



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

RESILIÊNCIA E BEM-ESTAR

Um estudo exploratório com adultos em double e triple caregiving

Sara Margarida Guimarães Sampaio



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Sara Margarida Guimarães Sampaio

Resiliência e bem estar: Um estudo exploratório com adultos em double e triple caregiving

Mestrado em Gerontologia Social

Trabalho efetuado sob a orientação do(a)
Professora Doutora Carla Maria Gomes Marques de Faria e Professora
Doutora Raquel Sofia Arieira Gonçalves

Março de 2022

“Todos os nossos sonhos podem-se realizar, se tivermos a coragem de persegui-los”

Walter Disney (1901-1966)

AGRADECIMENTOS

Esta é uma das partes mais difíceis de preencher, sobretudo pela dúvida que se sente em esquecer alguém importante. Assim, gostaria de agradecer:

À minha orientadora, professora Doutora Carla Faria, pelo desafio lançado e por ter acreditado até ao fim que seria possível terminar esta fase. Agradeço por toda a disponibilidade, paciência e a sabedoria transmitida.

À minha coorientadora, Professora Doutora Raquel Gonçalves, por ter abraçado este desafio, sendo uma peça fundamental para o término desta dissertação. Obrigada por toda a partilha de conhecimentos e conselhos dados.

À minha família, por terem sempre acreditado em mim e me terem dado a oportunidade de realizar este mestrado, sem eles, não seria nada do que sou hoje. Obrigada por incentivarem sempre os meus sonhos e fazerem de tudo para que eles se tornem realidade.

Aos meus pais, um agradecimento especial, pois sem eles isto não seria possível. Obrigada por toda a paciência e compreensão, transmitindo-me a força necessária para terminar esta etapa.

Ao João Mendes, por ter acreditado desde o primeiro momento que seria capaz. Obrigada por todo o amor, carinho e por seres sempre o pilar que preciso.

A todos os que permitiram que este estudo se realizasse.

Àqueles que, apesar de não mencionar individualmente, se cruzaram no meu caminho e que o tornaram de certa forma especial. Obrigada por me terem feito crescer e tornar na pessoa que sou.

A esta cidade e a este Instituto que me acolheu e me deu vivências e amigos que levarei para a vida.

RESUMO

Contexto e objetivos. O aumento exponencial do número de pessoas mais velhas na população acompanhado do aumento da longevidade humana coloca um conjunto de desafios à Sociedade, às famílias e, em particular, aos filhos adultos das pessoas mais velhas. Cada vez mais os adultos, particularmente os da meia-idade, são chamados a assegurar alguma forma de cuidado aos seus familiares idosos. Este fenómeno tem-se acentuado de tal forma que, alguma literatura no domínio, assume mesmo este tipo de cuidados como uma tarefa desenvolvimental da meia-idade (ex., Gans & Silverstein, 2006). Os adultos de meia-idade são fundamentais para o apoio e ajuda aos pais idosos (Morais, Faria, & Fernandes, 2019; Oliveira, 2011). Paralelamente, as transformações sociais trouxeram implicações para a organização e funcionamento das famílias, verificando-se o prolongamento da coabitação filhos-pais, muitas vezes acentuada por situações de separação conjugal ou divórcio dos filhos adultos que regressam à casa dos pais (Silva, 2008; Putney & Bengtson, 2001). Estas transformações são acompanhadas de uma maior relevância da carreira/profissão na vida dos adultos, em particular dos de meia-idade. Neste sentido, os adultos de meia-idade encontram-se, simultaneamente, envolvidos em diferentes esferas da vida, nomeadamente o cuidado aos pais idosos, o cuidado aos filhos, e a consolidação da carreira (Infurna, Gerstorf & Lachman, 2020). Neste contexto, na literatura tem emergido o conceito de *double* e *triple caregiving* para dar conta do desafio maior colocado à meia-idade, isto é, a capacidade de assegurar cuidados a descendentes (filhos), ascendentes (pais) e elementos da comunidade no âmbito do exercício de profissões no domínio dos cuidados formais. A simultaneidade de papéis, assim como as exigências e desafios associados, tem grandes implicações para os níveis de bem-estar experienciados por estes adultos. Para além disso, requerem o desenvolvimento de recursos intra e interindividuais nucleares à capacidade adaptativa, nomeadamente ao nível da resiliência. Além disso, a literatura (Lachman, 2015) chama a atenção para as lacunas na investigação sobre esta fase da vida que assume um lugar crítico na resposta às necessidades de uma população idosa em rápido crescimento (DePasquale, 2019). Face ao exposto, analisar aspetos como resiliência e bem-estar na meia-idade é altamente relevante, particularmente no atual contexto de pandemia. Neste contexto, o presente estudo tem como objetivo explorar as relações entre resiliência e bem-estar em adultos em condição de *double* e *triple caregiving* que trabalham em respostas sociais de retaguarda à velhice.

Método. Trata-se de um estudo exploratório, que contou com 44 participantes com idades compreendidas entre os 25 e os 59 anos ($M=42,14$; $dp=8,37$), predominantemente mulheres (95,5%). Os participantes foram avaliados com um protocolo constituído por Escalas de Bem-estar Psicológico (Ryff-18; Ryff, 1989b; Ryff & Keys, 1995; versão portuguesa de Novo, Silva & Peralta, 1997), Escala de Resiliência (Wagnild & Young, 1987; versão portuguesa de Deep & Pereira, 2012), e um Questionário Sociodemográfico. Os dados foram recolhidos com recurso a autoadministração, via *on line* através da plataforma *GoogleForms*.

Resultados e conclusão. Os resultados permitiram verificar que, em relação ao bem-estar psicológico, foram registados valores mais altos na dimensão Crescimento pessoal e na Aceitação de si e valores mais baixos no Domínio do meio e na Autonomia. Relativamente à resiliência, os participantes apresentam valores mais elevados na Perseverança e Sentido de vida e mais baixos na Serenidade e Autossuficiência e Autoconfiança. Por fim, verificam-se associações positivas e estatisticamente significativas entre as dimensões da Escala da Resiliência e as dimensões Autonomia e Crescimento Pessoal da Escala de Bem-estar Psicológico. A dimensão Domínio do meio da Escala de Bem-estar Psicológico parece não evidenciar nenhuma associação com as dimensões da Escala de Resiliência. Relativamente à comparação entre adultos mais jovens e adultos mais velhos, verifica-se que os participantes mais velhos (46 e mais anos) apresentam melhores resultados nas duas variáveis em análise quando comparados com os participantes mais jovens (35-45 anos). O presente estudo, apesar de exploratório, constitui um contributo para o conhecimento sobre a vida adulta em particular sobre os adultos envolvidos em cuidados múltiplos, salientando a relevância do bem-estar e da resiliência nesta fase da vida e das suas implicações para a qualidade do processo de envelhecimento.

Palavras-chave: Resiliência; bem-estar; *double* e *triple caregiving*; meia-idade; gerontologia social.

ABSTRACT

Context and aim. The exponential increase in the number of older people in the population accompanied by the increase of human longevity poses several challenges to society, families and, in particular, the adult children of older people. More and more adults, particularly middle-aged adults, are being called upon to provide some form of care to their elderly relatives. This phenomenon has become so pronounced that literature in the field even assumes this type of care as a developmental task of middle age (e.g., Gans & Silverstein, 2006). Middle-aged adults are essential to support and help their elderly parents (Morais, Faria, & Fernandes, 2019; Oliveira, 2011). In parallel, societal transformations have brought implications for the organization and functioning of families, with the extension of child-parent cohabitation, often accentuated by situations of marital separation or divorce of adult children who return to their parents' home (Silva, 2008; Putney & Bengtson, 2001). These transformations are accompanied by a greater relevance of career/profession in the lives of adults, particularly middle-aged adults. In this sense, middle-aged adults are simultaneously involved in different spheres of life, namely caring for their aging parents, caring for their children, and consolidating their careers (Infurna, Gerstorf, & Lachman, 2020). In this context, the concept of double and triple caregiving has emerged in the literature to account for the major challenge of midlife, i.e., the ability to provide care for offspring (children), ascendants (parents) and community members within the scope of formal caregiving professions. The simultaneity of roles, as well as the associated demands and challenges, have major implications for the levels of well-being experienced by these adults. In addition, they require the development of intra- and inter-individual resources core to adaptive capacity, namely at the level of resilience. In addition, the literature (Lachman, 2015) draws attention to the gaps in research on this stage of life, which assumes a critical place in meeting the needs of the rapidly growing elderly population (DePasquale, 2019). Thus, analysing aspects such as resilience and well-being in midlife is highly relevant, particularly in the current pandemic context. In this context, this study aims to explore the relationships between resilience and well-being in adults with double and/or triple caregiving, working in social responses to old age.

Method. This is an exploratory study, with 44 participants aged between 25 and 59 years ($M=42.14$; $SD=8.37$), predominantly women (95.5%). Participants were assessed using a protocol consisting of Psychological Well-Being Scales (Ryff-18; Ryff, 1989b; Ryff & Keys, 1995; Portuguese version by Novo, Silva & Peralta, 1997), Resilience Scale (Wagnild & Young, 1987; Portuguese version by Deep & Pereira, 2012), and a Sociodemographic Questionnaire. Data were collected using self-administration, via on line through the GoogleForms platform.

Results and conclusion. The results show that, in relation to psychological well-being, higher scores were found in the Personal growth and Self-acceptance dimensions and lower scores in Mastering the environment and Autonomy. Regarding resilience, participants show higher values in Perseverance and Sense of Life and lower values in Serenity and Self-Reliance and Self-Confidence. Finally, positive and statistically significant associations were found between the dimensions of the Resilience Scale and the Autonomy and Personal Growth dimensions of the Psychological Well-Being Scale. The environment domain dimension of the Psychological Well-Being Scale does not seem to show any association with the dimensions of the Resilience Scale. Regarding the comparison between younger and older adults, we found that older participants (46 and older) showed better results in the two variables under analysis when compared to younger participants (35-45 years old). Although this study is exploratory, it contributes to the knowledge about adult life, particularly about adults involved in multiple care, highlighting the relevance of well-being and resilience at this stage of life and its implications for the quality of the aging process.

Keywords: Resilience; well-being; double and triple caregiving; middle-age; social gerontology.

Índice

INTRODUÇÃO	15
REVISÃO DA LITERATURA	21
1. Meia-idade e a condição de <i>Double e Triple Caregiving</i>	23
2. Resiliência na vida adulta	26
3. Bem-estar psicológico na vida adulta	37
MÉTODO	47
Objetivo do estudo	49
Participantes.....	49
Instrumentos de recolha de dados	49
Procedimentos de recolha de dados.....	50
Procedimentos de análise de dados	51
RESULTADOS	53
1. Descrição sociodemográfica dos participantes.....	55
2. Resiliência	57
3. Bem-estar Psicológico.....	59
4. Análise da relação entre variáveis em estudo.....	60
DISCUSSÃO DE RESULTADOS E CONCLUSÃO	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75

Índice de Figuras

Figura 1. Enquadramento Bem-Estar.....	38
Figura 2 - Dimensões centrais do bem-estar psicológico e fundamentos teóricos.....	40

Índice de Tabelas

Tabela 1. Definições e Medidas do Bem-estar	39
Tabela 2. Caracterização sociodemográfica dos participantes	56
Tabela 3. Alterações na sequência da pandemia Covid-19.....	57
Tabela 4. Resiliência	58
Tabela 5. Bem-estar Psicológico	59
Tabela 6. Matriz de correlação entre Resiliência e Bem-estar psicológico e respetivas dimensões	60
Tabela 7. Matriz de correlação entre Resiliência, Bem-estar Psicológico e Idade.....	61
Tabela 8. Bem-estar Psicológico e Resiliência segundo o perfil de cuidador.....	61
Tabela 9. Bem-estar Psicológico e Resiliência em função de grupos de idade	62

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo natural, dinâmico, progressivo e irreversível que ocorre desde o nascimento até à morte. Trata-se de um fenómeno pessoal e de variabilidade individual, que varia de pessoa para pessoa, uma vez que resulta de mudanças biológicas, psicológicas e sociais que se processam ao longo do ciclo vital (Sequeira, 2010). Para Baltes (1987), trata-se de um processo contínuo, multidimensional, multidirecional e multicausal, que sofre a ação de fatores genético-biológicos e socioculturais, de natureza normativa ou não-normativa (como por exemplo a pandemia Covid-19), integrando uma dinâmica permanente de ganhos e perdas.

De acordo com Rosa (2012), o envelhecimento pode ser perspectivado de duas formas distintas: o envelhecimento como fenómeno individual e o envelhecimento como fenómeno coletivo. Relativamente ao envelhecimento individual, este é composto pela leitura cronológica, que diz respeito à idade, e pela leitura biopsicológica (corpo/mente), que pode ser um reflexo do envelhecimento cronológico, estando este relacionado com género, hábitos de vida, condicionantes genéticas e da sociedade da qual a pessoa faz parte. Já o envelhecimento coletivo integra também duas vertentes, a abordagem demográfica, onde as pessoas se encontram organizados em faixas etárias (dos 0-14 anos são os jovens; dos 15-64 anos os ativos e os 65 mais anos correspondem aos idosos) e que permitiu verificar, por exemplo, os indicadores de envelhecimento da população; e a abordagem societal que diz respeito à dinâmica de determinados pressupostos organizativos da sociedade (ex., papéis sociais).

Uma vez que as sociedades se encontram em desenvolvimento e que o número de pessoas a atingir idades superiores é cada vez maior, surgiu, em 1903 por Metchnicoff, a Gerontologia (do grego *gero* que significa envelhecimento + *logia* que significa estudo) como uma ciência multi e interdisciplinar (Neri, 2008).

Para Fernandez-Ballesteros (2009), a Gerontologia implica fundamentalmente as ciências biológicas, as ciências psicológicas e as ciências sociais, enunciando ainda que esta se foca quer no processo de envelhecimento, quer nas diferenças associadas à idade. No que respeita à Gerontologia Social, esta é definida pela mesma autora como “aquela especialização da Gerontologia que além de tratar do estudo das bases biológicas, psicológicas e sociais da velhice e do envelhecimento, está especialmente dedicada ao impacto das condições socioculturais e ambientais no processo de envelhecimento e na velhice, e as consequências sociais desse processo, assim como as ações sociais que se podem interpor para melhorar o processo de envelhecimento” (p. 36). De acordo com Rosa (2012), o surgimento da Gerontologia Social revelou-se necessário para que existisse uma perspetiva ampla do envelhecimento afim de melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem.

Cada vez mais, a Gerontologia possuiu um papel fundamental na Sociedade uma vez que, no caso particular de Portugal, existe um aumento exponencial da longevidade tendo, nos últimos 40 anos, duplicado o número de pessoas mais velhas. Este aumento coloca um conjunto de desafios à Sociedade, às famílias e, em particular, aos filhos adultos das pessoas mais velhas.

A meia-idade, enquanto período de vida, tem vindo a assumir uma evidência cada vez maior na organização da vida social, familiar e individual. Uma das dimensões cada vez mais

nuclear desta idade é o cuidar, sendo que o aumento da longevidade humana tem evidenciado o papel central dos adultos de meia-idade em assegurar cuidados aos pais idosos. Contudo, paralelamente, estes adultos de meia-idade encontram-se envolvidos no cuidado aos filhos e na consolidação da carreira (Infurna, Gerstorf & Lachman, 2020).

Neste contexto, na literatura tem emergido o conceito de *double* e *triple caregiving*. *Double caregivers* são os adultos que desempenham profissões no âmbito dos cuidados (cuidadores formais) e informalmente cuidam de crianças ou de adultos mais velhos. Já os *triple caregivers* são aqueles que, para além de serem cuidadores formais, cuidam de filhos e familiares adultos mais velhos em simultâneo. Esta classificação permite fazer uma distinção entre os profissionais que trabalham na área da Saúde e da área do Social com funções de cuidador para além do domínio pessoal (DePasquale, Davis, Zarit, Moen, Hammer & Almeida, 2016; DePasquale, Zarit, Mogle, Moen, Hammer & Almeida, 2018; DePasquale, 2019).

Os desafios, papéis e tarefas que os adultos de meia-idade enfrentam obrigam à mobilização de recursos intra e interindividuais, com fortes implicações para a capacidade adaptativa e qualidade das trajetórias desenvolvimentais. Neste contexto, a capacidade de resiliência e de manter níveis de bem-estar assumem-se como indicadores privilegiados do processo/trajetória desenvolvimental na meia-idade, particularmente em momentos históricos relevantes, como a pandemia Covid-19 que se vive.

Atendendo a que a meia-idade, enquanto período do ciclo de vida, é identificado na literatura como sendo aquele sobre o qual menos se conhece do ponto de vista desenvolvimental, e que é, ao mesmo tempo, um período de vida de grande relevância do ponto de vista individual (desafios e exigências desenvolvimentais e implicações para o processo de envelhecimento individual) e do ponto de vista societal (papéis e responsabilidades sociais assumidas) é fundamental avançar com o conhecimento científico no domínio.

Neste contexto, o presente estudo, de natureza exploratória, tem como objetivo explorar as relações entre resiliência e bem-estar em adultos de meia-idade em condição de *double* e *triple caregiving* que trabalham em respostas sociais de retaguarda à velhice.

Para se proceder ao desenvolvimento de um estudo, é fundamental ter a certeza da pertinência das questões de partida, tendo sempre presente o contributo para a progressão do conhecimento na área, bem como as implicações para a prática gerontológica (Fortin, 2009). Posto isto, a presente investigação torna-se pertinente uma vez que se foca num período de vida essencial, mas pouco estudado (Lachman, 2015) – a meia-idade, para além que permitir sustentar políticas e práticas orientadas para este grupo populacional.

No que concerne à estrutura, a presente dissertação encontra-se organizada em quatro capítulos: (1) Revisão de literatura, (2) Método, (3) Resultados, e (4) Discussão de Resultados e Conclusão.

No que respeita ao primeiro capítulo, será apresentado um enquadramento do estudo de forma a enquadrar a meia-idade e a condição de *double* e *triple caregiving*, detalhando as

variáveis em estudo, a resiliência e o bem-estar. No segundo capítulo são descritas as opções metodológicas, apresentando o objetivo do estudo, a caracterização de participantes, instrumentos e procedimentos de recolha e análise de dados. O terceiro capítulo diz respeito à descrição dos resultados obtidos e por fim, foi no quarto capítulo apresenta-se a discussão de resultados, considerando o enquadramento construído no primeiro capítulo, bem como as conclusões do presente estudo.

REVISÃO DA LITERATURA

1. Meia-idade e a condição de *Double e Triple Caregiving*

A meia-idade é o período do ciclo de vida sobre o qual existe menos conhecimento científico, uma vez que os estudos se têm debruçado sobre as fases iniciais (infância, adolescência e juventude) e as fases finais (velhice) do ciclo de vida. Neste sentido, Lachman (2015) considera que existe um *gap* na investigação no que diz respeito à meia-idade e aos adultos de meia-idade, defendendo que se trata de um período *pivotal* na medida em que é o único tempo do ciclo de vida em que (1) existe um pico de funcionamento na intersecção entre crescimento e declínio, (2) faz a ligação com períodos anteriores e posteriores da vida, e (3) estabelece a ponte entre a geração mais nova e mais velha.

A primeira referência ao termo meia-idade foi em 1895, segundo o Online Oxford English Dictionary (2000). No dicionário Priberam, meia-idade é definida como a “Idade humana entre a idade adulta madura e a velhice, aproximadamente entre 40 e os 60 anos.” (Priberam, s.d). No entanto, entrar na meia-idade não implica estar no meio da vida (Lachman, 2004).

Apesar de não existir limites claros para este período da vida, vários investigadores (ex., Papalia, Sterns, Feldman & Camp, 2002; Eizirik & Bassols, 2013) apontam o seu início aos 40 anos e o término entre os 60/65 anos, ou seja, a idade normalmente declarada como a entrada na velhice. A este propósito, Lachman (2001) aponta a necessidade de uma tolerância de 10 anos, podendo a meia-idade iniciar-se aos 30 e terminar aos 75 anos. Alguns estudos sobre o início ou término da meia-idade verificam que na perspetiva dos participantes, em média inicia-se aos 44 anos e finda por volta dos 59 (Lachman, 2004). A mesma autora considera que, para definir a meia-idade, a idade cronológica torna-se cada vez mais desajustada, uma vez que as normas cronológicas não são tão rigorosas quanto os períodos, isto é, o ideal seria que a meia-idade fosse descrita através de eventos e responsabilidades sociais, familiares ou de trabalho, ao invés de ser definida por um número. No entanto, a meia-idade nem sempre se inseriu num intervalo do tempo levando a que, historicamente, esta ocorresse mais cedo no curso de vida, provavelmente devido à esperança média de vida mais curta (Lachman, Teshale & Agrigoroaei, 2015).

Para Jorge (2005), a meia-idade caracteriza-se, por um lado, pela falta de energia física e capacidade de movimento, cansaço, fadiga, redução da força e condicionamento físico. Por outro, por ganhos como alargamento de conhecimentos, experiência de vida e aprendizagem.

Cada vez mais, a meia-idade deixa de estar ligada à idade, passando a ser entendida pelos papéis sociais que as pessoas assumem ou pelos quais são responsáveis. Esses papéis/responsabilidades podem incluir funções como a de cônjuge/parceiro, pais, avós, filhos adultos, irmãos, amigos, colegas de trabalho, cuidadores, membros da comunidade (Infurna, Gerstorf & Lachman, 2020).

Regularmente, os jovens não precisam de se preocupar com ninguém além de si próprios e, usualmente, há outra pessoa (pais, professores, amigos) para interceder e ajudar, se necessário. Na meia-idade, as coisas mudam bastante, pois a atenção e o tempo deixam de ser apenas para si. Embora o controlo aparente reduzir, o modo como a meia-idade consegue dar resposta às tarefas impostas está em grande parte nas próprias mãos. Esta perspetiva pode ser aterradora e libertadora, uma vez que os adultos de meia-idade se deparam com a tarefa de assumir e fazer “malabarismos” entre responsabilidades (Lachman, 2004).

Lachman e colaboradores (2015) caracterizam a meia-idade como nuclear no que diz respeito ao equilíbrio e pico de funcionamento na justaposição do crescimento e do declínio, na ligação com períodos anteriores e posteriores da vida e, por fim, como uma ponte entre as gerações mais jovens e mais velhas. Neste contexto, a meia-idade assume um lugar fulcral no percurso de vida da pessoa, mas também nas esferas familiar e social.

O aumento da esperança média de vida levou a que existisse um aumento do envolvimento nos cuidados proporcionados por adultos de meia-idade aos seus pais. Tal envolvimento leva à existência de um dever de prestação de cuidados com implicações para a saúde e bem-estar destes adultos (Infurna *et al.*, 2020). Atualmente, a maioria da população ativa assume responsabilidades familiares/de cuidados de algum tipo (Tement & Korunka, 2015) e, para Fine (2012), a família continua a ser a principal fonte de cuidados em todos os países desenvolvidos.

Para Gans e Silverstein (2006), vários estudos demonstram que a tendência para assumir os cuidados filiais aumenta entre os 40 e os 50 anos. Porém, a questão da normatividade desta ocorrência ainda não era clara. Por um lado, o facto deste acontecimento se impor cada vez mais aos filhos de meia-idade, confere-lhe uma certa normatividade dado que é esperado nesta fase específica da ontogenia. Isto permite que estes filhos se organizem para este acontecimento, desenvolvendo comportamentos e estratégias apropriadas, diminuindo, desta forma, o risco de desadaptação. Contudo, embora seja esperado, o desafio que este acontecimento coloca aos recursos que a pessoa tem para lidar com as alterações que gera, aproximam-no de um acontecimento não normativo (Morais, 2019).

Nos dias que correm, os adultos de meia-idade são chamados a assumir os cuidados aos pais idosos e aos filhos (Infurna, Gerstorf & Lachman, 2020). Tendo em consideração que os adultos de meia-idade são capazes de assumir vários papéis ao mesmo tempo e de os gerirem com eficácia, permite a conservação da sua saúde, levando a que os mesmos, quando questionados sobre a sua autoperceção de saúde, a classifiquem como boa ou ótima (Gonçalves, Leite, Hildebrandt, Bisogno, Biasuz, Falcade, 2013). O estudo mais sistemático deste período de vida poderá levar à descoberta de novas formas para otimizar o desenvolvimento ao longo da vida. Um maior foco no estudo da meia-idade poderá ser benéfico, não só para a própria meia-idade, como também as gerações anteriores e posteriores, uma vez que o seu bem-estar depende dos adultos de meia-idade (Lachman, 2015).

Ao tentarem responder a todas as necessidades impostas, os adultos de meia-idade podem vir a sofrer sobrecarga e stress, uma vez que se encontram a lidar com vários papéis e transições de vida; mudanças na estrutura familiar e na dinâmica com as diferentes gerações (mais velhas e mais novas); tensões financeiras e redução da rede de suporte social; e predomínio de doenças mentais e físicas (Infurna *et al.*, 2020). Destacando o estatuto socioeconómico, este é visto como uma mais valia neste período de vida uma vez que permite o acesso a recursos necessários como por exemplo ao setor da saúde, cultural, entre outros (Spiro, 2001). Também a rede de suporte social é vista como fundamental pois são os familiares, amigos, vizinhos e os grupos sociais o principal apoio, quando necessário, para dar resposta a acontecimentos de vida normativos e como os não-normativos (Dunst & Trivette, 1990).

É inegável a ligação existente dos adultos de meia-idade com os mais novos e com os mais velhos, uma vez que estes encontram-se, maioritariamente, responsáveis pelo cuidado dos pais, pela ajuda financeira, e pelo cuidado dos filhos, entre outros. Tais acontecimentos podem também levar estes adultos a vivenciar a experiência do “ninho vazio” com a saída dos filhos de casa, ou tornando-se a geração mais velha após a morte dos pais (Putney & Bengtson, 2001).

A meia-idade assume um papel fundamental na vida das gerações mais jovens (Infurna *et al.*, 2020). Os adultos de meia-idade funcionam como um elo de ligação gerações (netos, filhos adultos, rede de família/amigos e pais/sogros). No fundo, são eles a geração que lidera e assume constantemente a responsabilidade na família e na sociedade (Fagulha, 2005).

Entre os adultos, as filhas apresentavam três vezes mais probabilidade de assumir o papel de cuidador principal do que os filhos (Martire & Stephens, 2003). A explicação para esta situação é possivelmente multifatorial. Por exemplo, esta desigualdade de género pode representar uma divisão tradicional de trabalho de tal forma que as mulheres são consideradas mais vocacionadas para assumir a responsabilidade principal pelas tarefas domésticas e pelos cuidados pessoais aos membros da família (Biernat & Wortman, 1991); ou pode representar o fato de que as mulheres geralmente recebem salários mais baixos do que os homens e podem mais facilmente abandonar os empregos ou reduzir as horas de trabalho para assegurar cuidados (Martire & Stephens, 2003). De acordo com Moen, Robison e Fields (1994), entre os 35 e 44 anos, quase um quarto das mulheres assumiu o papel de cuidadora, e entre os 55 e 64 anos mais de um terço responsabilizou-se por este papel.

Neste contexto, torna-se claro que os adultos na meia-idade assumem atualmente tarefas e responsabilidades cruciais, quer ao nível pessoal, quer familiar, quer social, nomeadamente no que se refere a garantir os cuidados às gerações mais novas e mais velhas. Posto isto, tem emergido na literatura a atenção a um grupo específico da meia-idade, que são aqueles que, em simultâneo, assumem o papel de cuidadores formais e informais, o designado *double e triple caregiving*

O conceito de *double* e *triple caregiving* é ainda recente na literatura do domínio sendo que, a investigação tem-se centrado essencialmente em equipas de investigação norte americanas. Este conceito encontra-se frequentemente associados ao conflito trabalho formal-informal em profissionais dos cuidados formais, particularmente, enfermeiros e técnicos de serviços sociais para a velhice. Apesar de se constatar um aumento das investigações nesta área, os *double* e *triple caregivers* fazem parte de um segmento essencial, mas pouco estudado, que desempenha um papel crítico na resposta às necessidades de cuidados de longo prazo de uma população idosa em rápido crescimento (DePasquale, 2019).

De acordo com DePasquale e colaboradores (2017), quando existe uma convergência entre o cuidado ao nível profissional (cuidado formal) e da família (cuidado informal), na literatura são utilizados o conceito *double* e *triple caregiving*. Esta designação permite fazer uma diferenciação entre os profissionais que trabalham na área da Saúde e do Social com funções de cuidador informal para além do domínio do trabalho (DePasquale, Davis, Zarit, Moen, Hammer & Almeida, 2016; DePasquale, Zarit, Mogle, Moen, Hammer & Almeida 2018).

No que diz respeito à definição, *double caregivers* são aqueles que, no domínio profissional, possuem tarefas de cuidado (como por exemplo, profissionais de saúde, auxiliares de ação direta e de serviços gerais, técnicos superiores do social, entre outros) e que informalmente cuidam de crianças (filhos) ou de adultos mais velhos (idosos). Já *triple caregivers* são aqueles que, à semelhança dos anteriores, a sua profissão envolve a prestação de cuidados e que, simultaneamente, informalmente cuidam de crianças e adultos mais velhos.

Atendendo às especificidades da meia-idade, bem como às exigências individuais, sociais, e às múltiplas tarefas e papéis que estes adultos desempenham, é claramente necessário aprofundar o conhecimento que temos sobre este grupo, uma vez que existem ainda poucos estudos no domínio. Posto isto, analisar aspetos como a resiliência e bem-estar na meia-idade são altamente relevantes tendo em consideração as especificidades e às exigências que se colocam aos adultos de meia-idade.

2. Resiliência na vida adulta

O estudo da resiliência tem maior incidência na infância e adolescência, sendo definida como um fator importante para um desenvolvimento bem-sucedido (Hardy, Concato & Gill, 2004). No entanto, e tendo em consideração que se trata de um recurso relevante ao longo de toda a vida, já existem estudos que abordam a resiliência na idade avançada, continuando a ser escassa a investigação sobre resiliência na meia-idade.

O termo resiliência teve origem na Física e na Engenharia, sendo um dos seus autores o inglês Thomas Young (Yunes & Szymanski, 2001). No que respeito à origem etimológica da palavra, verificámos que a palavra resiliência deriva do inglês *resilience*, que se traduz em

elasticidade e capacidade rápida de recuperação e provém também do latim *resilire*, que significa saltar para trás, voltar, romper, dobrar-se, recuar, encolher-se, diminuir-se, ser impelido, rebentar, retirar-se, relançado (Houaiss, 2005).

No que diz respeito à resiliência na área da psicologia, Emmy Werner é considerada a mãe da resiliência uma vez que, no âmbito de um estudo longitudinal com Smith, iniciado com 698 crianças no Havaí, conseguiu observar que nem todas estavam expostas a situações de risco, apresentavam ou desenvolviam resultados negativos e os efeitos cumulativos de determinados fatores de risco chegavam até aos 40 anos de idade (Werner, 1989). É importante ter em consideração que, a resiliência é um processo dinâmico, pelo que uma pessoa não deverá ser sempre considerada resiliente, isto significa que, sendo a resiliência conceptualizada como um processo, a pessoa será considerada resiliente se conseguir fazer face aos desafios impostos num determinado momento e contexto (Werner, 2012).

Apesar de na literatura não se encontrar modelos teóricos específicos sobre resiliência, Garmezy, Masten e Tellegen (1984) propõem três diferentes paradigmas que permitem compreender como é que ela atua. O primeiro é o modelo de compensação onde, por meio das características individuais ou ambientais, são utilizados fatores compensatórios que eliminam ou reduzem a exposição ao risco. O segundo modelo é o do desafio, que permite verificar que os acontecimentos geradores de stresse e adversidade não são vistos como algo negativo, mas como meios para uma possível adaptação bem-sucedida. Por fim, o modelo dos fatores de proteção, assume que para existir condições de proteção, há também a necessidade de existirem fatores de risco, proporcionando assim oportunidades à pessoa para aprender a fazer uma adaptação positiva, de forma a diminuir a probabilidade de resultados negativos.

Para Staudinger, Marsiske e Baltes (1995) fazem parte da resiliência os conceitos de capacidade de reserva e plasticidade. Relativamente à capacidade de reserva, esta compreende fatores e recursos que direcionam o crescimento para além do nível de funcionamento normal. Em relação à plasticidade, diz respeito aos recursos ocultos que podem ser ativados. Quando falamos de plasticidade, esta traduz-se na mudança na capacidade adaptativa do organismo, que pode aumentar ou diminuir. Ao nível da resiliência, a plasticidade permite potenciar a manutenção e recuperação dos níveis de adaptação normal. A resposta resiliente face a acontecimentos negativos é dada em função dos fatores protetores, ou seja, os fatores que funcionam como recursos para lidar com o problema. Esses fatores protetores podem envolver estatuto de saúde; recursos psicológicos, como por exemplo os traços de personalidade, e recursos sociais onde se contempla família, amigos e instituições sociais (Fontes, 2010).

Grotberg (1985) definiu resiliência como a capacidade de a pessoa encarar a adversidade e combatê-la de modo a que o acontecimento a fizesse crescer, assim a pessoa não se limitava apenas a aceitar ou a ultrapassar o acontecimento negativo, mas sim a aprender algo com ele. Reppold (2012) considera que, apesar dos contextos adversos, a resiliência é

entendida como uma manutenção de um processo de desenvolvimento, sendo algo sistemático, dinâmico e complexo, por meio da interação entre a pessoa e o ambiente.

Segundo Ungar (2004), a resiliência, numa perspectiva contemporânea, define-se como contextual e cultural na medida em que é uma construção social, sendo os fatores de risco específicos e os fatores de resiliência multidimensionais. Na perspectiva do desenvolvimento ao longo do ciclo de vida, a resiliência refere-se à capacidade que, perante um acontecimento adverso, negativo ou uma ameaça, o sujeito tem para recuperar e conservar o comportamento adaptativo (Fontes, 2010).

Atualmente, a resiliência pode assumir uma grande variedade de perspectivas, podendo tomar vários significados de forma a ser utilizada em diversas áreas de conhecimento científico (Farrall, 2012). Apesar dos inúmeros significados atribuídos ao longo dos tempos, de forma geral, o termo resiliência refere-se a um padrão de funcionamento que indica uma adaptação positiva em contexto de adversidade (Lavretsky, 2012). Bonanno, Westphal e Mancini (2012) alertam para o facto de terem proliferado definições diferentes e muitas vezes confusas do termo, que por vezes, ainda são usadas indistintamente. Muitas vezes, existe dificuldade em aferir o significado correto, uma vez que se encontra constantemente associada a outros conceitos, como fatores de risco, fatores de proteção, stresse ou adaptação, o que contribuiu para maior confusão teórica (Taboada, Legal & Machado, 2006). No entanto, segundo os mesmos autores, nas ciências humanas, a resiliência é definida como a capacidade que determinadas as pessoas apresentam para superar os desafios impostos pela vida.

Para a *American Psychological Association* (2013), resiliência é definida como um processo de adaptação às dificuldades, traumas, tragédias, ameaças e acontecimentos significativos indutores de stress. Atualmente, sabe-se que a resiliência sustenta relações humanas funcionais e interações positivas entre a pessoa e o ambiente social, cultural, económico e biofísico (Almedom, 2015).

No estudo da resiliência, segundo Infante (2005), podemos identificar duas gerações de investigadores. A primeira centra-se em descobrir fatores protetores que estão na base da adaptação positiva, particularmente em crianças que viveram dificuldades; já a segunda geração tem investigado a resiliência em duas vertentes: (1) resiliência enquanto processo, que reflete a dinâmica entre fatores de risco e de resiliência, dando assim à pessoa o poder de superar as dificuldades com que se depara; e (2) procura de modelos que possibilitem a promoção de resiliência ao nível dos programas sociais. Na opinião de Infante (2005), a que melhor representa a segunda geração é a de Luthar e colaboradores (2000), que define resiliência como “um processo dinâmico que tem como resultado a adaptação positiva em contextos de grande adversidade” (p. 543). Assim, esta definição distingue três elementos no conceito de resiliência. A noção de adversidade, trauma, risco ou ameaça ao desenvolvimento humano, onde o termo “adversidade” pode significar a exposição a múltiplos fatores de risco ou apenas a uma situação concreta. Torna-se necessário perceber que adversidade deverá clarificar a natureza do risco,

se é subjetivo (através da percepção de cada um) ou objetivo (avaliação por meio de instrumentos de medição), e a ligação existente entre adversidade e adaptação positiva, podendo-se desta forma identificar a resiliência. A adaptação positiva ou superação da adversidade, o que indica se existiu ou não um processo de resiliência por meio do alcance, por parte da pessoa, das expectativas sociais associadas a uma etapa do desenvolvimento. Quando existe uma adaptação positiva, considera-se adaptação resiliente. O processo ativo de mecanismos emocionais, cognitivos e socioculturais que potenciam o desenvolvimento humano, o que permite verificar a adaptação resiliente em função da interação dinâmica entre os vários fatores de risco e de resiliência, como a família, a sociedade, a cognição, entre outros. Este processo permite verificar que a resiliência não se trata apenas de um atributo pessoal, mas também de contextos envolventes.

Apesar de na literatura não existirem modelos conceituais sobre resiliência, existem, no entanto, algumas abordagens teóricas, ligadas à Psicologia Cognitiva, por meio de dos conceitos de stress e *coping*, como também à Psicologia do Desenvolvimento, focados nos conceitos de fatores de risco, fatores protetores e vulnerabilidade. Para compreender o conceito de resiliência, será importante definir estes conceitos.

Um dos vanguardistas da definição de stress, na área da Saúde, foi Selye que, em 1936, definiu stress como uma resposta a qualquer imposição feita. Já em 1984, para os investigadores Lazarus e Folkman, o stress representaria uma ameaça ao equilíbrio e estabilidade, psicológica e física da pessoa em questão. A visão destes investigadores face ao primeiro mostra-se um pouco diferente, uma vez que, na definição originária de stress, a pessoa apresentava “sintomas de stress”, enquanto na de 1984 é destacada a pessoa em situação de stress.

Três anos mais tarde, a visão de Matteson e Ivancovitch (1987) parecia ir na mesma linha de pensamento de Lazarus e Folkman, uma vez que definiram que o stress tem por base a interação da pessoa com o meio, onde, através dessa relação, se desencadeia uma resposta adaptativa. É de ter em consideração que estas respostas diferem de pessoa para pessoa, uma vez que são mediadas pelas diferenças individuais e/ou processos psicológicos, sendo consequência de fatores externos (como por exemplo acontecimentos, ações ou situações) que produzem elevadas exigências físicas ou psicológicas.

Quando se fala em stress, existe sempre algo que o origina, deste caso, as situações indutoras de stress. Uma situação indutora de stress deriva da percepção da pessoa face à relação entre o próprio e o que a rodeia, ou seja, quando esta percebe que o problema em causa poderá exigir mais recursos do que os que, na sua perspetiva, possuiu, colocando em questão o seu bem-estar (Lazarus & Folkman, 1984). De acordo com os autores citados, as situações indutoras de stress têm origem em três categorias: na ameaça que se traduz na antevisão de um acontecimento negativo que poderá ocorrer antes de o mesmo se manifestar; no dano que diz respeito às consequências de algo negativo que já ocorreu; e por fim o desafio, onde a pessoa, perante uma situação, acredita que é possível alcançar um objetivo ou fazer face às

adversidades. Mais tarde, Serra (1999) considerou sete categorias geradoras de stress, sendo elas: acontecimentos significativos da vida; acontecimentos desejados que não se verificam; traumas graves; traumas ocorridos no estágio de desenvolvimento; situações crônicas indutoras de stress; micro indutores de stress e, por fim, macro indutores de stress.

Segundo Serra (1999), o stress pode ser classificado em dois tipos: stress positivo e stress negativo. No que diz respeito ao stress positivo, também classificado de *eustress*, reflete-se quando uma resposta positiva é percebida como uma possibilidade de desenvolvimento pessoal. O stress negativo, *distress*, traduz uma situação que potencia o desgaste, ou seja, como o próprio nome indica, representa uma resposta negativa que irá desencadear possíveis consequências para a saúde da pessoa.

Apesar de existirem várias definições de stress na Psicologia, de acordo com Santos (2011) as mais atualizadas consideram que o stress deriva de um ambiente externo e que esse mesmo stress provém de uma resposta ao elemento causador de stress ou sofrimento. Deste modo, para existir stress deverá existir uma interação entre a pessoa e o ambiente que o rodeia, ou seja, tem por base a forma como a pessoa avalia os acontecimentos que induzem stress em função da sua aptidão para lidar com essa situação adversa.

É por meio deste balanço entre os desafios no ambiente envolvente e a forma como o sujeito faz face a essas adversidades de forma satisfatória que surge conceito de *coping*. De acordo com Igreja (2012), não se definiu uma palavra concreta para a tradução para português do termo “*coping*”, uma vez que, essa tradução, poderia levar a uma perda do sentido original da palavra, podendo existir uma dissipação da informação, no entanto, existem possibilidade de tradução para as estratégias como “estratégias de enfrentamento” ou “formas de lidar com”.

Para Dias e Pais-Ribeiro (2019), o conceito de *coping* encontra-se ligado à psicologia desde o seu princípio, tendo por base a maneira como as pessoas lidam com as situações negativas da vida. Lazarus e Folkman (1984), referem-se a este como uma maneira de lidar com uma situação que produza stress. Desta forma, o *coping* traduz-se naquilo que a pessoa faz para tentar alterar a situação indutora de stress, seja por meio da reinterpretação ou redução das emoções negativas ou através de um esforço cognitivo. No fundo, o *coping* é o meio ou estratégia para lidar com o stress.

De acordo com Igreja (2012, p. 40), “para a generalidade dos autores, o *coping* pode ser visto como a reprodução das competências do indivíduo, utilizadas quando definimos o stress no desajustamento entre elas e as exigências do meio.” Segundo a autora, apesar da existência de diversas definições, os conceitos de stress e *coping* andarão sempre lado a lado, uma vez que “o último representa o exercício da ação ou inação dos indivíduos perante situações de stresse” (Igreja, 2012, p. 38).

Em conclusão, compreender o conceito de *coping* é uma mais valia para compreender a resiliência visto que, para existir resiliência, terá que haver resistência e um combate às dificuldades (Ribeiro & Morais, 2010).

Para que ocorra resiliência terão de existir não só fatores de risco, mas também fatores de proteção, de forma a existir um equilíbrio e uma compensação. No entanto, são os fatores de proteção que carecem mais de atenção, uma vez que são aqueles que devemos “desenvolver, estimular ou melhorar” (Anaut, 2005). É por meio da interação entre fatores de risco e de proteção que os sujeitos desenvolvem recursos e competências para se adaptar de forma favorável ou desfavorável às situações. Segundo Anaut (2005), as trajetórias destes fatores podem-se intersectar ou ainda terem um modo de atuação completamente autónoma.

Uma das condições necessariamente presente na resiliência é o risco. A resiliência traduz-se na adaptação perante o risco. Os fatores de risco são constituídos por diferentes dimensões: dimensão social, dimensão biológica e dimensão relacional, encontrando-se associados ao sujeito, bem como à família ou comunidade envolvente (Antunes, 2011).

Para além dos fatores de risco, também os fatores de proteção ou protetores estão associados à resiliência. Masten e Garmezy (1985) descrevem como fatores de proteção principais as características pessoais; familiares e a rede de apoio social. Os fatores de proteção provêm de características ou condições que permitam reduzir a probabilidade de efeitos negativos face ao confronto como um fator de risco. Estes fatores de proteção derivam de características individuais ou por meio de um ambiente positivo, levando a que haja uma redução da incidência e da gravidade do risco (Aisenberg & Herrenkohl, 2008). Para Fontes e Neri (2015), esses recursos são: mecanismos de autorregulação do self, autoeficácia, regulação emocional, mecanismos de enfrentamento do stress e estratégias de seleção, otimização e compensação dos domínios do funcionamento. De forma a que a pessoa consiga lidar com o stress e com os acontecimentos negativos da vida, a resiliência faz uso dos recursos protetores.

Em suma, os fatores de proteção possibilitam à pessoa a oportunidade de melhorar, modificar ou alterar o comportamento face a uma situação de exigência (Júnior & Zanini, 2011).

O conceito vulnerabilidade foi definido como a relação entre os compromissos pessoais e os recursos que a pessoa possui para lidar com ameaças inerentes. No que diz respeito às diferenças individuais ao nível da vulnerabilidade, estas residem no modo como a pessoa pensa e como usa a experiência que vai adquirindo, ou seja, resulta de avaliações pessoais (Lazarus & Folkman, 1984). De acordo com Antunes (2011), trata-se de uma característica pessoal para apresentar respostas negativas ao longo do desenvolvimento, dependendo da presença de fatores de risco. Não existindo fator de risco, não existe vulnerabilidade, no entanto esta aumenta a probabilidade de resultados negativos face a acontecimentos exigentes.

Segundo Melo-Dias e Silva (2015), a vulnerabilidade pode ser classificada em dois tipos: inata e adquirida. A primeira refere-se à vulnerabilidade que está presente “nos genes e refletida no ambiente interno e na neurofisiologia do organismo” (Melo-Dias & Silva, 2015, p. 413) já a segunda, é aquela que tem por base a influência da experiência de “situações anteriores com trauma, doenças específicas, complicações perinatais, experiências na família, falta de intimidade nas amizades interpares na adolescência e outros acontecimentos críticos de vida que contribuam para estimular ou para inibir o desenvolvimento de subsequente perturbação.” (Melo-Dias & Silva, 2015, p. 414). Posto isto, pode-se concluir que quanto mais acentuada for a vulnerabilidade, maior a probabilidade de existir efeitos negativos ao nível do funcionamento individual e da capacidade adaptativa.

Segundo Lavretsky (2012), pessoas que são resilientes são dotadas de uma maior capacidade de recuperação do equilíbrio fisiológico e psicológico após eventos stressantes e são capazes de suportar adversidades. A resiliência refere-se, então, à capacidade de manter a homeostase biológica e psicológica sob stress, no entanto, os componentes da resiliência podem variar de acordo com o contexto, tempo, idade, género e origem cultural. Para Lerner e colaboradores (2012), a resiliência não é uma característica funcional da ecologia do desenvolvimento humano, mas sim um conceito que demonstra que a relação pessoa-ecologia possui um significado adaptativo, ou seja, a relação envolve um ajuste entre as características da pessoa e as características da sua ecologia, refletindo tanto mudanças face às alterações ou novas ameaças ambientais, desafios ou “processos”, ou firmeza ou manutenção do funcionamento adequado ou saudável face às variações ambientais nos recursos necessários para o funcionamento adaptativo. Posto isto, a resiliência mostra ser um atributo dinâmico da relação entre a pessoa e seu sistema de desenvolvimento multinível e integrado.

No que respeita à relevância das experiências iniciais de desenvolvimento, Fagundes e colaboradores (2012) consideram que estas podem preparar o caminho para vulnerabilidade ou resiliência na vida adulta. Também Lipsitt e Demick (2011) argumentaram que uma compreensão mais completa da resiliência na vida adulta pode ser alcançada por meio de um melhor conhecimento dos antecedentes na infância e na adolescência.

Na idade adulta e na velhice, a resiliência deve ser considerada no âmbito dos contextos de tempo, ecologia social e cultural de forma a ser compreendida na totalidade. Ong e colaboradores (2009) observaram, a partir de uma perspetiva de desenvolvimento ao longo da vida, os vários aspetos da resiliência que podem ser influenciados por acontecimentos normativos, acontecimentos não normativos e por dificuldades frequentes de vida.

A resiliência enquanto atributo ou característica de um sistema pode ser considerada ao nível intraindividual, mas também no âmbito de relações conjugais/românticas, de família, cultura ou sociedade. Ao nível da relação conjugal/romântica, a resiliência pode ser identificada a partir de qualidades pessoais e do modo como o casal supera as dificuldades, levando a resultados positivos ou negativos para cada elemento da díade e para o relacionamento. Ou seja, a

resiliência pode existir ao nível da pessoa, da família, da cultura ou da sociedade, onde cada um é mais ou menos adaptável à mudança, influenciando os recursos a que o sujeito tem acesso, contribuindo para diferenças intra e interindividuais na resiliência (Smith & Hayslip Jr., 2012).

Apesar de vários investigadores caracterizarem a resiliência como um traço de personalidade, uma perspetiva mais comportamental sugere que esta possa ser desenvolvida, promovida e que cresça mais tarde na vida. (Rybarczyk, Emery, Guequierre, Shamaskin & Behel, 2012).

No que respeita à resiliência psicológica, Ryff e colaboradores (2012) definem-na como a capacidade de manter ou recuperar o bem-estar psicológico face a um desafio. Esta definição realça o bem-estar face à adversidade, ou seja, a capacidade de se desenvolver e ser eficaz apesar de circunstâncias ou eventos adversos. Relativamente à resiliência cognitiva, Stine-Morrow e Chui (2012) consideram que, ao longo da vida, existe uma dependência da capacidade de se adaptar a fatores internos e fatores externos para manter hábitos mentais satisfatórios. No que se refere à resiliência no contexto do stress diário, esta diz respeito à capacidade de recuperação rápida dos efeitos negativos dos acontecimentos stressantes e à manutenção de adaptação positiva face a stressores recorrentes (Diehl, Hay & Chui, 2012). Diehl e colaboradores (2012) verificaram que fatores de risco e resiliência incluem características sociodemográficas, psicossociais e características relacionadas com a saúde em geral. Estes fatores de risco aumentam a vulnerabilidade dos sujeitos e, por sua vez, os efeitos negativos do stress diário, enquanto a resiliência ajuda as pessoas a superar os desafios do stress diário. Relativamente às estratégias de coping bem-sucedido, estas podem aumentar a resiliência, enquanto que um coping fraco ou inadequado pode aumentar a vulnerabilidade da pessoa.

No que se refere à vida profissional, de acordo com Sterns e Dawson (2012), a resiliência pode surgir de várias formas de modo a superar as adversidades impostas no local de trabalho, e varia consoante o desafio ou a ameaça imposta, incluindo três tipos de padrões: (1) o padrão disposicional, que pode ser apresentado por um trabalhador mais velho através da participação em educação vocacional, reabilitação após lesão/doença, ou de traços de personalidade que facilitam o sucesso sob stress; (2) o padrão situacional, que é refletido por meio da avaliação cognitiva e das estratégias de coping, surgindo como um redesenho do trabalho; e, por fim, (3) o padrão relacional, que inclui relacionamentos com colegas e superiores no local de trabalho, redes de apoio em casa e no trabalho, bem como a capacidade de um trabalhador mais velho se adaptar a um local de trabalho multigeracional. Desta forma, torna-se um elemento essencial do envelhecimento bem-sucedido na vida profissional. Neste contexto de vida, a resiliência pode refletir a capacidade de negociar novas opções e abordagens, ser representada pela manutenção da competência profissional por meio da aprendizagem contínua ao longo da vida, onde a necessidade de praticar e renovar constantemente as competências apresenta grande desafio e, por último, outra forma de resiliência baseia-se na disposição que as pessoas mais

velhas possuem para procurar um novo emprego e não se tornarem trabalhadores desanimados (Sterns & Dawson, 2012).

Os profissionais, principalmente os da área da Saúde e do Social, confrontam-se diariamente com diversos desafios e acontecimentos stressantes, podendo levar a um risco acrescido para a sua saúde e bem-estar. Segundo Correia (2018), é claro que os trabalhadores mais resilientes possuem uma maior capacidade para lidar com os contratemplos e exigências que a atividade laboral lhes coloca. Desta forma, a resiliência torna-se um recurso fundamental para a saúde e bem-estar destes profissionais.

No que diz respeito à resiliência em situações de cuidado, Coon (2012) considera que pode englobar processos semelhantes à resiliência em outras experiências stressantes, principalmente quando o stress de cuidar surge dentro do contexto sociocultural mais amplo da vida dos cuidadores e dos alvos de cuidados. Em contextos socioculturais, cuidadores resilientes adaptam-se com sucesso ao seu papel, bem como às suas responsabilidades e vicissitudes associadas. Nesta área, a resiliência foi positivamente associada ao coping focado no problema, ao uso do distanciamento e considerar o lado positivo (Coon, 2012). Foi associada de forma negativa ao coping do tipo fuga-evitamento, como pensamentos positivos e aumento do sono, vontade de fumar, consumo de álcool, alimentação inadequada ou automedicação. A resiliência foi o único preditor significativo da sobrecarga do cuidador, da satisfação com a vida e do stress percebido, sendo que níveis mais altos de resiliência foram associados a níveis menores de sobrecarga do cuidador e de stress percebido e a maior satisfação com a vida (Coon, 2012).

Segundo Amaral (2016), a resiliência pode ser avaliada por meio de dois métodos: os indiretos e os diretos. Quando falamos nos métodos indiretos, estes são relativos à ausência de resultados negativos como por exemplo ao bem-estar subjetivo ou à inexistência de sintomatologia depressiva. Já os métodos diretos prendem-se com uma avaliação através de instrumentos validados para avaliação da resiliência. Tendo em consideração a diversidade de instrumentos disponíveis, destacam-se na literatura a *Resilience Scale* (Wagnild & Young, 1987), a *Brief Resilience Coping Scale* (Sinclair & Wallston, 2004) e a *Connor-Davidson Resilience Scale* (Connor & Davidson, 2003). No que diz respeito à *Resilience Scale*, esta foi criada por Wagnild e Young (1987) e, como o próprio nome indica, permite avaliar a resiliência como característica da personalidade. Em 2004, Sinclair e Wallston desenvolveram a *Brief Resilient Coping Scale* que permite avaliar a resiliência por meio da capacidade para gerir e adaptar-se a acontecimentos negativos. Por último, a *Connor-Davidson Resilience Scale* foi desenvolvida em 2003 por Connor e Davidson, para avaliar a resiliência enquanto capacidade de gestão de stress e *coping* (Amaral, 2016).

A investigação sobre a resiliência é vasta, mas incide em particular sobre a infância e adolescência. No entanto, foi possível identificar alguns estudos que permitem compreender a relevância desta variável em adultos de meia-idade, em contexto pandémico e em atividade profissional na área da Saúde e do Social.

Correia (2018) desenvolveu um estudo com o objetivo geral de avaliar níveis de resiliência de técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, através da aplicação da versão portuguesa da Escala de Resiliência (Deep & Pereira, 2012) em 12 profissionais de saúde, com idade média de 38 anos. O autor verificou que 41,7% dos profissionais apresentava níveis baixos de perseverança e 58,3% de serenidade, e apresentavam valores médios no sentido com a vida, bem como em relação à autossuficiência e autoconfiança (50,0%).

Tendo em consideração os tempos exigentes pelos quais a população mundial atravessa face à pandemia Covid-19, Lenzo e colaboradores (2020) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar depressão, ansiedade e stress na população italiana durante a fase caracterizada pelo confinamento e analisar o papel da resiliência como potencial preditor. Na recolha de dados usaram a *Resilience Scale* (Wagnild & Young, 1993) para avaliar a resiliência, tendo os resultados revelado que cerca de um terço das pessoas relataram sintomas moderados a extremamente graves de depressão, ansiedade e stress durante o confinamento, mas foram encontradas diferenças significativas na severidade destes sintomas em função dos níveis de resiliência. Ou seja, quanto maior a resiliência menor a gravidade dos sintomas (depressão, ansiedade e stress).

Também Pearman, Hughes, Smith e Neupert (2020) realizaram um estudo que pretendia examinar a ansiedade específica face à COVID-19, o *coping* proativo e resiliência.

Avaliaram 515 adultos com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos, nos Estados Unidos, tendo verificado que o stress relacionado a COVID-19 apresenta diferenças importantes no risco e na resiliência para adultos mais jovens e mais velhos. A ansiedade sobre o desenvolvimento de COVID-19 foi o fator de risco mais forte, mas o *coping* proativo foi um fator de resiliência mais forte para o stresse em adultos mais velhos em comparação com adultos mais jovens.

O estudo de Moreno-Agostino, Torre-Luque, Silva-Sauer, Smith e Fernández-Calvo (2021) teve dois objetivos: 1) estudar a relação entre os recursos de resiliência (sociais e individuais) e a sintomatologia emocional (sintomas de depressão e ansiedade), tendo em conta os potenciais efeitos indiretos do stresse percebido, e 2) investigar se a rede de relações varia nas diferentes faixas etárias. Para tal foi utilizada uma amostra de 718 pessoas organizadas em dois grupos etários 18 aos 59 anos e 60 aos 86 anos em que se avaliou stresse percebido, sintomatologia depressiva e ansiosa, suporte social e resiliência. No que diz respeito ao primeiro objetivo, verificou-se que os recursos individuais e sociais de resiliência se encontravam negativamente relacionados com a experiência de sintomatologia emocional e que uma proporção significativa dessa relação ocorreu por meio de uma avaliação de menor stresse, não existindo efeitos diretos significativos entre eles e a sintomatologia depressiva ou de ansiedade. No que concerne ao segundo objetivo, os resultados apontam para que a rede de relacionamentos que compreende os recursos de resiliência, avaliação de stress e da sintomatologia emocional eram invariáveis em todos os grupos de idade onde as fontes

individuais e sociais de resiliência eram negativamente associadas aos sintomas depressivos e de ansiedade. Por fim, os investigadores concluíram que os recursos de resiliência individual e social estavam negativamente relacionados com os sintomas depressivos e de ansiedade em adultos, independentemente da idade. Enquanto os recursos de resiliência individual podem conseguir isso por meio de uma avaliação de stresse reduzido, os recursos de resiliência social podem estar relacionados com níveis mais baixos de sintomatologia emocional de maneiras que vão além da percepção do stress.

O estudo de Elliott e colaboradores (2021) pretendeu examinar as diferenças implícitas no sofrimento entre profissionais de saúde resilientes e não resilientes ao longo do tempo e examinar as possíveis diferenças no sofrimento em função do género e do grau académico (nível de doutorado ou não doutorado), numa amostra de 666 participantes com idade média de 51,49 anos. Para avaliar a resiliência foi utilizada a *The Connor-Davidson Resilience Scale 10* (Connor-Davidson, 2003) e para avaliar o *coping* a *The 28-item Brief COPE (B-COPE)* (Sinclair & Wallston, 2004). Os autores concluíram que os sujeitos resilientes não foram motivados a envolverem-se em comportamentos de coping mensurável para lidar com qualquer tipo de situação, contingências ou reações emocionais provocadas pela pandemia de Covid-19. Tais resultados podem dar a entender a tendência que as pessoas resilientes têm de se adaptar com flexibilidade às situações, para regular emoções e comportamentos em situações quer ao nível diário como em situações de elevado stress (Elliott, Perrin, Bell, Powers & Warren, 2021).

O estudo de Varma e colaboradores (2021) tinha como objetivo examinar o impacto da pandemia Covid-19 no sofrimento psicológico em 1.653 participantes, com uma média de idades de 42,90 (dos 18 aos 82 anos), de 63 países. Para avaliar a resiliência foi utilizada a *The 4-item Brief Resilient Coping Scale* (Sinclair & Wallston, 2004). Foram observados efeitos de coping resiliente na variância da relação entre stresse e depressão. Em relação à diferença no sofrimento psicológico entre os diferentes grupos de idade, os resultados revelaram diferenças significativas entre os grupos etários para todas as medidas, ou seja, pessoas mais velhas relataram melhor enfrentamento resiliente (55 mais anos) em comparação com os mais novos (18-35 anos). Em suma, o presente estudo indicou que os grupos de idade mais jovem podem ser mais vulneráveis ao impacto da pandemia na saúde mental (Varma, Junge, Meaklim & Jackson, 2021).

Em síntese, foi possível verificar que, sendo a infância um dos períodos de vida mais estudados no que diz respeito à resiliência, reflete uma boa entrada para potenciar a investigação na meia-idade uma vez que este período antecedente permite uma visão mais completa da resiliência na vida adulta (Lipsitt & Demick, 2011). Apesar de se notar um aumento da preocupação com a resiliência, principalmente no contexto atual que vivemos, é ainda notória a insuficiência de investigação na meia-idade, no entanto, é possível verificar a sua emergência. Com foco no cuidado, foi possível concluir que a resiliência se encontra relacionada a menores níveis de sobrecarga dos cuidadores e de stress percebido e a maior satisfação com a vida

(Coon, 2012). Tendo em consideração a visão de Correia (2018), trabalhadores mais resilientes possuem uma maior capacidade para lidar com os desafios constantes que a profissão lhes propõe, torna-se claro que ser resiliente é fundamental para a saúde e bem-estar.

3. Bem-estar psicológico na vida adulta

Tendo em consideração as várias definições e modelos teóricos, o Bem-Estar é um constructo amplo, complexo e difícil de operacionalizar. Desde a Antiguidade, principalmente na Grécia antiga, que os filósofos e líderes religiosos se propõe a estudá-lo. Aristóteles foi um dos pioneiros, quando tentou entender a existência da felicidade, tema que ainda é debatido atualmente por filósofos no entanto, nas últimas três décadas, outros investigadores debruçaram-se sobre o Bem-Estar para construir conhecimento e reunir evidências científicas (Siqueira & Padovam, 2008).

A primeira referência ao termo Bem-estar, surgiu em 1960 na tese de Wilson (Galinha e Pais Ribeiro, 2005). O termo bem-estar, antes da década de 60, encontrava-se ligado à economia e a sua caracterização passava por ser: bem-estar económico ou material, onde a sua avaliação passava pelo rendimento dos sujeitos e pelo poder de compra que estes tinham. É nesta década (60) que este termo assumiu uma dimensão mais global, passando não só a abranger a dimensão económica como também o bem-estar na vida. É na década de 70 que, por meio do modelo biopsicossociológico da saúde, que faz referência às várias causas de fatores associados à doença, que surge o conceito de bem-estar nesta área, abrangendo várias definições. Vinte anos depois, na década de 90, dá-se o nascimento da psicologia positiva. Esta surgiu da preocupação em promover uma dimensão positiva da saúde (Ferreira, 2013).

Posto isto, Ferreira, (2013) considera o Bem-estar como um conceito vasto e lato uma vez que considera a pessoa na sua generalidade, ou seja, preocupa-se com a “saúde física e mental, o bem-estar físico e psicológico e manifestando-se ao nível da satisfação e da felicidade” (p. 26).

Nas primeiras abordagens à definição de Bem-estar, este dividia-se em duas dimensões: a cognitiva e a emocional. No que respeita à primeira dimensão, é realizada uma avaliação sobre o que a pessoa “faz em cada momento da satisfação com a vida” (Ferreira, 2013, p. 25), já na segunda dimensão era estimado o afeto que o sujeito demonstrava em cada situação. Desta forma, no campo de estudo do Bem-Estar fazia parte a Qualidade de Vida, o Afeto Positivo e Afeto Negativo. No entanto, a definição de Bem-estar foi sofrendo alguma evolução ao longo dos anos. É então que, na década de 80, por meio de divergência entre os vários autores, que este

conceito se subdivide duas perspectivas, dando-se assim a divisão conceptual por meio do bem-estar subjetivo e do bem-estar psicológico (Ferreira, 2013). O bem-estar tem a sua origem na dimensão positiva da saúde mental e, segundo Albuquerque e Tróccoli (2004), refere-se ao estudo científico da felicidade, podendo ser destacadas duas áreas no bem-estar: bem-estar subjetivo e bem-estar psicológico, em que a principal diferença é a concepção de felicidade adotada.

Como podemos observar na Figura 1, o Bem-estar corresponde à dimensão positiva da Saúde Mental. Dentro dessa dimensão positiva encontra-se descrito o Bem-Estar Psicológico e o Bem-Estar Subjetivo, bem como as dimensões que os constituem (Galinha, 2008).

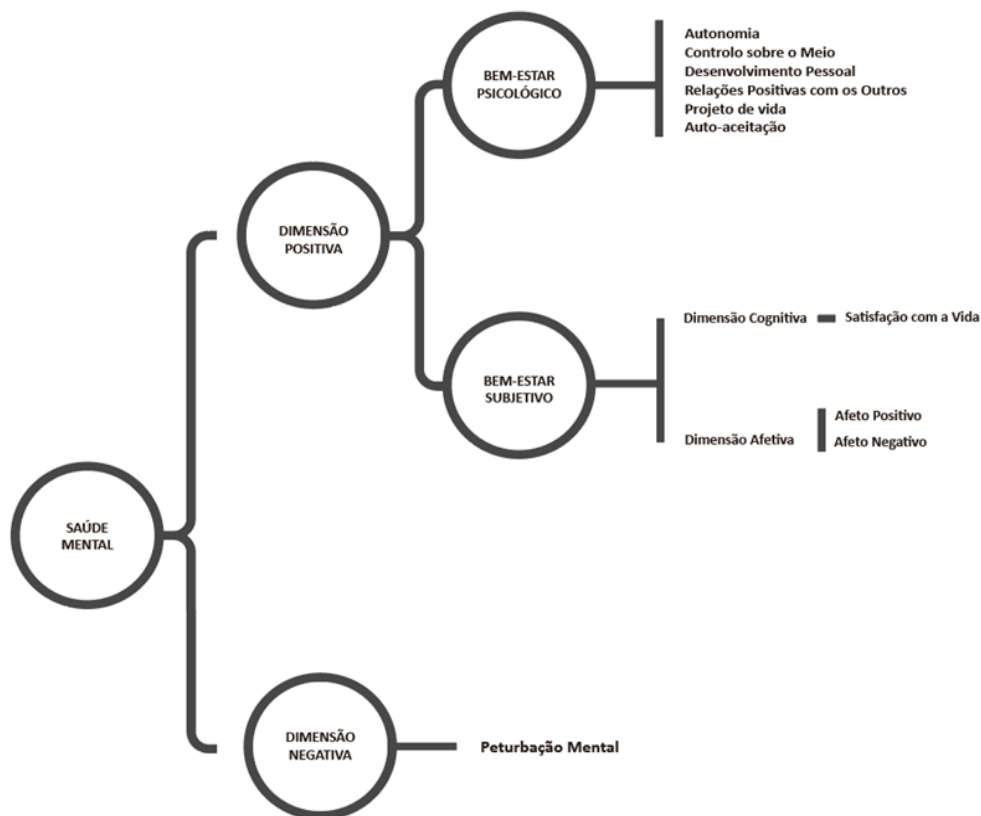


Figura 1. Enquadramento Bem-Estar

Fonte: Adaptado Galinha (2008)

De acordo com Christopher (1999), estas duas correntes do pensamento podem ser diferenciadas, uma vez que uma é baseada no *hedonismo*, onde o foco é a felicidade e o bem-estar é definido em termos de obtenção de prazer e do distanciamento da dor (bem-estar subjetivo), e outra é baseada na *eudaimonia*, onde o foco é a realização e o exercício das

potencialidades humanas e a definição de bem-estar é relativa ao desempenho das atividades do ser humano (bem-estar psicológico). De acordo com Ryan e Deci (2001), relativamente ao bem-estar no campo psicológico, as abordagens científicas mais proeminentes podem ser divididas em duas perspetivas: a mais ligada a saúde, o *hedonismo*, uma vez que a sua avaliação é feita por meio do estado subjetivo de felicidade (Diener, Suh & Oishi, 1997) e a que se encontra mais ligada à conceção aristotélica, a *eudaimonia*, a presença de bem-estar traduz o funcionamento pleno do ser humano, no desenvolvimento das suas potencialidades e crescimento pessoal (Siqueira & Padovam, 2008).

Para concluir, o *hedonismo* está ligado à satisfação com a vida, ao prazer e à felicidade, tendo por base as experiências prévias sobre afetos positivos e negativos (Nogueira, 2015), já a *eudaimonia* centra-se na capacidade que a pessoa tem para viver de acordo com o seu verdadeiro eu, de forma colmatar as limitações da perspetiva subjetiva (Deci & Ryan, 2008).

Tabela 1. Definições e Medidas do Bem-estar

Posição filosófica	Componente principal	Tipo de bem-estar e medida relacionada	Principal proponente
Hedônico	Satisfação com a vida (ou felicidade) Afeto positivo (Ausência de) efeitos negativos	Bem-estar subjetivo Escala de satisfação com a vida PANAS	Diener
Eudaimônico	Significado Propósito Crescimento Auto atualização	Bem-estar psicológico Auto aceitação Domínio ambiental Relações positivas com outros Propósito na vida Crescimento pessoal Autonomia	Ryff

Nota : PANAS = Cronograma de efeitos positivos e negativos

Fonte: Adaptado de Lent (2004)

Considerando os objetivos do presente estudo, iremos focar-nos no bem-estar psicológico. O conceito Bem-Estar Psicológico foi apresentado por Carol Ryff, na década de 80, após terem surgido várias críticas ao Bem-Estar Subjetivo por este não incluir dimensões importantes do funcionamento psicológico positivo (Ryff, 1989). De acordo com Ryff (1989), o bem-estar psicológico é definido como a perceção pessoal referente ao ajuste emocional e social acerca dos desafios da vida.

Na sua definição, o conceito de Bem-Estar Psicológico deverá abordar o processo de desenvolvimento individual relacionado com a definição de identidade e a relação entre personalidade e contexto sociocultural (Cabral, 2010).

O conceito de bem-estar psicológico enunciado por Ryff e colaboradores (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995) inscreve-se no cruzamento de dois pressupostos: (1) o conhecimento alcançado a partir do estudo das perturbações de natureza mental não conseguiram demonstrar as causas e as consequências do funcionamento psicológico positivo; e (2) o esforço de caracterização dos conceitos de bem-estar são insuficientes, refletindo-se na importância atribuída à noção de bem-estar subjetivo e a pouca atenção dada ao conceito de bem-estar psicológico (Novo, 2003).

Ryff (1989), retomando o conceito de Bem-Estar por meio da *eudaimonia*, reviu intensivamente o funcionamento ótimo ou positivo no âmbito psicológico. Foi através da revisão e análise da literatura que a autora concluiu que a estrutura do funcionamento psicológico positivo se baseara em teorias clássicas da psicologia, por meio da abordagem clínica. As teorias destacadas foram a de Jung (1933) que abordava os fenómenos da individualização; a autorrealização de Maslow (1968); a maturidade de Allport (1961) e o funcionamento completo de Rodgers (1961). As teorias sobre o desenvolvimento humano de Erickson (1959) e Neugarten, (1973) foram também incluídas por englobarem formulações sobre estágios de desenvolvimento e explicações das mudanças na personalidade nas fases adulta e de velhice. Por último, de modo a justificar o conceito de bem-estar como ausência de doença e a sua ligação à saúde psicológica, utilizou-se uma alusão à saúde mental (Jahoda, 1958).

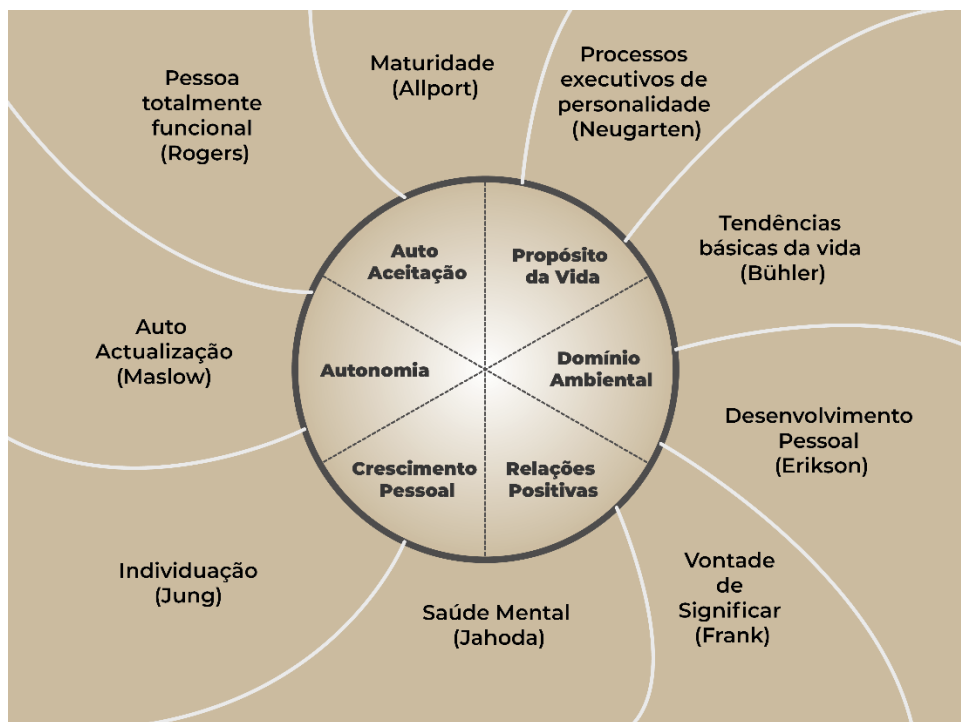


Figura 2 - Dimensões centrais do bem-estar psicológico e fundamentos teóricos

Fonte: Adaptado de Ryff e Singer (2008)

Ryff (1989) encontrou pontos de convergência entre definições das teorias humanista-existenciais, do desenvolvimento humano e da saúde mental, originando assim a descoberta das diferentes dimensões. Tendo em consideração todas as concepções teóricas (Figura 2) anteriormente mencionadas, propôs um modelo de seis componentes do Bem-Estar Psicológico, que posteriormente foi reorganizado e reformulado Ryff e Keyes (1995).

As características que possuem uma alternativa à noção de bem-estar psicológico mediante a referência a seis dimensões são: a "autonomia", que corresponde à independência, autodeterminação e regulação interna do comportamento; o "domínio do meio" ligado à capacidade para escolher ou criar ambientes adequados às condições psíquicas; as "relações positivas com outros" que refletem relações interpessoais de confiança, empatia e afeto; os "objetivos na vida" sugerindo uma compreensão do propósito da vida, um sentido de direção e intencionalidade; o "crescimento pessoal" que diz respeito à capacidade para desenvolver o próprio potencial, crescer e expandir-se como pessoa; e por fim, a "aceitação de si mesmo" que se refere à manutenção de atitudes positivas em relação a si mesmo como uma característica central do funcionamento psicológico positivo.

No que diz respeito à autonomia, esta é considerada para além da independência, a autorregulação do comportamento e a autodeterminação do sujeito. Na perspectiva de Maslow (1968), pessoas autoatualizadas são descritas como autônomas e resistentes. Rogers (1961) defendia uma avaliação de acordo com padrões pessoais, não existindo, portanto, a necessidade de recorrer à aprovação dos outros. Para Jahoda (1958), autonomia era definida como um critério de saúde mental (Ryff, 1989).

Em relação ao Domínio ambiental, Neugarten (1973) relatou os processos executivos da personalidade na meia-idade, referindo-se a características como manipulação e controlo do ambiente, domínio e competência. A meia-idade descrevia-se como um período de vida em que as pessoas assumiam atividades profissionais, familiares e pessoais. Neste seguimento, Allport (1961) definiu o sujeito com maturidade como capaz de se adaptar e desenvolver no contexto em que se encontra (Ryff, 1989).

A dimensão Relações positivas com os outros centra-se na importância da existência de relações interpessoais afetuosas e de confiança. Para Maslow (1968), os sujeitos autorrealizados demonstram interesses sociais (como a empatia e o afeto) e de estabelecer relações de amizade e amor mais profundas e de uma identificação mais completa com os outros. Roger (1961) reforça o papel fundamental da confiança básica na natureza humana. Allport (1961) refere que a manifestação de um relacionamento caloroso (demonstração de compaixão, respeito e apreço pelos outros) traduz um critério de maturidade. Jahoda (1958) dá destaque à capacidade de amar e à adequação nas relações interpessoais, sendo um dos critérios de saúde mental propostos pelo mesmo. Erikson (1959), nos estágios da vida adulta, menciona desafios

desenvolvimentais de natureza interpessoal, incluindo a intimidade e a generatividade (Ryff, 1989).

No que concerne aos objetivos na vida, estes referem-se ao alcance de metas e de convicções que direcionam o comportamento dando um sentido à vida. Os modelos de Jahoda (1958), Allport (1961) e Rogers (1961), destacam a importância da manutenção de uma perspectiva de vida capaz de dar sentido a objetivos de natureza pessoal. Segundo as teorias do desenvolvimento, no decorrer dos percursos individuais, os objetivos de vida encontram-se em constante mudança. Desta forma, o funcionamento positivo origina sempre a existência de objetivos que levem à necessidade de reação por parte dos sujeitos (comportamento humano). Posto isto, esta dimensão surge como uma componente essencial da sensação geral de bem-estar (Ryff, 1989).

Relativamente ao Crescimento pessoal, as definições das dimensões anteriormente enunciadas representam ideais de um sujeito em pleno funcionamento, contudo o desenvolvimento ideal necessita não só da potencialização das qualidades, mas também de um desenvolvimento contínuo do potencial de modo a existir um crescimento como pessoa. Rogers (1961) defende a abertura à experiência como uma particularidade da pessoa em pleno funcionamento. Por sua vez, Maslow (1968) ressalta que o esforço para a autoatualização é um processo ininterrupto. Para Jahoda (1958), atualizar e realizar as potencialidades também se inserem num dos critérios de saúde mental (Ryff, 1989).

Por fim, relativamente à Aceitação de si mesmo, esta é descrita como o tema mais recorrente do funcionamento positivo. Ao nível clínico, Maslow (1968) referiu-se como característica da autoaceitação a aceitação geral da natureza, dos outros e de si mesmo. Para Rogers (1961), esta destacava a criação do eu como uma pessoa de valor e segundo Allport (1961) esta era descrita como a segurança emocional na conceção de maturidade. Na visão de Jung (1933), a autoaceitação baseava-se no reconhecimento das várias partes de si mesmo. Para Erikson (1959), com base no estágio da integridade do ego, esta evidenciava não só a aceitação de si mesmo, como também do seu passado, ou seja, os seus triunfos e deceções. Em relação a Jahoda (1958), o seu primeiro critério de saúde mental referia-se a atitudes positivas em relação ao self, que incluía a autoaceitação e a autoconfiança.

No que respeita ao conceito de bem-estar psicológico, Andrade e Moreira (2019) consideram que este diz respeito ao desenvolvimento humano decorrente da superação de desafios de vida e que examina várias dimensões do funcionamento psíquico. Este encontra-se associado a ajuste pessoal, mais adequadamente definido como um conceito de felicidade pensado em termos de qualidade do ego (Queroz, 2008). Segundo Machado e Bandeira (2012), o bem-estar psicológico é um constructo multidimensional que reflete características relativas ao funcionamento psicológico positivo ou ótimo. Ao basear-se na teoria psicológica, este reúne avanços conceituais e achados empíricos de décadas de investigações nas áreas do desenvolvimento humano, psicologia humanista-existencial e saúde mental. Queroz (2003)

refere que este está associado a uma harmonia emocional e social. O bem-estar psicológico baseia-se na busca de um ideal de sublimidade, de crescimento pessoal ou de autorrealização.

Segundo Hsu e Barrett (2020), o estudo do bem-estar psicológico baseia-se não só no bem-estar positivo, como também no trabalho dentro dele que destaca os resultados positivos de acontecimentos muitas vezes assumidos como negativos. Esses resultados positivos derivam da reordenação das prioridades de vida, do saber lidar melhor com os desafios e com o aumento da qualidade das redes sociais. Posto isto, verifica-se a possibilidade de que a associação entre o estado civil e o bem-estar psicológico seja determinante nas dimensões negativa e positiva do bem-estar. A dimensão negativa é avaliada através da utilização do resultado examinado com mais frequência na literatura do estado civil e saúde (sintomas depressivos) enquanto que o bem-estar psicológico positivo é medido operando as seis dimensões de Ryff (1989). O casamento pode melhorar algumas particularidades do bem-estar, mas pode reduzir outras. Do mesmo modo, o divórcio pode limitar alguns aspetos do bem-estar, mas melhorar potencialmente outros. Em particular, os pontos fortes do casamento podem potenciar o bem-estar psicológico positivo, enquanto as tensões do casamento podem limitar esse bem-estar. Algumas investigações acerca da associação entre o estado civil e o bem-estar psicológico levaram à dedução geral de que os casados experienciam um bem-estar mais alto do que divorciados ou dos nunca casados. Apesar de grande parte da literatura sobre estado civil e bem-estar psicológico apontar para os benefícios do casamento, em comparação com as outras condições de estado civil, esta conclusão baseia-se mais em investigações sobre as dimensões negativas do que positivas do bem-estar. Fundamentando-se numa perspetiva de força e tensão sobre o casamento, a ligação entre o estado civil e o bem-estar psicológico é mais complexa do que as conclusões gerais sobre bem-estar e casamento (Hsu & Barrett, 2020).

A teoria do desenvolvimento psicossocial de Erikson (1963) destaca o papel crítico que as relações de cuidado com os outros assumem no desenvolvimento. A generatividade é apontada como um recurso sócio pessoal essencial para o valor pessoal e social e, em última análise, para a qualidade de vida, sendo que as evidências empíricas associam a generatividade à satisfação com a vida e ao bem-estar psicológico. Shin An e Cooney (2006) verificaram que as experiências pré-adultas com os pais se encontram associadas ao bem-estar na idade adulta. Os autores descobriram que a memória de relacionamentos difíceis com os pais (falta de confiança, de afeto e apoio por parte dos pais, não atendendo às necessidades das crianças) estava associada ao comprometimento do bem-estar na idade adulta.

De acordo com Rothrauff e Cooney (2008), o bem-estar psicológico pode ser classificado em relação ao papel parental de adultos de meia-idade e idosos. Os resultados apontam para que não existam diferenças entre os adultos sem filhos e aqueles que são pais, no que diz respeito à conexão entre o desenvolvimento da geração e o bem-estar psicológico. A generatividade prevê claramente um maior bem-estar para ambos (para os adultos que são pais e os adultos sem filhos), e as memórias positivas dos atributos dos pais antes da idade adulta

são preditores tanto de maior generatividade quanto de maior bem-estar. Não se verificaram diferenças significativas na associação entre generatividade e bem-estar psicológico em adultos com e sem filhos. Concluiu-se ainda que não existiram diferenças em relação a mulheres com e sem filhos, bem como para homens com e sem filhos no que diz respeito a um maior bem-estar psicológico (Rothrauff & Cooney, 2008).

Segundo Frone (2003), em relação ao contexto profissional, a forma como os profissionais gerem os papéis profissionais e familiares tem implicações importantes para o bem-estar, para o desempenho no trabalho e para o funcionamento familiar. A complexidade de gerir esses papéis sociais essenciais pode ser um grande stressor, abalando os resultados relacionados com a saúde e o bem-estar em geral.

Ryff (2014) realizou uma revisão sobre o bem-estar psicológico, evidenciando aspetos altamente relevantes neste domínio. Segundo a autora, avançar nas tarefas desenvolvimentais da vida adulta encontra-se associado a maior bem-estar, apesar dos declínios no propósito de vida e no crescimento pessoal ao longo do processo de envelhecimento. A autora refere que o bem-estar sofre alterações à medida que as pessoas negociam os desafios da vida adulta, com melhorias em vários processos psicológicos. Ryff afirma que ter vários papéis e um maior envolvimento nos mesmos, aumenta o bem-estar. A autora destaca o facto de que cuidar dos filhos se torna mais desafiante para o bem-estar em mulheres do que em homens; que os benefícios do casamento para o bem-estar são bastante semelhantes em homens e mulheres; e que ter pais idosos que não são saudáveis prejudica o bem-estar de mulheres jovens e de meia-idade. Pais que relataram experiências positivas com os filhos adultos têm maior bem-estar. Mulheres de meia-idade sem filhos tinham maior bem-estar se sentissem que tinham controlo sobre a sua saúde e a sua vida. No que concerne a acontecimentos familiares não normativos, como a morte de um filho, possuíam consequências duradouras no bem-estar, uma vez que, passados quase 20 anos da perda, os pais enlutados relataram pior bem-estar, mais sintomas depressivos e mais problemas de saúde em comparação com outros pais. Tal deve-se ao facto de a recuperação do luto estar ligada a um propósito de vida mais profundo. Quando ocorre a morte de uma criança, os efeitos prejudiciais sobre o bem-estar são superiores no pai do que na mãe. Já quando um filho adulto regressa à casa dos pais, verifica-se redução do bem-estar das mães, mas não dos pais. Relativamente à prestação de cuidados a pais idosos, esta tem sido associada a mudanças nos sintomas depressivos, mas tais efeitos foram reduzidos entre as filhas com níveis mais altos de domínio ambiental. O conflito trabalho-família, particularmente no que se refere à prestação de cuidados, tem sido associado a um pior bem-estar, no entanto, existirem repercussões positivas do trabalho para a família e da família para o trabalho está associado a melhores resultados de bem-estar. Por fim, no que diz respeito ao bem-estar em relação à carreira, verificou-se que quando existe uma influência positiva de um para o outro, existe melhor bem-estar, no entanto caso existam conflitos, quer no trabalho, quer em ambiente familiar, verifica-se o oposto.

No que concerne à avaliação Bem-Estar Psicológico, foi por meio de Ryff (1989) que se deu a construção de uma medida específica para cada uma das dimensões implicadas no modelo, as Escalas de Bem-Estar Psicológico. Para Oliveira e Levindo (2020), as Escalas de Bem-Estar Psicológico de Ryff (1989) são um dos instrumentos mais utilizados neste domínio. É de notar que, segundo Novo (2005), existem atualmente três versões destas escalas onde a única variação será entre o número de itens (vinte, catorze ou três itens por dimensão, traduzindo-se assim em instrumentos de 120, 84 ou 18 itens).

Salientam-se agora alguns estudos prévios sobre o bem-estar na meia-idade.

Greenfield e Marks (2006) realizaram um estudo que permitiu examinar associações entre problemas cumulativos de filhos adultos e o bem-estar psicológico e relacional com os seus pais e, se essas associações são semelhantes em pais casados e solteiros. A amostra foi constituída por 2496 pessoas, com idades compreendidas entre os 25 e os 74 anos. No que diz respeito aos resultados mais significativos, os pais com filhos adultos que possuem mais problemas demonstraram pior bem-estar em todos os pontos avaliados. Assim, pais com filhos adultos com um maior número de problemas indicaram menos afeto positivo, mais afeto negativo e menos autoaceitação. Em relação ao estado civil, os pais casados, em contraste com os pais solteiros, experienciam um declínio menor no afeto positivo. Em contrapartida, os pais solteiros poderiam envolverem-se mais ativamente em estratégias para manter relacionamentos positivos, ou pelo menos terem perceções de relacionamentos positivos, com seus filhos adultos quando estes aparentam ter um problema que possa vir a colocar esses relacionamentos em risco (Greenfield & Marks, 2006).

Brandão (2011) realizou um estudo com 63 cuidadores com idades compreendidas entre os 36 e os 68 anos ($M=50,60 \pm 6,90$ anos), onde a maioria da amostra era do género feminino (74,6%) e casados (92,1%), tendo utilizado como instrumento de avaliação as Escalas de BEP (Ryff, 1989; validada para a população portuguesa por Novo, Duarte-Silva & Peralta, 2004). Os resultados permitiram concluir que existiam valores moderados para o Bem-estar Psicológico, Autonomia, Domínio do Meio, Crescimento Pessoal, Relações Positivas com os Outros e Aceitação de Si, e elevados para os Objetivos na Vida.

O estudo de Santana e Gondim (2016) pretendia analisar as relações entre modos de regulação emocional e bem-estar. Para a realização do estudo utilizou-se uma amostra não probabilística de 231 pessoas, com idades compreendidas entre os 18 e os 64 anos. A avaliação foi realizada por meio de da Escala de Perfil de regulação emocional - versão reduzida (Nelis *et al.*, 2011), duas subescalas (autonomia e domínio do ambiente) das Escalas de bem-estar psicológico (Ryff, 1989), e a Escala de bem-estar subjetivo (Albuquerque & Tróccoli, 2004). Os autores concluíram que os modos de regulação emocional se relacionam com dimensões de bem-estar subjetivo e do bem-estar psicológico e que, quando existe autonomia, existe uma maior possibilidade de existir melhor bem-estar subjetivo.

Por fim, o estudo de Hodgdon e Wong (2021), fez referência não só ao bem-estar na meia-idade como também a uma das suas tarefas desenvolvimentais, o cuidar dos pais e dos filhos. Este estudo teve como objetivo investigar as influências moderadoras da qualidade e direccionalidade do trabalho e repercussão da família no bem-estar. Fizeram parte do presente estudo 180 cuidadores, divididos em cuidadores filiais e cuidadores das duas gerações em simultâneo. Foram utilizadas as escalas de afeto positivo e negativo de Mroczek e Kolarz (1998), a Escala de bem-estar psicológico de Ryff (2014) e ainda a avaliação da sua saúde mental ou emocional geral de 1 (excelente) a 5 (péssimo). Relativamente aos resultados, verificou-se que os cuidadores de duas gerações em simultâneo exibiram maior afeto negativo, menor afeto positivo, menor bem-estar psicológico e menor bem-estar global quando comparados com os cuidadores filiais, no entanto, por meio da análise de regressão, foi possível verificar que o efeito principal do tipo de cuidador não diferenciou significativamente os aspetos de bem-estar. Os autores, ao analisarem os domínios do trabalho e do impacto familiar, verificaram que os cuidadores com dupla função descreveram os efeitos negativos de trabalhar para casa e apresentaram humor negativo mais elevado do que outros cuidadores. Deste modo, no enquadramento de acontecimentos negativos que passam do trabalho para casa, os cuidadores que combinam o cuidado das duas gerações arriscam-se a não ter os recursos suficientes e adequados para lidar com stressores adicionais enquanto coordenam as responsabilidades regulares de cuidar de várias gerações.

Resumindo, podemos constatar a importância que os períodos que antecedem a vida adulta têm para entender o bem-estar nesta idade uma vez que Shin An e Cooney (2006) referiram que as memórias existentes podem influencia-lo. No que diz respeito à gestão dos papéis sociais, estes podem trazer problemas ao nível da saúde e do bem-estar, no entanto, Ryff (2014) desconstrói esta ideia, constatando que o envolvimento em múltiplos papéis e um maior empenho nos mesmos aumenta o bem-estar. Relativamente ao bem-estar a nível dos cuidados, é importante refletir sobre o aviso deixado por Hodgdon e Wong (2021) sobre o facto de cuidadores que prestam cuidados a duas gerações puderem não ter os recursos suficientes e adequados para lidar com os desafios impostos, pondo claramente em causa o seu bem-estar.

MÉTODOS

No presente capítulo serão enunciados os procedimentos metodológicos utilizados para o desenvolvimento do estudo em questão.

Objetivo do estudo

O presente estudo, de tipo exploratório (Sampieri, Collado & Lucio, 2006), tem como objetivo explorar as relações entre resiliência e bem-estar psicológico em adultos de meia-idade em condição de *double* e *triple caregiving* que trabalham em respostas sociais de retaguarda à velhice.

Participantes

No presente estudo, a população-alvo será constituída por pessoas que correspondessem ao seguinte critério: ser colaborador de respostas sociais de retaguarda à velhice (ex. ERPI, SAD, Centro de Dia) do distrito de Viana do Castelo. A amostra, não-probabilística por conveniência (Sampieri, Collado & Lucio, 2006), é constituída por 44 adultos que cumprem os critérios de inclusão definidos.

Instrumentos de recolha de dados

A recolha de dados foi realizada com recurso a um questionário sociodemográfico e duas escalas de avaliação: Escala de Resiliência (Wagnild & Young, 1987; versão portuguesa de Deep & Leal, 2012) e as Escalas de Bem-estar Psicológico (Ryff-18; Ryff, 1989b; Ryff & Keys, 1995; versão portuguesa de Novo, Silva & Peralta, 1997).

O questionário sociodemográfico incluiu questões relativas a características sociodemográficas pertinentes para o estudo tais como o género, idade, escolaridade, estado civil, composição do agregado familiar e características do mesmo.

A Escala de Resiliência (versão portuguesa de Deep & Leal, 2012) permite avaliar os níveis de adaptação psicossocial positiva em situações e eventos de vida adversos por meio de 23 itens descritos de forma positiva através de uma escala de resposta tipo Likert de sete pontos, onde 1 corresponde ao discordo totalmente e 7 a concordo totalmente. Os itens estão agrupados em quatro fatores: Fator I - Perseverança, remete para a tentativa constante de encontrar soluções para os desafios impostos de forma a contornar as adversidades, correspondendo aos itens 7, 12, 15, 16, 17, 21, 22 da escala; Fator II, - Sentido de vida, traduz-se na consciência do significado de viver, ou seja, o saber que existe uma razão para viver, permitindo que o sujeito se abstraia das questões para as quais ele não possuiu uma solução; foca-se ainda na determinação e satisfação sentida aquando do alcance dos objetivos a que se propõe (itens 3, 5, 8, 13, 14, 19); Fator III- Serenidade, reflete uma “perspetiva equilibrada e focada nos

propósitos da própria vida” (Deep & Leal, 2012, p. 425), onde a pessoa, de forma calma e calorosa, aceita as experiências com que se depara, mesmo quando contraditórias, exercendo assim a autoestima (correspondente aos itens 6, 9, 10, 11, 20); Fator IV - Autossuficiência e autoconfiança, corresponde aos itens 1, 2, 4, 18 e 23 e refere-se à consciência da heterogeneidade do percurso de vida de cada um, sabendo que poderá atravessar etapas sozinho e depender apenas de si, levando-o a acreditar em si mesmo, nas capacidades que tem, contudo, tendo a noção das suas limitações (Deep & Leal, 2012). Em relação à cotação, a escala varia entre 23 a 161 pontos, sendo que quanto maior o valor, maior a Resiliência. Do ponto de vista psicométrico, o coeficiente de alfa de *Cronbach* foi de 0.87 para 23 itens.

As Escalas de Bem-estar Psicológico de Carol Ryff (versão portuguesa de Novo, Silva & Peralta, 1997) são constituídas por 18 itens organizados em 6 subescalas: Aceitação de si (correspondente aos itens 6, 12, 18 da escala), Relações Positivas com os Outros (itens 4, 10, 16), Autonomia (itens 1, 7, 13), Domínio do Meio (itens 2, 8, 14), Objetivos na Vida (itens 5, 11, 17) e Crescimento Pessoal (itens 3, 9, 15). No que diz respeito à constituição de cada subescala, estas são constituídas por 3 itens cada com escala de resposta tipo Likert, variando entre o 1- “Discordo Completamente” e o 6- “Concordo completamente” (Novo *et al.*, 2004). Relativamente à formulação das afirmações da escala, os itens 1, 3, 6, 8, 9, 10, 11, 12 encontram-se formulados de forma positiva e os itens 2, 4, 5, 7, 13, 14, 15, 16, 17, 18 de forma negativa (Novo *et al.*, 2004). Relativamente à sua cotação, esta varia entre 18 a 108 pontos, sendo que valores mais altos se traduzem em maior bem-estar. Na versão portuguesa, o alfa de *Cronbach* varia entre 0.74 e 0.86 para cada subescala e no total dos itens é de 0.93.

Procedimentos de recolha de dados

Tendo em consideração o período pandémico pelo qual atravessamos, os dados foram recolhidos via online através da plataforma *Google Forms*. Na preparação da recolha de dados recorreu-se à Carta Social para identificar os contactos de todas as instituições com serviços de retaguarda à velhice do distrito de Viana do Castelo, sendo enviado um pedido de divulgação e colaboração no estudo junto dos potenciais participantes.

Para participarem no presente estudo, todos os participantes procederam ao preenchimento do consentimento informado. Os dados foram recolhidos entre junho e setembro de 2021 com recurso à autoadministração.

Procedimentos de análise de dados

A análise dos dados foi realizada com recurso ao programa estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 27, recorrendo-se a métodos inerentes à estatística descritiva e inferencial, no sentido da exploração de associações entre variáveis e diferenças de grupos.

Deste modo, tendo por referência os objetivos do presente estudo e no sentido de caracterizar os participantes do ponto de vista sociodemográfico realizaram-se análises de estatística descritiva referentes a frequências absolutas e relativas para descrever variáveis categóricas e ordinais, bem como medidas de tendência central, como a média, e medidas de dispersão, como o desvio-padrão, para a descrição de variáveis intervalares. O teste de correlação de Spearman (r_s) foi utilizado para analisar as correlações entre as variáveis mais relevantes e o teste U de Mann-Whitney com o intuito de analisar as diferenças entre dois grupos independentes relativamente às variáveis em estudo.

RESULTADOS

No presente capítulo são apresentados os resultados obtidos no presente estudo. Inicialmente são descritas as características sociodemográficas dos participantes, sendo posteriormente apresentados os resultados referentes à avaliação da resiliência, do bem-estar psicológico e à exploração da associação entre as duas variáveis.

1. Descrição sociodemográfica dos participantes

Como se pode observar na Tabela 2, no presente estudo foram avaliados 44 pessoas com idades compreendidas entre os 25 e os 59 anos ($M=42,14$; $dp=8,37$), sendo a amostra constituída predominantemente por mulheres (95,5%).

Ao nível da escolaridade, verifica-se que, em média, os participantes frequentaram a escola durante aproximadamente 14 anos ($M=14,02$; $dp=5,05$). Em termos mais específicos, observa-se que 15,9% concluíram o ensino básico, 15,9% o ensino secundário e 68,2% o ensino superior. Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes (54,5%) é casada.

Observamos que 59,1% dos participantes têm filhos, variando entre um e três filhos ($M=1,46$; $dp=0,65$). A maioria dos participantes tem os pais vivos, sendo que a idade dos pais varia entre os 51 e os 84 anos ($M=68,93$; $dp=8,29$) e a das mães entre os 48 e os 85 anos ($M=68,03$; $dp=9,92$). No que diz respeito à prestação de cuidados, 43,2% prestam cuidados aos filhos e 34,1% aos pais, sendo que a sua perceção da necessidade de cuidados a ambos se situa num ponto intermédio da escala que varia entre 1 e 5 pontos (filhos, $M=3,16$; $dp=1,07$; pais, $M=3,13$; $dp=1,36$).

Aproximadamente 40% dos participantes são profissionais no âmbito dos cuidados, e 59,1% acumulam os cuidados a filhos e/ou pais. Mais concretamente, 90,9% dos participantes desempenham a sua atividade profissional numa IPSS e 6,8% numa instituição privada. Exercem atividade profissional há aproximadamente 12 anos, com horários de trabalho de 8 horas por dia, em alguns casos por turnos (27,3%).

No que diz respeito aos aspetos relacionados com a saúde, verifica-se que os participantes dormem em média 7h por dia e avaliam positivamente a sua saúde ($M=7,32$; $dp=1,61$), ainda que 36,4% apresente pelo menos uma patologia. Aproximadamente um terço dos participantes já esteve infetado por Covid-19 (22,7%) e 65,9% já esteve em isolamento profilático.

Tabela 2. Caraterização sociodemográfica dos participantes

	Total N = 44	
	n	%
Género		
Masculino	2	4,5
Feminino	42	95,5
Idade <i>M(dp)</i>	42,14 (8,37)	
Min-Max	25- 59	
Escolaridade <i>M(dp)</i>	14,02 (5,05)	
Ensino Básico	7	15,9
Ensino Secundário	7	15,9
Ensino Superior	30	68,2
Estado civil		
Solteiro	15	34,1
Casado/União de facto	24	54,5
Separado/divorciado	4	9,1
Viúvo	1	2,3
Filhos	26	59,1
<i>M(dp)</i>	1,46 (0,65)	
Min-Max	1-3	
Pai	30	68,2
Idade do pai <i>M(dp)</i>	68,93 (8,29)	
Min-Max	51-84	
Mãe	32	72,7
Idade da mãe <i>M(dp)</i>	68,03 (9,92)	
Min-Max	48-85	
Prestação de cuidados		
Descendentes (filhos)	19	43,2
Ascendentes (pais)	15	34,1
Necessidade de cuidados <i>M(dp)</i>		
Descendentes (filhos)	3,16 (1,07)	
Ascendentes (pais)	3,13 (1,36)	
Perfil de cuidador		
Profissional de cuidados	18	40,9
<i>Double ou triple</i>	26	59,1
Atividade profissional		
Tempo de atividade <i>M(dp)</i>	12,33 (8,41)	
Horas de trabalho/dia <i>M(dp)</i>	8,05 (1,01)	
Trabalho por turnos	12	27,3
Salário suficiente face às necessidades	18	40,9
Instituição em que desempenha funções		
Instituição Particular de Solidariedade Social	40	90,9
Instituição privada	3	6,8
Instituição de Ensino Superior Pública	1	2,3
Saúde		
Horas de sono/dia <i>M(dp)</i>	6,71 (0,95)	
Autoperceção de saúde <i>M(dp)</i>	7,32 (1,61)	
Patologias	16	36,4
Infeção por Covid-19	10	22,7
Situação de Isolamento profilático	29	65,9

Dos participantes que experienciaram situações de isolamento profilático (Tabela 3), 69% considera que houve uma diminuição no número de contactos com a família/amigos durante este período e 89,7% assinala que a sua habitação possuía as condições necessárias para fazer face às exigências da pandemia Covid-19. A totalidade dos participantes considera que a pandemia afetou a sua vida social (M=4,20; dp=1,09), emocional (M=3,80; dp=1,13), familiar (M=3,80; dp=1,27), as rotinas diárias (M=4,23; dp=1,08) e as atividades de lazer/culturais que costumavam realizar (M=4,70; 0,73).

Tabela 3. Alterações na sequência da pandemia Covid-19

Total N = 44		
	n	%
Alterações no número de contactos com a família/amigos durante o isolamento profilático* M(dp)	24 (82,8)	
Diminuição	20	69,0
Aumento	9	20,5
Condições da casa para fazer face às exigências da pandemia Covid-19? *	26	89,7
A pandemia afetou M(dp)		
Vida social	4,20 (1,09)	
Vida emocional	3,80 (1,13)	
Vida familiar	3,80 (1,27)	
Rotinas diárias	4,23 (1,08)	
Atividades de lazer/culturais	4,70 (0,73)	

*N=29

2. Resiliência

Relativamente à resiliência, os participantes obtiveram uma pontuação média de 122 pontos (dp=33,66), variando o score total entre 41 e 161 pontos (Tabela 4).

Analisando os resultados relativamente às dimensões da resiliência, verifica-se que a dimensão na qual os participantes obtiveram resultados médios mais baixos foi a Serenidade (M=24,60; dp=7,45) e a dimensão em que obtiveram resultados médios mais elevados foi a Perseverança (M=38,25; dp=10,65).

Tabela 4. Resiliência

	Total N = 44	
	M	dp
Resiliência		
Min-Max		41-161
Perseverança	38,25	10,65
Sentido de vida	34,07	9,19
Serenidade	24,60	7,45
Autossuficiência e autoconfiança	25,10	7,769
Score total	122,00	33,66
Dimensões da Escala de Resiliência		
Perseverança		
Perseverança Baixa	17	38,6
Perseverança Média	6	13,6
Perseverança Alta	21	47,7
Sentido de vida (SV)		
SV Baixo	15	34,1
SV Médio	5	11,4
SV Alto	24	54,5
Serenidade		
Serenidade Baixa	20	45,5
Serenidade Média	14	31,8
Serenidade Alta	10	22,7
Autossuficiência e autoconfiança (AS; AC)		
AS e AC Baixa	26	59,1
AS e AC Média	4	9,1
AS e AC Alta	14	31,8

Analisados os pontos de corte para cada uma das subescalas da Escala de Resiliência, verificamos que os participantes apresentam maioritariamente Perseverança e Sentido de vida mais elevados e Serenidade e Autossuficiência e Autoconfiança mais reduzidos.

3. Bem-estar Psicológico

Relativamente ao bem-estar psicológico, os participantes obtiveram uma pontuação média de 84,43 pontos ($dp=12,77$; Tabela 5), variando o score total entre 58 e 107 pontos.

Analisando o valor médio em cada uma das dimensões da Escala, observa-se que as pontuações mais elevadas se registaram na dimensão Crescimento pessoal ($M=15,19$; $dp=2,48$) e Aceitação de si ($M=14,80$; $dp=2,66$) e as mais baixas no Domínio do meio ($M=12,55$; $dp=3,22$) e Autonomia ($M=13,16$; $dp=3,43$).

Tabela 5. Bem-estar Psicológico

	Total N = 44	
	M	dp
Bem-estar psicológico		
Min-Max	58-107	
Autonomia	13,16	3,43
Domínio do meio	12,55	3,22
Crescimento pessoal	15,19	2,48
Relações positivas com os outros	14,07	3,12
Objetivos na vida	14,67	3,12
Aceitação de si	14,80	2,66
Score total	84,43	12,77

4. Análise da relação entre variáveis em estudo

Na tabela 6 estão apresentados os resultados das correlações de Spearman entre as dimensões e score total da Escala de Bem-estar Psicológico e da Escala de Resiliência.

Tabela 6. Matriz de correlação entre Resiliência e Bem-estar psicológico e respectivas dimensões

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Bem-estar psicológico												
1. Autonomia	1,000											
2. Domínio do meio	,359*	1,000										
3. Crescimento pessoal	,456**	,110	1,000									
4. Relações positivas com os outros	,612**	,228	,529**	1,000								
5. Objetivos na vida	,499**	,222	,633**	,723**	1,000							
6. Aceitação de si	,264	,358*	,608**	,418**	,598**	1,000						
7. Score total	,733**	,506**	,697**	,805**	,850**	,705**	1,000					
Resiliência												
8. Perseverança	,564**	,075	,617**	,255	,451**	,428**	,524**	1,000				
9. Sentido de vida	,486**	-,016	,607**	,328*	,482**	,368*	,496**	,911**	1,000			
10. Serenidade	,498**	,067	,356*	,068	,181	,238	,318*	,855**	,753**	1,000		
11. Autossuficiência e autoconfiança	,493**	-,074	,533**	,210	,320*	,225	,360*	,789**	,742**	,792**	1,000	
12. Score total	,567**	,030	,567**	,239	,393**	,341*	,466**	,958**	,903**	,915**	,900**	1,000

Correlação rs Spearman *p<0,05; ** p<0,001

Deste modo, registam-se associações positivas e estatisticamente significativas entre as dimensões da Escala da Resiliência e as dimensões Autonomia e Crescimento Pessoal da Escala de Bem-estar Psicológico. A dimensão Domínio do meio da Escala de Bem-estar Psicológico parece não evidenciar nenhuma associação com as dimensões da Escala de Resiliência.

Na tabela 7 estão apresentados os resultados das correlações de Spearman entre os resultados totais da Escala de Resiliência, da Escala de Bem-estar Psicológico e da variável idade. Assim, observa-se uma associação positiva e estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre a Escala de Resiliência e a Escala de Bem-estar Psicológico ($r_s = ,466$).

Tabela 7. Matriz de correlação entre Resiliência, Bem-estar Psicológico e Idade

	1	2	3
1. Idade	1,000		
2. Resiliência	,187	1,000	
3. Bem-estar psicológico	,191	,466**	1,000

Correlação r_s Spearman * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

Quando comparadas as pontuações dos participantes em função do perfil de cuidador através do teste Mann-Whitney (Tabela 8) não se verificam diferenças estatisticamente significativas. Todavia, os participantes que exercem uma atividade profissional no âmbito da prestação de cuidados apresentam melhores resultados nas duas variáveis em análise quando comparados com os participantes que a esta atividade acresce os cuidados a pais e/ou filhos.

Tabela 8. Bem-estar Psicológico e Resiliência segundo o perfil de cuidador

	Perfil de cuidador	Média(dp)	U	p
Bem-estar Psicológico	Cuidador Formal	105,00 (13,07)	214,000	,633
	<i>Double ou Triple Caregiver</i>	85,00 (12,79)		
Resiliência	Cuidador Formal	122,39 (35,04)	227,500	,877
	<i>Double ou Triple Caregiver</i>	121,73 (33,37)		

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

Analisadas as pontuações dos participantes em função da idade (Tabela 9), não se verificam diferenças estatisticamente significativas para as duas variáveis em estudo. No entanto, os participantes mais velhos (46 e mais anos) apresentam melhores resultados nas duas variáveis em análise quando comparados com os participantes mais jovens (35-45 anos).

Tabela 9. Bem-estar Psicológico e Resiliência em função de grupos de idade

	Idade	Média (dp)	U	p
Bem-estar Psicológico	35-45 anos* ¹	83,74 (12,17)	120,500	,301
	46+ anos* ²	87,63 (12,32)		
Resiliência	35-45 anos	119,16 (13,81)	109,500	,161
	46+ anos	126,19 (35,60)		

*¹N=19; *²N=16

DISCUSSÃO DE RESULTADOS E CONCLUSÃO

DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Globalmente, o presente estudo revelou que os participantes são maioritariamente mulheres, casados, com um nível de escolaridade elevado, com idade média claramente na meia-idade e que trabalham há cerca de 10 anos. Em relação à questão financeira, cerca de 60% considera que o salário não é suficiente para fazer face às suas necessidades. Tendo em consideração os resultados obtidos, foi possível verificar que, aproximadamente 60%, se encontram em condição de *double* e *triple caregiving*, onde a sua perceção da necessidade de cuidados a ascendentes e descendentes, avaliada por meio de uma escala de 1 a 5 pontos, se situava num ponto médio (filhos, $M=3,16$; $dp=1,07$; pais, $M=3,13$; $dp=1,36$).

Em relação à saúde, observou-se uma avaliação positiva face à perceção da mesma ($M=7,32$; $dp=1,61$), ainda que 36,4% apresente pelo menos uma patologia. No que concerne ao atual contexto de pandemia, cerca de um terço dos participantes já esteve infetado por Covid-19 (22,7%) e a maioria já esteve em isolamento profilático (65,9%). Abordando mais especificamente as situações de isolamento profilático, grande parte dos participantes deparou-se com uma diminuição no número de contactos com a família/amigos durante esse tempo, e referiu ainda que a habitação possuía as condições necessárias para fazer face às exigências da pandemia Covid-19. Relativamente ao modo de como a pandemia afetou a vida destas pessoas, é claramente evidente que, de forma geral, as suas vidas foram afetadas, onde as suas rotinas diárias ($M=4,23$; $dp=1,08$) e as atividades de lazer/culturais que costumavam realizar ($M=4,70$; $dp=0,73$) foram as que tiveram maior impacto nos participantes.

Relativamente às variáveis em estudo, observa-se que o *score* total variou entre os 41 e os 161 pontos, sendo a pontuação média de 122 pontos ($dp=33,66$). Em relação às dimensões da Resiliência, a Serenidade apresentou valores médios mais baixos ($M=24,60$; $dp=7,45$) e a Perseverança mais elevados ($M=38,25$; $dp=10,65$). Já na Escala de Bem-Estar Psicológico, o *score* total da variou entre 58 e 107 pontos e a pontuação média foi de 84,43 pontos ($dp=12,77$) sendo que, ao nível das dimensões, foram registados valores mais altos no Crescimento pessoal ($M=15,19$; $dp=2,48$) e na Aceitação de si ($M=14,80$; $dp=2,66$) e mais baixos no Domínio do meio ($M=12,55$; $dp=3,22$) e na Autonomia ($M=13,16$; $dp=3,43$).

Observou-se associações positivas e estatisticamente significativas entre todas as dimensões da Escala da Resiliência e as dimensões Autonomia e Crescimento Pessoal da Escala de Bem-estar Psicológico. Já em relação ao Domínio do meio da Escala de Bem-estar Psicológico parece não existir nenhuma associação com as dimensões da Escala de Resiliência. Além disso, foi possível verificar-se uma associação positiva e estatisticamente significativa ($p<0,001$) entre a Escala de Resiliência e a Escala de Bem-estar Psicológico ($rs= ,466$). Por fim, em relação às pontuações dos participantes em função do perfil de cuidador e em função da idade, não se verificam diferenças estatisticamente significativas.

No que diz respeito ao género, verificou-se que os participantes são maioritariamente mulheres, sendo este um dado coerente com a investigação internacional que aponta para que, quer o cuidado profissional quer o cuidado informal, tendencialmente é assumido por pessoas do género feminino, como observado em Martire e Stephens (2003), que referiram que as filhas apresentavam três vezes mais possibilidade de se tornarem cuidadoras do que os filhos. O estudo de Moen e colaboradores (1994) referiu que, entre os 35 e 44 anos, quase um quarto das mulheres assumiu o papel de cuidadora, idade onde se encontram, em média, os participantes deste estudo (M= 42,14). Estes resultados são similares aos de DePasquale e colaboradores (2016; 2017) que verificaram uma clara maioria dos participantes do género feminino quer em cuidados formais quer em cuidados informais.

Em relação às habilitações literárias, foi possível verificar um alto nível de escolaridade. Segundo dados da Pordata (2021), o número de pessoas com maior grau de habilitações tem vindo a aumentar tendencialmente no nosso país.

É importante ter em consideração o facto de que, a maioria dos participantes é casada, aumentando o número de papéis que estas pessoas têm de gerir na sua vida, o de cônjuge, papel esse que os solteiros, divorciados ou viúvos não possuem. Este dado é referido no estudo de Infurna e colaboradores (2020), onde esses papéis são vistos também como responsabilidades. Em relação aos cuidados a descendentes, 45% da amostra assumiu possuir responsabilidade sobre os mesmos, sendo que a sua perceção de necessidade de cuidados se encontra num ponto médio. De acordo com a investigação no domínio, este resultado é coerente uma vez que, na meia-idade, estes adultos são chamados a assumir os cuidados aos filhos bem como aos pais idosos (Infurna, *et al.* 2020).

Relativamente aos cuidados prestados aos ascendentes, menos de metade dos participantes assume esta prestação de cuidados, no entanto, tendo em conta a idade média dos pais, é possível especular que a necessidade permanente de cuidados aos pais idosos pode ainda não ser evidente. A literatura claramente aponta a 4ª idade como o período de velhice em que a necessidade de cuidados por parte dos filhos é mais acentuada (Baltes & Smith, 2003).

Um resultado preocupante é a perceção dos participantes em relação ao salário que recebem. Apesar de se mostrar um dado muito subjetivo, ou seja, onde a pessoa pode ter um rendimento considerável, mas referir que o dinheiro não chega para o nível de vida que gostaria de ter, apenas 41% dos participantes assume que o que recebe ajuda a fazer face às suas necessidades. Este resultado mostra-se alarmante uma vez que, provavelmente, permite verificar que mais de metade da amostra terá necessidades económicas ou provavelmente não terão um estatuto socioeconómico elevado. A investigação demonstra que o estatuto socioeconómico é uma variável importante na meia-idade que permite o acesso a recursos na área da saúde, na cultura, no lazer, e contribui para o bem-estar e a qualidade de vida destes adultos (Spiro, 2001). Esta condição pode, provavelmente, manifestar-se como um elemento de grande stress para estas pessoas (Infurna *et al.*, 2020). O facto da maior parte da amostra referir

que o dinheiro que auferir não chegar para satisfazer as suas necessidades poderá ter implicações para o bem-estar e para a resiliência.

No que diz respeito à autoperceção de saúde, foi possível perceber que não existe uma perceção negativa de saúde, no entanto também não é muito elevada, o que é coerente com os resultados sobre a meia-idade, indo de encontro ao estudo de Gonçalves e colaboradores (2013), onde 84% dos cuidadores com idade média de 50 anos referiram possuir boa ou ótima saúde.

Tendo em consideração o período pandémico que atravessámos, foi importante avaliar as experiências dos participantes sobre este acontecimento não-normativo. Foi possível verificar que cerca de 70% fez referência ao facto de ter existido uma diminuição dos contactos durante o isolamento profilático. Apesar de ainda não existirem muitos dados sobre este assunto, o medo e a incerteza de ser contaminado pode ter sido um dos fatores a refletir estes resultados.

Quando abordados temas mais específicos sobre como a pandemia afetou a vida destes participantes, foi possível verificar uma elevada cotação. Neste período pandémico, foram vários os planos de contingência ativados pelo Governo de forma a mitigar a propagação de Covid-19, levando a que vários setores como a cultura, a educação, o trabalho, entre outros sofressem inúmeras alterações de funcionamento ou até mesmo o seu fecho temporário (Direção Geral da Saúde, 2020). Com as restrições impostas, as atividades de lazeres foram claramente muito afetadas segundo os participantes, seguidas das rotinas diárias, algo que era praticamente automático sofreu alterações abruptas, algumas delas possivelmente associadas a estes planos de contingência. Relativamente à vida familiar e à vida emocional verificaram-se igualmente alterações relevantes, algo que vai ao encontro da investigação internacional, uma vez que a vida emocional está muito associada à qualidade da nossa vida familiar.

Desta forma, é possível concluir que a pandemia afetou significativamente todas as esferas da vida destas pessoas. Sendo assim evidente a relevância do estudo do bem-estar e das fontes do mesmo, uma vez que este decorre daquilo que é a nossa perceção em áreas e domínios que são relevantes na nossa vida diária. Como foi possível observar, a pandemia enquanto acontecimento de vida, parece ter um potencial enorme para desafiar os níveis de bem-estar dos participantes.

É também ainda por meio dos resultados obtidos que se verificou a importância de se ser resiliente. O facto de os participantes possuírem uma profissão exigente, cuidadores de um grupo populacional altamente vulnerável à pandemia, poderá contribuir para acentuar o nível de stress e exigência vivenciados com implicações relevantes na vida social e na vida familiar. O contexto atual em que vivemos parece constituir uma fonte de stress ou exigência acrescida, sendo claramente notórias as alterações enunciadas na vida destes participantes. Face aos níveis elevados de stress, os elementos da rede social que têm mais suporte, de acordo com Dunst e Trivette (1990) são os familiares, amigos, vizinhos e os grupos sociais, desempenhando um papel principal no que diz respeito ao apoio nas atividades diárias, tanto em resposta a acontecimentos de vida normativos e como os não-normativos, algo que, como verificado nos

resultados, sofreu alterações, podendo ter reduzido os recursos externos dos participantes para lidar com as exigências associadas.

Relativamente às dimensões do bem-estar psicológico com pontuação mais elevada, destaca-se o Crescimento Pessoal, bem como a Aceitação de si. Já em relação às dimensões com resultados apresentados valores mais reduzidos foram, Domínio do Meio e Autonomia. Tendo em consideração o contexto atual de pandemia, estes resultados não são surpreendentes, uma vez que existe um grande nível de incerteza sobre o que nos rodeia, a constante mudança dos planos de contingência, os aumentos do número diário de casos, e, principalmente para quem trabalha nesta área, com o grupo populacional mais vulnerável à pandemia, a percepção que as pessoas podem ter sobre a sua capacidade e competência para ter algum domínio sobre o que se passa à sua volta poderá ficar mais afetada.

Em relação à Resiliência, os resultados apontam para um valor razoavelmente positivo, no entanto, quando comparado com o valor médio na validação portuguesa verifica-se que o do presente estudo se encontra 10 pontos abaixo. As possíveis explicações para esta diferença poderão derivar do facto de a validação de Deep e Pereira (2012) ter uma amostra constituída de forma quase igualitária ao nível do género enquanto o presente estudo abrange mais mulheres, o intervalo etário da amostra original ser maior e o contexto em que os dados foram recolhidos ser muito diferente, contexto atual de pandemia. No entanto, também o estudo de Lenzo e colaboradores (2020) aponta para uma média de aproximadamente 131 valores, e, apesar deste estudo ter sido realizado em tempos de pandemia, os participantes do mesmo encontravam-se em confinamento, em vez de a executar uma atividade laboral exigente como no caso dos nossos participantes.

Relativamente às subescalas da Escala da Resiliência, foi possível verificar que a dimensão que possuiu um valor mais elevado foi a Perseverança, o que parece expressar um dado positivo, uma vez que este se encontra próximo do valor máximo. A perseverança diz respeito à persistência em encontrar soluções para os problemas, de forma a lidar com contratempos existentes, ter confiança em si e possuir autodisciplina (Deep & Pereira, 2012). Na realidade atual, ser perseverante é fundamental para resistir e continuar a enfrentar os desafios e problemas. É importante ter em consideração as provações pelas quais estes participantes passam todos os dias, o terem de ir trabalhar sabendo que podem contaminar os idosos, o poderem ter de passar por algum surto, o poderem ser contaminados, o terem de deixar as suas famílias para ficarem durante semanas a cuidar dos idosos sem poderem sair, ou até mesmo enfrentar a morte dos mais velhos de quem cuidam. Esta capacidade de resistir e lutar é altamente relevante, mais ainda no atual contexto. No que respeita à Serenidade, foi a dimensão com valores mais baixos. Tendo em consideração que a serenidade se foca nos propósitos da própria vida, permitindo aceitar acontecimentos tanto positivos como negativos de forma calma e com autoestima (Deep & Pereira, 2012), parece-nos que mais uma vez o contexto de pandemia mundial que vivemos é altamente desafiante a este nível.

Considerando a classificação dos participantes em função dos pontos de corte da Escala de Resiliência, os nossos resultados são similares aos de Correia (2018), em que 41,7% dos profissionais possuíam níveis baixos de Serenidade (41,7%).

Globalmente, os resultados obtidos ao nível da resiliência podem dever-se ao facto de estas pessoas, no atual contexto de pandemia, exercerem uma profissão extremamente exigente e exposta aos riscos, o facto de se encontrarem a trabalhar com um dos grupos mais vulneráveis à doença e com mais risco de mortalidade e ainda, alguns deles, conciliarem a atividade laboral com o cuidado informal em *double e triple caregiving*, o que coloca grandes desafios e um nível mais elevado de stress. Além disso, tendo em conta os resultados sobre o modo como a pandemia afetou a vida familiar e social dos participantes, parece ter existido uma diminuição dos recursos externos como o suporte social, o que pode ter colocado estes participantes em maior situação de vulnerabilidade face ao provável aumento dos níveis de stress.

No que concerne aos resultados relativos ao bem-estar psicológico, observou-se que, em média, o bem-estar dos participantes era de 85 pontos, sendo que estes resultados apontam para um nível de bem-estar superior quando comparado ao dos cuidadores de meia-idade do estudo de Brandão (2011), que se situava, em média, nos 62,25.

A relação estatisticamente positiva e significativa entre Resiliência e Bem-estar psicológico vai de encontro à teoria e investigação no domínio, reforçando a relevância destas duas variáveis para o funcionamento e adaptação na vida (ex., Varma *et al.*, 2021)

A ausência de relação entre idade, Resiliência e Bem-estar psicológico não está no alinhamento da literatura domínio (ex., Aydos, Neto & Teixeira, 2017). Tal pode-se dever à dimensão reduzida da nossa amostra, que impossibilitou, provavelmente, captar especificidades das relações das variáveis com a idade.

Apesar de não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas na resiliência e no bem-estar em função da condição de *double e triple caregiving*, parece-nos que esta linha de estudo deve ser continuada uma vez que de acordo com a literatura no domínio (ex., Hodgdon & Wong, 2021), seria espectável que quem está em *double e triple caregiving* possui-se níveis mais baixos de bem-estar do que quem é só cuidador formal e, provavelmente, na resiliência seria esperado que quem concilia adaptativamente uma diversidade de papéis fosse mais resiliente. Hipoteticamente, os nossos resultados podem dever-se, como anteriormente mencionado, ao facto de a amostra ser muito reduzida. Outra hipótese explicativa poderá residir no facto de o potencial de relação entre o bem-estar e ser cuidador só formal ou em *double e triple caregiving* e a relação entre resiliência e ser só formal ou *double e triple caregiving* podem não ter uma relação direta, ou seja, podem existir outras variáveis que atuem nesta relação (por mediação e/ou moderação) e que não foram avaliadas no presente estudo.

Contudo, apesar de os resultados se mostrarem coerentes com a investigação no domínio, importa ressaltar que, o presente estudo apresenta algumas limitações, sendo a mais evidente o número reduzido da amostra. Deste modo, a vivência de um contexto pandémico, o

não existir um acesso direto a potenciais participantes; a toda a divulgação do estudo ter sido feita apenas via email geral das instituições e visto as exigências atuais, dificultou o acesso aos participantes e a mobilização para a participação no mesmo. O facto de estes profissionais estarem a viver uma situação de grande exigência onde o local de trabalho seria dos contextos onde existiam maior possibilidade de surtos, onde as pessoas ao seu cuidado seriam as mais vulneráveis ao risco de contágio, doença grave e morte, pode limitar a disponibilidade para responder, quer a nível de tempo ou até mesmo ao nível mental.

Terminado este capítulo, é fundamental voltar a referir que as limitações pelas quais o presente estudo passou, podem ter condicionado de alguma forma o curso da investigação. Apesar disso, parece-nos que o mesmo se reveste de grande importância ao focar a atenção num grupo específico de adultos de meia-idade que reúnem características muito relevantes face às atuais transformações sociais: acumulam a condição de profissional de cuidados com os cuidados a ascendentes e/ou descendentes (*double e triple caregiving*). Este é um assunto que deve continuar a ser investigado com recurso a estudos com uma dimensão amostral superior e a consideração de outras variáveis

CONCLUSÃO

Nesta secção, serão apresentadas algumas conclusões face ao objetivo em estudo, que consistia em explorar as relações entre resiliência e bem-estar em adultos de meia-idade em condição de *double e/ou triple caregiving* que trabalham em respostas sociais de retaguarda à velhice.

O presente estudo permitiu concluir que a meia-idade reflete um período de vida ao qual a literatura ainda não dispensou atenção devida, expondo assim uma lacuna no que diz respeito a esta fase de vida (Lachman, 2015), mas que, tendo em consideração aos papéis fundamentais que desempenha deveria ter mais atenção. Assim, a presente dissertação revelou-se um contributo para fazer face a esta falha que existe em estudos neste período de vida, a meia-idade.

Nestas conclusões é imprescindível fazer referência à introdução do conceito de *double e triple caregiving* de DePasquale e colaboradores (DePasquale, *et al.*, 2016; DePasquale, *et al.*, 2017; DePasquale, *et al.*, 2018; DePasquale, 2019), uma vez que, como foi possível constatar na revisão da literatura, ainda se trata de um tema emergente. A realização deste estudo, pioneiro em Portugal, poderá impulsionar a investigação sobre esta condição, traduzindo-se assim numa mais valia para que haja uma maior atenção a estes profissionais.

Tendo em consideração os resultados obtidos revela-se de grande importância a continuidade do estudo desta temática, para que se compreenda como é que esta sobreposição de papéis afeta a vida dos adultos e, as consequências que estas tarefas poderão apresentar a longo prazo, nomeadamente na fase seguinte da vida – a velhice.

No que diz respeito à Resiliência e ao Bem-Estar, um dos resultados mais significativos diz respeito à associação entre as duas variáveis. Estes resultados permitem concluir que, quanto maior for a Resiliência, maior o Bem-Estar e vice-versa. Este resultado veio confirmar a importância de se investir na investigação conjunta destas variáveis.

Um resultado inesperado, no entanto, provisório devido à reduzida dimensão da amostra, foi sobre a Resiliência e o Bem-estar segundo o perfil dos cuidadores, uma vez que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. A ausência de diferenças estatisticamente significativas parece dar a entender que acumulação destes papéis (ser cuidador formais e ao mesmo tempo informal) não é importante para a resiliência ou para o bem-estar, dado que não é coerente com a literatura no domínio.

Relativamente às limitações do estudo, como foi possível constatar ao longo da discussão de resultados, a dimensão da amostra foi uma das mais relevantes. Uma explicação para esta situação poderá residir no facto de o pedido para a participação no estudo ter sido feito apenas através do email geral das instituições do distrito de Viana do Castelo. Tendo em consideração o contexto pandémico que atravessamos, aplicar os questionários desta forma tornou-se a única solução viável.

Em termos de recomendações, parece-nos imprescindível dar continuidade ao presente estudo com uma dimensão amostral superior para que seja possível analisar o comportamento

destas variáveis neste grupo específico de adultos, identificando especificidades decorrentes da condição de *double e triple caregiving*. Além disso, a investigação futura poderá também focar-se exclusivamente na meia-idade ou ainda nos subgrupos, na primeira e segunda metade da meia-idade. Para além das variáveis em estudo importa ainda avaliar outras que sejam relevantes para a resiliência e para o bem-estar, como por exemplo, as estratégias de *coping*, a rede suporte social, ou a conciliação trabalho-família.

O avanço do conhecimento científico sobre a meia-idade em geral, e sobre os adultos em *double ou triple caregiving* poderá revelar-se nuclear face aos desafios individuais e sociais decorrentes do aumento do envelhecimento demográfico e da longevidade, assunto centrais para a Gerontologia Social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aisenberg, E. and Herrenkohl, T. (2008) Community Violence in Context: Risk and Resilience in Children and Families. *Journal of Interpersonal Violence*, 23, 296-315. <https://doi.org/10.1177/0886260507312287>
- Albuquerque, A. S., & Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20, 153-164.
- Almedom, A. M. (2015). Understanding human resilience in the context of interconnected health and social systems: Whose understanding matters most?. *Ecology and Society*, 20(4).
- Amaral, A. P. S. (2016) *Resiliência em Centenários Portugueses*. [Tese de Mestrado, Universidade da Beira Interior]. Repositório Aberto da Universidade da Beira Interior.
- American Psychological Association (2003). *Turning lemons into lemonade: hardiness helps people turn stressful circumstances into opportunities*. American Psychological Association, Washington D.C., USA.
- An, J. S., & Cooney, T. M. (2006). Psychological well-being in mid to late life: The role of generativity development and parent-child relationships across the lifespan, *International Journal of Behavioral Development*, 30 (5), 410-421
- Anaut, M. (2005). *A Resiliência. Ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi.
- Andrade V. C. L., & Moreira, F. J. F. (2019). Bem-Estar Psicológico de Profissionais da Residência Multiprofissional em Saúde, *Cadernos ESP*, 13(1), 58 – 66. ISSN: 1808-7329/1809-0893
- Antunes, M. D. P (2011) *Factores de Risco e de Protecção Associados à Resiliência: Estudo Comparativo Entre Adolescentes que vivem com a Família e Adolescentes Acolhidos em Lar de Infância e Juventude*. [Tese de Mestrado, Universidade Técnica de Lisboa]. Repositório Aberto da Universidade Técnica de Lisboa.
- Aydos, L. R., Neto, L. F. F., & Teixeira, W. M. (2017). Análise dos determinantes do nível de felicidade subjetiva: uma abordagem local, *INTERAÇÕES*, 18(1), 137-150.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical Propositions of Life-Span Developmental Psychology: on the Dynamics between growth and decline. *Development Psychology*, 23(5), 611-626. doi: 10.1037/0012-1649.23.5.611
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49, 123-135.
- Brandão, D. A. O (2011) *O Bem-Estar Psicológico em Indivíduos com Paralisia Cerebral e seus Cuidadores: Contributos da Auto-Eficácia, Suporte Social e Esperança*. [Tese de Doutoramento, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto.
- Biernat, M., & Wortman, C. B. (1991). Sharing of home responsibilities between professionally employed women and their husbands. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(6), 844-860. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.6.844>
- Bonanno, G. A., Westphal, M., & Mancini, A. D. (2012). Loss, Trauma, and Resilience in Adulthood, In B., Hayslip Jr. & G. C. Smith (Orgs), *Annual Review Of Gerontology And Geriatrics*, (pp. 189-210). Springer Publishing Company

- Cabral, N. (2010). *A cidadania e o bem-estar psicológico de estudantes adolescentes*. [Tese de Mestrado, Universidade dos Açores]. Repositório Aberto da Universidade dos Açores.
- Christopher, J. (1999). Situating Psychological Well-Being: Exploring the Roots of its Theory and Research. *Journal of Counseling and Development*.
- Coon, D. W. (2012). Resilience and Family Caregiving, In B., Hayslip Jr. & G. C. Smith (Orgs), *Annual Review Of Gerontology And Geriatrics*, (pp. 231-249). Springer Publishing Company, <http://dx.doi.org/10.1891/0198-8794.32.231>
- Correia, S. A. (2018) *Resiliência em Profissionais de Saúde*. [Tese de Mestrado, Escola Superior de Educação de Coimbra e Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra]. Repositório Aberto da Escola Superior de Educação de Coimbra e Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra.
- Deep, C. N., & Leal, I. (2012). Adaptação da “The Resilience Scale” para a população adulta portuguesa. *Psicologia USP*, 23(2), 417-433. doi: 10.1590/S0103-65642012005000008
- DePasquale, N. (2019). Double-Duty and Triple-Duty Caregivers. *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging*. Gu D., Dupre M. (eds), Springer, Cham.
- DePasquale, N., Davis, K.D., Zarit, S.H., Moen, P., Hammer, L.B., & Almeida, D.M. (2016). Combining formal and informal caregiving roles: The psychosocial implications of double-and triple-duty care. *JG:PS*, 71(2), 201-211. doi:10.1093/geronb/gbu139
- DePasquale, N., Mogle, J., Zarit, S.H., Okechukwu, C.A., Kossek, E.E., & Almeida, D.M. (2017). The family time squeeze: Perceived family time adequacy buffers work strain in certified nursing assistants with multiple caregiving roles. *The Gerontologist*. Advance online publication. doi: 10.1093/geront/gnw191
- DePasquale, N., Zarit, S.H., Mogle, J., Moen, P., Hammer, L.B., & Almeida, D.M. (2018). Double-and triple-duty caregiving men: An examination of subjective stress and perceived schedule control. *Journal of Applied Gerontology*. Advance Online Publication. doi:10.1177/0733464816641391
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains. *Canadian Psychology*, 49, 14-23.
- Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24, 25-41.
- Direção Geral da Saúde (2020). *Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença por novo coronavírus (COVID-19)* [acesso a 20 de setembro de 2021]. Disponível em: https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/03/Plano-de-Conting%C3%AAncia-Novo-Coronavirus_Covid-19.pdf
- Dias, E. N., & Pais-Ribeiro, J. L. (2019). O modelo de coping de Folkman e Lazarus: aspectos históricos e conceituais. *Revista Psicologia e Saúde*, 11(2), 55-66. <https://dx.doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642>
- Diehl, M.; Hay, E. L., & Chui, H. (2012). Personal Risk and Resilience Factors in the Context of Daily Stress, In B., Hayslip Jr. & G. C. Smith (Orgs), *Annual Review Of Gerontology And Geriatrics*, (pp. 253-274). Springer Publishing Company.

- Dunst, C., & Trivette, C. (1990). Assessment of social support in early intervention programs. In: S. Meisels e J. Shonkoff (Edts.) *Handbook of early childhood intervention*, 326-349, New York: Cambridge University Press.
- Eizirik, C., & Bassols, A. M. S. (2013). *O Ciclo da Vida Humana: uma perspectiva psicodinâmica*. (2ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed
- Elliott, T. R., Perrin, P. B., Bell, A. S., Powers, M. B., & Warren, A. M. (2021). Resilience, coping, and distress among healthcare service personnel during the COVID-19 pandemic. *BMC psychiatry*, 21(1), 489. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03506-6>
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society*. New York: Norton
- Fagulha, T. (2005). A Meia Idade da Mulher. *Psicologia*, XIX.
- Fagundes, C. P., Gillie, B. L., Derry, H. M., Bennett, J. M., & Kiecolt-Glaser, J. K., (2012). Resilience and Immune Function in Older Adults, In B., Hayslip Jr. & G. C. Smith (Orgs), *Annual Review Of Gerontology And Geriatrics*, (pp. 29-47). Springer Publishing Company.
- Farrall, M. (2012). O conceito de Resiliência no contexto dos sistemas socioecológicos. *Ecologi@*, 6, 50-62.
- Ferreira, A. M. N. (2013). *Estudo Psicométrico do Índice de Bem-Estar Pessoal em Pessoas Portadoras de Deficiência Mental (PWI- ID)*. [Tese de Mestrado, Instituto Superior De Ciências Educativas]. Repositório Aberto do Instituto Superior De Ciências Educativas
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento Activo. Contribuciones de la Psicología*. Colección Psicología: Ediciones Pirámide.
- Fine, M. D. (2012). Employment and informal care: sustaining paid work and caregiving in community and home-based care. *Ageing International*, 37, 57 – 68
- Fontes, A. (2010). Resiliência, segundo o paradigma do desenvolvimento ao longo da vida. *Revista Kairós*, 7, 8-20.
- Fontes, A. & Neri, A. (2015). Resiliência e velhice: revisão de literatura. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 20(5), 1475-1495.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Frone, M. R. (2003). Work-family balance. In J. C. Quick & L. E. Tetrick (Eds.), *Handbook of occupational health psychology* (143 – 162). Washington, DC: American Psychological Association.
- Galinha, I. (2008) *Bem-estar Subjetivo: Fatores cognitivos, afetivos e contextuais*. Quarteto.
- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjetivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(2), 203-214.
- Gans, D., & Silverstein, M. (2006). Norms of filial responsibility for aging parents across time and generations. *Journal of Marriage and Family*, 68, 961–976. doi:10.1111/jomf.2006.68.issue-4
- Garnezy, N., Masten, A., & Tellegen, A. (1984). The Study of Stress and Competence in Children: A Building Block for Developmental Psychopathology. *Child Development*, 55, 97-111.

- Gonçalves, L. T. H., Leite, M. T., Hildebrandt, L. M., Bisogno, S. C., Biasuz, S., & Falcade, B. L. (2013) Convívio e cuidado familiar na quarta idade: qualidade de vida de idosos e seus cuidadores, *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, 16 (2) <https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000200011>
- Grotberg, E. (1995). *A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit*. The Hague: Bernard Van Leer Foundation.
- Greenfield, E. A., & Marks, N. F. (2006). Linked Lives: Adult Children's Problems and Their Parents' Psychological and Relational Well-Being. *Journal of Marriage and Family*, 68, 442–454
- Hardy, S. E., Concato, J., & Gill, T. M. (2004). Resilience of Community Dwelling Older Persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52 (2), 257-262.
- Hodgdon, B. T., & Wong, J. D. (2021). Influences of Work and Family Spillover on Filial and Sandwiched Caregivers' Psychological Well-Being. *The International Journal of Aging and Human Development*, 92(2) 197–214
- Hsu, T., & Barrett, A. E. (2020) The Association between Marital Status and Psychological Well-being: Variation across Negative and Positive Dimensions, *Journal of Family Issues*, 1–24, DOI: 10.1177/0192513X20910184
- Igreja, C. M. Q. (2012). *GESTÃO DO STRESSE E ESTRATÉGIAS DE COPING: Quando o stresse deixa de ser um problema*. [Tese de Mestrado, ISCTE Business School-Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório Aberto do ISCTE Business School-Instituto Universitário de Lisboa.
- Infante, F. (2005) A resiliência como processo: uma revisão da literatura recente, in *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*, Aldo Melillo, Elbio Néstor Suárez Ojeda & Colaboradores, Ed. Artmed, Porto Alegre
- Infurna, F. J., Gerstorf, D., & Lachman, M. E. (2020). Midlife in the 2020s: Opportunities and challenges. *American Psychologist*, 75(4), 470–485. <https://doi.org/10.1037/amp0000591>
- Jorge, M. M. (2005). Perdas e ganhos no envelhecimento da mulher. *Psicologia em Revista*, 11(17), 47-61.
- Júnior, W. P., & Zanini, D. S. (2011). Estratégias de Coping de Pacientes Oncológicos em Tratamento Radioterápico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(4), 491-497
- Lachman, M. E. (2004). Development in Midlife. *Annu. Rev. Psychol.*, 55, 305-333.
- Lachman, M. E. (2015) Mind the Gap in the Middle: A Call to Study Midlife, *Research in Human Development*, 12: 3-4, 327-334, DOI:10.1080 / 15427609.2015.1068048
- Lachman, M. E., Teshale, S., & Agrigoroaei, S. (2015). Midlife as a pivotal period in the life course: Balancing growth and decline at the crossroads of youth and old age, *International Journal of Behavioral Development*, 39 (1), 20-31. DOI: 10.1177 / 0165025414533223
- Lavretsky, H. (2012). Resilience, Stress, and Mood Disorders in Old Age, In B., Hayslip Jr. & G. C. Smith (Orgs), *Annual Review Of Gerontology And Geriatrics*, (pp. 49-72). Springer Publishing Company.

- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stresse, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Lenzo, V., Quattropiani, M. C., Musetti, A., Zenesini, C., Freda, M. F., Lemmo, D., Vegni, E., Borghi, L., Plazzi, G., Castelnuovo, G., Cattivelli, R., Saita, E., & Franceschini, C. (2020). Resilience Contributes to Low Emotional Impact of the COVID-19 Outbreak Among the General Population in Italy. *Front. Psychol.* 11, doi: 10.3389/fpsyg.2020.576485
- Lent, R. W. (2004). Toward a Unifying Theoretical and Practical Perspective on Well-Being and Psychosocial Adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 51(4), 482–509. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.51.4.482>
- Lerner, R. M., Weiner, M. B., Arbeit, M. R., Chase, P. A., Agans, J. P., Schmid, K. L., & Warren, A. E. A. (2012). Resilience Across the Life Span, In B., Hayslip Jr. & G. C. Smith (Orgs), *Annual Review Of Gerontology And Geriatrics*, (pp. 275-299). Springer Publishing Company.
- Lipsitt, L. R., & Demick, J. (2012). Theory and measurement of resilience: Views from development. In M. Ungar (Ed.), *The social ecology of resilience: A handbook of theory and practice* (43–52). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-0586-3_4
- Luthar, S., Cicchetti, D., Becker, B. (2000). “The Construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work”, *Child Development*, 71 (3), 543-558.
- Machado, W. L., & Bandeira, D. R. (2012). Bem-estar psicológico: definição, avaliação e principais correlatos. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29(4), 587-595
- Martire, L. M., & Stephens, M. A. P. (2003). Juggling Parent Care and Employment Responsibilities: The Dilemmas of Adult Daughter Caregivers in the Workforce, *Plenum Publishing Corporation*, 167-173
- Masten, A., & Garmezy, N. (1985). Risk, Vulnerability, and Protective Factors in Developmental Psychopathology. *Advances in Clinical Child Psychology*, 8, 1-52.
- Matteson, M. T., & Ivancevich, J.M. (1987). *Controlling Work Stress: Effective human resource and management strategies*. California: Jossey-Bass Inc. Publishers
- Melo-Dias, C. & Silva, C. F. (2015). SOBRE A VULNERABILIDADE..., *PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS*, 16(3), 411-420; DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/15psd160311>
- Moen, P., Robison, J., & Fields, V. (1994). Women's work and caregiving roles: a life course approach. *Journal of gerontology*, 49(4), S176–S186. <https://doi.org/10.1093/geronj/49.4.s176>
- Morais, D. M. C. B. (2019) *Cuidados Filiais: O Papel Da Vinculação E Da Representação Dos Cuidados Na Ansiedade Filial E Na Maturidade Filial*, Tese de Doutorado em Gerontologia e Geriatria, Programa Doutoral em Gerontologia e Geriatria, Portugal
- Morais, D., Faria, C. & Fernandes, L. (2019). Intergenerational caregiving: The role of attachment and mental representation of caregiving in filial anxiety of middle-aged children. *Journal*

of *Intergenerational Relationships*, 17(4), 468-487.
<https://doi.org/10.1080/15350770.2019.1596187>

- Moreno-Agostino, A., Torre-Luque, A., Silva-Sauer, L., Smith, B. W., & Fernández-Calvo, B. (2021). The age-invariant role of resilience resources in emotional symptomatology, *Aging & Mental Health*, DOI:10.1080/13607863.2021.1913472
- Neri, A. L. (2008). *Palavras-chave em Gerontologia (3a ed.)*. Campinas (SP): Alínea.
- Novo, R. F. (2003). *Para além da eudaimonia: o bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Novo, R. F. (2005) Bem-Estar e Psicologia: Conceitos e Propostas de Avaliação, *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación e Avaliação Psicológica*, 2(20), 183-203
- Novo, R. F., Duarte-Silva, E. & Peralta, E. (1997). O bem-estar psicológico em adultos: estudo das características psicométricas da versão portuguesa das escalas de C. Ryff. In M. Gonçalves, I. Ribeiro, S. Araújo, C. Machado, L.S. Almeida & M. Simões (Eds.), *Avaliação psicológica: formas e contextos* (vol. V, pp. 313-324). Braga: APPORT/SHO.
- Oliveira, E. P., & Levindo, A. S. (2020) BEM-ESTAR SUBJETIVO E FUNCIONAMENTO PSICOLÓGICO POSITIVO AO LONGO DOS PRIMEIROS ANOS DO ENSINO SUPERIOR, *Educação: Teoria e Prática*, 30(63).
- Ong, A. D., Bergeman, C. S., & Boker, S. M. (2009). Resilience comes of age: Defining features in later adulthood. *Journal of Personality*, 77 (6), 1777-1804.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2009.00600.x>
- Oxford English Dictionary Online. 2000. London:Oxford Univ. Press
- Papalia, D. E., Sterns, H. L., Feldman, R. D., & Camp, C. J. (2002). *Adult development and aging (2nd ed.)*. São Paulo: McGraw-Hill.
- Pearman, A., Hughes, M. L., Smith, E. L., & Neupert, S. D. (2021). Age Differences in Risk and Resilience Factors in COVID-19-Related Stress. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Scii*, XX (XX), 1–7 doi:10.1093/geronb/gbaa120
- PORDATA (2021), *População residente com 15 a 64 anos e 65 e mais anos: por nível de escolaridade completo mais elevado (%)* [acesso a 20 de setembro de 2021]. Disponível em: [https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+com+15+a+64+anos+e+65+e+mais+anos+por+n%C3%ADvel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+\(percentagem\)-2266-179442](https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+com+15+a+64+anos+e+65+e+mais+anos+por+n%C3%ADvel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+(percentagem)-2266-179442)
- Putney, N. M. & Bengtson, V. L. (2001). "Families, intergenerational relationships and kinkeeping in midlife". *Handbook of midlife development*, Edited by: Lachman, M. E. 528–570. New York: John Wiley & Sons.
- Queroz, N. C. (2003) *Bem-Estar Psicológico e Inteligência Emocional Entre Homens e Mulheres na Meia Idade e Velhice*. [Tese de Mestrado Faculdade de Educação]. Repositório Aberto da Universidade Estadual de Campinas

- Queroz, N. C. (2008) *Bem-estar psicológico: investigações acerca de recursos adaptativos em adultos e na meia-idade*. [Tese de Doutoramento Faculdade de Educação]. Repositório Aberto da Universidade Estadual de Campinas
- Ribeiro, J. L. P., & Morais, R. (2010) ADAPTAÇÃO PORTUGUESA DA ESCALA BREVE DE COPING RESILIENTE. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 11 (1), 5-13
- Rosa, M. J. V. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Lisboa: FFMS
- Rothrauff, T., & Cooney, T. M. (2008). The Role of Generativity in Psychological Well-Being: Does it Differ for Childless Adults and Parents?. *J Adult Dev*, 15, 148–159, DOI 10.1007/s10804-008-9046-7
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudemonic well-being. In S. Fiske (Ed.), *Annual review of psychology*, 52, 141-166.
- Rybarczyk, B., Emery, E. E., Guequierre, L. L., Shamaskin, A., & Behel, J. (2012). The Role of Resilience in Chronic Illness and Disability in Older Adults, In B., Hayslip Jr. & G. C. Smith (Orgs), *Annual Review Of Gerontology And Geriatrics*, (pp. 173-187). Springer Publishing Company.
- Ryff, C. (1989). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful ageing. *International Journal of Behavioral Development*, 12 (1), 35 - 55.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of Psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C. D. (2014) Psychological Well-Being Revisited: Advances in Science and Practice, *Psychother Psychosom*. 83(1), 10–28.
- Ryff, C. D., Friedman, E. M., Morozink, J. A. & Tsenkova, V. (2012) CHAPTER 4: Psychological Resilience in Adulthood and Later Life: Implications for Health. In B., Hayslip Jr. & G. C. Smith (Orgs), *Annual Review Of Gerontology And Geriatrics*, (pp. 73-92). Springer Publishing Company.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719- 727.
- Ryff, C. & Singer, H. (2008). Know thyself and become what you are: a eudaimonic approach to psychological well being. *Journal of Happiness Studies*, 9, 13-39.
- Santana, V. S. & Gondim, S. M. G. (2016) Regulação emocional, bem-estar psicológico e bem-estar subjetivo, *Estud. psicol*, 21 (1).
- Santos, D. M. (2011). *Burnout, Estratégias de Coping e Qualidade de Vida nos Profissionais de Saúde*. [Tese de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Aberto da Universidade Católica Portuguesa.
- Sampieri, R. H., Collado, C. H., & Lucio, P. B. (2006). *Metodologia de Pesquisa*. São Paulo: McGrawHill
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel
- Selye, H. (1936). *A syndrome produced by diverse noxious agents*. *Nature* 138(3479, July 4):32.
- Serra, A (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Edições do Autor

- Siqueira, M. M. M. & Padovam, V. A. R. (2008). Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho, *Psic.: Teor. e Pesq.* 24 (2)
- Smith, G. C., & Hayslip Jr., B. (2012). Resilience in Adulthood and Later Life What Does it Mean and Where Are We Heading?, In B., Hayslip Jr. & G. C. Smith (Orgs), *Annual Review Of Gerontology And Geriatrics*, (pp. 3-28). Springer Publishing Company.
- Spiro, A. (2001). Health in Midlife: Toward a life-span view. In M. Lachman (Ed.), *Handbook of Midlife Development* (pp. 156–187). New York: John Wiley & Sons.
- Staudinger, U. M., Marsiske, M., & Baltes, P. B. (1995). Resilience and reserve capacity in later adulthood: Potentials and limits of development across the life span. In D. Cicchetti, D. J. Cohen, D. Cicchetti, D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology*, Vol. 2: Risk, disorder, and adaptation (pp. 801-847). Oxford, England: John Wiley & Sons
- Sterns, H. L. & Dawson, N. T. (2012). Emerging Perspectives on Resilience in Adulthood and Later Life Work, Retirement, and Resilience, In B., Hayslip Jr. & G. C. Smith (Orgs), *Annual Review Of Gerontology And Geriatrics*, (pp. 211-230). Springer Publishing Company.
- Stine-Morrow, E. A. L. & Chui, H. (2012) Cognitive Resilience in Adulthood, In B., Hayslip Jr. & G. C. Smith (Orgs), *Annual Review Of Gerontology And Geriatrics*, (pp. 93-114). Springer Publishing Company.
- Taboada, N. G., Legal, E. J., Machado, N. (2006). Resiliência: em busca de um conceito. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*, 16(3), 104-113.
- Tement, S., & Korunka, C. (2015) The Moderating Impact of Types of Caregiving on Job Demands, Resources, and Their Relation to Work-to-Family Conflict and Enrichment, *Journal of Family Issues*, 36 (1), 31–55
- Ungar, M. (2004). A Constructionist Discourse On Resilience: Multiple Contexts, Multiple Realities Among At-Risk Children and Youth. *Youth & Society*, 35(3), 341-365.
- Varma, P., Junge, M., Meaklim, H., & Jackson, M. L. (2021). Younger people are more vulnerable to stress, anxiety and depression during COVID-19 pandemic: A global cross-sectional survey. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, 109, 110236. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110236>
- Werner, E. E. (1989). High-risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59(1), 72–81. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1989.tb01636.x>
- Werner, E. (2012). Risk, Resilience, and Recovery. *Reclaiming Children & Youth Journal*, 21(1), 18-22.
- Yunes M. A. M. & Szymanski H (2001) Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: Tavares J, organizador. *Resiliência e educação*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2001.13-42