
26 – Culpo-me pelo que está a acontecer				
27 – Rezo ou medito				
28 – Enfrento a situação com sentido de humor				

Pais Ribeiro, J., Rodrigues, A. (2004). Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia:Saúde Doenças*, 5(1), 3-15

ANEXO H - Escala do Stresse Percecionado

Escala do Stresse Percecionado *Perceived Stress Scale – PSS (10 item)* Cohen, Kamarck & Mermelstein (1983)

Nome _____ Data _____

Instrução: Para cada questão, pedimos que indique com que frequência se sentiu ou pensou de determinada maneira, **durante o último mês**. Apesar de algumas perguntas serem parecidas, existem diferenças entre elas e deve responder a cada uma como perguntas separadas. Responda de forma rápida e espontânea. Para cada questão indique, com uma cruz (X), a alternativa que melhor se ajusta à sua situação.

	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequente
	0	1	2	3	4
1. No último mês, com que frequência esteve preocupado(a) por causa de alguma coisa que aconteceu inesperadamente?					
2. No último mês, com que frequência se sentiu incapaz de controlar as coisas importantes da sua vida?					
3. No último mês, com que frequência se sentiu nervoso(a) e em stresse?					
4. No último mês, com que frequência sentiu confiança na sua capacidade para enfrentar os seus problemas pessoais?					
5. No último mês, com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr à sua maneira?					
6. No último mês, com que frequência sentiu que não aguentava com as coisas todas que tinha para fazer?					
7. No último mês, com que frequência foi capaz de controlar as suas irritações?					
8. No último mês, com que frequência sentiu ter tudo sob controlo?					
9. No último mês, com que frequência se sentiu furioso(a) por coisas que ultrapassaram o seu controlo?					
10. No último mês, com que frequência sentiu que as dificuldades se estavam a acumular tanto que não as conseguia ultrapassar?					
	0	1	2	3	4

Fonte: Cohen, S.; Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24 (December), 385-396. **Tradução, preparação e adaptação da versão portuguesa da PSS de 10 itens:** Trigo, M.; Canudo, N.; Branco, F. & Silva, D. (2010). Estudo das propriedades psicométricas da Perceived Stress Scale (PSS) na população portuguesa, *Revista Psychologica*, 53, 353-378. Email: miguel.trigo70@gmail.com