

## ROBUSTEZ PSICOLÓGICA, APOIO SOCIAL E SINTOMAS FÍSICOS NO PROCESSO DE STRESS

Adelaide D. Claudino<sup>1</sup>, João M. Moreira<sup>2</sup>, & Vera Coelho<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Psicologia, Universidade de Évora

<sup>2</sup>Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa

---

**RESUMO:** Este estudo procurou examinar o papel da robustez psicológica (*hardiness*) e do apoio social percebido no processo do stress resultante da percepção de sintomas físicos. Estas variáveis foram medidas através de questionários de auto-relato numa amostra de 102 estudantes universitários. Verificou-se que o número de sintomas físicos estava significativamente associado ao stress percebido. A robustez psicológica ligada especificamente às alterações do estado de saúde, na sua dimensão de Compromisso/Desafio e, sobretudo, de ausência de Alienação, tem um efeito amortecedor em relação ao impacto dos sintomas físicos e das doenças na percepção de stress. Estes resultados vêm em apoio não só da validade da escala utilizada para medir a robustez psicológica ligada às alterações do estado de saúde, como da importância do conceito para a psicologia da saúde.

*Palavras-chave:* Apoio social, robustez psicológica, sintomas físicos, stress.

---

## HARDINESS, SOCIAL SUPPORT AND PHYSICAL SYMPTOMS IN THE STRESS PROCESS

**ABSTRACT:** This study examined the role of hardiness and perceived social support in the relationship between physical symptoms and perceived stress, measuring these variables with the help of self-report questionnaires in a sample of 102 college students. We found that the number of symptoms was significantly related to perceived stress. Health-related hardiness, in its aspect of Commitment/Challenge and, to an even greater extent, absence of Alienation, showed a protective effect against the impact of physical symptoms and illnesses upon perceived stress. These results support not only the validity of the scale employed to measure health-related hardiness, but also the importance of the concept for health psychology.

*Keywords:* Hardiness, physical symptoms, social support, stress.

---

Recebido em 12 de Fevereiro de 2009/ Aceite em 16 de Junho de 2009

Inúmeras investigações têm demonstrado a relevância dos processos ligados ao stress na psicologia da saúde (e.g., Taylor, Repetti, & Seeman, 1997). A maior parte, porém, tem-se fixado nos possíveis efeitos que o stress pode ter no surgimento de doenças (e.g., Cohen, Tyrrell, & Smith, 1993). É igualmente possível, no entanto, que a correlação geralmente encontrada entre estas duas variáveis seja devida a outros mecanismos. Por exemplo, é plausível que os sintomas físicos e a doença constituam acontecimentos de vida geradores de stress. Na *Social Readjustment Rating*

*Scale (SRRS; Holmes & Rahe, 1967)*, uma “doença ou ferimento pessoal” correspondia a 53 unidades de mudança de vida (um índice do stress gerado pelo acontecimento), mais do que o perder o emprego (47) e quase tantas como a morte de uma pessoa próxima (63). De acordo com o modelo transaccional de Lazarus (2000; Lazarus & Folkman, 1984), a pessoa sentirá stress quando perceber a situação (neste caso, os sintomas ou doenças) como ameaçadores (*appraisal* primário) e os seus recursos para lhes fazer face como inadequados (*appraisal* secundário).

Os recursos disponíveis para lidar com as alterações percebidas do estado de saúde deverão, assim, modificar de forma marcada a relação entre a detecção de alterações no estado de saúde e a sensação subjectiva de stress. Mais concretamente, entre as pessoas que se vêem a si mesmas como mais capazes de lidar com os seus problemas de saúde, esta relação deve ser fraca ou nula. Pelo contrário, entre as pessoas que consideram possuir poucos recursos para lidar com esses problemas, a relação deve ser mais forte, e as alterações do estado de saúde constituirão um importante factor de stress. A detecção deste efeito moderador viria em apoio da ideia de que a relação encontrada entre stress e sintomas/doenças físicas poderia ser, pelo menos em parte, devida a este mecanismo.

Na literatura acerca dos recursos que permitem aos indivíduos melhor lidar com o stress, têm considerável destaque os da robustez psicológica (*hardiness*) e do apoio social. A robustez psicológica foi proposta por Susanne Kobasa (1979) como um constructo de personalidade capaz de explicar a resistência e o coping em situações stressantes. A sua definição de robustez, baseada numa abordagem existencialista, assenta em três componentes. O Controlo, que faz referência à capacidade percebida pelo indivíduo para determinar o que acontece na sua vida. O Compromisso, que mede a crença na verdade, importância e valor de quem a pessoa é e do que faz. E, por último, o componente Desafio, que se caracteriza por uma abertura saudável à mudança, em detrimento de uma exigência excessiva de estabilidade.

Estas auto-percepções de controlo, compromisso, e desafio ajudam a lidar com os acontecimentos de vida stressantes de modo a transformá-las em experiências positivas de desenvolvimento humano (Maddi & Khoshaba, 1994; Wiebe, 1991). Neste âmbito, diversos argumentos conceptuais e estudos empíricos (e.g., Florian, Mikulincer, & Taubman, 1995; Kobasa, Maddi, & Kahn, 1982; Maddi, 2006) apoiam a hipótese de que a robustez, enquanto característica da personalidade, sustenta a resistência dos indivíduos, mesmo perante acontecimentos geralmente tidos como gravemente stressantes. Kobasa, Maddi, e Kahn (1982) concluíram também que a robustez psicológica influencia as interpretações subjectivas dos acontecimentos de vida. Outros estudos, porém, têm mostrado resultados inconsistentes, podendo reflectir diferenças nas técnicas de medida, na composição da amostra e nos modelos de análise utilizados (Maddi, 2006; Roth, et al., 1989).

Mais recentemente, algumas investigações (e.g., Dolbier, Smith, & Steinhardt, 2007; Mathews, 2007; Pollock & Duffy, 1990; Soderstrom, Dolbier, Leiferman, & Steinhardt, 2000; Steinhardt & Dolbier, 2008) têm vindo reforçar a ideia que as ca-

racterísticas de robustez especificamente ligadas à saúde estão relacionadas com a adaptação psicológica, psicossocial e fisiológica.

Outra linha de investigação tem demonstrado que o efeito da robustez psicológica está relacionado com outro tipo de recursos pessoais e sociais, em particular com o apoio social (Blaney & Ganellen, 1990). O apoio social tem sido referido consistentemente na literatura, como estando relacionado com o bem-estar psicológico. Os estudos neste domínio (e.g., Myers, Lindenthal, & Pepper, 1975) vêm lançar a hipótese que o apoio social está relacionado com a percepção de stress, isto é, que as relações sociais significativas têm um efeito protector perante situações percebidas como stressantes. Complementarmente, Schachter (1959) sugere quando as pessoas se sentem ameaçadas em situações stressantes, preferem associar-se a outros que ficar sózinhos.

Os desenvolvimentos teóricos e empíricos em redor do conceito de apoio social permitiram a compreensão do papel fundamental da percepção do apoio social como factor preditivo da adaptação (Moreira, 2002). Roy, Steptoe, e Kirschbaum (1998), demonstraram que homens com elevado apoio social, mostraram uma melhor regulação das suas respostas fisiológicas aos stressores, em termos de medidas cardiovasculares e de cortisol. Mizuno et al. (2003) concluíram que o apoio social reduz os sintomas depressivos em doentes com HIV positivo. Holtzman, Newth, e DeLongis (2004) mostraram como o apoio social promove o uso de estratégias de coping mais eficazes para lidar com a dor, em doentes com artrite reumatóide, levando a uma diminuição da sensação subjectiva de dor. Lim (1996) mostrou como o apoio social proveniente de colegas de trabalho reduz o efeito da insegurança profissional sobre a insatisfação, a procura proactiva de emprego alternativo e os comportamentos de falta de cidadania organizacional

A presente investigação pretende analisar o papel da robustez psicológica relacionada com a saúde e do apoio social percebido na relação entre os sintomas físicos e a percepção de stress numa amostra de estudantes universitários. Para além dos eventuais efeitos principais que a robustez psicológica e o apoio social poderão ter sobre a percepção de stress, colocamos como hipótese que estas duas variáveis poderão actuar como moderadores do efeito dos sintomas sobre o stress.

Em simultâneo, procurou-se nesta investigação obter dados iniciais quanto à validade de algumas das medidas utilizadas, cujas versões Portuguesas foram desenvolvidas para este estudo.

## MÉTODOS

### *Participantes*

A amostra foi constituída por 102 estudantes universitários do 1º e 2º ano dos cursos de Enfermagem (54.9%), da Escola Superior de Enfermagem São João de

Deus, e da Licenciatura de Psicologia (45.1%), da Universidade de Évora, sendo que 82 pertenciam ao género feminino (80.4%) e 20 ao género masculino (19.6%).

Relativamente aos anos do curso, 43 (42.2%) alunos frequentam o primeiro ano e 59 (57.8%) o segundo. As idades oscilaram entre os 18 e os 40 anos, sendo a média de 20.58 (DP = 3.29) e a moda de 19 anos. Quanto à área de residência de origem, verificou-se que 72 (70.6%) dos alunos habitam fora da sua área de residência de origem, por isso, distantes da sua família nuclear. Sessenta e nove (67.6%) participantes provêm de um meio urbano, sendo os restantes 33 (32.4%) naturais de uma área rural.

### *Procedimento*

Após ter sido concedida a autorização dos Departamentos e feita a seleção das turmas dos alunos, foi-lhes explicado o objectivo do estudo garantindo o anonimato, confidencialidade. A participação dos alunos foi voluntária, sendo os instrumentos aplicados, em grupo, nas salas onde decorriam as aulas das disciplinas regulares do curso. As sessões de aplicação dos questionários às turmas realizaram-se com a presença de um investigador e demoraram cerca de 35 a 45 minutos.

### *Material*

*Health-Related Hardiness Scale* (HRHS; Pollock, 1984), tradução experimental Portuguesa de Claudino, não publicada). A HRHS foi desenvolvida como medida de adaptação à doença crónica, (Pollock, 1999). No entanto, trata-se de um instrumento que pode ser aplicado para medir o constructo de robustez psicológica relacionada com a saúde tanto em populações com doença, como em populações saudáveis (Brooks, 2003). A escala é constituída por 34 itens, numa escala de seis pontos do tipo Likert, que variam entre 1 = “Discordo Fortemente” e 6 = “Concordo Fortemente”. Aos participantes é pedido que indiquem qual o grau em que concordam que as afirmações contidas na escala descrevem a forma como lidam com questões relacionadas com a sua saúde. Pode ser utilizada como uma medida global de robustez psicológica ou como uma medida das subdimensões do construto. As análises factoriais realizadas até agora, no entanto, têm mostrado a impossibilidade de separar as dimensões de Compromisso e de Desafio, de modo que a escala é geralmente cotada em duas subescalas de Controlo (14 itens) e de Compromisso/Desafio (20 itens).

Apesar da reduzida dimensão da nossa amostra, realizámos uma análise factorial exploratória desta escala, através de uma Análise em Componentes Principais seguida de uma rotação Varimax. O critério do “cotovelo” (Moreira, 1999) indicou claramente 3 factores como o número mais indicado, o que foi confirmado pelo método de análise paralela, implementado com o auxílio do programa RanEigen (Enzmann, 1997). Um destes factores correspondia claramente ao aspecto de controlo (Factor 2; item com maior saturação, nesta caso de cotação invertida: “Permanece-

rei saudável se for esse o meu destino”). Os outros dois não correspondiam às outras dimensões originais do construto de robustez, antes representando pólos opostos da subescala já existente de Compromisso/Desafio: um pólo positivo (Factor 1; item com maior saturação: “Entusiasma-me a possibilidade de melhorar a minha saúde”), e outro negativo, que designámos de Alienação (Factor 3; item com maior saturação: “A nossa sociedade não tem objectivos ou valores que valham a pena em termos de saúde”).

Para representar estes factores, foram seleccionados aqueles itens que apresentavam uma saturação superior a 0.45 após a rotação. Um item foi ainda eliminado do Factor 1, visto que fazia descer o coeficiente alfa. As escalas finais eram compostas por 8 itens para o Compromisso/Desafio (alfa = .74), 6 para o controlo (alfa = .77) e 5 para a Alienação (alfa de .64). Estas escalas apresentavam uma validade discriminante aceitável, dado que a correlação mais elevada ( $r = -.39$  entre Compromisso/Desafio e Alienação; ver Quadro 1) se situava claramente abaixo dos níveis de precisão das escalas. De notar que a escala de Alienação, vai no sentido oposto ao das restantes (baixa robustez). Optou-se por esta forma de apresentar os resultados de forma a não tornar confusa a interpretação dos resultados.

*Escala de Provisões Sociais (EPS)*, versão Portuguesa de Moreira e Canaipa (2007) da *Social Provisions Scale* (Cutrona & Russell, 1987). A EPS é uma medida constituída por 24 itens, pontuados numa escala de “Likert”, com valores de 1 (Discordo fortemente) a 4 (Concordo fortemente). Os autores da versão original criaram-na com base nas seis funções das relações sociais propostas por Weiss (1974). Pode, por isso, ser usada tanto como uma medida global de apoio social como dividida em seis subescalas correspondentes às ditas funções: Aconselhamento, Aliança Fiável, Reafirmação de Valor, Oportunidade de Prestação de Apoio, Vinculação e Integração Social. Pode-se ainda obter resultados em dois factores de nível intermédio: Apoio Íntimo e Apoio Casual. Neste estudo, utilizou-se apenas a escala global. O artigo de Moreira e Canaipa (2007) apresenta os resultados da análise psicométrica da versão Portuguesa da escala, a qual revelou níveis adequados de precisão e validade. O coeficiente alfa de Cronbach na presente amostra foi de .89.

*Escala de Stress Percebido (ESP)*, versão Portuguesa de Moreira (2002) da *Perceived Stress Scale* (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983). A ESP é uma medida de auto-avaliação do stress percebido. Os autores da versão original da escala criaram três formas, com 14, 10 e 4 itens, sendo que a versão Portuguesa utilizada neste estudo se baseou na forma de 10 itens. Os participantes que respondem ao instrumento têm instruções para avaliar cada item numa escala de 5 pontos (0 = “Nunca” a 4 = “Muito frequentemente”), com base na frequência em que experienciaram sentimentos específicos durante o último mês (exemplo: “No último mês, com que frequência se sentiu incapaz de controlar as coisas importantes na sua vida?”). Dados de validade da versão Portuguesa desta escala foram apresentados em Moreira (2002). O coeficiente alfa de consistência interna de Cronbach obtido para a presente amostra foi de .90.

*Southern Methodist University Health Questionnaire (SMU; Watson & Pennebaker, 1989)*, tradução experimental Portuguesa de Moreira e Claudino (não publicada). O Questionário de Saúde da SMU, consiste num lista de 62 sintomas e queixas (e.g., dor abdominal ou de estômago), doenças menos graves (e.g., constipação) ou mais graves (e.g., cancro), e doenças crónicas (e.g., hipertensão), em que os participantes devem assinalar quais os que tiveram no último ano. A pontuação da reflecte o número de itens assinalados, ou seja, o número de sintomas ou doenças de que cada participante afirmava ter padecido no ano anterior possuir. Este questionário foi utilizado pela primeira vez neste estudo, na sua versão Portuguesa, pelo que não existem dados anteriores de validação. A versão original americana, porém, foi utilizada em diversos estudos com bons resultados (Watson & Pennebaker, 1989). O cálculo do coeficiente alfa não é adequado, uma vez que não se espera que os diferentes sintomas avaliem uma mesma dimensão, internamente consistente.

## RESULTADOS

As correlações entre as principais variáveis são apresentadas no Quadro 1. De acordo com o esperado, podemos observar que a robustez psicológica e o apoio social estão relacionados, mas que apenas para os factores de Compromisso/Desafio e Alienação a relação é significativa. O stress percebido é um preditor significativo dos sintomas físicos e relaciona-se com uma menor percepção de apoio social. No entanto, e de forma algo surpreendente, também se relaciona com uma menor alienação em relação ao papel do indivíduo na determinação do seu estado de saúde. Por outro lado, esta menor alienação parece também estar associada a um maior apoio social.

Quadro 1

*Correlações entre as principais variáveis do estudo*

	Compr/Des	Controlo	Alienação	Apoio social	Stress
Controlo	0.18				
Alienação	-0.39**	-0.36**			
Apoio social percebido	0.36**	0.13	-0.29**		
Stress percebido	0.00	0.09	-0.29**	-0.23*	
Sintomas	0.09	-0.02	-0.08	-0.12	0.40**

*Nota:* Compr/Des – Compromisso/Desafio; \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ .

Para uma análise mais aprofundada das possíveis influências entre as variáveis e para o teste dos efeitos de moderação hipotetizados, recorreu-se à análise de

regressão linear múltipla. Os efeitos de moderação da robustez psicológica e do apoio social percebido na relação entre o stress percebido e os sintomas físicos foram testados de acordo com os procedimentos propostos por Jaccard, Turrisi, e Wan (1990), através da introdução de variáveis correspondendo aos produtos dos valores das variáveis que se hipotetizava apresentarem um efeito de interacção. Para facilitar a interpretação, todas as variáveis foram introduzidas depois de padronizadas (excepto o componente multiplicativo que transporta a interacção, o qual, porém, foi obtido multiplicando as variáveis já padronizadas), o que dispensa a utilização dos coeficientes  $\beta$ . Os resultados destas análises são apresentados no Quadro 2.

## Quadro 2

*Coefficientes de regressão para os modelos finais da influência dos sintomas e dos recursos sobre o stress percebido*

Preditor	Compr/Des	Controlo	Alienação	Apoio social
Sintomas físicos	.44**	.40**	.41**	.38**
Recurso	-.01	.02	-.06	-.20*
Interacção	-.18	-.05	.21*	.12

*Nota:* Compr/Des – Compromisso/Desafio; \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

É visível que se verifica um efeito forte dos sintomas sobre a percepção de stress, ao passo que a robustez psicológica em relação à saúde não tem nenhum efeito principal sobre o stress. O apoio social percebido, pelo contrário, contribui directamente para uma diminuição do stress.

Quanto aos efeitos de interacção hipotetizados, apenas para a dimensão Alienação se verificou um resultado significativo. Este efeito pode ser interpretado, aproveitando o facto de se ter partido de variáveis padronizadas, somando e subtraindo o coeficiente obtido para o componente multiplicativo de um dos preditores principais, por forma a estimar o efeito deste para valores do outro situados um desvio-padrão acima e abaixo da média, respectivamente. Assim, verifica-se que, quando a Alienação se situa a um nível médio, o efeito dos sintomas sobre a percepção de stress corresponde a um efeito padronizado (isto é, semelhante a uma correlação) de .41. Porém, quando o valor da Alienação é baixo, este efeito é claramente mais reduzido (.20). Quando, por outro, a Alienação é elevada, os sintomas têm um fortíssimo efeito sobre a percepção de stress (.62). O efeito de interacção encontrado assume, assim, exactamente a forma por nós hipotetizada. De notar que o efeito equivalente para a dimensão Compromisso/Desafio apresenta exactamente a mesma forma (apenas com o sinal invertido) e esteve muito perto de atingir a significância ( $p = .052$ ). Dada a conhecida dificuldade de obter efeitos significativos de interacção na regressão múltipla (McClelland & Judd, 1993), parece-nos legítimo concluir que o efeito se verifica para ambos os pólos da dimen-

são Compromisso/Desafio, ainda que com maior magnitude no pólo negativo. Não se verificam efeitos de interacção significativos nem para a dimensão Controlo nem para o Apoio Social percebido.

## DISCUSSÃO

O presente estudo, apresenta em nosso entender, vários contributos e resultados relevantes. Em primeiro lugar, permitiu obter dados iniciais de validação, em relação ao Questionário SMU e à HRHS. Embora estes resultados não possam ser considerados suficientes para a validação das escalas, sobretudo no caso do Questionário SMU, a verificação da sua associação com a percepção de stress e o facto de esse efeito ser amortecido por uma atitude de Compromisso/Desafio em relação ao cuidado com a própria saúde sugerem que se trata de uma medida com alguma validade na avaliação da percepção de alterações potencialmente preocupantes e ameaçadoras no estado de saúde física.

Mais dados ainda foram coligidos em relação à HRHS. Foi confirmado o modelo de dois factores encontrado noutros estudos, ainda enriquecido pela distinção entre o pólo positivo do Compromisso/Desafio e o seu reverso, da Alienação. Mais importante ainda, foi demonstrada a importância destas dimensões, e sobretudo de última, como protectora em relação aos efeitos que a percepção de sintomas pode ter no estado anímico dos indivíduos. Para além de encorajar o uso futuro da escala, demonstrando a sua validade, este resultado tem importantes implicações, quer teóricas, quer para a intervenção em psicologia da saúde.

Em termos teóricos, estes resultados vêm demonstrar o carácter provavelmente bidireccional da relação entre stress e alterações do estado de saúde. Estudos futuros sobre esta temática deverão ter em conta esta possibilidade de causalidade inversa, tomando as precauções conceptuais e/ou metodológicas necessárias (e.g., estudos longitudinais) sempre que se pretenderem tirar conclusões de natureza causal, mesmo que tentativas, acerca da relação entre estas variáveis.

Em termos práticos, estes resultados apontam a grande utilidade potencial do conceito de resiliência ligada à saúde na intervenção psicológica neste domínio. As atitudes de Alienação em relação aos cuidados a tomar com a sua saúde parecem predispor os indivíduos para fortes reacções de stress quando perante sintomas ou doenças declaradas. Estas reacções são potencialmente perigosas, uma vez que podem conduzir a mecanismos de defesa como a negação, podendo ter como consequência uma fraca adesão aos tratamentos e/ou a demora em procurar ajuda de profissionais de saúde, bem como outras estratégias de coping inadequadas (e.g., Kinsman, Dirks, & Jones, 1982). A escala HSRS poderá, portanto, assumir um importante papel na bateria de instrumentos de avaliação do psicólogo trabalhando em contextos de saúde, e os seus conteúdos altamente relevantes para intervenções dirigidas tanto a pacientes individuais como a grupos de risco.

## REFERÊNCIAS

- Blaney, P. H., & Ganellen, R. J. (1990). Hardiness and social support. In B. R. Sarason, I. G. Sarason, & G. R. Pierce (Eds.), *Social support: An interactional view* (pp. 297-318). New York: Wiley.
- Brooks, M. V. (2003). Health-related hardiness and chronic illness: A synthesis of current research. *Nursing Forum*, 38(3), 11-20.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Cohen, S., Tyrrell, D. A. J., & Smith, A. P. (1993). Negative life events, perceived stress, negative affect, and susceptibility to the common cold. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 131-140.
- Cutrona, C. E., & Russell, D. (1987). The provisions of social relationships and adaptation to stress. In W. H. Jones & D. Perlman (Eds.), *Advances in personal relationships* (Vol. 1, pp. 37-67). Greenwich, CT: JAI Press.
- Dolbier, C. L., Smith, S. E., & Steinhardt, M. A. (2007). Relationships of protective factors to stress and symptoms of illness. *American Journal of Health Behavior*, 31, 423-433.
- Enzmann, D. (1997). RanEigen: A program to determine the parallel analysis criterion for the number of principal components. *Applied Psychological Measurement*, 21, 232.
- Florian, V., Mikulincer, M., & Taubman, O. (1995). Does hardiness contribute to mental health during a stressful real-life situation? The roles of appraisal and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 687-695.
- Funk, S. (1992). Hardiness: A review of theory and research. *Health Psychology*, 11, 335-345.
- Ganellen, R. J., & Blaney, P. H. (1984). Hardiness and social support as moderators of the effects of life stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 156-163.
- Holmes, T.H., & Rahe, R.H. (1976). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-15.
- Holtzman, S., Newth, S., & DeLongis, A. (2004). The role of social support in coping with daily pain among patients with Rheumatoid Arthritis. *Journal of Health Psychology*, 9, 749-767.
- Jaccard, J., Turrisi, R., & Wan, C. K. (1990). *Interaction effects in multiple regression*. Newbury Park, CA: Sage.
- Kinsman, R. A., Dirks, J. F., & Jones, N. F. (1982). Psychomaintenance of chronic physical illness: Clinical assessment of personal styles affecting medical management. In T. Millon, C. Green, & R. Meagher (Eds.), *Handbook of clinical health psychology* (pp.435-466). New York: Plenum.
- Kobasa, S., Maddi, S., & Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 168-177.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Lazarus, R. S. (2000). Toward better research on stress and coping. *American Psychologist*, 55, 665-673.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York:Springer.

- Lim, V. (1996). Job insecurity and its outcomes: Moderating effects of work-based and non-work-based social support. *Human Relations*, 49, 171-194.
- Maddi, S. R. (2006). Taking the theorizing in personality theories seriously. *American Psychologist*, 61, 330-331.
- Maddi, S. R., & Khoshaba D. M. (1994). Hardiness and mental health. *Journal of Personality Assessment*, 63, 265-274.
- Mathews, L. L. (2007). Hardiness and grief in a sample of bereaved college. *Death Studies*, 31(3), 183-204.
- McClelland, G. H., & Judd, C. M. (1993). Statistical difficulties of detecting interactions and moderator effects. *Psychological Bulletin*, 114, 376-390.
- Mitchell, T. R., & Larson, J., Jr. (1987). *People in organizations: An introduction to organizational behavior* (3rd Ed). New York: McGraw-Hill.
- Mizuno, Y., Purcell, W. D., Zhang, J., Knowlton, R. A., Varona, M., Arnsten, H. J., & Knight, R. K. (2003). Predictors of current housing status among HIV-Seropositive Injection Drug Users (IDUs): Results from a 1-year study. *AIDS and Behavior*, 13, 1.
- Moreira, J. M. (1999). A razão de erros-padrões: Um critério objectivo para o teste do “co-tovelo” na determinação do número de factores na análise em componentes principais. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 34, 111-147.
- Moreira, J. M. (2002). *Altera pars auditur: The dual influence of the quality of relationships upon positive and negative aspects of coping with stress*. Unpublished doctoral dissertation, University of Lisbon, Portugal.
- Moreira, J. M., & Canaipa, R. (2007). A Escala de Provisões Sociais: Desenvolvimento e validação da versão portuguesa da “Social Provisions Scale”. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 24(2), 23-58.
- Myers, K. J., Lindenthal, J. J., & Peper, P. M. (1975). Life events, social integration and psychiatric symptomatology. *Journal of Health Social Behaviour* 16, 421-7.
- Pengilly, & Dowd (2000). Hardiness and social support as moderators of stress. *Journal of Clinical Psychology*, 56(6).
- Pollock, S. E. (1984). Adaptation to stress. *Nursing*, 58, 12-13.
- Pollock, S. E., & Duffy M. E. (1990). The health-related hardiness scale: development and psychometric analysis. *Nursing Research*, 39, 218-222.
- Pollock, S. E. (1999). Health-related hardiness with different ethnic populations. *Holistic Nursing Practice*, 13(3), 1-10.
- Roth, L. D., Wiebe, D. J., Fillingim, R. B., & Shay, K. A. (1989). A simultaneous analysis of proposed stress-resistance effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 136-142.
- Roy, M. P., Steptoe, A., & Kirschbaum, C. (1998). Life events and social support as moderators of individual differences in cardiovascular and cortisol reactivity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1273-1281.
- Schachter, S. (1959). *The psychology of affiliation: Experimental studies of the sources of gregariousness*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Soderstrom, M., Dolbier, C., Leiferman, J., & Steinhardt, M. (2000). The relationship of hardiness, coping strategies, and perceived stress to symptoms of illness. *Journal of Behavioral Medicine*, 23, 311-328.

Steinhardt, M., & Dolbier, C. (2008). Evaluation of a resilience intervention to enhance coping strategies and protective factors and decrease symptomatology. *Journal of American College Health, 56*, 445-45.

Suls, J., & Rittenhouse, J. D. (1987). Personality and health: An introduction. *Journal of Personality, 55*, 155-167.

Taylor, S. E., Repetti, R. L., & Seeman, T. (1997). Health psychology: What is an unhealthy environment and how does it get under the skin? *Annual Review of Psychology, 48*, 411-447.

Watson, D., & Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review, 96*, 234-254.

Wiebe, D.J. (1991). Hardiness and stress moderation: A test of proposed mechanisms. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*, 89-99.