

Joana Dias de Freitas

**A Humildade, a Gratidão e a Esperança, como
fatores protetores da Resiliência, na relação de
ajuda.**



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2021

Joana Dias de Freitas

**A Humildade, a Gratidão e a Esperança, como
fatores protetores da Resiliência, na relação de
Ajuda.**

Tese para obtenção do grau de Doutor em Psicologia

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Prof. Doutora Maria Helena Venâncio Martins

Prof. Doutor Saúl Neves de Jesus



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2021

Declaração de autoria de trabalho:

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Joana Dias de Freitas

Copyright

“A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.”

Em especial às minhas heroínas
e inspiradoras da humildade: Josefina e Fernanda.

Agradecimentos

O presente trabalho de investigação resulta de uma grande curiosidade sobre o bem-estar humano e sobre a sua potencialidade, em particular no âmbito do cuidar e dos profissionais de ajuda.

A busca incessante por respostas a tantas questões permitiu a continuação da presente investigação assim como o seu constante melhoramento. Com a mesma aprendi que a persistência e sobretudo a resiliência são virtudes humanas que devem estar presentes num investigador, mesmo sendo ele “júnior”.

Para que a mesma se realizasse gostaria de agradecer a vários elementos que permitiram a sua realização:

- à minha família, que sempre me acompanhou em todas as fases;
- aos meus orientadores que me compreenderam e deram sempre o seu *feedback* honesto, que permitiu a apresentação desta investigação;
- a todos os meus colegas, que apesar de terem pouco para o seu trabalho, ainda preencheram os questionários e deram sempre força para continuar esta investigação.

Resumo

Com a escassez de recursos físicos, em concordância com uma sociedade mais exasperante, as virtudes humanas revelam-se uma solução viável e recorrível.

De um conjunto de virtudes humanas, a presente investigação recai sobre as seguintes: humildade, gratidão e esperança, como fatores protetores da resiliência.

O presente estudo revela-se crucial por: se tratar de uma temática cuja literatura é escassa no nosso país; por incidir na relação de ajuda por forma a compreender a importância destas virtudes naqueles profissionais cuja função é cuidar dos outros.

A presente investigação objetiva estudar a relação entre a humildade, gratidão e esperança, como fatores protetores da resiliência, na relação de ajuda e organiza-se em três estudos empíricos, nomeadamente a adaptação e validação da *Intellectual Humility Scale* e da *Cultural Humility Scale* para a população portuguesa, e o estudo sobre a interconexão das quatro virtudes na relação de ajuda.

A amostra corresponde a 686 profissionais de ajuda (enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, administrativos, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas da fala).

Os resultados revelaram-se importantes e com implicações na praxis humana. Nomeadamente, as virtudes estudadas aumentam com a idade, o que corrobora que estas virtudes não são apenas inatas, mas também podem ser ensinadas e desenvolvidas; pelo regime profissional, público ou privado, os profissionais do sistema público são os que apresentam valores mais elevados nas quatro virtudes, pois os recursos humanos e físicos são em maior número, facilitando o trabalho do que num ambiente com escassos recursos, como é o caso do sistema público; os enfermeiros e médicos são os que apresentam valores mais elevados nas virtudes humanas estudadas, o que se coaduna com o tempo dispensado aos pacientes.

Os profissionais de ajuda confrontam-se diariamente com obstáculos, por isso necessitam mais do que boas técnicas científicas, necessitam de virtudes humanas que os apoiem nas adversidades.

Palavras-Chave: Esperança; Fatores protetores; Gratidão; Humildade; Relação de ajuda; Resiliência.

Abstract

With less physical resources with a more exasperating society, human virtues became a viable, and appealing solution.

Of a set of human virtues, the present investigation is about the following variables: humility, gratitude, and hope as protective factors of resilience.

The present study reveals to be crucial since: the literature is scarce in our country; focus on help relationship and to understand the importance of these virtues on help professionals which job is to take care of others and face.

The present investigation objective to study the relationship between humility, gratitude, and hope, as protective factors of resilience, in help relationship, and is based on three studies: adaptation and validation of two instruments for Portugal, Intellectual Humility Scale and Cultural Humility Scale, and the study about the interconnection of all virtues in help relationship, as the last study.

The investigation has a sample of 686 (N=686) health professionals (nurses, doctors, operational, administrative assistants, psychologists, physiotherapists, nutritionists, speech therapist).

The results were revealed to be important and with implications on human praxis. Namely, the studied virtues increase with age, which corroborates that these virtues aren't innate, but can be taught and developed; by the professional regime, public or private, professionals on the public system are the ones with higher values on the four virtues, because human and physical resources are in bigger number, which facilitates the work instead on the environment with lack of resources; nurses and doctors present higher values on human virtues studied, what fits with the time dispensed on patients.

Help professionals clash, daily, with obstacles, so they need more than good scientific techniques, they need human virtues that support them on adversities.

Keywords: Gratitude; Help relationship; Hope; Humility; Protective factors; Resilience.

ÍNDICE GERAL

Agradecimentos	iii
Resumo	iv
Abstract	vi
Introdução	2
PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	10
1. Humildade, Gratidão e Esperança, como fatores protetores da Resiliência, na relação de ajuda.	11
1.1 A Resiliência como fator de proteção na relação de ajuda	11
1.2 A Humildade como fator de proteção da relação de ajuda	17
1.3 A Gratidão como fator de proteção da Resiliência na relação de ajuda.	25
1.4 A Esperança como fator de proteção da resiliência na relação de ajuda	29
1.5 Interconexão entre as quatro virtudes	32
PARTE II – OBJETIVOS E METODOLOGIA	36
2 Investigação Empírica.....	37
2.1 Conceptualização da investigação empírica	37
2.2 Objetivos e hipóteses da investigação	38
2.3 Desenho da investigação e tipo de estudo.....	40
2.3.1 Técnica de amostragem e amostra.....	40
2.4 Instrumentos de recolha de dados	41
2.4.1 Questionário Sociodemográfico	41
2.4.2 Escala da Humildade Relacional	41
2.4.3 <i>Intellectual Humility Scale</i>	42
2.4.4 <i>Cultural Humility Scale</i>	42
2.4.5 <i>Gratitude Questionnaire</i>	43
2.4.6 Escala da Esperança.....	43

2.4.7	Inventário <i>Measuring State and Child Resilience</i> (MSCR)	44
2.5	Procedimentos de recolha de dados	44
2.6	Procedimentos de análise de dados	46
PARTE III – ESTUDOS EMPÍRICOS		48
3	HELP PROFESSIONALS’ INTELLECTUAL HUMILITY: EVIDENCE OF VALIDITY SCALE IN PORTUGAL	49
	Abstract	51
	Introduction	52
	Portuguese study procedures	57
	Objectives	58
	Method	58
	Participants	58
	Measure and procedures	59
	Data analysis	59
	Results	60
	<i>Descriptive Analysis and Internal Consistency of the Subscales</i>	60
	<i>Exploratory Factor Analysis</i>	61
	<i>Confirmatory Factor Analysis</i>	63
	Discussion	64
	Limitations and further studies	65
	Acknowledgments	65
	References	66
4	CULTURAL HUMILITY: EVDENCE OF VALIDITY SCALE	74
	Abstract	76
	Introduction	77
	Cultural Humility	78
	Previous considerations of the original version	82

Portuguese Study	83
Method	84
Participants	84
Measure	85
Data analysis.....	86
Results.....	86
<i>Descriptive Analysis and Internal Consistency of the Subscales</i>	87
<i>Exploratory Factor Analysis</i>	87
<i>Confirmatory Factor Analysis</i>	90
Discussion.....	91
Limitations.....	93
References.....	93
5 HUMILITY, GRATITUDE AND HOPE, AS PROTECTIVE FACTORS OF RESILIENCE, IN HELP PROFESSIONALS.	100
Abstract.....	102
Introduction.....	103
Resilience.....	105
Humility	106
Gratitude	108
Hope.....	109
Humility, gratitude, and hope, as protective factors of resilience: what interconnection?.....	110
Methods	111
<i>Participants and ethical considerations</i>	111
<i>Data collection</i>	111
<i>Instruments</i>	111
<i>Data analysis</i>	112
<i>Hypothesis for the investigation</i>	113

Results.....	113
<i>Descriptive Analysis and Internal Consistency of the Subscales</i>	113
<i>Relational Humility Scale</i>	113
<i>Gratitude</i>	114
<i>Hope</i>	114
<i>Resilience</i>	114
Exploratory Factor Analysis	115
Confirmatory Factor Analysis.....	117
Interconnection of the four virtues.....	118
Discussion	120
Conclusion	122
Limitations and further studies	123
References.....	123
6 DISCUSSÃO GERAL	133
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	140
REFERÊNCIAS	147
ANEXOS	157
APÊNDICES	162

ÍNDICE DOS ANEXOS

Anexo I – Escala da Gratidão	158
Anexo II – Escala da Esperança	159
Anexo III – Inventário <i>Measuring State and Child Resilience</i>	160

ÍNDICE DOS APÊNDICES

Apêndice I – Consentimento Informado	163
Apêndice II – Questionário Sociodemográfico	165
Apêndice III – Escala da Humildade Relacional	167
Apêndice IV – Escala da Humildade Intelectual	168
Apêndice V – Escala da Humildade Cultural	169
Apêndice VI – Email e comprovativos de autorização da aplicação dos instrumentos nas instituições	170

INTRODUÇÃO

Introdução

A realização e concretização com sucesso de um trabalho de índole científica, como seja uma dissertação de mestrado ou doutoramento, objetiva conduzir o investigador a respostas concretas para um conjunto de interrogações de base. Porém, com o aprofundar da temática subjacente, o crescimento veloz da investigação e as constantes modificações do próprio Homem, as questões voltam a multiplicar-se e a busca por novas respostas torna-se incessante.

Neste sentido, e com o objetivo de aprofundar a temática desenvolvida na dissertação de Mestrado realizada, urgiu a necessidade de continuar e aprofundar as temáticas então abordadas, consubstanciando a investigação que se apresenta nesta Tese de Doutoramento. Efetivamente, o fascínio e o interesse científico pela temática desenvolvida permaneceram e desenvolveu-se, porém, com novas questões e acrescentando questões relativas a uma nova virtude humana num contexto mais específico.

Previamente à abordagem da temática em estudo, torna-se relevante enquadrar a mesma no seu contexto científico: na Psicologia, mais concretamente na Psicologia Positiva.

Antes da Segunda Guerra Mundial, o foco da Psicologia correspondia a três pilares de ação: curar as doenças mentais, tornar a vida das pessoas mais satisfatória e identificar talentos superiores. Após a Guerra, dois acontecimentos permitiram a mudança de paradigma na psicologia: a criação da Administração para os Veteranos de Guerra e do Instituto Nacional de Saúde Mental, não só a pesquisa, mais detalhada e científica, das doenças mentais, como serem financiados pelo tratamento das mesmas, o que levou a uma melhor compreensão da doença mental e seu respetivo tratamento, mas por outro lado, conduziu ao negligenciar de uma outra missão da psicologia: o melhorar a vida das pessoas (Snyder & Lopez, 2009).

Assim, é sobretudo a partir de 1998 que Seligman, assumindo a presidência da *American Psychological Association*, procurou um tema provocativo e iniciou o movimento que veio a ser denominado, por si, por Psicologia Positiva, visando oferecer uma nova abordagem às potencialidades e

virtudes humanas, estudando as condições e processos que contribuem para a prosperidade dos indivíduos e comunidades (Seligman, 2002).

De facto, historicamente, durante décadas a Psicologia focalizou o estudo dos aspetos mais patológicos e “anormais”, o que conduziu a negligenciar os aspetos positivos do Ser Humano. Desta forma, Seligman conjuntamente com Csikszentmihalyi dedicaram-se a estudar o que pode fortalecer o Ser Humano, e não apenas as suas patologias. Um dos pilares da Psicologia Positiva consiste no estudo das forças pessoais e virtudes, que se evidenciam fundamentais e atuam como agentes protetores e preventivos das doenças mentais (Paludo & Koller, 2007).

No passado, a Psicologia focava-se prioritariamente na doença mental e na compreensão dos momentos menos positivos. Porém a Psicologia Positiva vem modificar o campo de atuação e de certa forma, até o foco de ação, isto é, salienta-se na exploração da qualidade das pessoas juntamente com os seus défices, permitindo a diminuição da dor associada ao sofrimento humano, a promoção do funcionamento positivo e o dar sentido às pessoas para que disponham de uma vida mais equilibrada, feliz e produtiva.

Contudo, é fulcral explicar que a Psicologia Positiva não tem apenas o foco nos aspetos positivos, pois a humanidade é composta por negativo e positivo, estas são duas partes constituintes do Homem. A Psicologia Positiva permite oferecer um olhar mais aprofundado pelo lado bom e forte da humanidade, descobrir formas de fomentar e sustentar as qualidades e recursos já existentes. No fundo, permite preparar o Homem para a adversidade através da criação de mecanismos de superação e resistência, salientando a capacidade de resiliência, e simultaneamente, mensurar experiências subjetivas, que anteriormente não era possível (Snyder & Lopez, 2009).

O estudo avincado e focado nas emoções positivas assume um papel fundamental nas doenças físicas e mentais, uma vez que acresce o desenvolvimento das qualidades intrínsecas, o que conduz o Homem a uma (re)significação de um momento traumático, ajudando a superar momentos difíceis na vida (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Assim o objetivo da Psicologia Positiva é descobrir e promover os fatores que permitam os indivíduos e comunidades a prosperar (Sheldon et al., 2000, p. 3).

Diversas são as interrogações que se colocam quando se abordam as potencialidades e as virtudes humanas, sendo que o quadro das virtudes humanas é extenso, incluindo a criatividade, o otimismo, a esperança, o amor, a felicidade, a sabedoria, a resiliência, entre muitas outras. Concretamente e entre o quadro de virtudes humanas, a presente investigação aborda a humildade, a gratidão, a esperança e a resiliência.

Numa sociedade cada vez mais veloz, em todas as suas componentes, em que as respostas às nossas perguntas se separam por um mero *click*, terá o Homem humildade e capacidade para (re)conhecer as suas limitações cognitivas?

E, numa sociedade que se move e desloca cada vez mais rápida, de continente para continente, terá o Homem a “mente aberta” e humildade para se adaptar às mais diversas culturas, costumes e valores divergentes dos seus? A humildade, virtude humana fundamental ao Homem em qualquer contexto de vida, ainda continua negligenciada apesar de, nas últimas décadas com o advento da Psicologia Positiva, ter vindo a ganhar maior relevância. O maior surto e aceleração do estudo da humildade ocorreu efetivamente com o movimento da Psicologia Positiva entre 1999-2000, contudo, a investigação desta virtude como estudo empírico surgiu apenas na última década (Worthington et al., 2017).

Assinale-se, contudo, que o estudo da humildade tem vindo a revelar-se difícil por dois motivos principais: a complexidade da sua definição e a sua medição/avaliação. De acordo com alguns investigadores que se têm vindo a dedicar á investigação desta virtude, ela é sinónimo de (i) avaliação precisa e concisa das habilidades e capacidades; (ii) reconhecimento das falhas, limitações e erros; (iii) perspetivar as habilidades; (iv) o *focus* do *self* se apresentar relativamente baixo; (v) desejo genuíno por aprender e servir os outros (LaBouff et al., 2000; Tsang & Willerton, 2012).

A dificuldade na sua definição conduziu a que alguns investigadores a comparassem com virtudes opostas, como seja a modéstia ou o altruísmo. Porém, não parece ser esta a conceptualização mais adequada, uma vez que a ausência de algo positivo não implica necessariamente a presença de algo negativo (Martins & Freitas, 2015).

Com toda a velocidade que a sociedade se move, em que tudo parece urgente e emergente, será o Homem capaz de ser grato ao que já possui e

conquista? Será grato às suas próprias derrotas que o conduzem a novas aprendizagens e conhecimentos? A gratidão, virtude humana com benefícios grandiosos, emancipa-se em comportamentos pro-sociais, direcionados à sensibilidade e à preocupação para, e com os outros e culmina na capacidade de perdoar, traduzindo-se em comportamentos de amabilidade (McCullough et al., 2003; Menezes, 2009).

O estudo da gratidão remonta a Aristóteles, que considerava esta virtude uma fraqueza por impossibilitar a magnanimidade. Atualmente, e sobretudo, desde há cerca de vinte anos, Emmons tem sido o grande impulsionador do estudo científico desta virtude, defendendo como esta é importante para o Ser Humano (Emmons, 2009).

A gratidão pode ser encarada de vários prismas, ou seja, como emoção, virtude, traço de personalidade, estratégia de *coping* ou até mesmo, uma forma de estar na vida (Emmons, 2009). Contudo, a gratidão não pode ser, meramente, definida como emoção, porque implica um processo com três pilares de ação: a valorização de quem recebe (o ato de gratidão); o reconhecimento de que alguém proporcionou algo positivo e conduziu a sentir-se grato; e quanto maior a percepção de que se tratou de um ato altruísta (sem qualquer intenção), maior o sentimento de gratidão (Alves, 2010).

Todo e qualquer comportamento humano é suportado por um motivo e objetivo, assim a esperança é a virtude humana que impele ao movimento, que se assume como presencial, grandioso e comum ao Homem (Oliveira, 2003). Assinale-se, porém, que a sociedade (no seu geral) ainda revela algum misticismo quando se aborda esta virtude, não obstante, a sua raiz de ação assentar ou basear-se num processo fundado em estabelecer objetivos e metas, recorrendo aos meios e agência adequados, sobressaindo em circunstâncias de maior adversidade (Frankl, 2004; Oliveira, 2003; Snyder, 2009).

O estudo da esperança remonta para a mitologia grega, com a história da caixa de Pandora, que liberta todos os males e apenas permanece com a esperança. Posteriormente, é retomada no cristianismo, como uma das três virtudes teologais, juntamente com a fé e o amor.

Na área científica da Psicologia, a esperança foi primeiramente estudada por E. Fromm, em 1978, e posteriormente por E. Erikson, que considerava esta virtude como a primeira e a mais indispensável inerente à condição humana.

Também Frankl denominou de Logoterapia à prática da esperança na psicoterapia (Oliveira, 2010). Mais tarde, foi Snyder e seus colaboradores, entre 1994 e 2007, que impulsionaram o estudo da esperança do ponto de vista psicológico (Oliveira, 2010).

Um dos grandes investigadores desta virtude humana, Snyder (1994) define a esperança como um processo, sendo que a pessoa persegue de forma ativa os seus objetivos, composto por três elementos: objetivos, meios e agência. Isto é, os meios de pensamento vão possibilitar que a pessoa perceba a sua capacidade para produzir caminhos produtivos; a agência respeita aos pensamentos que a pessoa dispõe para começar e continuar os meios que elegeu para alcançar os objetivos pretendidos; e os objetivos são o motor de todo o processo por justificarem o caminho escolhido. Estes três elementos funcionam como um todo, não separadamente, e influenciam-se entre si (Snyder, 1994).

Atendendo a que, um dos objetivos definidos anteriormente conduziu ao estudo da Humildade Relacional, justifica-se neste processo investigativo, eleger pela sua relevância o estudo das suas componentes Intelectual e Cultural, até pela inexistência de investigações nestas virtudes em Portugal. Contudo, é fundamental, ao abordar estas três virtudes humanas focalizar a sua base de sustentação: a Resiliência, ou seja, os fatores que levam a que, perante a mesma ocorrência, alguns indivíduos consigam mobilizar-se para ultrapassar os obstáculos, as adversidades e os desafios que enfrentam e outros permaneçam imóveis e sucumbam no caminho?

A capacidade de adaptação à adversidade com sucesso – resiliência – possibilita o desenvolvimento (emocional, psicológico, biológico) do Homem, assim como o seu bem-estar geral (Clearly et al., 2018).

As virtudes humanas são muito relevantes para a performance humana, o que implica que estão presentes em vários domínios do ser humano. Um desses domínios e em específico, é a relação de ajuda, cujo ser humano em toda a sua força e vulnerabilidade constitui o objeto de estudo.

O conceito relação de ajuda, estudado por Carl Rogers, é definido como quando “pelo menos uma das partes procura promover na outra o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida” (2005, pp. 43-44). Apesar da relação de ajuda ter sido estudada principalmente na Psicologia, a verdade é que este constructo

inere em si uma importância elevada e uma aplicabilidade a diversas ciências e contextos, nomeadamente nos profissionais de ajuda.

De acordo com a *American Psychological Association* (APA, 2015) as profissões de ajuda são ocupações que visam prestar serviços de saúde e educação a indivíduos e grupos, incluindo as áreas de Psicologia, Psiquiatria, Aconselhamento, Medicina, Enfermagem, Serviço Social, Terapia Física e Ocupacional, Ensino e Educação. Estes profissionais têm como principais objetivos promover o bem-estar físico, psicológico, intelectual, emocional ou espiritual.

Nas últimas décadas, estes profissionais de ajuda, sejam médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes operacionais, têm vindo a ser considerados um dos grupos profissionais mais expostos a riscos psicossociais, experienciando níveis elevados de stresse, fadiga, ansiedade e desconforto (Navarro-Abal et al., 2018), porém, é exigido que sejam rápidos, eficazes, e com capacidade de resolução atempada.

Os atos de relação de ajuda podem ser verbais e/ou não verbais, atendendo sempre à dimensão holística da pessoa que recebe os cuidados. Desta forma, a relação de ajuda, quando devidamente aplicada, proporciona eficácia e visibilidade aos cuidados prestados (Novo et al., 2014).

Consubstanciando o que se explicitou, o presente estudo científico, assume dois grandes objetivos gerais, nomeadamente: i) analisar a Humildade, a Gratidão e a Esperança, como fatores protetores da Resiliência numa amostra de profissionais de ajuda e, ii) analisar como estas se interligam e relacionam e a sua influência nestes profissionais.

Os profissionais de ajuda, embora sejam uma categoria profissional diversificada, lidam quotidianamente com desafios que se impõem ao Ser Humano, desde a prevenção da doença, a própria doença, cura e até a morte. Estes profissionais, no seu dia-a-dia têm que enfrentar diversas situações de stresse, muitas vezes em situação de escassez de recursos humanos e físicos. Neste sentido, pode questionar-se, até que ponto estas virtudes são reveladoras e cruciais para enfermeiros, médicos, auxiliares, entre outros profissionais de ajuda? Serão estas virtudes ferramentas e “armas” no seu dia-a-dia profissional? Qual o seu papel nestes profissionais?

Para a prossecução destes objetivos e face à escassez quer de estudos, quer face à inexistência no contexto nacional de instrumentos adaptados à avaliação destas virtudes torna-se imprescindível o desenvolvimento de alguns estudos prévios de adaptação e validação de instrumentos psicométricos, como seguidamente se explicitará. A justificação da relevância do presente estudo fundamenta-se, neste sentido, na inexistência até à data de instrumentos estandardizados para avaliação destas virtudes humanas para a língua Portuguesa, dificultando a sua mensuração e impossibilitando ainda a realização de estudos sobre este tema. É nosso entender que o presente estudo poderá constituir-se com uma importante contribuição para a comunidade científica e também para os profissionais de ajuda.

A estrutura do presente trabalho integra três partes, nomeadamente uma primeira, que constitui o Enquadramento Teórico, a segunda que enquadra os Objetivos e Metodologia e uma terceira parte intitulada Estudos Empíricos, constituída pelos estudos empíricos desenvolvidos, pela discussão geral e pelas conclusões finais.

O enquadramento teórico procura documentar a definição das virtudes em estudo e está organizado em quatro pontos. Neste sentido, inclui um primeiro ponto intitulado “A Resiliência como fator de proteção na relação de ajuda”, onde se apresenta o conceito de resiliência, qual a sua aplicabilidade e, concretamente, qual a sua importância para os profissionais de ajuda. O segundo tem como título “A Humildade como fator de proteção na relação de ajuda” e aborda o construto da humildade relacional assim como os seus domínios, a humildade intelectual e cultural, a sua importância para o Ser Humano, e em concreto, para os profissionais de ajuda. Segue-se o terceiro, intitulado “A Gratidão como fator de proteção na relação de ajuda” onde se apresenta a gratidão, quais os seus benefícios e como é relevante na prática na relação de ajuda nos profissionais de ajuda. O quarto ponto intitula-se “A Esperança como fator de proteção na relação de ajuda” e apresenta a virtude da esperança, como é conceptualizada e qual a sua relevância na relação de ajuda. No último ponto “Interconexão entre as quatro virtudes”, é abordada a relação entre as quatro virtudes, isto é, como se interconectam as virtudes e como no seu todo podem ser importantes para o Ser Humano, em particular na relação de ajuda.

Posteriormente, segue-se, na Parte II, intitulada “Objetivos e Metodologia”, onde se apresenta a conceptualização da investigação empírica, a definição do problema, objetivos e hipóteses da investigação, o desenho e tipo de estudo, a técnica de amostragem e amostra, os instrumentos de recolha de dados e os procedimentos de recolha e de análise de dados.

Apresentam-se seguidamente na Parte III, os três estudos empíricos, sendo que cada um apresenta a seguinte estrutura: Resumo, Introdução, Definição do Constructo em estudo, Aplicação do instrumento em Portugal, Metodologia, sendo abordado os participantes e medidas de estudo, Resultados, da análise fatorial exploratória e confirmatória, Discussão, Limitações do estudo, Referências bibliográficas e respetivas tabelas e gráficos. Os dois primeiros estudos apresentam a adaptação e validação da Escala da Humildade Intelectual e da Escala da Humildade Cultural para a população portuguesa. O último estudo concerne à investigação das relações entre as quatro virtudes, nomeadamente a análise das correlações e regressões entre as virtudes, adequando à categoria profissional, género, idade, entre outros fatores, assim como é apresentado o modelo das equações estruturais em causa.

Apresenta-se seguidamente a discussão geral e finaliza-se com as conclusões onde se salientam os principais resultados encontrados nos estudos empíricos desenvolvidos, as limitações e as potencialidades da investigação, assim como algumas implicações e reflexões para futuras investigações na área das virtudes humanas enquanto fator de proteção e desenvolvimento para o Ser Humano.

PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1. Humildade, Gratidão e Esperança, como fatores protetores da Resiliência, na relação de ajuda.

Numa sociedade exposta aos mais diversos desafios em diferentes contextos (biológico, psicológico, social, espiritual) em que a capacidade de adaptação, tenacidade e criatividade do Ser Humano se constituem como fundamentais, mas, simultaneamente, confrontados com escassez de recursos físicos, serão as virtudes humanas ferramentas cruciais?

O presente estudo tece sobre a essência de quatro virtudes humanas, nomeadamente a humildade, a gratidão, a esperança e a resiliência - que se interligam e parecem desempenhar um papel fundamental nos profissionais de ajuda (Benatar & Upshur, 2014; Löfquist, 2018). Porém, para que se compreenda o seu conjunto também é fundamental considerar a particularidade de cada virtude.

O presente capítulo pretende efetuar a apresentação de cada uma das virtudes, as suas características e a sua relevância para a saúde emocional e bem-estar psicológico, e por fim é realizada uma análise com a interconexão das quatro virtudes. Neste sentido, seguidamente passa a apresentar-se a resiliência, atendendo ao seu papel e contribuições no âmbito da Psicologia Positiva, enquanto uma virtude que pode ser conceptualizada como uma virtude basilar que sustenta as outras virtudes (Robbins & Friedman, 2011).

1.1 A Resiliência como fator de proteção na relação de ajuda

A resiliência é um constructo que inicialmente foi estudado pelas Ciências de Engenharia e da Física, cujo conceito provém do latim *resilire* que significa “saltar para trás, recuar, voltar, ser impelido” (Badu et al., 2020).

Não obstante a diversidade de definições que se encontram na literatura da área, a definição desta virtude humana ainda não é consensual, nem definitiva e tem sofrido modificações de acordo com os investigadores e no decorrer do

tempo. Na Psicologia é unânime que a resiliência é uma virtude que se baseia na adaptação positiva à adversidade (Martinez-Martí&Ruch, 2017).

Para Ungar (2018), um dos grandes investigadores da atualidade sobre a resiliência, (1) esta ocorre em contextos de adversidade; (2) é um processo; (3) há compensações entre os sistemas quando um sistema experimenta a resiliência; (4) um sistema resiliente é aberto, dinâmico e complexo; (5) um sistema resiliente promove conectividade; (6) um sistema resiliente demonstra experimentação e aprendizagem; e (7) um sistema resiliente inclui diversidade, redundância e participação. Assinale-se que, onde a evidência refuta um princípio, as descobertas discordantes são destacadas, assim, estes princípios são responsáveis pela resiliência como uma sequência de interações sistêmicas interdependentes, por meio das quais os atores (sejam pessoas, organismos ou ecossistemas) garantem os recursos necessários para a sustentabilidade em ambientes adversos.

No mesmo sentido também Cleary et al. (2018) definem a resiliência como a capacidade do sistema para se adaptar com sucesso a desafios que ameaçam o funcionamento do sistema, sobrevivência ou desenvolvimento.

Este constructo pode ser analisado em três contextos como: resposta a stressores *major*, resposta a processos de *coping*, e a fatores que facilitam respostas adaptativas (Julian et al., 2020). A resiliência é, assim, um constructo complexo e multidimensional, sendo embutido por sistemas biológicos a psicológicos. Esta virtude não é estável, ou seja, varia de pessoa para pessoa, e difere no tempo e com os contextos. Também é uma virtude que se pode alterar ao longo do ciclo de vida – *lifespan* – o que implica que a pessoa pode tornar-se mais ou menos resiliente ao longo das suas fases de desenvolvimento. Os estudos demonstram que, em todas as faixas etárias, existe a possibilidade de realçar a capacidade de resiliência. Depreende-se desta forma, que esta virtude não é só multicomponente, como dinâmica em muitos possíveis contributos, sendo que uma pessoa pode ser mais resiliente em determinadas áreas do que em outras e através de níveis biológicos, sociais ou psicológicos (Julian et al.,2020).

Pela sua multi complexidade, a resiliência é definida como traço – um grupo de características relativamente estáveis que visam a adaptação às circunstâncias, mas também como processo dinâmico – que resulta da combinação de diversos fatores de proteção e de risco que protege a pessoa, que

se pode desenvolver e modificar em qualquer momento da vida dependendo do contexto, idade, fatores pessoais, família e recursos sociais (Martínez-Martí & Ruch, 2017).

Também Rutter (1996, citado por Martins, 2005) não considerava a resiliência como uma competência fixa, defendia que esta se encontra interligada por fatores de risco e de proteção. Os fatores de proteção da resiliência que assentam na sua constituição são o carácter de força desta virtude humana e correspondem a um conjunto de elementos que potenciam a presença da mesma (Peterson & Seligman, 2004).

Segundo Martins (2005), os fatores de proteção da resiliência podem ser categorizados em competências espirituais e motivacionais, cognitivas, comportamentais e sociais, estabilidade e gestão emocional e a competência física. As competências motivacionais e espirituais visam a criação de objetivos, que por sua vez se insere na natureza dos sonhos, metas e objetivos de vida. As competências cognitivas integram-se nas intelectuais, académicas e profissionais, permitem a adaptação da pessoa à escola e/ou local de trabalho. Por último, as competências sociais e relacionais respeitam a todo o comportamento observável, sendo que certos comportamentos são potenciadores de resiliência, como por exemplo, demonstrar empatia, comportamentos prossociais e ser-se flexível (Rutter, 2003, citado por Martins, 2005). Todas as competências mencionadas são de carácter relevante por protegerem o Ser Humano na confrontação com a adversidade como o desenvolvimento da resiliência.

Atendendo à definição desta virtude, assim como aos seus fatores protetores, a pessoa resiliente pode ser caracterizada com elevada autoestima e orientação social positiva, razoavelmente mais feliz, com boa capacidade de integração e comunicação, habilidade no pensamento abstrato e flexível, e capacidade para planificar objetivos e agir em meios culturais diferentes (Martins, 2005).

Atendendo à sua definição e potenciais benefícios da resiliência, será esta virtude essencial para os profissionais de ajuda? Até que ponto beneficiariam estes profissionais de programas de intervenção para o desenvolvimento da resiliência?

Os profissionais de ajuda definem-se como todos aqueles cuja função tem por base o cuidar o outro, que carece de entreaajuda, seja em situação de promoção da saúde e prevenção da doença, como no tratamento à doença. Como tal, enfermeiros, médicos, auxiliares, fisioterapeutas, nutricionistas, administrativos, entre outros, são considerados profissionais de ajuda (APA, 2015).

Toda a profissão cuja essência é o cuidar requer que os profissionais disponham em si competências de ordem cognitiva, emocional e técnica para que desempenhem um trabalho com qualidade (Foster et al., 2020). Em diversos artigos é descrito que estes profissionais são uma força de trabalho definida com níveis elevados de stresse, fadiga e com elevadas exigências físicas e emocionais. De facto, a presença do stresse, depressão, ansiedade, distúrbio do sono e *burnout* é elevada nestes profissionais (Baduet al., 2020; Foster et al., 2020; Julian et al., 2020).

Um dos fatores mais preocupantes e mais descritos nestes profissionais é o stresse e o seu grau elevado. Diversas investigações assinalam que o stresse no trabalho tem um efeito significativo na performance destes profissionais e na qualidade da prática do seu trabalho, o que influencia, diretamente, o desempenho no cuidado ao paciente (Roche et al., 2011). Desta forma e, perante diversos estudos a relatarem os problemas do stresse nos profissionais de ajuda/saúde urge, pela Psicologia, um conceito e arma crucial no seu combate: resiliência no local de trabalho.

A resiliência no local de trabalho corresponde a um processo de recuperação seguido de eventos adversos, que envolve uma autorregulação cognitiva, afetiva e comportamental que suporta a adaptação positiva e permite restaurar o bem-estar psicológico e seu funcionamento (McLarnor & Rothstain, 2013).

Martínez-Marti e Ruch (2017) defendem que promover a resiliência em profissionais de saúde pode ser uma estratégia efetiva para aumentar os níveis para lidar com o stresse e reduzir o *burnout* em equipas. Neste sentido, estes investigadores advogam que deveriam ser criados programas de promoção da resiliência para estes profissionais, tendo como objetivo produzir melhorias no stresse, ansiedade, e *burnout* e promover as emoções positivas, como o bem-

estar psicológico, o otimismo, a alegria, entre outras (Martínez-Marti & Ruch, 2017).

No âmbito e pesquisa do papel da resiliência nos profissionais de saúde, constata-se, contudo, alguma escassez de estudos, sendo que a sua maioria é aplicada ao grupo dos enfermeiros. Uma vez que o cuidar é a base de atuação de todos os profissionais de saúde, sejam médicos, administrativos, assistentes operacionais, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, terapeutas da fala, será importante partir destes estudos para futuramente ser aplicado a estas categorias mais específicas, para que seja permitida a sua generalização de conclusões e que se comprove a importância desta virtude nestas categorias profissionais.

Neste sentido, Foster et al. (2020) argumentam que a resiliência envolve um processo vital interativo entre os enfermeiros e o seu local de trabalho, sendo este um processo protetivo contra impactos prejudiciais ao ambiente de trabalho dos enfermeiros. Assim, muitos enfermeiros, de forma inconsciente, aplicam habilidades de resiliência no seu local de trabalho, através de características como a tenacidade, flexibilidade e criatividade (Edward, 2005; Marie et al., 2017). Também é defendido por Badu et al. (2020) que estas características assentam num conjunto de fatores protetores que visam construir a resiliência no local de trabalho em enfermagem, podendo ser categorizados como atributos: individuais, organizacionais e externos. Estes atributos de forma individual e/ou conjunta podem aumentar a resiliência no local de trabalho em enfermagem.

Com o impacto e relevância desta virtude na Enfermagem têm vindo a ser realizadas algumas investigações tendo por base a implementação de intervenções – programas de desenvolvimento da resiliência. Assinale-se que estes estudos revelaram resultados importantes, nomeadamente:

- a participação em *workshops* de promoção de resiliência permite desenvolver a autoconsciência e melhorar a compreensão da importância de resiliência (Cleary et al., 2018);

- o treino melhora a efetividade da intervenção da resiliência nos profissionais de saúde (Cleary et al., 2018);

- na enfermagem, a resiliência está associada a baixos níveis de stresse e *burnout*, elevados níveis de saúde psicológica, melhoramento das relações e da qualidade da vida profissional (Foster et al., 2020);

- programas de educação da resiliência aumentam a habilidade para controlar pensamentos negativos e inefetivos, aprender a gerir o stresse e promover a autorregulação emocional (Foster et al., 2020);

- os enfermeiros que aplicam estratégias pessoais de resiliência na prática profissional melhoram as suas relações profissionais e fortalecem a sua capacidade de providências de saúde efetiva (Foster et al., 2020);

- há relações fortes e positivas entre a resiliência no local de trabalho e o bem estar psicológico (Foster et al., 2020);

- verifica-se que o grau de resiliência é menor em enfermeiros com menor experiência (mais de cinco anos de prática) e em idade, ou seja, enfermeiros com mais de quarenta anos têm maior resiliência no trabalho (Foster et al., 2020);

- o aumento da adversidade no local de trabalho afeta os enfermeiros com baixa resiliência e por isso, estes lidam com níveis moderados a elevados de depressão e ansiedade, desapego psicológico e *burnout* (Badu et al., 2020).

Também Peccoraro et al. (2020) demonstram, no seu estudo os benefícios da resiliência na saúde. Neste estudo, os investigadores revelam que elevados níveis de resiliência melhoram o bem-estar em pacientes com patologia cardíaca, renal, diabetes e doenças mentais. Estes investigadores defendem que, face aos estudos que documentam evidências da relevância da resiliência em profissionais de ajuda, primeiramente é crucial desconstruir o conceito de resiliência aos clínicos e pacientes, de forma a que estes comecem a perceber a resiliência como uma ferramenta fundamental que os ajude a desenvolver a sua própria habilidade para ultrapassar as adversidades e os desafios com que se defrontam na sua prática profissional. Este processo passa por incutir e desenvolver também outras virtudes e emoções positivas que fomentem a resiliência, como a felicidade e o otimismo, que provocam a redução de cortisol e marcadores anti-inflamatórios, melhora os sintomas de depressão e ansiedade, reduz a dor (física), acelera a resposta imune e modifica a saúde cardiovascular.

Dos resultados apresentados no estudo são evidentes os benefícios da resiliência na saúde, nomeadamente nos:

- pacientes com doenças renais crónicas e elevado grau de resiliência estão associados a elevado grau de aderência às terapias médicas e com comportamentos mais saudáveis;

- pacientes diabéticos com elevado grau de resiliência aderem, melhor e com maior eficácia, à dieta, exercício físico, medicação e um melhoramento no controlo diabético.

Indubitavelmente, a resiliência – pedra basilar das próximas virtudes a serem referidas – apresenta particularidades fulcrais na sua essência e com poder de extrapolação para o quotidiano humano e em particular, nos profissionais de ajuda.

A humildade, tem sido considerada por alguns investigadores (Worthington, et al., 2017) como um dos seus fatores protetores, embora muito pouco se fale desta virtude. Será que a humildade tece um papel importante neste processo?

1.2 A Humildade como fator de proteção da relação de ajuda

No quadro das virtudes humanas, inseridas e estudadas pela Psicologia Positiva, a humildade surge como uma das virtudes pouco estudadas e com pouca evidência científica. Socialmente, a definição de humildade ainda não parece a mais correta, no sentido em que é muitas vezes sinonimizada a uma pessoa submissa, permissiva, tímida e com baixa autoestima. Porém, no contexto científico, esta virtude espelha-se muito diferente. A sua definição adjectiva-se como rica, multifacetada e complexa, sendo sinónimo de a) avaliação precisa e concisa das habilidades e capacidades; b) conhecimento das falhas, limitações e erros; c) conseguir perspetivar as suas habilidades; d) o apresenta um *focus* do *self* relativamente baixo; e) um desejo genuíno para aprender e servir os outros (Kupfer, 2003; LaBouff, 2012; Snow, 1995; Tangney, 2000).

Face à complexidade desta virtude, alguns investigadores definem a humildade baseada em virtudes opostas, o que não tem sido considerado correto, nomeadamente, porque a ausência de algo positivo não implica a presença de algo negativo, além de que, também não se pode sinonimizar a outras virtudes humanas ou contrastando com virtudes opostas, como o narcisismo (Davis et al., 2010).

A humildade é visível em quatro circunstâncias reais, concretamente em situação de honra ou reconhecimento, uma vez que o humilde não demonstra comportamento de ciúme; face a papéis hierárquicos; em contexto de conflito, em que o humilde funciona como "moderador/equilibrador" e assim, impede a contaminação de sentimentos negativos; e na interação com normas diferentes, por se demonstrar recetivo a novas ideias e regras (Davis et al., 2010).

Socialmente, esta virtude humana desempenha funções muito importantes, nomeadamente:

- o facto de a pessoa se centrar mais nos outros e as ações serem em benefício da comunidade, assim como reconhecer que as suas "vitórias" e conquistas não se devem unicamente a si, mas a um conjunto de fatores, leva a que a pessoa humilde tenha noção da sua "mortalidade" e da sua finitude enquanto pessoa. Esta noção de finitude humana conduz a uma menor ansiedade, a um sentir único e responder de forma menos defensiva às questões dos outros (Worthington et al., 2017);

- a orientação face aos outros conduz a comportamentos prossociais, o que promove o desenvolvimento de outras virtudes, como a compaixão, amor, empatia, perdão e gratidão (Worthington et al., 2017);

- autorregulação: facilita na regulação do próprio ego, o que promove o bem-estar do Ser Humano (Worthington et al., 2017);

- união/ligação: a humildade promove ligações sociais através da amizade e das relações românticas. De referenciar o estudo de Farrel et al., (2015) que demonstra que as pessoas pretendem ter relações de amizade com pessoas humildes e que a humildade facilita o perdão em relações stressoras, assim como permite aumentar o compromisso com as relações, ou seja, quando uma pessoa percebe o seu parceiro como humilde facilita o investimento e o compromisso na relação, o que conduz a uma maior qualidade nas relações;

- orientação face ao outro: a pessoa humilde ajuda mais os outros e é mais generosa, o que facilita as interações sociais, tornando a pessoa humilde mais desejada nos grupos sociais e aumentando a cooperação nas relações (Worthington et al., 2017);

- prejuízo mínimo: a humildade está associada a um menor prejuízo de grupo (social e das relações) e a um aumento da harmonia. O facto de a pessoa humilde ser orientada face aos outros e ter uma visão correta de si leva uma

valorização da opinião dos outros e ao reconhecimento das “fraquezas” de cada um. Por sua vez, esta situação conduz a uma maior tolerância e aceitação do outro nas relações (Worthington et al., 2017).

Resumindo, esta virtude tem a função de ajudar a promover as capacidades autorregulatórias; facilita o desenvolvimento, manutenção e reparação de relações; alivia as interações entre grupos, sendo que as pessoas humildes são mais generosas, ajudam mais e reduzem o risco de explosão; e facilita as interações entre o grupo promovendo a tolerância (Worthington et al., 2017).

Sendo a humildade uma virtude muito importante com funções relevantes para todo o Ser Humano e sabendo que esta pode ser cultivada e ensinada, não sendo uma virtude estanque, como se pode praticar e desenvolver a humildade?

Worthington et al. (2017) mencionam os seguintes passos para o desenvolvimento da humilde, em concreto:

- ter *feedback* por fontes seguras – uma forma de desenvolvermos humildade é saber, por fontes seguras, qual o reflexo dos nossos comportamentos. Será importante questionar pessoas nos diversos contextos de vida – trabalho, social, amizade – e questionando o outro, porque a pessoa humilde não se consegue considerar a si mesma como humilde;

- conhecer as suas tendências – reconhecer os nossos comportamentos e identificar quais as situações em que é particularmente difícil de praticar a humildade e as em que é mais fácil;

- identificar situações desafiantes – reconhecer e respeitar situações desafiantes à prática da humildade e saber quando responder de forma humilde face à mesma;

- praticar o desenvolvimento do “músculo” da humildade – atuar de forma humilde requer autorregulação. A autorregulação funciona como um músculo que tem que ser desenvolvido para crescer fortemente, sendo que também a humildade pode ser desenvolvida pela prática. Atuar humildemente através de situações e pelo tempo pode ser uma forma para aumentar a capacidade para respostas humildes futuras, e que noutras situações podiam ser potencialmente desafiantes;

- mudar a “recompensa” intrinsecamente – destacar como as normas sociais e os reforços positivos podem ajudar a promover a humildade. Desta forma, se a pessoa internalizar a recompensa face aos seus comportamentos

humildes, os comportamentos tornam-se mais integrados e fáceis de praticar. Esta internalização de comportamentos humildes promove a humildade, aumenta os seus comportamentos mesmo em situações de não recompensa e promove o comportamento humilde para si mesmo e face aos outros.

Assim, são diversos os benefícios tangíveis da humildade como: ajuda a regular as relações sociais, as pessoas humildes apresentam maior capacidade de perdão, compromisso, são mais generosas e ajudam mais as pessoas, são mais gratas e conseguem cooperar com maior facilidade face a eventos negativos. A capacidade de abertura perante as outras pessoas e suas ideais e valores e o acréscimo de autoconsciência do *self* prediz que esta virtude pode ser ensinada e desenvolvida, tornando-se visível nos comportamentos (Webb & Toussaint, 2015).

A importância da humildade relacional é facilmente visível no quotidiano do Ser Humano, sendo que a investigação desta virtude conduziu à visibilidade dos seus domínios: a humildade intelectual e a humildade cultural. A humildade intelectual refere-se ao conhecimento que cada pessoa tem ou à influência intelectual do mesmo. Assim, a humildade intelectual envolve a) capacidade de reconhecer os seus limites de conhecimentos e uma abertura a novas ideias; e b) a capacidade de regular a arrogância, pela habilidade de apresentar as ideias de uma forma não ofensiva e receber ideias contrárias, sem encarar como ofensa, e aceitar pontos de vista opostos (McElroy et al., 2014).

O que distingue a Humildade Relacional da Humildade Intelectual prende-se com a especificidade da humildade intelectual, por esta estar correlacionada com uma inteligência verbal e ser um domínio da humildade relacional. Contudo, ambas são relevantes por permitirem a regulação nas relações com os outros (McElroy et al., 2014).

As pessoas intelectualmente humildes caracterizam-se por:

- serem abertas a novas ideias e incorporar novas fontes de informação (McElroy et al., 2014);

- compreendem e aceitam as suas faculdades cognitivas, sabem que não estão sempre certas e por vezes podem falhar (Krumrei-Mancuso et al., 2019);

- interpessoalmente apresentam as suas ideias de forma justa, do recorrer ao uso de estratégias manipuladoras para influenciar as decisões (McElroy et al., 2014);

- adquirem mais conhecimento porque prestam mais atenção a nova informação (Krumrei-Mancuso et al., 2019);
- manter a justiça na troca de ideias diferenciadoras dentro de um grupo de trabalho ou comunidade (McElroy et al., 2014);
- inculcar e fomentar relações de confiança e força (McElroy et al., 2014);
- fomentarem um clima saudável (num grupo de pessoas) em que as ideias são modificadas de forma livre e justa (McElroy et al., 2014);
- terem a capacidade de regular e reparar as ligações sociais (McElroy et al., 2014);
- não são muito confiantes no seu conhecimento, respeitam os pontos de vista de outras pessoas e estão disponíveis a rever os seus pontos de vista (Krumrei-Mancuso et al., 2019).

Tal como a humildade relacional, a humildade intelectual também dispõe de situações concretas em que se torna mais visível, nomeadamente:

- a) na discussão de ideias;
- b) na experiência com emoções morais negativas, o que poderá ampliar comportamentos de arrogância e diminuir a empatia;
- c) na negociação de uma decisão importante, em que as pessoas discordam e ambas estão emocionalmente envolvidas;
- d) uma relação em que há desequilíbrio de poder cujo líder influencia as ideias e as suas modificações (McElroy et al., 2014).

Mas será que a humildade intelectual está correlacionada com a capacidade de aquisição de conhecimento?

Num estudo de Krumrei-Mancuso et al. (2019) concluíram que a humildade está relacionada com uma variedade de características associadas à aquisição de conhecimentos, como o pensamento reflexivo, necessidade de cognição, compromisso intelectual, curiosidade, abertura intelectual, pensamento aberto e a uma motivação intrínseca à aprendizagem, o que pode explicar a relação entre humildade intelectual e a aquisição de maior conhecimento. Desta forma, a humildade intelectual pode contribuir para estilos de pensamento, disposições e motivações que podem promover a aquisição de conhecimentos.

Outro domínio da humildade relacional é a humildade cultural – o papel concreto da humildade no contexto de fatores culturais. Assinale-se que, para

Hook et al. (2013) a humildade cultural envolve componentes inter e intrapessoais, sendo que intrapessoalmente a humildade cultural envolve uma atenção (a) às limitações dos valores culturais de cada um; (b) às limitações de cada pessoa para compreender a experiência e passado cultural dos outros. Interpessoalmente, a humildade cultural envolve a capacidade de abertura face a culturas distintas como estar disponível e aberto perante as mesmas.

A humildade cultural revela-se crucial no trabalho em conflitos por priorizar o mútuo desenvolvimento de respeito e companheirismo entre pessoas com culturas diferentes. Assim, este domínio da humildade é considerado etnocêntrico por enfatizar o desenvolvimento da compreensão face aos outros através da exploração, audição ativa, e por estar atento às assunções e preconceitos dos outros (Hook et al., 2013).

Neste contexto, Foronda et al. (2016) definem a humildade cultural como um processo de abertura, autoconsciência, sem a presença de ego, e com autorregulação e crítica para lidar e interagir com diversas pessoas. Por isso, muitos autores defendem que a humildade cultural não se resume a uma mera aquisição de conhecimentos e competências, mas como um compromisso ao longo do ciclo de vida, que facilita a compreensão da cultura dos outros, mas também uma reflexão face à cultura da própria pessoa (Worthington et al., 2017).

A humildade cultural dispõe em si diversas vantagens no quotidiano, nomeadamente, por aproximar as pessoas de diferentes culturas, por regular as disrupções das relações, e ajudar a reparar as relações. Por isso, este domínio da humildade é definido como um “antídoto” face a relações de conflito (Worthington et al., 2017).

A maioria das investigações no campo da humildade cultural tecem sobre a relação entre o terapeuta e o seu cliente, porém verifica-se que a sua aplicabilidade será bem mais alargada. E, que tal como a humildade relacional e intelectual, a humildade cultural é uma virtude complexa, não estanque e que pode ser ensinada. De tal forma, Ross (2010) demonstrou no seu estudo que os alunos sujeitos a um programa de promoção da humildade cultural obtiveram um aumento dos níveis de conhecimentos, comportamentos e competências associadas à humildade cultural.

E, na saúde e profissionais de ajuda, serão a humildade e os seus domínios, intelectual e cultural, relevantes para a sua práxis?

O estudo desta virtude e seus domínios na saúde ainda se revela diminuta, porém Chancellor e Lyubomirsky (2013) defendem que as características de marca da humildade podem facilitar o estado de saúde por diminuir as tendências da ruminação do *self*, aumentar a segurança e a aceitação da identidade, permitir a modulação de emoções negativas e abertura à experiência.

Davis e colaboradores (2013) defendem que a humildade se correlaciona com as emoções positivas e, por isso, promove o perdão, a gratidão, a autorregulação, o que permite diminuir o stresse, a ansiedade e aumentar o suporte social.

O facto de as pessoas humildes serem menos focadas no *self* e apresentarem maior capacidade de adaptação conduz a encarar o stresse de uma forma menos severa, com mais respostas de cooperação e, por isso, melhorar o bem-estar (Orth & Luciano, 2015).

A este propósito podem apresentar-se estudos que revelaram relações negativas entre a humildade e:

- sintomas de depressão (Jankowski et al., 2013; Krause, 2014; Worthington et al., 2017);
- ansiedade (Worthington et al., 2017);
- relações stressantes (Krause, 2014).

No mesmo sentido, os estudos de Worthington e colaboradores (2017) revelaram relações fortes entre a humildade e aspetos do bem-estar psicológico, como a autonomia, a autoaceitação, as relações positivas, o propósito e crescimento e, sobretudo, uma relação forte com a felicidade.

Rowatt et al. (2006) revelaram ainda que as medidas da humildade têm associações negativas com sintomas físicos não saudáveis, sendo que Krauser (2010) defende que a humildade aumenta ao longo do tempo, assim como o crescimento de sintomas físicos saudáveis.

No campo da saúde, uma das queixas mais recorrentes dos pacientes prende-se com a escassez de clínicos (enfermeiros, médicos, entre outros profissionais de ajuda) humildes, sendo que os próprios pacientes revelam também a importância da humildade (Huynh & Dicke-Bohmann, 2020). O estudo efetuado por Huynh e Dicke-Bohmann (2020) sobre a importância da virtude da humildade no campo da medicina e consequências da mesma na saúde do paciente, conclui que os clínicos humildes; i) apresentam comportamentos

mais apelativos face aos pacientes, como por exemplo, estarem disponíveis face às questões dos pacientes e envolverem os pacientes na tomada de decisão; ii) têm uma visão de si muito precisa e estão disponíveis a novas ideias, o que os leva a encarar as perguntas dos pacientes como plausíveis e não como afronta ao seu conhecimento; iii) estão despretos para as suas fraquezas e pontos fortes; iv) reconhecem que os pacientes são os melhores “*experts*” do seu corpo, o que conduz ao estabelecimento de uma relação efetiva e de confiança com os seus pacientes; v) predizem confiança e satisfação com o seu paciente, o que conduz a uma maior adesão ao tratamento e conseqüentemente, à melhoria do seu bem-estar; vi) focam-se mais nos outros e revelam menor superioridade face aos outros.

Também no estudo de Ruberton et al. (2016) que objetivou estudar o papel da humildade na relação médico-paciente, conclui-se que: i) clínicos mais humildes comunicavam de forma mais efetiva com os seus pacientes, sendo mais sensitivos e empáticos; ii) os pacientes reportaram melhor estado de saúde quando os seus médicos eram particularmente humildes durante as visitas; iii) médicos mais humildes aceitam, com maior facilidade, a multiplicidade de diagnósticos e respetivos cuidados; iv) médicos mais humildes são mais focados no paciente do que na doença e tratam os pacientes com maior dignidade; v) médicos mais humildes aumentam o “sentir” mais saudável dos pacientes.

Nos domínios da humildade e sua importância para a saúde, os estudos só revelam resultados no caso da humildade cultural. Cruess et al. (2010) argumentam que a humildade cultural tem especial importância em disciplinas como a Psicologia, Medicina e Trabalho Social por contribuir para o respeito, compreensão e parceria.

Hughes e colaboradores (2020) definem humildade cultural na saúde como ter traços de respeito, empatia e autorreflexão crítica. Também Hook et al., (2016) defendem que a humildade cultural pode ser relevante numa organização hospitalar por ajudar a melhorar a segurança no hospital. O estudo desenvolvido por Hook et al. (2016) revela o quanto a humildade cultural é importante na segurança do hospital, concluindo que a presença da humildade cultural:

- a) Prioriza os cuidados aos pacientes e a segurança dos mesmos;

- b) Suporta comportamentos não punitivos face ao erro, ou seja, os trabalhadores sentem-se à vontade para admitir os erros e assim, aumentar a segurança do paciente;
- c) Valoriza os valores e respeito face a pacientes com culturas diferentes;
- d) Melhora o estilo de comunicação dos técnicos hospitalares;
- e) Aumenta a cooperação entre técnico-paciente, o que aumenta a aderência ao tratamento;
- f) Melhora a identificação de fatores psicológicos relacionados com a dor, ansiedade e depressão, o que contribui para o crescimento de segurança do paciente e diminuição de erros médicos e eventos adversos.

Face ao exposto, poder-se-á questionar se, sendo a pessoa humilde capaz de reconhecer os seus erros e limitações e com diminuição do *self*, será também capaz de apreciar e agradecer os acontecimentos da sua vida?

1.3 A Gratidão como fator de proteção da Resiliência na relação de ajuda.

O conceito gratidão deriva do latim *gratia* que significa “favor” e também *gratus* que quer dizer “agradecer” (Alves, 2010). O estudo desta virtude humana revela-se escasso, complexo e com um cariz de relevância enorme para a sociedade e para qualquer indivíduo, revelando-se como uma das experiências humanas mais significativas e conectivas (Yoshimura & Berzins, 2017).

A gratidão pode ser descrita enquanto virtude moral, hábito, traço de personalidade, fase de estado ou uma resposta de *coping* (Emmons & McCullough, 2003). Inere em si uma componente emocional, cognitiva (Wood, 2014) e comportamental (Buck, 2004) que estão interligadas entre si.

A gratidão pode ser conceptualizada enquanto estado e traço. Como estado, esta virtude humana ocorre pela complexa combinação de admiração, aprovação e alegria devido à interseção das ações de uma pessoa e os seus resultados. Este estado pode variar ao longo do dia e urge de um pensamento e/ou ação com uma tendência única (Yoshimura & Berzins, 2017). Enquanto

traço, a gratidão pode ser ensinada como uma inclinação holística através de percepções de apreciação e abundância. Como tal, estes investigadores defendem que as pessoas com elevado traço de gratidão terão mais experiências de gratidão como estado (Yoshimura & Berzins, 2017).

Emmons e Clumper (2000) defendem a gratidão como virtude moral, que envolve a repetição de experiência de agradecimento ao longo do tempo. Argumentam que é uma virtude humana única, com um quadro de regras e comportamentos únicos e que emerge da interação e relação entre duas pessoas.

Muitos investigadores reforçam ainda que esta virtude difere da felicidade e de todas as outras virtudes, porque surge da percepção de que uma pessoa beneficiou de uma ação, seja ela intencional, voluntária ou dispendiosa, por parte de outra pessoa. E, por isso assenta num processo de interação social e de comunicação (Yoshimura & Berzins, 2017). Isto é, a gratidão está conectada a um sentimento externo positivo que, por sua vez, estimula a ações que promovem resultados positivos para os outros (Pillay et al., 2020). Assinale-se que, por um lado, também serve de “despertar” à sociedade, pois o seu mecanismo adaptativo permite alertar os outros face a atos de altruísmo e motivação recíproca (Yoshimura & Berzins, 2017).

Esta virtude, inerentemente relacional porta três funções:

- barómetro moral – a experiência da gratidão indica que os beneficiários têm um benfeitor, que por sua vez desempenha um papel essencial no bem-estar;
- reforçador moral – a vivência desta virtude faz com que os seus beneficiários continuem a estender a sua bondade;
- motivo moral – motiva os recetores de benefícios para a reciprocidade da bondade e inibe atos destrutivos através dos beneficiários (McCullough et al., 2001).

Wood e Tarrier (2010) adjetivam esta virtude também como “amortecedor” face ao impacto dos eventos negativos da vida, prevenindo a desordem.

Assim, e de forma resumida, Yoshimura e Berzins (2017) definem a gratidão como um estado emocional positivo, um traço afetivo durável, uma experiência moral e uma força de carácter forte, que pode envolver uma variedade de cognições e emoções maioritariamente positivas.

Tendo por base a definição desta virtude, poder-se-á inquirir como se caracterizam as pessoas gratas e quais os seus benefícios? E, para os profissionais de ajuda qual a sua importância na prática diária e também enquanto indivíduos?

Investigadores, como Bono e Sender (2018), defendem que a gratidão é vantajosa porque ajuda a reduzir comportamentos antissociais, protege do stresse e, desta forma promove a saúde mental e física, melhora o funcionamento social e suporta a resiliência ao longo do ciclo de vida. Também permite ajudar as pessoas a gerir melhor a sua atenção, tomar decisões mais sábias, criar sociedades mais solidárias e cooperantes.

A gratidão está robustamente conectada ao ajustamento e bem-estar; assim pessoas gratas experienciam mais alegria, esperança, amor e entusiasmo e diminui a presença de emoções destrutivas, como seja a inveja, ganância e ressentimento (Emmons & McCullough, 2003).

Face aos mecanismos adaptativos adjacentes nesta virtude humana, a satisfação com a vida e saúde mental estão aumentadas nas pessoas mais gratas, o que otimiza o seu bem-estar físico e psicológico (Bono & Sender, 2018). Acresce ainda que, como as pessoas gratas tendem a pensamentos e emoções positivas, a ações prossociais face ao outro e não se focarem em si, apresentam uma tendência para espalhar bondade pelos outros (Dewall et al., 2012).

Bono e Sender (2018) no seu estudo revelam que a gratidão tem relações positivas com a satisfação com a vida, integração social, bem-estar físico e psicológico. E simultaneamente, que a gratidão tem relações negativas com a depressão, inveja e stresse. Desta forma, a gratidão permite reduzir o comportamento antissocial, protege as pessoas do stresse, facilita uma maior resiliência, o que conduz à promoção da saúde física e mental.

Como a gratidão assenta num processo dinâmico, as pessoas gratas têm a tendência de atribuir os seus resultados positivos a outras pessoas e não a si próprias, são pessoas mais sociais, caracterizadas pela extroversão e agradabilidade (Yoshimura & Berzins, 2017). A gratidão impute-as de comportamentos prossociais e a levarem a sentir-se socialmente valiosas (Grant & Gino, 2010).

Também por esta tendência para a pro-sociabilidade, as pessoas gratas apresentam atitudes mais apaixonantes e menos críticas face a si e aos outros (Petrocchi & Couyoumdjian, 2016).

Emmons e McCullough (2003) descrevem ainda no seu estudo uma relação direta entre a gratidão e a saúde, defendendo que as pessoas mais gratas têm sintomas reduzidos de doença. Ou seja, verifica-se que as pessoas mais gratas:

- têm menos sintomas físicos, como por exemplo, a dor;
- exibem mais comportamentos saudáveis, como comer mais saudavelmente (Hill et al., 2013);
- praticam mais desporto (Hill et al., 2013);
- demonstram melhorias nos resultados fisiológicos – melhores valores de pressão arterial (Jackowska et al., 2015);
- apresentam melhor qualidade do sono (Wood et al., 2009).

Consubstanciando estes resultados pode questionar-se se serão estes benefícios preponderantes nas organizações e nos profissionais de saúde?

De assinalar também que os estudos com programas de intervenção com gratidão demonstram um melhoramento no bem-estar do empregado, pois conseguem diminuir o stresse e a depressão e aumentam as emoções positivas (Cain et al., 2019). Assim, esta virtude prediz menor *burnout* e aumenta a satisfação com o trabalho (Lanham et al., 2012).

Nesta perspetiva, Cain e colaboradores (2019) definiram o conceito de gratidão no local de trabalho – *workplace gratitude* – como a tendência para notar e ser agradecido pelos diversos aspetos que o trabalho afeta a vida da pessoa. Porém, não se pode sinonimizar gratidão no local de trabalho a suporte organizacional, pois a gratidão no local de trabalho é um constructo mais amplo. Sentir suporte por parte dos colegas conduz os trabalhadores a sentirem gratidão, enquanto que o suporte organizacional – suporte por parte dos líderes e colegas – é coerente com empregados com traços narcisistas (Solom et al., 2017).

Também Fehr et al., (2017) argumentam que a gratidão em organizações de trabalho pode ser encarada como: i) emoção transitória que ocorre após um evento; ii) tendência geral para a pessoa experienciar gratidão; iii) característica da organização como um todo.

Apesar da importância e relevância desta virtude humana, os estudos sobre a sua aplicação nos profissionais de saúde são também bastante escassos. Assinale-se, contudo, o estudo de Molina et al. (2009) que revela que, para o paciente, a gratidão é a parte inerente da formação da relação entre o paciente e o enfermeiro. Também Starkey et al. (2019) no seu estudo demonstram que os enfermeiros que receberam expressões de gratidão por parte dos seus pacientes revelam menos sintomas de exaustão emocional, despersonalização e, conseqüentemente, aumentam os sintomas de conquista. Neste mesmo estudo revela-se que o aumento de expressões de gratidão conduz ao aumento de recursos positivos dos enfermeiros, levando a uma elevada satisfação com o cuidar ao paciente e potencia os seus benefícios de saúde.

Assim, os enfermeiros sujeitos a intervenções de gratidão revelam efeitos notáveis em inúmeras variáveis, como seja o humor, satisfação com a vida, felicidade, otimismo, maior qualidade nas relações e simultaneamente, diminuição do stresse, depressão e ansiedade (Ghosh & Deb, 2017).

A última virtude a ser estudada é a esperança, constituindo-se como uma virtude mais abordada socialmente. Não obstante tal, será que tecemos a sua definição e aplicação corretas?

1.4 A Esperança como fator de proteção da resiliência na relação de ajuda

Esperança, uma das palavras a que o Ser Humano recorre, em particular, em eventos negativos. Mas, será esta palavra usada de forma correta e apropriada?

Socialmente, a esperança ainda é muito conectada como emoção, como o que permite o alcançar de algo positivo, por exemplo, “é preciso ter esperança” ou “a esperança é a última a morrer”.

Cientificamente, a esperança é uma virtude humana, uma necessidade espiritual e um requisito ontológico, pois nenhuma ação teria ato se não fosse para a concretizar de forma eficaz. De certa forma, a esperança é o “motor” humano, que nos impede da inércia (Oliveira, 2003).

A esperança é, contudo, uma virtude complexa e que assenta num processo dinâmico, em que a pessoa persegue de forma ativa os seus objetivos. Snyder (1994) define esta virtude com base em três componentes: os meios, a agência e os objetivos. Atendendo ao comportamento humano, os meios permitem que a pessoa perceção a sua capacidade para produzir caminhos produtivos; a agência respeita os pensamentos que as pessoas têm para começar e continuar os meios que selecionaram para alcançar os objetivos; e os objetivos são a “base” dos três elementos e dinâmica do processo e que espelham o porquê do trajeto escolhido pela particularidade da pessoa (Snyder, 1994). Os três elementos têm uma relação sinérgica, resultando numa maior motivação da pessoa, facilitam na obtenção de respostas adaptativas aos obstáculos e obtenção de sucesso na persecução dos objetivos (Snyder, 2002).

Assim, Snyder (1994) conceptualiza a esperança enquanto traço cognitivo que representa a perceção e a habilidade que cada pessoa tem para alcançar os objetivos com sucesso.

Perante a definição deste constructo, diversas investigações têm demonstrado que a esperança – enquanto virtude humana positiva – apresenta correlações positivas com a satisfação com a vida, bem-estar psicológico, autoestima e otimismo e correlações negativas com o stresse, ansiedade e depressão (Gallagher et al., 2020).

Dixson et al. (2018) argumentam que as pessoas com níveis mais elevados de esperança revelam mais caminhos alternativos para alcançar os seus objetivos. Assim, estas pessoas apresentam mais estratégias na promoção das suas crenças e nas suas habilidades. De uma forma global, as pessoas com elevados níveis de esperança são mais energéticas; encaram os obstáculos enquanto desafios; apresentam um maior suporte social; maior eficácia geral; maior motivação pessoal; têm menor stresse e ansiedade; dispõem de muitas ideias para o futuro e ficam excitados com o mesmo; percecionam com elevada probabilidade de sucesso os seus investimentos. Contrariamente, as pessoas com níveis baixos de esperança têm baixa energia; por noma sentem-se “presos”; apresentam dificuldades em identificar os meios para atingir os seus objetivos; não são persistentes; apresentam níveis elevados de ansiedade; não recorrem a planos falhados para formar novos planos; encaram os desafios como obstáculos;

percecionam com elevada probabilidade de insucesso os seus investimentos (Dixson et al., 2018; Snyder, 2002).

Apesar da extrema importância que a esperança tem, das diversas investigações desenvolvidas e das suas repercussões no Ser Humano, a investigação sobre a mesma ainda se define como escassa e com muitas interrogações pendentes. De assinalar, porém que uma das áreas que tem sido mais estudada nesta virtude é no local de trabalho.

Os estudos demonstram que trabalhadores com níveis elevados de esperança apresentam elevado compromisso; são mais rigorosos; definem, de forma mais eficaz, os seus objetivos; modelam com maior eficácia as suas competências; estão mais disponíveis; aceitam stressores como desafios; apresentam maior produtividade; apresentam recursos físicos, emocionais e psicológicos que visam aperfeiçoar o seu trabalho; recorrem a estratégias alternativas, redirecionando os seus pensamentos e melhorando a sua dimensão de segurança psicológica – *psychological safety* (Carton, 2018; Ozyilmaz, 2020; Snyder, 2002). Por outro lado, trabalhadores com baixos níveis de esperança encaram os stressores como obstáculos; apresentam menor capacidade para alcançar os seus objetivos; baixa performance na execução de tarefas; diminuem a sua dimensão de segurança psicológica (Carton, 2018; Ozyilmaz, 2020; Snyder, 2002).

Na saúde e para os profissionais de ajuda, o papel da esperança tem sido muito pouco estudado e a sua evidência científica é ainda escassa (Long et al., 2020). No entanto, verifica-se que uma vez que a esperança está conectada com emoções positivas se interliga a um bom ajustamento psicológico e emocional, satisfação com a vida, qualidade de vida e conseqüentemente, a um risco menos elevado de problemas de saúde mental, como seja, a ansiedade, depressão e stress pós-traumático. Também se verifica que as pessoas com níveis elevados de esperança apresentam dor reduzida e menor fadiga (Long et al., 2020).

Long et al. (2020) argumentam que o aumento dos níveis de esperança está associado ao aumento de indicadores de saúde e bem-estar psicológico – como seja, saúde física e mental, propósito com a vida e aumento da relação social.

Num estudo de Billigton et al. (2008) que investigaram a importância da esperança nos doentes renais crónicos, verificou-se que as pessoas mais esperançosas tendem a cooperar com mais facilidade face à diálise, mas também

nas dificuldades em família, trabalho e vida social. Noutro estudo, com 103 pacientes em situação de hemodiálise, os mesmos autores, concluíram que a esperança foi considerada um preditor mais significativo face às consequências psicológicas, como a ansiedade, depressão e qualidade de vida, do que o fator idade, estado civil, duração da doença e suporte social. Assim, os autores verificaram a existência de uma relação bidirecional entre a esperança e a ansiedade-depressão, ou seja, o aumento da esperança reduz a ansiedade e a depressão, e correspondentemente, o aumento da ansiedade e depressão reduz o nível de esperança (Billigton et al., 2008).

Também Yunces et al. (2019) concluíram no seu estudo que a esperança atua como uma emoção focada numa estratégia de *coping*, e que o aumento da esperança poderá promover as estratégias de *coping*.

É importante frisar que, apesar das circunstâncias difíceis não poderem ser sempre evitadas, a cognição é relativamente maleável e os tipos de pensamento positivo como a esperança podem ser reforçados através da psicoterapia ou até de estratégias autoguiadas (Gallagher et al., 2020).

Pelo que foi explicitado nos pontos anteriores é possível constatar que cada virtude humana tem a sua particularidade e função, mas haverá alguma interconexão entre todas elas? Haverá pontos em comum ou de discrepância?

1.5 Interconexão entre as quatro virtudes

A essência de cada virtude – humildade, gratidão, esperança e resiliência – e a sua importância individual, como o seu papel na área da saúde e nos profissionais de ajuda é bastante relevante como foi anteriormente explanado. Os estudos científicos sobre a individualidade de cada virtude são escassos, e estudos sobre a relação entre estas quatro virtudes são praticamente inexistentes. Assim, a escassez de bibliografia nesta temática parece acentuar a importância do presente estudo científico, assim como a sua justificação.

Empiricamente e refletindo sobre cada virtude não parece difícil explicar a ligação entre as virtudes e sua relevância nos profissionais de ajuda. Assim, e atendendo a que os profissionais de ajuda têm um quotidiano “coberto” de dor e

sofrimento do outro, sendo que a sua função é cuidar do próximo e num ambiente bastante desafiador, na maior parte das vezes com escassez de recursos físicos e humanos, poderá depreender-se a necessidades que nestes profissionais lhes deve ser inculcido: a consciência das suas capacidades, conhecimentos, reconhecer erros e limitações – humildade – saber agradecer face a acontecimentos inesperados sem uma gratificação recíproca obrigatória – gratidão – e ter em simultâneo, a capacidade de ativar meios, objetivos e agência adequados para conseguir ultrapassar os obstáculos – esperança. Todas estas virtudes parecem estar fortemente suportadas e sustentadas por aquela virtude que permite enfrentar os obstáculos e aprender com os mesmos e para futura aplicação – a resiliência.

Conseguirá algum profissional de ajuda exercer a sua função em pleno sem a presença destas virtudes?

Um estudo que teça e investigue a relação destas quatro virtudes em simultâneo, até ao momento, não foi encontrado, embora alguns estudos demonstrem a existência de relações entre algumas virtudes, por exemplo, a relação da resiliência com a esperança e/ou relação da gratidão com a humildade.

Na maioria destes estudos verifica-se algo em comum: são definidas como virtudes essenciais ao Homem, que se relacionam e fomentam outras virtudes positivas e são benéficas para o bem-estar psicológico. Nomeadamente, os estudos demonstram que:

- a) Há uma relação significativa entre a humildade e a gratidão, sendo a gratidão um antecedente da humildade e que estas virtudes podem reforçar-se entre si (Kruse et al., 2014).
- b) Há relações positivas entre a gratidão, esperança e a resiliência e estas relacionam-se entre si (Olus, 2019);
- c) Pessoas com elevada resiliência apresentam elevada esperança e a resiliência pode ser um mediador de esperança (Wang et al., 2020);
- d) Pessoas com depressão apresentam níveis baixos de resiliência e de esperança e estas virtudes não estão dependentes da idade e do género (Solano et al., 2016);
- e) Há uma correlação positiva e significativa entre a gratidão e a esperança (Witvliet et al., 2018).

De referenciar, contudo, um estudo desenvolvido sobre a humildade e a esperança, como fatores protetores da resiliência, na práxis humana (Freitas, 2013) em que foram retiradas algumas conclusões na relação destas virtudes, nomeadamente: i) há uma correlação positiva e significativa entre as três virtudes; ii) quanto maior a idade, maior o nível de humildade, esperança e resiliência, sugerindo-se que são virtudes que podem desenvolver-se e ser ensinadas e não são estanques; iii) da amostra estudada nesse estudo – profissionais de ajuda – os enfermeiros e os médicos são a classe profissional que apresentam valores mais elevados de esperança, humildade e resiliência; iv) na regressão e análise preditiva entre as três virtudes verificou-se uma relação forte e positiva, ou seja, a esperança, a humildade e a resiliência têm uma forte e significativa ligação, o que demonstra a interconexão e importância da fomentação entre as três virtudes (Freitas & Martins, 2013).

No âmbito da revisão da literatura efetuada, apesar de se encontrarem alguns estudos sobre as virtudes isoladamente relacionados com a resiliência nos profissionais de ajuda, as interconexões entre as quatro variáveis não aparecem exploradas/analizadas. Ao longo da revisão realizada, deparámo-nos, igualmente, com escassas pesquisas, que permitam tecer conclusões robustas do ponto de vista metodológico e que nos permitam discutir a dimensão desenvolvimental das variáveis humildade, gratidão e esperança, como fatores protetores da resiliência, na relação de ajuda. Assim, o propósito do presente estudo visa analisar e discutir, as relações entre estas virtudes humanas. A caracterização e compreensão do papel destas variáveis na resiliência nos profissionais de ajuda, numa perspetiva desenvolvimental, poderá constituir um importante contributo para se potenciar a dimensão resiliente que estes fatores podem constituir neste contexto e nestes profissionais.

Decorrente do enquadramento teórico apresentado parece importante analisar as relações entre a humildade, a gratidão e a esperança, como fatores protetores da resiliência, na relação de ajuda, conforme se pode visualizar na figura 1.

Figura 1

Interconexão entre Humildade, Gratidão, Esperança e Resiliência.



PARTE II – OBJETIVOS E METODOLOGIA

2 Investição Empírica

2.1 Conceptualização da investigação empírica

Todo o trabalho de investigação surge pela recorrência de questões para as quais o investigador só dispõe de pontos de interrogação e não de pontos finais. Estas questões permitem trilhar um caminho de objetivos e metas para alcançar a concretização do mesmo.

Numa investigação cuja temática em estudo se adjectiva atual e inovadora e cuja fundamentação científica é escassa, o investigador é confrontado com um conjunto de questões, que urgem e carecem de respostas. Como tal, os objetivos da presente investigação advêm, essencialmente, de uma profunda reflexão da temática em estudo.

Face ao quadro conceptual exposto e após a análise crítica da literatura disponível encontrada, a problemática configura-se como: Qual é a importância da humildade, da gratidão e da esperança, enquanto fatores protetores e de resiliência, na relação de ajuda? Qual a interconexão entre estas variáveis?

O interesse por esta temática e a fundamentação do seu estudo está profundamente ligada com a vivência da prática da investigadora enquanto profissional de ajuda, mas também se consubstancia na investigação já efetuada e que se explica no enquadramento teórico. Fundamenta-se também, com algumas crenças da investigadora acerca da importância destas virtudes humanas para a resolução de “crises”, desafios e adversidades quotidianas. Esta preocupação científica radica ainda na escassez de recursos económicos e materiais, sendo que a Humanidade, não obstante a evolução científica e tecnológica, parece ter ao seu dispor cada vez menores apoios/recursos externos e internos para os problemas com que se defronta no seu dia-a-dia, quando na verdade pensamos que o Homem dispõe e pode fomentar em si as virtudes humanas, como resposta e pedra angular aos seus pontos de interrogação e às suas crises, desafios e adversidades.

2.2 Objetivos e hipóteses da investigação

A resposta à problemática da investigação não se assume de carácter simplificador, porém a formulação do objetivo geral e específicos, será um ponto convergente para a sua resolução. Como tal, como objetivo geral pretende-se conhecer e analisar os níveis de humildade, gratidão, esperança e resiliência em profissionais de ajuda, enquanto fatores protetores e de resiliência na relação de ajuda.

Cada objetivo específico da presente tese consiste no objetivo geral de cada um dos estudos que se desenvolvem, destacando-se seguidamente:

Estudo 1: Pretende-se como objetivo geral adaptar e validar para a população portuguesa a *Intellectual Humility Scale* – IHS, numa amostra de profissionais de ajuda. Os objetivos específicos consistem, nomeadamente em: a) traduzir e adaptar a IHS para a língua portuguesa; b) analisar a estrutura interna da versão portuguesa da IHS, comparando-a com a estrutura fatorial obtida pelos autores originais e realizando a Análise Fatorial Exploratória e Análise Fatorial Confirmatória; c) avaliar a fiabilidade da IHS, nomeadamente a consistência interna, a validade convergente e a discriminante.

Estudo 2: O principal objetivo do estudo consiste em traduzir, adaptar e validar a *Cultural Humility Scale*, para utilização na população portuguesa numa amostra de profissionais de ajuda. Os objetivos específicos consistem, nomeadamente em: a) traduzir e adaptar o CHS para a língua portuguesa; b) analisar a estrutura interna da versão em português do CHS, comparando-a com a estrutura fatorial obtida pelos autores originais e realizando a Análise Fatorial Exploratória e Análise Fatorial Confirmatória; c) avaliar a fiabilidade do CHS, nomeadamente consistência interna, validade convergente e discriminante.

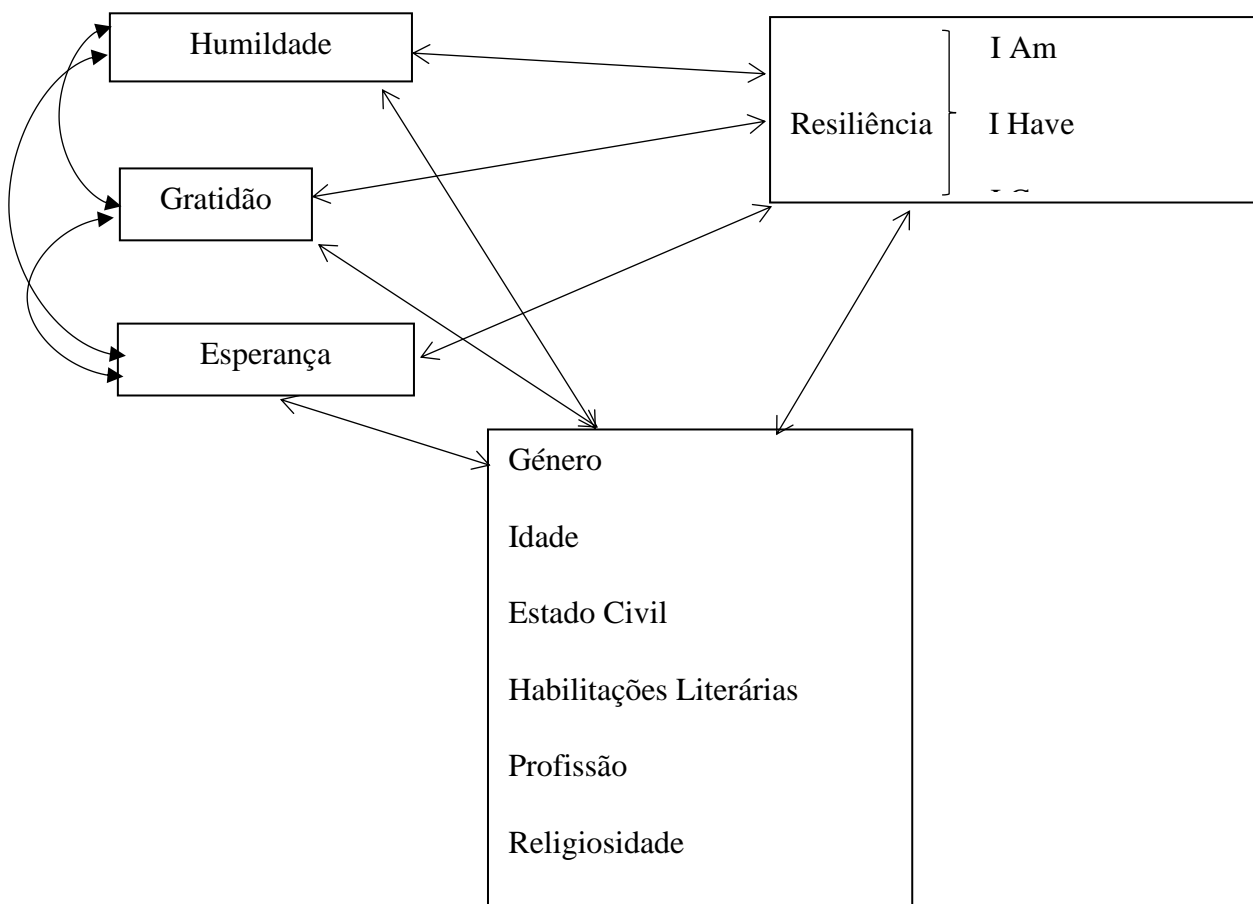
Estudo 3: Pretende como objetivo analisar a humildade, gratidão, esperança e resiliência em profissionais de ajuda, enquanto fatores protetores e de resiliência nos profissionais de ajuda. Os objetivos específicos consistem, nomeadamente em: a) analisar a humildade, a gratidão, a esperança e a resiliência nos profissionais de ajuda; b) examinar as relações das variáveis

sociodemográficas, género, idade, habilitações literárias, estado civil, profissão, anos de profissão, nas variáveis humildade, gratidão, esperança e resiliência nos profissionais de ajuda; analisar o valor preditivo das variáveis humildade, gratidão e esperança na resiliência dos profissionais de ajuda.

Na dinâmica e essência do processo de investigação presente irrompe a construção de hipóteses de estudo, tendo por base as variáveis: humildade, gratidão e esperança, como variáveis dependentes e a resiliência, como variável independente. Deste modo, a articulação das variáveis do presente estudo é conceptualizada de acordo com a figura que se segue:

Figura 2

Modelo conceptual da articulação das variáveis



A formulação das hipóteses atende ao apresentado no enquadramento teórico e deriva do interesse e curiosidade científica pessoal da investigadora, assim como da importância desta temática para a comunidade científica e para a

práxis no dia-a-dia. Neste sentido, as respostas e averiguações, quer da problemática, quer das hipóteses de estudo constituem-se como uma contribuição para o aprofundamento conceptual das variáveis em estudo, bem como da sua influência na práxis humana, o que permitirá um contributo para uma atuação junto do outro mais eficiente.

Face ao explanado definem-se as seguintes hipóteses:

H1 – A humildade, gratidão e esperança estão positivamente relacionadas com a resiliência;

H2 – Os profissionais de ajuda que apresentam níveis baixos de humildade apresentam menor nível de gratidão, menor esperança e menor resiliência;

H3 - Quanto maior a idade dos profissionais de ajuda, maior o nível da humildade, da gratidão e da esperança;

H4 – Por categoria profissional dos profissionais de ajuda em estudo, os enfermeiros são os que apresentam níveis mais elevados de humildade, de gratidão, de esperança e de resiliência;

H5 – A humildade, gratidão e esperança apresentam um valor preditivo elevado entre si e com a resiliência.

2.3 Desenho da investigação e tipo de estudo

O estudo presente estrutura-se numa abordagem de carácter quantitativo, com um desenho transversal e com um plano descritivo-correlacional (Almeida & Freire, 2008). Atendendo a que as hipóteses propostas são operacionais, pretende-se avaliar a relação e a interação entre as variáveis. Neste sentido, a investigação integra a aplicação de um questionário sociodemográfico e escalas que pretendem avaliar as variáveis propostas, através de três estudos.

Todos os estudos foram submetidos para publicação em distintas revistas de reconhecido impacto internacional.

2.3.1 Técnica de amostragem e amostra.

A amostra para o presente estudo é constituída por profissionais de ajuda, nomeadamente, médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e fisioterapeutas,

a exercer funções no sector público e no sector privado. Como condições para a inclusão no estudo, estes profissionais devem estar a desenvolver atividades de ajuda em contexto clínico (hospitais ou clínicas).

A relevância da temática do estudo presente traduz-se numa amostragem probabilística, intencional e de conveniência, em que os participantes foram selecionados por facilidade e disponibilidade de acesso (Fortin, 1999).

Para a presente investigação temos para o Estudo 1 e 2 que objetivam a adaptação e validação da *Intellectual Humility Scale* e da *Cultural Humility Scale*, uma amostra constituída por 686 profissionais de ajuda ($N = 686$). No que se refere ao Estudo 3, que visa estudar a interconexão das quatro virtudes na relação de ajuda, a amostra integra mesmos 686 profissionais de ajuda.

2.4 Instrumentos de recolha de dados

Para a consecução da presente investigação foram utilizados diversos instrumentos, nomeadamente:

2.4.1 Questionário Sociodemográfico

Elaborado para a presente investigação com o objetivo de recolher dados sociodemográficos dos profissionais de ajuda que fazem parte dos grupos amostrais referenciados anteriormente: profissionais de ajuda (Apêndice II). O questionário inclui questões que visam a obtenção de dados como a idade, data de nascimento, género, estado civil, as habilitações literárias, profissão, os anos de profissão, instituição onde exerce a sua categoria profissional.

2.4.2 Escala da Humildade Relacional

Desenvolvida por Davis e colaboradores (2010) foi adaptada e validada para a população portuguesa (Freitas et al., 2014). É composta por 16 itens, numa escala *likert* com quatro opções, num *continuum* que vai de 1 - *discordo totalmente*, a 4 - *concordo completamente*. Esta escala é constituída por 4 subescalas, nomeadamente: Humildade Global, Visão Correta de Si,

Superioridade 1 e Superioridade 2. No estudo original esta escala apresentou um alfa de *Cronbach* de .90 para a escala total e valores de .92, .79 e .82, respetivamente para as subescalas que a constituem.

A escala da Humildade Relacional portuguesa (Apêndice III) apresentou um alfa de *Cronbach* de 0.76, uma média de 54.39 (*SD* = 4.13), *Kaiser-Meyer-Olkinde* = .80 e *variância total explicada* de 61.38%.

2.4.3 *Intellectual Humility Scale*

Desenvolvida por McElroy et al. (2014) do Departamento de Psicologia das Universidades de Virgínia, Norte do Texas e da Califórnia dos Estados Unidos da América, designada por Escala da Humildade Intelectual. Esta escala é composta por 16 itens, engloba duas subescalas: a Abertura intelectual e a Arrogância intelectual, e podem ser avaliados numa escala *likert* com 5 opções (1 - *discordo totalmente* a 5 - *concordo totalmente*).

A validação desta escala por Davis e colaboradores processou-se com base em dois estudos e cuja população alvo foram estudantes universitários. Obteve um coeficiente alfa de *Cronbach* de .96 para a escala total, e .93 para a subescala da Arrogância Intelectual e de .92 para a subescala da Abertura Intelectual.

De assinalar que a versão adaptada e validada para a população portuguesa sofreu alterações, nomeadamente na sua avaliação pela escala de *Likert* com 4 itens (1 – *discordo fortemente* a 4 – *concordo fortemente*), não dispondo da opção nem concordo nem discordo (Apêndice IV). Na adaptação portuguesa obteve um coeficiente alfa de *Cronbach* de .92 para a escala total, e .92 para a subescala da Arrogância Intelectual e de .89 para a subescala da Abertura Intelectual.

2.4.4 *Cultural Humility Scale*

Desenvolvida pelo Departamento de Psicologia das Universidades de Virgínia, Norte do Texas e da Califórnia dos Estados Unidos da América, por Davis et al. (2013) designada por Escala da Humildade Cultural é composta por 12 itens, e engloba duas subescalas: a Subescala Positiva e a Subescala Negativa,

que podem ser avaliadas numa escala de *Likert* num *continuum* de 5 opções, que varia entre que varia entre 1 – *discordo totalmente* a 5 – *concordo totalmente*.

A validação desta escala para a população americana decorreu em 4 estudos com população de estudantes universitários. A escala apresenta um coeficiente de alfa de *Cronbach* de .93 para a sua escala total, e de .93 para a escala positiva e de .90 para a subescala negativa.

A versão adaptada e validada para a população portuguesa é apresentada no Estudo 1, sendo que a mesma, no seu processo de adaptação sofreu algumas alterações que serão posteriormente apresentadas (Apêndice V).

2.4.5 *Gratitude Questionnaire*

Desenvolvida por McCullough et al. em 2002, foi adaptada e validada para a população portuguesa por Neto (2007). É composta por 6 questões que podem cotadas numa escala *likert* de 7 pontos, num *continuum* entre 1 = discordo em muito, a 7 = Concordo em muito. O Questionário apresentou um alfa de *Cronbach* de .76 no estudo de Neto (2007) (Anexo I).

2.4.6 Escala da Esperança

Desenvolvida e adaptada para a população portuguesa por Oliveira (2003), tem como objetivo avaliar o nível de esperança das pessoas. A escala é composta por 6 itens que podem ser cotados numa escala *likert* de 5 pontos, num *continuum* entre 1 = *totalmente em desacordo*, a 5 - *totalmente em acordo*. No último estudo efetuado apresentou um alfa de *Cronbach* de .80 (Anexo II).

2.4.7 Inventário *Measuring State and Child Resilience* (MSCR)

Desenvolvido por Chock C. Hiew (1998) e adaptado para a população portuguesa por Martins (2005). Esta escala objetiva avaliar a resiliência e está dividida em duas escalas, a *Measuring State Resilience* (MSR), composta por 14 itens, e a *Measuring Child Resilience* (MCR), com 18 itens. As escalas são cotadas numa escala *likert* de 5 opções, num continuum entre 1- *discordo totalmente*, a 5-*concordo totalmente*. Os resultados da adaptação à população portuguesa apresentam para a Escala MSR um valor de alfa de .73 e para a Escala MCR um valor de .78 de alfa de *Cronbach* (Anexo III).

2.5 Procedimentos de recolha de dados

Para a concretização do estudo foram primeiramente, solicitadas a Escala da Humildade Intelectual e a Escala da Humildade Cultural aos autores, assim como a permissão para processo de adaptação e validação para a população portuguesa. Num segundo momento foram ainda solicitadas as autorizações aos autores dos restantes instrumentos selecionados para a presente investigação.

Numa primeira fase, o estudo recaiu na adaptação e validação da Escala da Humildade Intelectual e da Escala da Humildade Cultural.

O primeiro passo consistiu na tradução da escala de inglês para português e na adaptação linguística. O instrumento na sua língua original foi traduzido por um tradutor, que é fluente em inglês e português - bilingue.

Os itens da escala traduzidos foram comparados por um segundo tradutor, também bilingue e bicultural no sentido de averiguar ambiguidades e discrepâncias nas palavras, frases e significados em toda a tradução e retroversão, sendo cumpridos todos os respetivos procedimentos. Seguidamente, foi realizada uma comparação na versão traduzida do instrumento. Todas as ambiguidades e discrepâncias foram discutidas e resolvidas através da comissão usada. O consenso foi alcançado com a participação do segundo tradutor, o primeiro tradutor e os investigadores.

Este processo gerou a versão preliminar da tradução do instrumento. A versão preliminar foi novamente traduzida para a língua original - inglês - por outro tradutor independente, que não tinha conhecimento da versão original do instrumento. Este tradutor produziu uma nova retroversão do instrumento, que permitiu clarificar palavras e frases usadas na tradução. O próximo passo foi comparar as versões da retroversão do instrumento.

Inicialmente, as instruções, itens e formato de resposta de retroversão foram comparadas com o comitê relativamente às instruções, itens e formato das respostas face à escala original, atendendo ao formato, palavras e estrutura gramatical das frases, similaridade no significado e relevância. As ambiguidades e discrepâncias foram discutidas e resolvidas através do consenso dos membros do comitê para derivar à versão pré-final do instrumento na língua pretendida, português.

A versão pré-final foi testada para avaliar as instruções, formato de resposta e a clareza dos itens do instrumento. Para tal, foram recrutados cinco participantes da população-alvo. A cada participante foi solicitado que avaliasse as instruções e os itens da escala usando uma escala dicotômica (claro ou não claro) e foram questionados a providenciar sugestões de como reescrever os itens para deixar o idioma claro.

Este passo foi usado para dar suporte conceptual, semântico e equivalência de conteúdo na tradução do instrumento e melhorar a estrutura das frases usadas nas instruções e itens da versão final para que seja facilmente compreendida pela população-alvo antes do teste psicométrico.

Posteriormente, foram apresentados os pedidos às Comissões de Ética das instituições selecionadas para a aplicação dos instrumentos, nomeadamente o Questionário Sociodemográfico, a Escala da Humildade Relacional, a Escala da Humildade Intelectual, a Escala da Humildade Cultural, a Escala da Esperança e Inventário *Measuring State and Child Resilience*. A aplicação dos Questionários fez-se acompanhar de um consentimento informado (Apêndice I).

Atendendo a que a seleção da amostra foi não-probabilística, de conveniência, os instrumentos foram aplicados aos indivíduos que se inseriram nos critérios de elegibilidade para o estudo e após terem sido convidados a participar no estudo e de lhes ter sido explicado o objetivo geral, aplicado o Consentimento Informado (Apêndice I), sendo a confidencialidade e anonimato

dos participantes garantidos. Muitos dos protocolos foram entregues em mão e recolhidos em envelopes fechados de forma a manter o anonimato dos profissionais de ajuda, sendo que outros foram contactos telefonicamente, convidados a participar e enviados via *online*.

Assinale-se que o convite para participar na investigação foi efetuado pela investigadora, sendo importante referir ainda que se procurou sempre salvaguardar o respeito pela identidade dos participantes e, como tal, os profissionais que participaram foram codificados com um número, de forma a assegurar o seu anonimato. Procuraram-se ainda cumprir todos os pressupostos éticos e de confidencialidade da informação obtida através da aplicação do instrumento de recolha de dados, assegurando que estes seriam apenas utilizados neste estudo. Os participantes foram informados sobre a forma de ter acesso às informações, caso estejam interessados. A participação foi de carácter voluntário, não implicando qualquer custo e não tendo sido atribuída qualquer gratificação.

2.6 Procedimentos de análise de dados

A presente investigação desenvolveu-se em três estudos distintos: o Estudo 1 e 2 que objetivaram a adaptação e validação da *Intellectual Humility Scale* e da *Cultural Humility Scale* para a população portuguesa, tendo por base o processo de tradução e retroversão das Escalas, o pedido de autorização às instituições, e a recolha dos dados para a sua validação e posterior análise crítica dos dados obtidos, bem como a proposta de reestruturação das Escalas, de acordo com os estudos realizados. O terceiro artigo objetiva apresentar as análises descritivas, as relações entre as variáveis e demonstrar a interconexão coexistente entre as três virtudes: humildade, esperança e resiliência e as repercussões dessas relações.

Após finalizada a recolha dos dados recorreu-se ao *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS - versão 27.0) para o tratamento dos dados. Através desta ferramenta de cálculo foram determinadas as estatísticas descritivas relativas aos dados da caracterização da amostra, mais concretamente as percentagens, médias e desvios padrão das variáveis em estudo.

De forma a adaptar e validar a versão portuguesa das escalas, procedeu-se à realização de Análise Fatorial Exploratória, com rotação ortogonal tipo Oblimin. A análise fatorial exploratória baseou-se na prévia análise das estatísticas descritivas, avaliação da consistência interna das escalas e devidas subescalas apresentando os respetivos valores de KMO, teste de *Bartlett*, alfa de *Cronbach*, variância total explicada, comunalidades, e fatores de saturação.

A Análise Fatorial Confirmatória, com metade da amostra de forma aleatória, foi realizada pelo programa IBM SPSS AMOS (Versão 27), sendo que a qualidade do ajustamento foi analisada pelo χ^2 (Qui quadrado), GFI (*Goodness-of-fit index*), AGFI (*Adjusted Goodness-of-fit Index*), índices de NFI (*Normed fit Index*), SRMR (*Standardized Root Mean Square Residual*), TLI (*Tucker-Lewis Index*), CFI (*Comparative Fit Index*) e RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*). Foi estudada ainda a validade de constructo, através da validade convergente, pelos valores de AVE (*Average Variance extracted*) e CR (*Composite Reliability*), e validade discriminante, pelos valores de MSV (*Maximum shared square variance*) e ASV (*average shared squared variance*).

Em todos os instrumentos utilizados na presente investigação realizou-se a análise de consistência interna, análise confirmatória e exploratória. No último estudo da investigação e objetivando estudar a correlação entre as virtudes foram realizadas as correlações entre as quatro virtudes pela correlação de *Pearson*; a correlação das virtudes, humildade, gratidão, esperança e resiliência, com as variáveis socio demográficas, como a idade, género, habilitações literárias, local de trabalho, categoria profissional através do *Teste T* e da *One way Anova*; assim como foi realizada a regressão linear múltipla pelo método *Enter* entre as quatro virtudes para analisar o quão preditivas são entre si.

Os resultados dos estudos efetuados são posteriormente apresentados em formato artigo, tendo sido submetidos a duas revistas, o que justifica o seu formato sendo que a sua elaboração foi à luz das regras das respetivas revistas.

PARTE III – ESTUDOS EMPÍRICOS

**3 HELP PROFESSIONALS' INTELLECTUAL HUMILITY:
EVIDENCE OF VALIDITY SCALE IN PORTUGAL**

Artigo a ser enviado para publicação na revista *Self and Identity*, sob a seguinte proposta de autores: Joana Freitas, Maria Helena Martins & Saúl Neves de Jesus.

Help Professionals Intellectual Humility: Evidence of validity scale in Portugal

Freitas, J.¹, Nave, F.², Martins, M. H.³ & Jesus, S. N.⁴

Abstract

Intellectual humility is a subdomain of humility and is important in many contexts of human praxis. In Portugal, humility is a virtue that has not been much studied, and this study aims to adapt and validate the Intellectual Humility Scale - IHS (McElroy et al., 2014) for use in the Portuguese population.

The IHS has been adapted following the translation-back translation methodology from English to Portuguese, with a sample consisting of 686 help professionals to evaluate the psychometric properties.

The Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) result was .907, indicating that the adequacy of the model was high. Cronbach's alpha was .92 for the total scale, indicating a good internal consistency. The exploratory factor analysis and distribution of factors among the subscales indicated that the structure of two distinct factors is adequate, with a total explained variation by two factors of 62.56%. This scale has two subscales: intellectual openness and intellectual arrogance. Confirmatory factor analysis indicated a good convergent and discriminant validity with adjustments by the values of modification indices (GFI = .95; AGFI = .90; CFI = .90; RMSEA = .008).

The findings support the validity of the Intellectual Humility Scale of the Portuguese version.

Keywords: humility, intellectual humility; validation.

¹ PhD student, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Algarve, Portugal.

² PhD, Department of Health, Faculty of Health, University of Algarve, Portugal.

³ PhD, Department of Psychology and Educational sciences, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Algarve, Portugal.

⁴ PhD, Department of Psychology and Educational sciences, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Algarve, Portugal.

Introduction

In the field of Positive Psychology, many human virtues have been studied as happiness, hope, resilience, gratitude, love and others. Humility is one of the human virtues, however, scientific studies on this virtue are scarce, and has little scientific basis.

Socially, the definition of humility isn't always the most correct, because when somebody thinks of a humble person the main characteristics that came to head are submissive, shy, permissive and with low self-esteem. Although, in scientific field humility is a complex and dynamic concept with application in human praxis: social, psychological, biological, spiritual, educational, sporty, political, and more.

Humility has five main characteristics (a) a precise and concise evaluation of own abilities and capacities; (b) knowledge of own faults, limitations and errors; (c) able to perspective own abilities; (d) focus of the self relatively low and (e) genuine desire to learn and serve others (Kupfer, 2003; LaBouff, 2012; Snow, 1995; Tangney, 2000).

In the scientific literature, this human virtue nowadays, has two subdomains: the intellectual and the cultural. In this study we are focus on intellectual humility.

According to Krumrei-Mancuso and Newman (2020), there is a growing body of research that has demonstrated the relevance of intellectual humility to a variety of interpersonal and social attitudes and behaviors. Intellectual humility corresponds to the knowledge of which a person has or the intellectual influence of the same, which means not only the knowledge I have, but also how I use and how influences daily life. So, intellectual humility involves the capacity to recognize the limits of knowledge and being open to new ideas. Involves the capacity to regulate the arrogance by the ability to present new ideas in a non-offensive way, and also to receive opposed ideas, without seeing as an offense, and accepting opposites viewpoints (McElroy et al., 2014).

What discerns relational humility of intellectual humility is related with the specificity of intellectual humility, its correlation with verbal intelligence and, because it is a subdomain of relational humility. However, both are relevant for allowing the balance in relationships (McElroy et al, 2014).

Worthington (2017) refers that intellectual humility has two subdomains: the political humility and the religious humility. Political humility respects to people who invested in leadership, that feel very affected by the leadership of a country or organization and are specifically concerned with negotiating and respecting other`s political, philosophical and pragmatic ideas. Religious humility is directed for people that have commitment to the sacred.

According to the literature intellectual humble persons are characterized by:

- being open to new ideas and incorporate new sources of information – open mind (McElroy et al., 2014);
- understanding and accepting cognitive faculties, knowing that aren`t always right and sometimes can fail (Krumrei-Mancuso et al., 2019);
- interpersonally, present ideas in a fair way, rather than the use of manipulator strategies that can influence decision making (McElroy et al, 2014);
- acquire more knowledge because are more aware of new information (Krumrei- Mancuso et al., 2019);
- maintain justice in exchange of differentiating ideas in a group of work or community (McElroy et al, 2014);
- instill and foster relations of trust and force (McElroy et al., 2014);
- promote healthy clime (in a group of people) which ideas are modified in a free and fair way (McElroy et al., 2014);
- ability to regulated and repair social connections (McElroy, et al, 2014);
- they aren`t very confident in their knowledge, respect others` points of view and are available to review their points of view (Krumrei-Mancuso et al., 2019);
- have high levels of agreeability, conscientiousness, open and emotional stability, and a bigger need for cognition and curiosity (Du & Cai, 2020);
- are more tolerant to ambition and less “close mind” and dogmatic (Du & Cai, 2020);

- have more self-confidence, capacity, honesty and also are more rational and objectives (Du & Cai, 2020);

- don't perceive their thoughts as more valuable than other people (Du & Cai, 2020);

- facing challenges, report more positive emotions than negative and show more alternative and adaptative ways for emotional regulation, which leads to a better emotional complexity and higher forgiveness (Du & Cai, 2020);

- also, reveal a more capacity for other prosocial values like gratitude, benevolence, empathy, altruism and universalism, and low levels of seeking power (Du & Cai, 2020);

In recent decades, helping professionals have been considered one of the groups most exposed to psychosocial risks, commonly experiencing high levels of stress, anxiety, fatigue and suffering due to the nature and location of their work (Navarro-Abal et al., 2018).

According to the American Psychological Association (APA, 2015) helping professions are occupations that provide health and education services to individuals and groups, including the fields of psychology, psychiatry, counseling, medicine, nursing, social work, physical therapy, and occupational, teaching and education. These professionals have as main objectives to promote physical, psychological, intellectual, emotional or spiritual well-being.

For all this reasons, it became clear how important is to validated intellectual humility for use in help professionals. Definitively this virtue is essential to developed and improve help relationship in these professionals. In order to complement their hard and challenge work, intellectual humility is a major value for help professionals.

The intellectual humility is visible in concrete situations, as in discussion of ideas;

in experimenting negative moral emotions, which can amply to arrogance behaviors and decrease empathy; in the negotiation of an important idea, in which people disagree and are all emotional involved; in a relationship with an imbalance of power whose leader influences the ideas and the modifications of them (McElroy et al., 2014).

Consubstantiating what was explained, the characteristics of intellectual humility is important to translate this human virtue into actions. The study of Whitcomb et al. (2015) reveals how intellectual humility increase or decrease certain aspects of human behaviors. Namely, intellectual humility:

- decrease the tendency to blame or explain when facing his own “intellectual defaults”;
- decrease the will to establish intangible goals;
- decrease feelings of anxiety and insecurity of his intellectual limitations;
- decrease the propensity of a person to excessively compare with others intellectually;
- reveal more time to listen to other people with different ideas than own ideas and to seek other sources of intellectual matters;
- increase the tendency to correctly evaluate his intellectual forces.

Whitcomb et al. (2015) and Krumrei-Mancuso et al. (2019) argue how intellectual humility is very important because involves a healthy connection between intellect and ego, which means that people don't feel threaten by intellectual discordances, will not reveal an excess of confidence over own knowledge, respect other points of view and will be available to review owns points of view when requested.

But having high levels of intellectual humility means acquiring knowledge in a superior way/level? The study of Krumrei-Mancuso et al (2019) reveals interesting data on this subject. In this investigation the authors conclude that intellectual humility is associated with better results in evaluating general knowledge, but isn't related to cognitive ability. This virtue is associated with having more general knowledge but doesn't increase academy performance (contrary to general humility) and is connected to recognizing own knowledge which motivated the search for more information, facilitating the bound between intellectual humility and the ability to learn.

According Krumrei-Mancuso and Newman (2020) high levels of intellectual humility are correlated with greater open-mindedness, empathy, prosocial values and tolerance towards different ideas and people.

In a fast society, in every field, seems human need, more than ever, humility and intellectual humility. Because of its importance and application, we

ask permission to McElroy et al (2014) to adapted and validated the Intellectual Humility Scale for use in Portugal.

The adaptation and validation of this scale will allow to evaluate the presence of intellectual humility as a measure of personality assessment, which facilitate and contribute to promote the development of a society composed of intellectual humble people with the benefits that are inherent.

The Intellectual Humility Scale was developed and validated by McElroy and colleagues in 2014, in the United States of America. The objective was to create a measure to assess intellectual humility in people, particularly in religious leaders.

The developing and validation of the Intellectual Humility Scale were processed in two studies, in which the authors developed a theoretical model, the scale and the subscales. In the first study, McElroy and colleagues developed a scale with 60 items and apply to a sample of 213 persons of a community, most of all women ($n = 158$), with a Likert scale of five items, from 1 = *strongly disagree* to 5 = *strongly agree*. The authors have done a parallel analysis to help to determine the number of factors to extract and at the end of this study, the scale was reduced to sixteen items. In this first study, it was defined two subscales, namely the Intellectual Openness and Intellectual Arrogance.

The Intellectual Openness subscale respect the first part of intellectual humility definition, namely, knowing the limits of own knowledge and open to new ideas, its respect to the positive parts of intellectual humility. The Intellectual Arrogance Subscales respect the second part of intellectual humility definition, that is, regular behaviors of arrogance and presenting the ideas as non-offensive ideas, and it respects to the negative part of intellectual humility.

The second study aimed, at the cross-validation of the factor structure of the sixteen items, applied to a sample of 213 persons in a community. In this study it was possible to see the strong correlation with each subscale, with values of $r = .73$ and $p < .001$. The Cronbach alpha of Intellectual Arrogance was .93 and with a $CR = .92$; and the Cronbach alpha of Intellectual Openness was .94 with a $CR = .92$. The total scale has a Cronbach alpha of .90.

Portuguese study procedures

The first step consisted of translation of the scale from English to Portuguese and linguistic adaptation. The instrument in the original language was forward translated to the target language by a translator, that was bilingual (e.g., fluent in the English and Portuguese).

The instructions, the items of the forward-translated version of the instrument were compared by a second bilingual and bicultural independent translator regarding ambiguities and discrepancies of words, sentences and meanings with all translation and back-translation procedures being respected. Then, we have done a comparison of the translated version of the instrument. Any ambiguities and discrepancies were discussed and resolved using a committee approach. Consensus should be achieved with the participation of the second translator, the translator from first step, and the investigators.

This process generates the preliminary initial translated version of the instrument. The preliminary version was translated back into the original language by one other independent translator that was completely blind to the original version of the instrument (he has never seen the original version of the instrument). This translator produced one back-translated version of the instrument, that allows for clarification of words and sentences used in the translation. The next step was the comparison of the back-translated versions of the instrument. Initially, the instructions, items and response format of the back-translations were compared by the committee with the instructions, items and response format of the original instrument, regarding format, wording, and grammatical structure of the sentences, similarity in meaning, and relevance. The ambiguities and discrepancies were discussed and resolved through consensus among the committee members to derive a pre-final version of the instrument in the target language, Portuguese.

The pre-final version was pilot tested to evaluate the instructions, response format and the items of the instrument for clarity. For this we had five participants that were recruited from the target population. Each participant was asked to rate the instructions and items of the scale using a dichotomous scale

(clear or unclear) and they were asked to provide suggestions as to how to rewrite the statements to make the language clearer.

This step was used to further support the conceptual, semantic and content equivalency of the translated instrument and further improve the structure of sentences used in the instructions and items of the final version to be easily understood by the target population prior to psychometric testing.

After this step, with the agreement of the authors, it was decided to remove the option “neither agree nor disagree”, and the final instrument presents a Likert scale from 1 = strongly disagree to 4 = strongly agree.

The study was first analyzed and was approved by the Ethics in Research Committee of the Algarve University by the Ethics Committee of the hospitals where the sample was intended to be collected.

Participants were invited to participate in the study by the researcher or via email. After explaining the objective and information about the confidentiality and anonymity of the data, the participants agreed to participate in the study by signing the Informed Consent Form.

Objectives

This study aims to adapt and validate the Intellectual Humility Scale - IHS (McElroy et al., 2014) for use in the Portuguese population, in a sample of help professionals. The specific objectives consisted, namely: Translating and adapting the IHS to the Portuguese language; b) analyze the internal structure of the Portuguese version of the IHS, comparing it with the factor structure obtained by the original authors and performing the Exploratory Factor Analysis and Confirmatory Factor Analysis; c) assess the reliability of the IHS, namely internal consistency, convergent and discriminant validity.

Method

Participants

In this study participated 686 helping professionals ($N = 686$), namely nurses, doctors, psychologists, administrative, operational assistants, physiotherapists, speech therapists, and social workers. The sample was 75.2%

female and 24.8% male and ranged in age from 18 to 62 years old ($M = 37.33$; $SD = 11.7$), working in private and public hospitals (Table 1).

Measure and procedures

We use the 16-item Intellectual Humility Scale (McElroy, et al., 2014). Items were rated on a 4-point Likert-type scale, ranging from 1 = strongly disagree to 4 = strongly agree. Higher scores indicate greater Intellectual Humility. The measure has two subscales: intellectual arrogance (e.g., “Values winning an argument over maintaining a relationship”) and intellectual openness (e.g., “Is open to others` ideas”). The intellectual arrogance subscale is reverse coded.

All participants answered the sixteen items of the Intellectual Humility Scale, completed by paper and others by the internet. This research was performed in accordance with the European research guidelines, and was approved by the Ethics in Research Committee of the Algarve University. All participants in this research accepted by free consensus to answer the questionnaire and signed an informed consent form before inclusion in the study. Participants were also guaranteed confidentiality regarding identifying information, the possibility of access to the final data from the study and option to end participation at any time during the study.

Data analysis

First, we calculated several descriptive statistics and estimated internal consistency reliability using Cronbach’s alpha coefficients for the scale. We calculated correlation coefficients to examine any statistically significant relationships among the factors identified in the original studies. The Kaiser–Meyer–Olkin (KMO) Bartlett's test were used to evaluate the psychometric properties with a confidence level of 95 % and a $p < .05$. We apply an Exploratory Factor Analysis of principal components with orthogonal varimax rotation to assess the construct validity. To complement the factor analysis, the correlation between the items and the total scores of each subscale were analyzed. A good validity for the item was demonstrated by a substantially

higher correlation of the item with the subscale to which it belonged compared to the correlation with the other subscales for which it did not belong.

Was performed yet a Confirmatory Factor Analysis via Amos to assess model fit to the data. To evaluate the fit of the measurement models, comparative fit index (CFI) was used with the root-mean-square error of approximation (RMSEA) with the standardized root-mean-square residual (SRMR). The level of significance in all the statistical tests performed was .05. The data were processed and analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences – SPSS (Version 27) and Amos Graphics (version 07).

Results

Descriptive Analysis and Internal Consistency of the Subscales

The distribution of data related to the demographic information of this sample has proved, through the normality test Shapiro-Wilk that the data presents a normal distribution. In order to verify the fidelity of the scale's factors and subfactors, an analysis of the internal consistency was carried out, through the determination of Cronbach's alpha coefficients.

After applying the scale to the current sample, the Cronbach alpha was .69 ($M = 2.32$, $SD = 2.20$) and a KMO = .94 for the total scale. The subscale of Intellectual Arrogance presented a Cronbach alpha of .92 ($M = 15.42$; $SD = 4.77$) and a KMO = .892. The subscale of Intellectual Openness presented a Cronbach alpha of .88 ($M = 3.01$; $SD = 5.71$) and a KMO = .89 (Table 2).

With these results and also intending to create levels of intellectual humility to classify a person that completed the scale (e.g., low levels of intellectual humility to high levels of intellectual humility), we inverted the negative items, namely, the items of Intellectual Arrogance subscale in a positive way. After the inversion of the negative items in positive, the results change, and it became possible to classify a person after completing the scale.

The total scale presents a Cronbach alpha of .918 ($M = 51.42$; $SD = 6.95$) (excellent), a KMO = .90 and total explained variance of 62.56 % with two factors. The subscale of Intellectual Arrogance presented a Cronbach alpha of .923 ($M = 3.28$, $SD = 4.77$) (excellent), a KMO = .90 and a total explained

variance of 62.56 % to one factor. The subscale of Intellectual Openness presented a Cronbach alpha of .887 ($M = 3.11$, $SD = 2.71$) (good), a KMO = .89 and a total explained variance of 60.26 % to one factor (Table 2). Also, the test of normality shows a value of $p = .000$ supported by Q-Plot (Figure 1) shows the normal scale and how, we as authors, can establish reference values for the same.

Exploratory Factor Analysis

To realize the Exploratory Factor Analysis, the investigators use 50% of the sample ($n = 343$) randomly selected from the total sample. We studied the results before and after the inversion of the items of the scale to analyze if the modifications of the original scale were correct.

Before inverting the items

The results of skewness and kurtosis reveal good measures between -2 and +2, a KMO = .90 (excellent), $X^2(120) = 3746$; $p = .000$. Total variance explained for two factors with 48.54 % and 63.52 % for the second factor, and all items are organized in the subscales like the original scale.

The intellectual arrogance subscale presented a Cronbach alpha of .92 (excellent); the intellectual openness shows a Cronbach alpha of .89 (good) and the total scale a Cronbach alpha of .66 (acceptable).

After inverting the items

After inverting the items, the results weren't much different, only the Cronbach alpha of the total scale is bigger and with a better result. So, the results of skewness and kurtosis remain between -2 and +2, with KMO = .90 and $p = .000$. Total variance explained for two items with 36.61 % and 63.52 %, being all items organized like the original scale (Table 3).

The Cronbach alpha of intellectual openness is .92 (excellent), of intellectual arrogance is .89 (good) and for full scale is .92 (excellent).

The investigators also analyzed if the value of Cronbach alpha would increase if some item was deleted. The Cronbach alpha would increase if item 13 was deleted, to a value of .92 which corresponds to a minimum variance with no significant expression. So, we decided to maintain all items of the scale.

For the Exploratory Factor Analysis (EFA) we use used principal axis factor, and varimax rotation. The Kaiser–Meyer–Olkin test showed sample adequacy with a value of .907, which exceeded the minimum requirement of 0.7. In addition, the Bartlett’s test showed significant results indicating the items were correlated and able to proceed for factor analysis, namely $X^2(120) = 3746.03, p = .000$. All the items in 2 domains had a factor loading > 0.4 ; therefore, no item was removed. The 2 domains accounted for 63.52 % of the total variance. The first factor explains 36.61% and the second factor 63.52%. The final the scale version consists of 16 items within 2 domains: item 1 to 9 corresponds to intellectual arrogance subscale, and item 10 to 16 corresponds to intellectual openness subscale.

The EFA of Intellectual Arrogance subscale through the same method of analysis reveal a KMO of .89 (excellent value), the Bartlett’s test showed significant results with $X^2(36) = 2258.61, p = .000$ and a total explain variance for 1 factor of 64.48%.

The values of communalities of all items are superior to .40 in absolute value, being item 3 with bigger value (.78) and item 9 with lower value (.44). Factorial saturations also reveal good values, being item 3 with .88 (bigger value) and item 9 with .67 (lower value).

The EFA of Intellectual Openness subscale show a KMO of .89, a Bartlett’s test reveal significant results with $X^2(21) = 1208.60, p = .000$ and a total explain variance for 1 factor of 60.62%. The values of communalities of this subscale are superior to .40, and item 11 have the lowest value (.49) and item 16 the bigger value (.73). Factorial saturations have good values, being also item 11 with lowest value (.69) and item 16 the biggest value (.86). Table 4 shows the result of the items and factor loadings for the rotated factors, and is important to reveal that all factorial values are superior to .40 in absolute value.

Confirmatory Factor Analysis

In the continuation of the analysis of the psychometric characteristics of the scale, intending to assess the quality of the model's fit, the investigators proceeded to a Confirmatory Factor Analysis. For this analysis the remain 50% of the sample ($n = 343$) was used and the software) was used. The analysis was performed on the structure of the two factors of Intellectual Humility Scale obtained after Exploratory Factor Analysis.

The results of model fit reveal some fragile results from a statistical point of view, namely $\chi^2 = 5.157$, $p < .000$, GFI = .842; AGFI = .792; CFI = .884; TLI = .865 and RMSEA = .110. These results aren't good because, as a reference to a good model fit, the values should be $\text{GFI} \geq .95$; $\text{AGFI} \geq .9$; $\text{CFI} \geq .90$, and an $\text{RMSEA} < .08$.

In this order, the investigators proceeded to some changes according to AMOS suggestions by the values of modification indices. For a good model fit some correlations between e8 and e7; e5 and e3; e3 and e1; e12 and intellectual arrogance were done to obtain better results for the model fit. Following the introduction of these changes, the results obtained were $\chi^2 = 3.049$; GFI = .901; AGFI = .864; CFI = .945 and RMSEA = .077 (Figure 2 and Table 5).

To complement the analysis of the scale, the validity of the instrument should be assessed by the values of good reliability being CR (composite reliability) superior to .70, a good convergent validity being $\text{CR} > \text{AVE}$ (average variance extracted) and $\text{AVE} > .50$; and good discriminant validity being MSV (maximum shared squared variance) and ASV (average shared squared variance) should be inferior to AVE.

The intellectual arrogance subscale presents a good validity with $\text{CR} = .929$; presents a good convergent validity since the value of AVE (.597) is superior to .50 and the value of CR (.929) being superior to the value of AVE. Also presents a good discriminant validity since the values of MSV (.372) and ASV (.372) are inferior to AVE (.597).

The intellectual openness subscale reveals a good validity with CR superior to .70, with a value of .89, a good convergent validity because the value of CR (.89) is superior to the value of AVE (.54) and this value is superior to .50. The discriminant validity reveals good values once the values of MSV (.372) and ASV (.372) are inferior to the value of AVE (.54).

Discussion

The present study was carried out to adapt and validate the Intellectual Humility Scale for use in Portugal. The study was conducted with a sample of Portuguese help professionals. The results demonstrated that the scale is a valid and reliable instrument for the assessment of Intellectual Humility to be used in Portugal, and it can be useful both for research and clinical practice.

Concluding the process of adapt and validated the Intellectual Humility Scale, the main differences from the original scale are: items can be quoted from 1 to 4, and not from 1 to 5 like the original scale, which means the Portuguese version was taken out the option neutral. Without this option, the participant is obliged to think about each item and to answer.

The other difference from the original scale is the negative items were inversed in positive ones, which in the end allows the investigators and also those who use the scale to classify the levels of intellectual humility in a person.

So, when a person fills the scale, with the mean values and percentiles 20 and 80, a maximum price of 64 and a minimum of 16 on the scale. Namely, the punctuation will be the following: from 16 to 47 is *very low levels of intellectual humility*; from 47 to 51 is *low levels of intellectual humility*; 51 to 57 is *medium levels of intellectual humility*; from 57 to 64 is *high levels of intellectual humility*.

The scores for the Intellectual Humility Scale for Portuguese population, measured by Cronbach's alpha coefficient components, showed an adequate internal consistency for the two components of the questionnaire that assesses a particular aspect of Intellectual Humility. The scale showed adequate psychometric proprieties which allow its application to the adult participants, such as the ones assessed in the present study.

With these results, now Portuguese investigators can apply the scale and study this subdomain of humility in diverse areas like health, politics, psychology, and others.

Humility and its subdomains have a lot of aspects to study, although the general investigation has a positive trait and revealed positive consequences for human behavior in general. If we developed humility and its subdomain in

humans, can other positive virtues like hope, resilience, and gratitude, increase? Are we able to contribute to promoting the development of a more positive human being?

In a society with more challenges and fewer material resources, developed positive virtues can become crucial to learn how to adapt, positively, to these new challenges of life.

In fact, the psychometric results of the present scale demonstrate we can use the instrument for future studies in Portugal. The changes made of the original scale reveal to be effective and with good results.

Limitations and further studies

Our findings should be interpreted while taking into account some limitations of the present study. Some categories of helping professionals are not equally represented in this sample. Another limitation is related to the fact that the sample represents a restrict geography area.

Despite this, the findings of our study support the reliability and validity of the Intellectual Humility Scale to be used in the Portuguese population.

In future researches a wider sample should be used, and not only in help professionals and also not only in a restrict geography area. The investigators should use, for example, help professionals, students, teachers, between others. It is important also extended the investigation for different areas of the country. For future researches it can be also interesting to investigate how intellectual humility correlates with other positive virtues and how important is in job performance of help professionals.

Acknowledgments

We would like to express our gratitude and we want to thank all participants who have collaborated in this study.

References

- Du, J., & Cai, Y. (2020). Owing one's intellectual limitations: A review of intellectual humility. *Psychology*, *11*, 1009-1020. <http://doi.org/10.4236/psych.2020.117066>
- Krumrei-Mancuso, E.J., Haggard, M.C., LaBouff, J. P., & Rowatt, W. C. (2019). Links between intellectual humility and acquiring knowledge. *The Journal of positive psychology*, *15*(8), 1-16. <http://doi.org/10.1080/17439760.2019.1579359>
- Krumrei-Mancuso, E. J., & Newman, B. (2020) Intellectual humility in the sociopolitical domain. *Self and Identity*, *19*(8), 989-1016. <http://doi.org/10.1080/15298868.2020.1714711>
- Kupfer, J. (2003). The moral perspective of humility. *Pacific Philosophical Quarterly*, *84*, 249-269. <http://doi.org/10.1111/1468-0114-00172>
- LaBouff, J.P., Rowatt, W.C., Johnson, M.K., Tsang, J.A., & Willerton, G.M. (2012). Humble persons are more helpful than less humble persons: Evidence from three studies. *The Journal of Positive Psychology*, *7*, 16-29. <http://doi.org/10.1080/17439760.2011.626787>
- McElroy, S. E., Rice, K. G., Davis, D.E., Hook, J., Hill, P. C., Worthington, E. L., & Van Tongeren, D.R. (2014). Intellectual humility: Scale development and theoretical elaborations in the context of religious leadership. *Journal of psychology & theology*, *45*(1), 19-30. <http://doi.org/10.1177/0099164711404200103>
- Navarro-Abal, Y., López-López, M. J., & Climent-Rodríguez, J. A. (2018). Engagement (compromiso), resiliencia y empatía en auxiliares de enfermería. *Enfermería Clínica*, *28*(2), 103-110. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.08.009>
- Nogueira, T. V., Barros, T. A. V., & Pinto, F. R. (2013). Resiliência dos profissionais de saúde. *Anais do SIMPOI-Simpósio de Administração da Produção Logística e Operações Internacionais da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas*, 01-14. <https://docplayer.com.br/141457386-Anais-do-vii-simposio-de-administracao-da-producao-logistica-e-operacoes-internacionais-simpoi-2004-fgv-eaesp.html>
- Snow, N. E. (1995). Humility. *The Journal of Value Inquiry*, *29*, 203-216. <http://doi.org/10.1007/BF01079834>
- Tangney, J. P. (2000). Humility: Theoretical perspectives, empirical findings and directions for future research. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *19* (1), 70-82. <http://doi.org/10.1521/jscp.2000.19.1.70>

- Watkins, C. E. & Mosher, D. K. (2020). Psychotherapy trainee humility and its impact: Conceptual and practical considerations. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50, 187-195. <http://doi.org/10.1007/s10879-020-09454-8>
- Whitcomb, D., Battaly, H., Baehr, J., & Howard-Snyder, D. (2015). Intellectual Humility: Owing our limitations. *Philosophy Faculty Works*, <http://doi.org/10.1111/phpr.12228>
- Wright, J.C., Nadelhoffer, T., Ross, L.T., & Sinnott-Armstrong, W. (2018). Be it ever so humble: Proposing a dual-dimension account and measurement of humility. *Self and Identity*, 17 (1), 92-125. <http://doi.org/10.1080/15298868.2017.1327454>
- Worthington, E. L. (2017). Political humility: A post-modern reconceptualization. In Worthington, E. L., Davis, D. E., & Hook, J. N. (Eds.). *Handbook of humility: Theory, Research, and Applications*. (pp. 76 – 90). Routledge.

Table 1*Sample characteristics (N = 686)*

Variables	<i>N</i> (%)
Gender	
Male	170 (24.8)
Female	516 (75.2)
Age	<i>M (SD)</i>
	37.33 (11.072)
Marital Status	
Single	243 (35.4)
Married	388 (56.6)
Divorced/Separated	42 (6.1)
Widowed	13 (1.9)
Education	
PrimaryEducation	5 (0.7)
Basic Education	6 (0.9)
HighSchoolEducation	217 (31.6)
Bachelor	42 (6.1)
Graduation	300 (43.7)
Master Degree	98 (14.3)
PhD	18 (2.6)
Professional Category	
Nurses	197 (28.7)
OperationalAssistant	40 (5.8)
Doctor	50 (7.3)
AdministrativeAsssistant	217 (31.6)
Others	182 (26.5)

M: mean; *SD*: standard deviation.

Table 2

Results of the validation of Intellectual Humility Scale

	Before Inversion				After Inversion			
	<i>Alpha</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>KMO</i>	<i>Alpha</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>KMO</i>
FullScale	.69	2.33	2.20	.94	.92	51.42	6.95	.91
IntellectualArrogance	.92	15.42	4.77	.89	.92	3.29	4.77	.91
IntellectualOpenness	.88	3.01	5.71	.89	.89	3.12	2.71	.89

Figure 1

Results of the Q-Plot of the normality Intellectual Humility Scale in the Portuguese Study

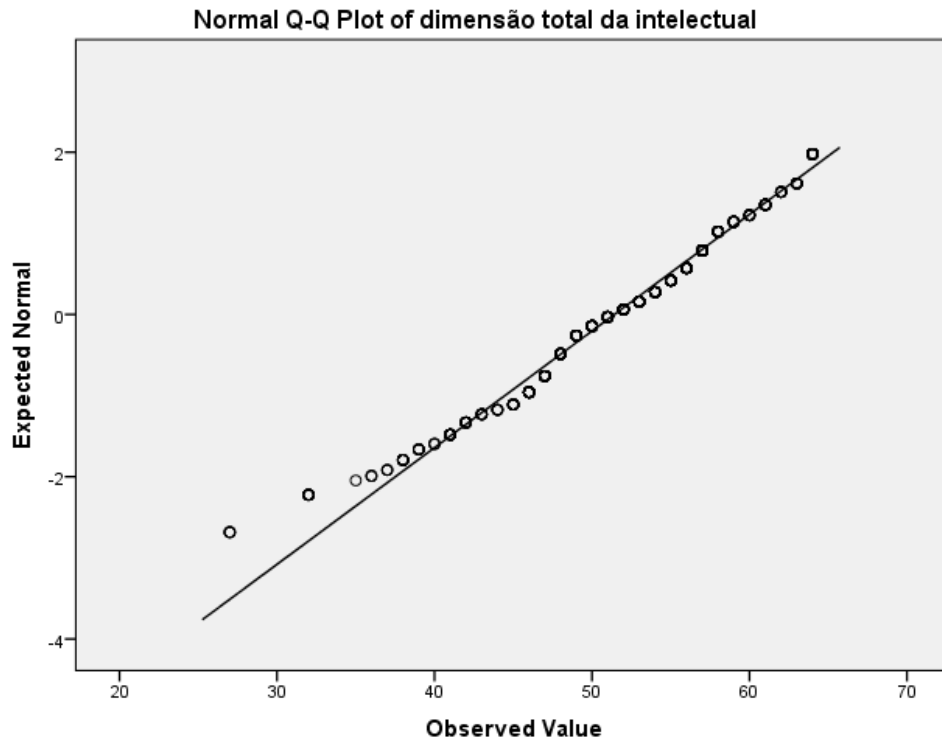
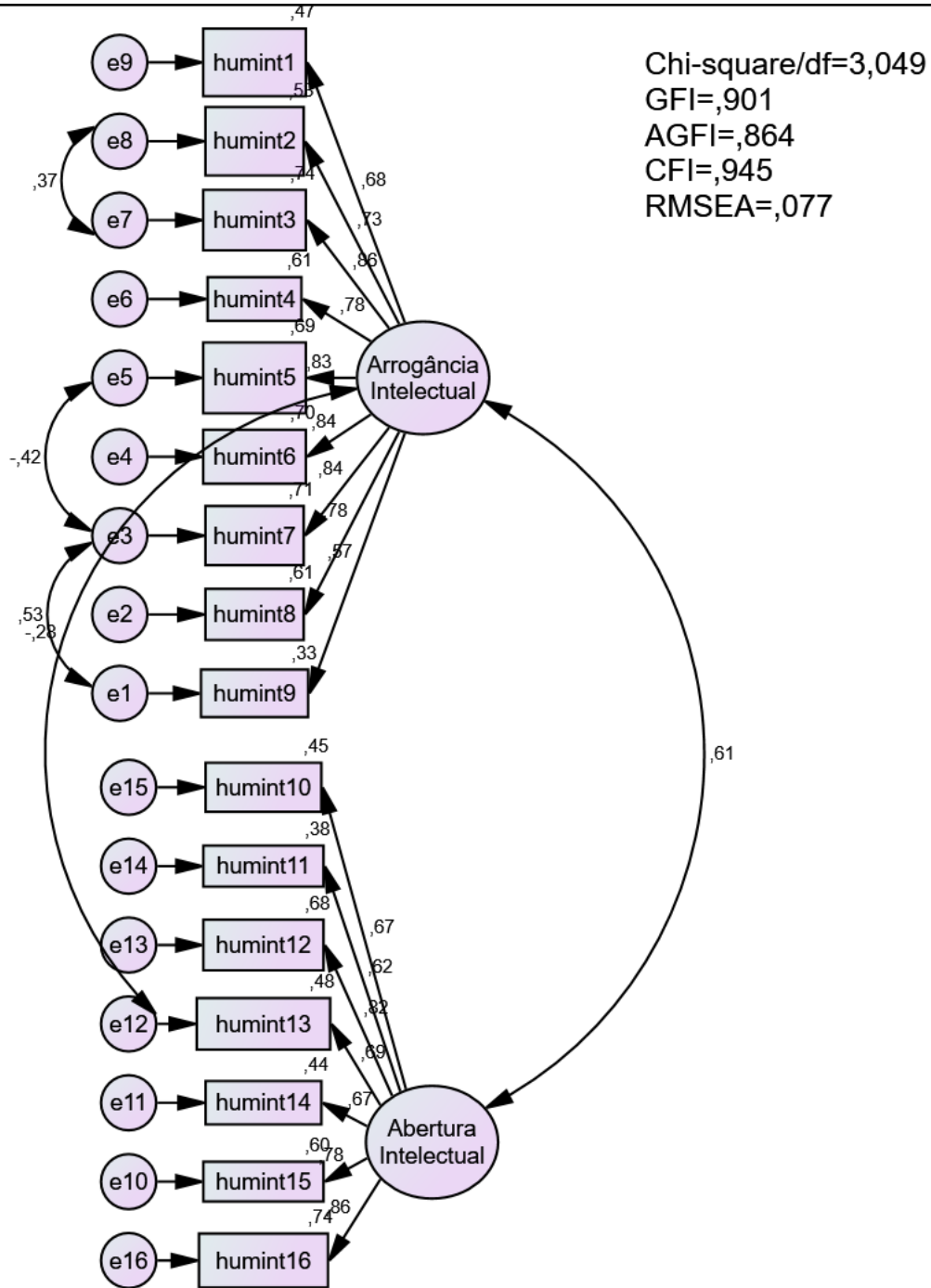


Figure 2

Confirmatory Factor Analysis of Intellectual Humility Scale



Tabel 3

Descriptive Statistics (Mean, Standard Deviation, Skewness and kurtosis) (N=343)

<i>Items</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Skewness</i>	<i>Kurtosis</i>	<i>α if item is eliminated</i>
Item 1	3.1	.70	^-0.39	^-0.07	.92
Item 2	3.33	.69	^-0.86	.69	.92
Item 3	3.31	.64	^-0.36	^-0.68	.91
Item 4	3.07	.76	^-0.39	^-0.44	.92
Item 5	3.14	.69	^-0.35	^-0.30	.92
Item 6	3.26	.68	^-0.70	.64	.92
Item 7	3.46	.63	^-0.89	.44	.91
Item 8	3.22	.68	^-4.72	^-0.20	.91
Item 9	3.51	.65	^-1.29	1.85	.92
Item 10	2.99	.59	^-0.69	2.29	.92
Item 11	3.14	.64	^-0.40	.49	.93
Item 12	3.21	.58	^-0.25	.50	.92
Item 13	3.11	.59	^-0.20	.46	.93
Item 14	3.08	.64	^-0.20	^-0.07	.93
Item 15	3.02	.57	^-0.09	.39	.93
Item 16	3.24	.64	^-0.47	.25	.92

Table 4

Factors of Intellectual Humility Scale to portuguese sample, respective factorial saturations and communalities (h^2), and factors that belong to original scale

Items	Factors of Portuguese Sample		h^2	Factors
	Intellectual Arrogance	Intellectual Openness		
1	.72		.53	1
2	.76		.64	1
3	.87		.79	1
4	.78		.65	1
5	.80		.67	1
6	.81		.72	1
7	.79		.73	1
8	.78		.65	1
9	.61		.44	1
10		.68	.53	2
11		.69	.50	2
12		.79	.69	2
13		.81	.66	2
14		.70	.54	2
15		.76	.65	2
16		.76	.75	2
Eigenvalue	7.76	2.39		
% Explained Variance	36.61	63.52		

Table 5

Goodness-of-fit of the two models in this study

	χ^2	GFI	AGFI	CFI	RMSEA
Model 1 (initial)	5.16	.84	.79	.88	.11
Model 2 (final)	3.05	.90	.86	.95	.07

4 CULTURAL HUMILITY: EVDENCE OF VALIDITY SCALE

Artigo a ser enviado para publicação na revista *Latino Americana de Enfermagem*, sob a seguinte proposta de autores: Joana Freitas, Maria Helena Martins & Saúl Neves de Jesus.

Cultural humility: Evidence of validity scale

Freitas, J. (1); Nave, F. (2); Martins, M. H. (3) & Jesus, S. N. (4)

(1) PhD student of Psychology in the Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Algarve, Portugal.

(2) PhD; Department of Health, Faculty of Health, University of Algarve, Portugal.

(3) PhD; Department of psychology and educational sciences, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Algarve, Portugal.

Abstract

Objective: Translate, adapt and validate the Cultural Humility Scale for use in Portugal. **Method:** The scale was applied to 686 help professionals and the psychometric properties were evaluated to adapt and validate for the Portuguese population. **Results:** The Cultural Humility full scale reveals a Cronbach alpha of .84, a KMO of .84, and a total explained variation by two factors, the two subscales: positive and negative. The positive subscale has a Cronbach alpha of .78 and a KMO of .81; the negative subscale has a Cronbach alpha of .78 and a KMO of .78. Besides the exploratory analysis, the investigators also have done the confirmatory analysis, which reveals, after the modification indices, a good fit model ($X^2 = 3.45$; GFI = .93; AGFI = .88; CFI = .92; RMSEA = .08). Cultural humility presented good and significant correlations with hope, gratitude, and resilience. **Conclusion:** The study presents good psychometric results and allowed to adapt and validate the scales of the Portuguese population. And also,

the opportunity to evaluate the levels of cultural humility in help professionals, who take care of patients and family members with different cultures and values.

Descriptors: humility, cultural humility; validation.

Descritores: humildade, humildade cultural; validação.

Descriptores: humildad; humildad cultural; validación.

Introduction

In the field of Positive Psychology, many human virtues have been studied like happiness, hope, resilience, gratitude, love and others. Humility is one of the human virtues, however as being a few studied and has little scientific base.

Socially, the definition of humility isn't the most correct, because when somebody thinks of a humble person the main characteristics that came to head are submissive, shy, permissive and with low self-esteem. Although in scientific field humility is a complex and dynamic concept with application in human praxis: social, psychological, biological, spiritual, educational, sporty, political, and more.

Humility has five main characteristics (a) a precise and concise evaluation of owns abilities and capacities; (b) knowledge of owns faults, limitations and errors; (c) able to perspective own abilities; (d) focus of the self relatively low and (e) genuine desire to learn and serve others (Kupfer, 2003; LaBouff, 2012; Snow, 1995; Tangney, 2000).

For what has been studied of this human virtue nowadays, humility has two subdomains: the intellectual and the cultural.

Intellectual humility involves the capacity to recognize the limits of knowledge and being open to new ideas. Involves the capacity to regulate the arrogance by the ability to present new ideas in a non-offensive way, and also to receive opposed ideas, without seeing as an offense, and accepting opposites viewpoints (McElroy et al., 2014).

Although the main goal of the present article is to deepen on cultural humility, to investigate the importance of this virtue, and namely, the process to adapt and validate the Cultural Humility Scale for Portugal.

Cultural Humility

Another subdomain of relational humility is cultural humility, as the concrete factor of humility in cultures. Cultural humility involves inter and intrapersonal components, being intrapersonal cultural humility respects to (a) the limitations of cultural values of each person; (b) the limitations of each person to understand the experience and cultural background of others. Interpersonal, cultural humility involves the ability to openness to different cultures and being able and open to the same (Hook et al., 2013).

Cultural humility reveals to be crucial in the work environment especially in conflicts to prioritize mutual respect and companionship between people with different cultures. This domain of humility is considered ethnocentric to emphasize the development of understanding others trough exploration, active audition, and being aware of other beliefs and values (Hook et al., 2013).

Cultural humility is an open process, of self-awareness, no ego presence, and self-regulation and critique to deal and interact with many people (Foronda et al, 2016). These investigators also defend that cultural humility has the

following attributes openness, self-awareness, egoless, support interactions, self-reflection, and critique. These attributes of cultural humility will have consequences like mutual empowerment, partnerships, optimal care, and lifelong learning. So cultural humility is a way of being (Foronda et al., 2016).

Applying cultural humility means being aware of power imbalances and being humble in each human interaction. This process doesn't happen instantly, however it is speculated with time, education, reflection, and effort, progress can happen (Foronda *et al*, 2016). As Worthington et al. (2017, p. 102) defends *cultural humility is neither an endpoint nor a destination: it is a lifelong process that, in our view, makes possible and substantively contributes to true cross – cultural encounters, engagement, and exchange.*

Many authors defend that cultural humility isn't just the acquisition of knowledge and competencies, but a commitment of lifespan that facilitates understanding others, but also a reflection of own's culture and values (Worthington et al., 2017).

Most investigations on cultural humility are about the relationship between the client and therapist, although cultural humility can be applied in more largely fields. Like relational humility and intellectual humility, cultural humility is a complex virtue, not stable, and can be taught. In this way, Ross (2010) shows that students who have done intervention programs of cultural humility show an increased level of knowledge, behaviors, and competencies associated with cultural humility.

Cruess et al. (2010) argue that cultural humility has extreme importance in disciplines like psychology, medicine and social work to contribute to respect, understanding, and partnership. Cultural humility has an important role in health

like having behaviors of respect, empathy, and critique self – reflection (Hughes et al., 2000). Also Hook et al. (2016) argue that cultural humility can be relevant in a hospital organization to improve security in a hospital.

Tervalon and Murray-Garcia (1998) also define that cultural humility incorporates a lifelong commitment of self-evaluation and critique, that can redirect the dynamic between doctor-patient, and developed mutual benefits and non-patronizing partnerships.

High perceptions of organizational cultural humility are associated with high levels of general perceptions on hospital security, having positive evaluations to non-punitive answers to mistakes, and organizational learning. In this sense, the cultural humility of an organization can be an important factor to improve the hospital safety culture (Hook et al., 2016).

Initially, cultural humility was studied in the relationship between therapist-client, but currently a few studies reveal how important this virtue is in the medical disciplines. This is especially due to the fact that one of the hospital characteristics that can be very important is to promote a hospital safety culture and help professionals to deal with patients with minority racial and ethnic cultures (Hook et al., 2016).

The studies developed by Hook et al. (2016) reveal that high levels of organizational cultural humility are associated with high levels of hospital safety culture. These researchers argue that cultural humility is important in the safety of a hospital, and the presence of cultural humility:

- prioritize caring to patients and their safety;
- support nonpunitive behaviors to mistake, so workers don't have problems telling the errors and so, the safety of patient increases;

- values respect trough patients with different cultures;
- increase effective communication between workers;
- increase cooperation between doctor – patient, which raise the commitment to treatment;
- improve the identification of psychological factors related to pain, anxiety, and depression. This also allowed the rise of patient safety and the diminution of medical errors and adverse events.

In this sense, cultural humility practices in the medical field can contribute:

i) to a better communication style that affects the relationship, proper diagnosis and facilitates a non-paternalistic approach; ii) to a better cooperation that affects relationship, adherence, and partnership development; and iii) to improve identification and adds psychosocial factors related to pain, anxiety, and depression.

Enforce cultural humility especially in medical environments is crucial for helping professionals. Regarding the importance of cultural humility in particular in the context of health and helping professions (professions that aim to promote health and education services to individuals and groups, including the fields of psychology, psychiatry, counseling, medicine, nursing, social work, physical therapy, and occupational, teaching and education, according to APA, 2015), it seems relevant to adapt the scale that intends to assess cultural humility. In this sense, we asked McElroy et al. (2014) for permission to adapt and validate the Intellectual Humility Scale for use in Portugal.

The adaptation and validation of this scale will allow to evaluate the presence of cultural humility as a measure of personality assessment.

The main goal of the present study is to translate, adapt, and validate the Cultural Humility Scale for use in the Portuguese population in a sample of help professionals. The specific objectives consisted, namely: Translating and adapting the CHS to the Portuguese language; b) analyze the internal structure of the Portuguese version of the IHS, comparing it with the factor structure obtained by the original authors and performing the Exploratory Factor Analysis and Confirmatory Factor Analysis; c) assess the reliability of the CHS, namely internal consistency, convergent and discriminant validity.

Previous considerations of the original version

The Cultural Humility Scale was created in the United States of America by Hook et al. in 2013. The development, adaptation, and validation of the scale occur in two studies.

In the first study the authors developed the scale and apply to a sample of undergraduate students ($N = 472$) with a Likert scale of five items, from 1 = strongly disagree to 5 = strongly agree. The main goal of this study was to create a measure of cultural humility of a therapist, which means, the authors believe that client perceptions of their therapist`s cultural humility would be related to client outcomes and would be positively related with a strong work alliance. So, if a client goes to a therapist that is perceived as having high values of cultural humility, which means understanding cultural values of the client, it is perceived to be better understood of a person`s problems and the alliance of session strategies will be bigger.

The study developed by the authors revealed that the scale was composed by two factors: namely the subscale of positive characteristics and a subscale of

negative characteristics. After studying its psychometric characteristics, from de 20 originals items, the final scale consisted of 12 items with two subscales: the positive and the negative dimension.

The Cronbach alpha was .93 for a full scale, .93 for the positive subscale, and .90 for the negative subscale.

In a second study, the authors replied and expands the initial study, but using only participants who were in therapy. For this study, the authors created a scale to be used in people that are in therapy and the scale and the purpose of the scale was to assess cultural humility.

Portuguese Study

A methodological and quantitative study was conducted to translate, adapt and validate, and also test the psychometric properties of the Cultural Humility Scale for Portugal use by exploratory and confirmatory factor analysis.

The first step was to ask professional training in Portuguese and English to undertake the translation and back translation of the scale to allow the adaptation and validation of the Portuguese population. Which means the instrument in the original language was forward translated to the target language by a translator, a person that speaks both languages.

Then the questionnaire was compared by a second bilingual and independent translator with the goal to see the ambiguities and discrepancies of words, sentences and meanings with all translation and back-translation procedures. We have done, also, a comparison of the translated version of the instrument. This process generates the preliminary initial translated version of the instrument.

To finalize the process, five participants of the target population were recruited with the goal to provide suggestions on how to rewrite the statements to make the language clearer. With all these steps, we want to certificate the conceptual, semantic and content but also to improve the structure of sentences used in the instructions and make sure that it was easily understood by a general population.

With the permission of the original authors, we apply the scale but our participants have a *Likert* scale from 1 = strongly disagree to 4 = strongly agree, it was decided to remove the option “neither agree nor disagree”, to make the participants answer the items.

The study was first analyzed and was approved by the Ethics in Research Committee of the Algarve University. To be applied, each the Ethics Committee of the hospitals analyzed and approved the application of the questionnaires to the sample in question.

Participants were invited to participate in the study by the researcher or via email. After explaining the objective and information about the confidentiality and anonymity of the data, the participants agreed to participate in the study by signing the Informed Consent Form.

Method

Participants

In this study participated 686 helping professionals ($N = 686$), namely nurses, doctors, psychologists, administrative, physiotherapists, speech therapists, and social workers. In this sample, we have 75.2% of women and

24.8% of men, age between 18 to 62 years old ($M = 37.33$; $SD = 11.7$), working in private and public hospitals (Table 1).

Measure

All participants completed the twelve items of the Cultural Humility Scale, ones completed by paper and others by the internet. All participants assigned the Informal Consentment.

We use the 12-item Cultural Humility Scale (Hook et al., 2013). Items were rated on a 4-point Likert-type scale, ranging from 1 = strongly disagree to 4 = strongly agree. Higher scores indicate greater Cultural Humility (CH). The scale has two subscales: namely the positive subscale (e.g., “Is respectful”) and negative subscale (e.g., “Assumes he/she already knows a lot”). The negative subscale is reverse coded.

All participants answered the twelve items of the Cultural Humility Scale, completed by paper and others by the internet. This research was performed in accordance with the European research guidelines, and was approved by the Ethics in Research Committee of the Algarve University and the institutions where was applied. All participants in this research accepted by free consensus to answer the questionnaire and signed an informed consent form before inclusion in the study. Participants were also guaranteed confidentiality regarding identifying information, the possibility of access to the final data from the study and option to end participation at any time during the study.

Data analysis

First, we calculated several descriptive statistics and estimated internal consistency reliability using Cronbach's alpha coefficients for the scale. We calculated correlation coefficients to examine any statistically significant relationships among the factors identified in the original studies. The Kaiser–Meyer–Olkin (KMO) Bartlett's test were used to evaluate the psychometric properties with a confidence level of 95 % and a $p < .05$. We apply an Exploratory Factor Analysis of principal components with orthogonal varimax rotation to assess the construct validity. To complement the factor analysis, the correlation between the items and the total scores of each subscale were analyzed. A good validity for the item was demonstrated by a substantially higher correlation of the item with the subscale to which it belonged compared to the correlation with the other subscales for which it did not belong.

Was performed yet a Confirmatory Factor Analysis via Amos to assess model fit to the data. To evaluate the fit of the measurement models, comparative fit index (CFI) was used with the root-mean-square error of approximation (RMSEA) with the standardized root-mean-square residual (SRMR). The level of significance in all the statistical tests performed was .05. The data were processed and analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences – SPSS (version 27) and Amos Graphics (version 07).

Results

The distribution of data related to the demographic information of this sample has proved, through the normality test Shapiro-Wilk that the data presents a normal distribution.

Descriptive Analysis and Internal Consistency of the Subscales

The determination of Cronbach's alpha coefficients was essential to analyze internal consistency. The results to the total sample reveal a Cronbach alpha of .34 ($M = 30.41$; $SD = 2.52$) and a KMO = .84 for the total scale.

The positive subscale presented a Cronbach alpha of .646 ($M = 24.15$; $SD = 2.49$) and a KMO = .815. The negative subscale presented a Cronbach alpha of .78 ($M = 8.08$; $SD = 2.32$) and a KMO = .78. Both subscales presented a total explained variance for one factor.

With the goal to create levels of cultural humility, we inverted the negative items of the negative subscale in positive.

After the inversion, the results were different, namely, the total scale presented a Cronbach alpha of .840 ($M = 39.65$; $SD = 4.37$), a KMO = .84 with a total explained variance for two factors. The positive subscale has a Cronbach alpha of .78 ($M = 22.73$; $SD = 2.71$), a KMO of .81. The negative subscale has a Cronbach alpha of .78 ($M = 16.92$; $SD = 2.32$), a KMO = .76. Both subscales reveal a total explained variance for one factor (Table 2). We have also done test of normality which shows a $p = 0.000$ supported by Q-Plot (Figure 1).

Exploratory Factor Analysis

To realize the exploratory factor analysis, 50% of the sample ($n = 343$) was randomly selected from the total sample. This analysis was done before and after the inversion of the items.

Before items inversion

The table of skewness and kurtosis reveals values between -2 and +2, which are acceptable for a normal distribution. The KMO = .83, $X^2(66) = 1599$ and $p = .000$ correspond to great values. Total variance explained for two items, like the original scale, of 25.29% and 43.94%.

Although when analyzed the table of rotated factor matrix to see the distribution of the items by each subscale, it is clear that item 4 isn't distributed in any subscale.

The original scale has subscales: positive subscale with items 1, 2, 4, 5, 7, 9, and 12; negative subscale with items 3, 6, 8, 10, and 11. The rest of the items are organized like the original scale.

The values of Cronbach alpha were also valued, and the positive subscale has a value of .789, the negative subscale has .820, and a total scale of .298.

Although Cronbach alpha of the subscales is good, the value of total scale is very weak.

After inverting items

Inverting the items, the values of skewness and kurtosis remain good values, between -2 and +2. The KMO = .83 with a $p = .000$. Total variance explained is also for 2 factors with 25.29% and 43.94%. Even inverting items and although the items of the scale are organized like the original scale, item 4 remain with no distribution. The values of Cronbach alpha improved, namely: positive subscale has a value of .78; negative subscale of .82 and total scale of .85.

Inverting the items reveal good values in general, but item 4 remains a problem because it isn't associated with any subscale. So, the investigators

studied the value of Cronbach alpha in case an item was deleted. The analysis shows that if item 4 was deleted Cronbach alpha would increase from .85 to .86 (Table 3). Even item 4 shows to be a problem, the value of *Cronbach alpha* isn't so different. With these results, in the next study, the phrase of item 4 should be restructured and then analyzed, because maybe the words used could confuse the answer with the concept associated.

The Exploratory Factor Analysis was based on principal axis factor, and varimax rotation. The Kaiser-Meyer-Olkin test reveal very good value of .83, the Bartlett's test indicated significant results, namely $X^2(66) = 1599.04$, $p = .000$. The Cultural Humility Scale has 2 domains: the positive subscale with items 1, 2, 4, 5, 7, 9 and 12; and the negative subscale with items 3, 6, 8, 10 and 11. Total explained variance reveal 3 domains with 40.53%, 52.87% and 61.22%. So, the investigators have done an analysis forced to 2 domains which showed a total explained variance with 29.94% and 52.97%, an eigenvalue of 4.86 and 1.48. The values of factorial saturations are good, being the lowest value of .45 for item 1 and the communalities values are bigger than .40.

Positive subscale presents a KMO = .79, with a Bartlett's test with $X^2(21) = 671.67$, $p = .000$, a total variance explained to 1 factor of 45.67%. In communalities, the lowest value is .12 for item 4 and the highest value of .58 for item 9. Factorial saturation has the lowest value for item 1 with .68 and biggest value of .76 for item 9, and is important to mention that in this evaluation item 4 doesn't present value.

Negative subscale reveals good results, namely KMO = .80, a Bartlett's test with $X^2(10) = 629.15$, $p = .000$, and a total variance explained of 59.16% for 1 factor. Communalities presents lowest value for item 3 with .46 and biggest

value for item 10 with .73. The analysis of factorial saturation, item 3 has the lowest value with .67 and item 10 has the bigger value with .86.

Confirmatory Factor Analysis

To adapt and validate the Cultural Humility Scale to Portugal, the investigators proceed to Confirmatory Factor Analysis. The remain 50% of the sample was used to do this analysis. We used the IBM SPSS AMOS (Version 27) to evaluate the degree of adjustment and model fit of the scale.

The results reveal acceptable and significant values for each item of subscales, although the values of a good fit show some doubts like, $\chi^2 = 319.28$; $p < .000$; GFI = .87; AGFI = .80; CFI = .82 and RMSEA = .12. Since these values don't reveal a good fit for the model and according to modification indices some correlations were done; namely between e1 and e2; e3 and e4; e3 and e9; e1 and e8; e8 and e9; e7 and e11; e10 and e12; e1 and negative subscale to have good values of model fit. With these modifications, the values are $\chi^2 = 3.45$; GFI = .93; AGFI = .88; CFI = .92 and RMSEA = .008 (Figure 2 and Table 3).

To complete the analysis, the investigators proceed to construct validity through convergent and discriminant validity. For this goal, the values of CR (composite reliability) should be superior to .70, to a good convergent validity $CR > AVE$ (average variance extracted) and $AVE > .50$. To a good discriminant validity, the values of MSV (maximum shared squared variance) and ASV (average shared squared variance) $< AVE$.

In our study, the positive subscale reveals a good validity since the value of CR = .77, although it doesn't have a good convergent validity since the value of AVE is .35, which is lower to .50. To discriminant validity, the values aren't

good because MSV (.38) and ASV (.38) are bigger than AVE (.35). This could be explained because item 4 is part of the positive subscale: the item that doesn't incorporate in any subscale and reveal to be the item with the lower value of AMOS figure of all items.

The negative subscale shows good reliability with a CR value superior to .70 (CR = .83) and a good convergent validity since CR (.83) is superior to AVE (.50). Discriminant validity reveals good values since MSV (.38) and ASV (.38) are lower than AVE (.50).

Discussion

After Exploratory and Confirmatory Factor Analysis, both demonstrate lower values in item 4. In this way, a future study should be done in two different samples when the scale is presented: or item 4 is deleted from the scale, or the phrase of item 4 is restructured. After applying, results should demonstrate if the restructured item 4 is valuable or if it is better to take-off of the scale.

Concluding the process of adapting and validating Cultural Humility Scale, there some points different from the original scale. First, the scale can be quoted from 1 to 4, and not from 1 to 5, which implies to take off the option neutral, what obliges the participant to think in each item and classify. Also, investigators have done this option since cultural humility haven't been study in our country and so, the knowledge of this virtue is sparce.

Another difference from the original scale was to inverted negative items in to positive which allows to create levels of cultural humility when someone answer the questionnaire and can be very useful in a clinical field.

With the process of inversion, the negative items of the negative subscale of the Cultural Humility Scale, it is possible to establish levels of cultural humility. The levels were created the same way for the Intellectual Humility Scale, although the maximum price of 48 and a minimum of 12. So, the punctuation will be: from 12 to 36 is *very low levels of cultural humility*; 36 to 40 is *low levels of cultural humility*; 40 to 44 is *medium levels of cultural humility*, and 44 to 48 is *high levels of cultural humility*.

Our study reveals 27.7% ($n = 190$) with high levels of cultural humility; 28.7% ($n = 197$) with medium levels of cultural humility; 27.3% ($n = 187$) with low levels of cultural humility and 16.3% ($n = 112$) with very low levels of cultural humility.

The Cronbach`s alpha revealed adequate internal consistency and adequate psychometric properties which allow its application for future investigations in others fields, like politic, health, education, among others.

The confirmatory analysis had to be more studied and the investigators had to do some changes in order a model fit data, which reveals to be important and alert for item 4, that maybe isn`t so clear as expected. It`s important to remember this is the first study in our country about this virtue, so maybe some people can have a misunderstanding on the concept and it`s meaning. Although we respect all the rules in the process of translating the scale, the lack of knowledge in the concept can have consequences in the interpretation of the item/phrase and quotation.

The psychometric results of the scale demonstrate we can use the instrument for future studies in Portugal. The changes made of the original scale

reveal to be effective and with good results and the main goal was reached. So, we can argue that this study allows the use of the Cultural Humility in Portugal.

Limitations

Although the results of the study are good and reveal good psychometric values, our study has some limitations. In future researches, a wider sample should be used, and not so restricted to help professionals. The investigators should use, for example, students, teachers, parents, between others. We think that would be particularly important to extend the investigation for different geographic areas of the country: south, central and north.

Being the first study on cultural humility in Portugal, it would be interesting to educate people about the concept itself. When we are dealing with a concept for the first time and which is not covered much, it would be interesting to see and understand, first, people's conceptualization of the concept and then clarify.

References

- Cruess, S. R., Cruess, R. L., & Steinert, Y. (2010). Linking the teaching of professionalism to the social contract: A call for cultural humility. *Medical Teacher, 32*, 357-359. <http://dx.doi.org/10.3109/01421591003692722>
- Foronda, C., Baptiste, D. L., Reinholdt, M. M., & Ousman, K. (2016). Cultural humility: a concept analysis. *Journal of Transcultural Nursing, 27*, 210-217. <http://dx.doi.org/10.1177/1043659615592677>

- LaBouff, J.P., Rowatt, W.C., Johnson, M.K., Tsang, J.A., & Willerton, G.M. (2012). Humble persons are more helpful than less humble persons: Evidence from three studies. *The Journal of Positive Psychology*, 7, 16-29. <https://doi.org/10.1080/17439760.2011.626787>
- Hook, J. N., Davis, D. E., Owen, J., Worthington, E. L., & Utsey, S. O. (2013). Cultural humility: measuring openness to culturally diverse clients. *Journal of Counseling Psychology*, 60, 353-366. <https://doi.org/10.1037/a0032595>
- Hook, J.N., Boan, D., Davis, D.E., Aten, J.D., Ruiz, J.M., & Maryon, T. (2016). Cultural humility and hospital safety culture. *Journal of Clinical Psychological Medical Settings*, 23, 402-409. <http://dx.doi.org/10.1007/s10880-016-9471-x>.
- Hughes,V., Delva,S., Nkimbeng,M., Spaulding, E., Turkson- Ocran, R.A., Cudjoe, J., Ford, A., Rushton, C., D'Aoust, R., & Han, H. (2020). Not missing the opportunity: Strategies to promote cultural humility among future nursing faculty. *Journal of Professional Nursing*, 36, 28-33. <http://dx.doi.org/10.1016/j.profnurs.2019.06.005>.
- Kupfer, J. (2003). The moral perspective of humility. *Pacific Philosophical Quartely*, 84: 249-269. <http://dx.doi.org/10.1111/1468-0114-00172>.
- McElroy, S. E., Rice, K. G., Davis, D.E., Hook, J., Hill, P. C., Worthington, E. L., & Van Tongeren, D.R. (2014). Intellectual humility: Scale development and theoretical elaborations in the context of religious leadership. *Journal of psychology & theology*,45(1), 19-30. <http://doi.org/10.1177/0099164711404200103>.
- Ross, L. (2010). Notes from the field: Learning cultural humility through critical incidents and central challenges in community-based participatory research.

Journal of Community Practice, 18, 315-335.

<https://doi.org/10.1080/10705422.2010.490161>

Snow, N.E. (1995). Humility. *The Journal of Value Inquiry*, 29: 203-216.

<http://dx.doi.org/10.1007/BF01079834>.

Tangney, J.P. (2000). Humility: Theoretical perspectives, empirical findings and directions for future research. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19(1), 70-82. <http://dx.doi.org/10.1521/jscp.2000.19.1.70>.

Tervalon, M., & Murray-Garcia, J. (1998). Cultural humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of Health care for the poor and underserved*, 9, 117-125. <http://dx.doi.org/10.1353/hpu.2010.0233>.

Worthington, E., Davis, D. E., & Hook, J. N. (2017). *Handbook of humility: Theory, research, and applications*. Routledge.

Table 1*Sample of the study*

Variables	N (%)
Gender	
Male	170 (24.8)
Female	516 (75.2)
Age	<i>M (SD)</i>
	37.33 (11.07)
Marital Status	
Single	243 (35.4)
Married	388 (56.6)
Divorced/Separated	42 (6.1)
Widowed	13 (1.9)
Education	
PrimaryEducation	5 (0.7)
Basic Education	6 (0.9)
HighSchoolEducation	217 (31.6)
Bachelor	42 (6.1)
Graduation	300 (43.7)
Master Degree	98 (14.3)
PhD	18 (2.6)
Professional Category	
Nurses	197 (28.7)
OperationalAssistant	40 (5.8)
Doctor	50 (7.3)
AdministrativeAsssistant	217 (31.6)
Others	182 (26.5)

M: mean; *SD*: standart deviation.

Table 2*Results of Cultural Humility Scale*

	Before Inversion				After Inversion			
	<i>Alpha</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>KMO</i>	<i>Alpha</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>KMO</i>
FullScale	.34	30.41	2.52	.84	.84	39.65	4.37	.84
Positive Subscale	.64	24.15	2.49	.81	.78	22.73	2.71	.81
Negative Subscale	.78	8.08	2.32	.78	.78	16.92	2.32	.76

Figure 1

Q-Plot of Cultural Humility Scale

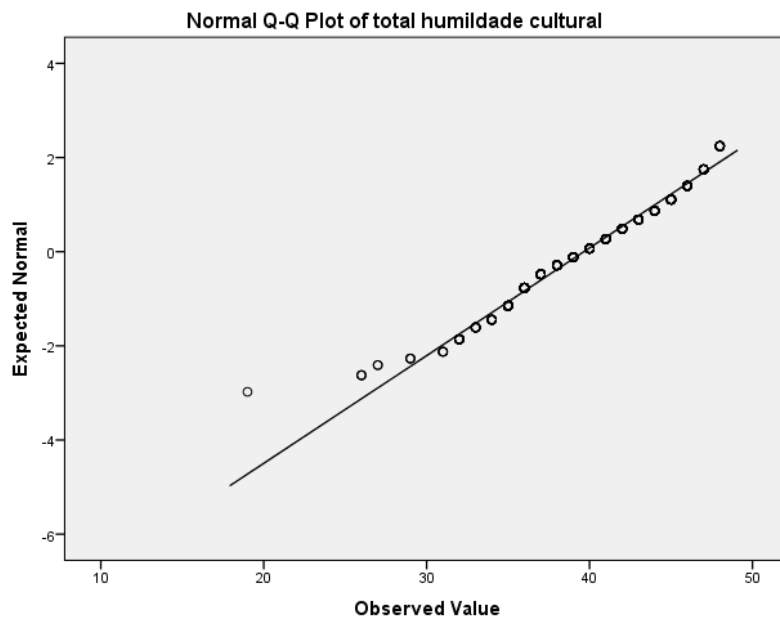


Figure 2

Confirmatory factor analysis of Cultural Humility Scale

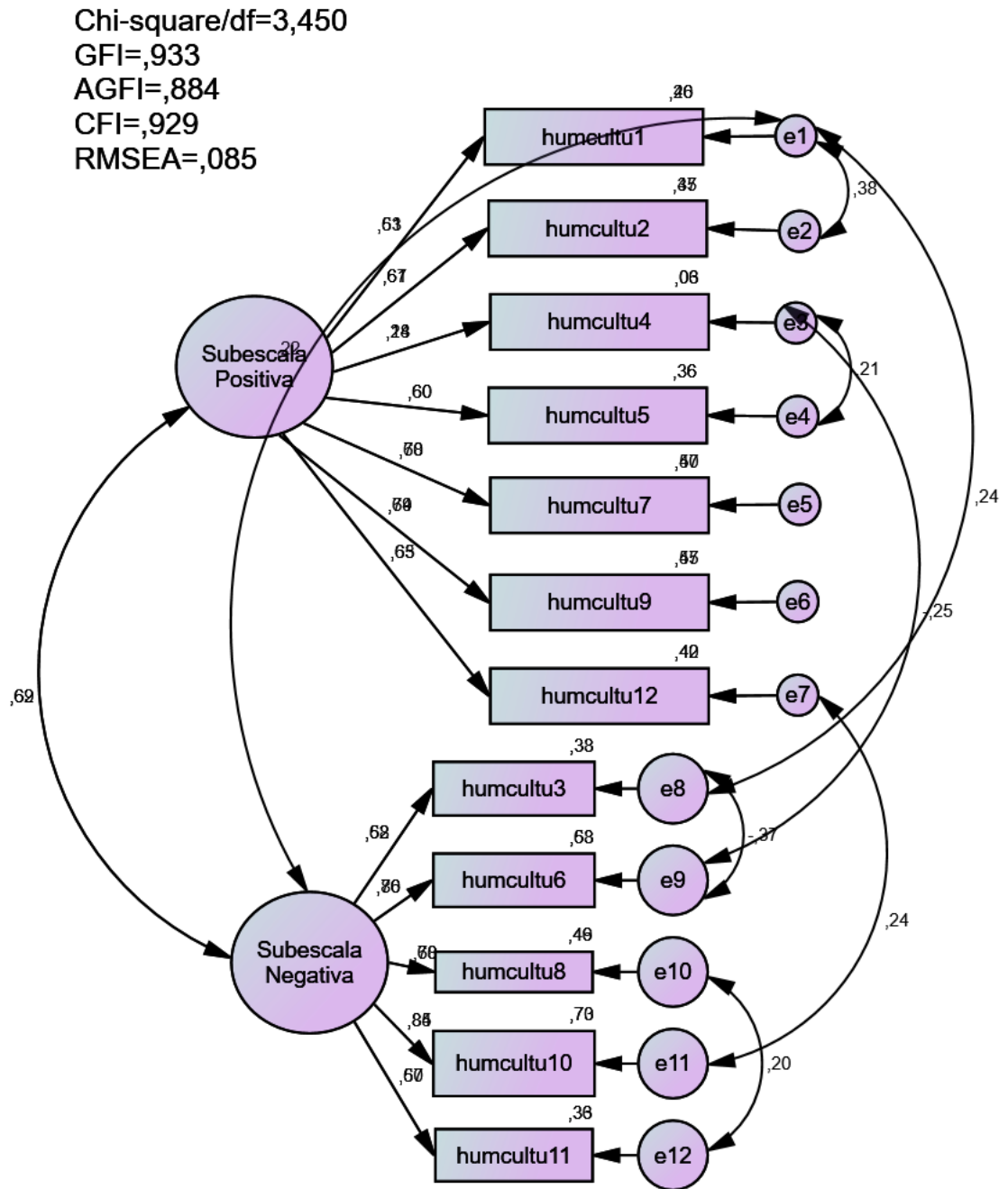


Table 3

Descriptive Statistics (Mean, Standard Deviation, Skewness and kurtosis) (N=343)

<i>Items</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Skewness</i>	<i>Kurtosis</i>	<i>a if item is eliminated</i>
Item 1	3.48	.51	-.04	-1.68	.83
Item 2	3.29	.56	-.16	.01	.83
Item 3	3.30	.65	-.64	.52	.84
Item 4	2.80	.66	-.60	.79	.86
Item 5	3.27	.64	-.77	1.55	.84
Item 6	3.58	.61	-1.33	1.44	.84
Item 7	3.18	.58	-.23	.448	.83
Item 8	3.20	.65	-.41	.09	.83
Item 9	3.19	.60	-.42	1.07	.84
Item 10	3.55	.55	-.73	-.50	.83
Item 11	3.19	.72	-.58	-.01	.84
Item 12	3.36	.57	-.31	-.15	.84

**5 HUMILITY, GRATITUDE AND HOPE, AS PROTECTIVE
FACTORS OF RESILIENCE, IN HELP PROFESSIONALS.**

Artigo a ser enviado para publicação na revista *International Journal of Nursing Studies*, sob a seguinte proposta de autores: Joana Freitas, Maria Helena Martins & Saúl Neves de Jesus.

**Humility, Gratitude, and Hope, as protective factors of resilience,
in help professionals.**

Freitas, J. (1); Nave, F. (2); Martins, M. H. (3) & Jesus, S. N. (4)

- (1) PhD student of Psychology in the Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Algarve, Portugal.
- (2) PhD, Department of Health, Faculty of Health, University of Algarve, Portugal.
- (3) e (4) Ph, Department of Psychology and Educational Sciences, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Algarve, Portugal.

Corresponding author: Joana Freitas, joanafreitas1414@hotmail.com.

Abstract

Background: Humility, gratitude and hope are human virtues that have been studied by Positive Psychology. All of them have great importance in human praxis. These virtues can play an important role as protective and resilience factors, and the interconnection between them hasn't been much explored. It should also be noted that the importance of these virtues to help professionals hasn't been much studied either.

Objectives: This study focus on: analyzing the correlation of each virtue with each sociodemographic variable; the correlation between the four virtues, and analyze the relevance of the four virtues, individual and as a whole, in help professionals.

Design: A quantitative and correlational study.

Settings: The study was developed in Portugal with help professionals.

Participants: The instruments of the study were applied to a sample of 686 help professionals (doctors, nurses, assistants, psychologists, administrative, physiotherapists, speech therapy, nutritionist) working in a private and public hospital.

Method: In the study were applied the following instruments: Socio-demographic questionnaire, The Relational Humility Scale, Intellectual and Cultural Humility Scales, Gratitude Questionnaire, Hope Scale and Measuring State and Child Resilience.

Results: The study reveals that all virtues: humility, gratitude, hope, and resilience, as dependent variable, are positively and significantly correlated ($\beta = .23$; $\beta = .19$; $\beta = .45$; $p = .000$). From the sample, nurses are the professionals with higher values in all virtues except hope ($F(4.08) = 23.07$; $p = .000$); and professionals that work in the public hospital have higher levels of relational humility ($F(3.72) = 54.09$; $p = .001$), hope ($F(4.37) = 23.37$; $p = .000$), actual resilience ($F(6.15) = 57.67$; $p = .000$) and gratitude ($F(6.17) = 20.15$; $p = .000$) than those who work in a private hospital, namely relational humility ($F(3.72) = 52.88$; $p = .001$), hope ($F(4.37) = 23.22$; $p = .000$), actual resilience ($F(6.15) = 56.62$; $p = .000$) and gratitude ($F(6.17) = 19.70$; $p = .000$)

Conclusion: The study presents important results for help professionals and shows the importance of these virtues specifically in health care.

Key Words: Humility, Gratitude, Hope, Resilience, Healthcare.

What is already known about the topic:

- Humility, gratitude, hope, and resilience are very important virtues for Human;
- Each virtue has been studied in Positive Psychology, although the knowledge is few.

What this paper adds:

- The interconnection of the four virtues is studied in this study, will they positive correlated between them?;
- What is the role of these virtues to help professionals?;
- This is the first study with the four virtues simultaneously.

Introduction

According to Park and Peterson (2008), Positive Psychology is the scientific study of what makes life most worth living, that is, the study of human beings at their best This new approach allowed the exploration of the field of human virtues, with a focus on strengths rather than weaknesses, and awareness

of the importance of these variables in human praxis (Peterson & Seligman, 2004).

In fact, it is surprising how this science reveals all humans have these free “resources” and how can be developed in every person and any human area (psychology, social, spiritual, sport, educational, political).

There are many human virtues, like love, hope, wisdom, happiness, forgiveness, among others. This study focus, on four virtues: humility, gratitude, hope, and resilience. In this sense, this article addresses each of the virtues individually, as protective factors of resilience, the interconnection of the four virtues, and its importance in help professionals. The justification and relevance of the study of these virtues in helping professionals comes from the fact that among the professions in which essence is care, demands that professionals, to exercise full caring, must have cognitive, emotional, and technical competencies to develop a quality work (Foster et al., 2020).

One of the most concerning and described factors in help professionals is a high level of stress. Stress in help professionals can compromise performance and quality in work practice, which influence, directly, with the performance of caring to a patient (Roche et al., 2011). Can these virtues be important to decrease the levels of stress and improve the quality and performance of their job?

It is important to mention that studies are scarce in this area, and there are few studies on each individual virtue, scarce scientific basis on the importance of these virtues for the practice of these professionals, and we have not found any study that explores the interconnection of these four human virtues.

Resilience

This virtue was firstly studied by engineering and physics sciences and the definition of this human virtue isn't consensual nor definitive and has suffered modifications along with time and investigators.

In psychology it is unanimous that resilience is a virtue in which bases rely on positive adaptation to adversities (Martinez-Marti & Ruch, 2017). This virtue isn't stable, which means, it can change from person to person and differs in time and contexts (Julian et al, 2020).

Also, resilience is a virtue that can change through lifespan, which means a person can become more or less resilient over development phases. Scientific studies reveal that all ages can highlight the ability for resilient (Julian et al., 2020).

In this way, resilience is a multi-component and dynamic virtue in many possible contributes, so a person can be more or less resilient in certain areas than in others and through biological, social and psychological levels (Julian et al., 2020).

By the multi complexity of this virtues, it can be defined as a trait – a group of relatively stable characteristics which objective the adaptation to the circumstances, but also as a dynamic process – which results from the combination of diverse factors of protection and risk, that can be developed and modified in any moment of life dependent of the context, age, personal factors, family and social resources (Martinez-Marti & Ruch, 2017).

In healthcare and help professionals, resilience can be promoted as an effective strategy to increase levels to cope with stress and decrease burnout between teams (Martinez-Marti & Ruch, 2017).

Foster et al. (2020) argue that resilience involves an interactive and vital process between nurses and their job workplace. Being a protective process against harmful impacts on the workplace of nurses.

Nurses, in an unconscious way, apply resilience abilities in the workplace through characteristics as tenacity, flexibility, and creativity (Edward, 2005; Marie et al., 2017).

Badu et al. (2020) defend this characteristics seat in a set of protective factors that aim to build resilience in nurses' workplace, and can be categorized

as individuals, organizational and external attributes. These attributes, individual and/or set, can increase resilience in the nursing workplace.

The investigation of Foster et al. (2020) reveals very important results, namely:

- In nursing, resilience is associated with low levels of burnout and stress, high levels of psychological health, improvement in relationships and professional quality of life;
- Programs of resilience increase the ability to control negative and ineffective thoughts, learning to manage stress and promote emotional self-regulation;
- Nurses that apply personal strategies of resilience in professional practice improve their professionals' relationships and strengthen their ability for effective health.

The study of Badu et al. (2020) shows that the increase of adversity in the workplace affects nurses with low levels of resilience and so, leads to moderate to high levels of depression and anxiety, psychological detachment, and burnout.

Humility

Socially, the definition of humility seems to be not the correct one, in a way is synonymous with a submissive, permissive, shy, and with low self-stim person.

Although positive psychology and in a scientific context, humility is defined as rich, multifaceted, and complex definition, which humility means (a) precise and concise evaluation of own abilities and capacities; (b) knowing of own failures, limitations, and errors; (c) being open to perspective abilities; (d) have a low focus of the self; (e) a genuine desire for learning and serve others (Kupfer, 2003; LaBouff, 2012; Snow, 1995; Tangney, 2000).

Humility has two subdomains: intellectual and cultural. These two subdomains are studied in this study.

Intellectual humility refers to the knowledge that each person has or the intellectual influence of the same. So intellectual humility involves (a) ability to recognize own limits of knowledge and being open to new ideas; and (b)

capacity to regulate arrogance, being able to present ideas on a non-offensive way and to receive contrary ideas, without taking it as an offense, and acceptance of opposite view points (McElroy et al., 2014).

Cultural humility has an inter and intrapersonal components, being intrapersonal cultural humility involves attention (a) to the limitations of cultural values of each person; and (b) limitations to understand the experience and cultural past of others. Interpersonal, cultural humility involves the ability of openness to distinct cultures as being available and open to the same (Hook et al., 2013).

The role of humility and his subdomains in healthcare is few, however we reveal some studies of the importance of cultural humility in health.

Cruess et al. (2010) argue that cultural humility has special importance in disciplines like psychology, medicine and social work to contribute to respect, understanding and partnership.

In general, positive psychology show the increase of positive virtues decrease negative feelings, e.g., the presence of humility increases happiness, well-being, and decrease exhaustion, depression and anxiety.

Cultural humility in healthcare includes traits of respect, empathy and self-reflection of critique (Hughes et al., 2020).

The study of Hook et al. (2016) shows how important cultural humility is important in the safety of a hospital, and so concludes that the presence of cultural humility:

- Prioritizes care of patients and the security of the same;
- Supports nonpunitive behaviors towards error, which means, the workers feel at ease to admit errors and so, the security if the patient increases;
- Values respect to patients with different cultures;
- Improve the communication styles of professionals;
- Increase the cooperation between technical-patient, which increase the adhesion to the treatment;
- Improve the identification of psychological factors related to pain, anxiety, and depression. Which increases de security of the patient and decreases medical errors and adverse events.

Gratitude

Gratitude can be described as a moral virtue, habit, personality trait, state, or a coping answer (Emmons & McCullough, 2003).

This virtue has an emotional, cognitive (Wood, 2014) and behavioral (Buck, 2004) which are interconnected between them.

Gratitude can be conceptualized as state and trait. As a state, this human virtue occurs by the complex combination of admiration, approval, and joy to the intersections of a person's actions and his results. This state can change through the day and urges the thought or/and action as a unique tendency (Yoshimura & Berzins, 2017).

As moral virtue, Emmons & Clumper (2000) defends that gratitude involves a repetition experience of acknowledgment through time. These authors argue that gratitude is a unique human virtue, with a chart of rules and unique behaviors and emerge from interaction and relation between two people.

So, gratitude is connected to an external positive feeling that stimulates actions that promotes positive results to others (Pillary et al., 2020).

Investigators, as Bono and Sender (2018), defend that gratitude is advantageous because it helps to reduce anti-social behaviors, protects from stress and so promotes mental and physical health, improves social function, and supports resilience through the lifespan.

It also allows people to manage better their attention, take decisions with more wisdom, create more solid and cooperative societies (Bono & Sender, 2018).

As gratitude sits in a dynamic process, grateful people tend to attribute their positive results to another people and not to themselves, grateful people are more social, characterized by extroversion and pleasantness (Yoshimura & Berzins, 2017).

In this way, grateful people:

- Have fewer physical symptoms, like pain;
- Exhibit more healthy behaviors, like eating healthy (Hill et al., 2013);
- Practice more sport (Hill et al., 2013);
- Show improvements in physiologic results – like better values of blood pressure (Jackowska et al., 2015);

- Improvements in sleep quality (Wood et al., 2009).

Studies with interventions programs with gratitude reveal improvement in well-being and positive emotions and decreasing of stress and depression (Cain et al., 2019). So, this virtue predicts less burnout and an increase in work satisfaction (Lanham et al., 2012).

Hope

Scientifically, hope is a human virtue, a spiritual need, and an ontological requisition, so no action should be done if the person knew it isn't being done successfully. So, hope is the human “motor”, that impedes inertia (Oliveira, 2003).

Hope is a complex virtue and sits in a dynamic process in which a person persecutes his goals actively. Snyder (1994) defines this virtue-based on tree components: goals, means, and agency.

These tree elements have a synergetic relationship result in a bigger motivation for the person, facilitate adaptative answers to obstacles, and obtaining success in the persecuting of the goals (Snyder, 2002).

In general, and by the definition of these virtues, investigations reveal that hope as positive human virtue has positive correlations with satisfaction with life, psychological well-being, self-stim, and optimism and negative correlations with stress, anxiety, and depression (Gallagher et al., 2020).

Dixon et al. (2018) argue that persons with high levels of hope reveal more alternative ways to reach their goals. So, these persons presented more strategies in promoting their believes and abilities.

Once hope is connected with positive emotions interconnect with a good psychological and emotional adjustment, satisfaction with life, quality of life, and consequently, a smaller risk of mental health problems, like anxiety, depression, and stress pos traumatic (Long et al., 2020). Also, people with high values of hope have reduced pain and less fatigue (Long et al., 2020).

Long et al. (2020) argue in their study the increase of hope levels **is** associated with higher indicators of health and psychological well-being, as

physical and mental health, purpose with life and development in social relationship.

Humility, gratitude, and hope, as protective factors of resilience: what interconnection?

There aren't studies, so far, with the interconnection of these four human virtues which became this same study has pioneered and new.

Although are some studies with some virtues correlated, like hope with resilience; humility with gratitude. And that studies reveal:

- A reinforced relation between humility and gratitude (Kruse et al., 2014);
- Positive relations between gratitude, hope and resilience and these three virtues related between them (Olus, 2019);
- People with depression presented low levels of resilience and hope and these virtues don't depend on age and gender (Solano et al., 2016).

But in 2003, Freitas & Martins studied the relationship between humility and hope, as protective factors of resilience, in human praxis and it was possible to make some conclusions. Like:

- There is a positive and significative correlation between the three virtues;
- Older the age, bigger the level of humility, hope, and resilience, proving these virtues can be taught and aren't static;
- From the sample studied – from students, teachers, doctors, nurses – the ones with higher levels of humility, hope, and resilience were nurses and doctors.

Methods

Participants and ethical considerations

All participants fill an informed consent explaining the main goal of the study and explaining the results are anonymous.

The sample of this study have 686 help professionals (doctors, nurses, operational assistants, administrative, psychologists, physiotherapists, speech therapists, being 75.2% women ($n = 516$) and 24.8% men ($n = 170$); with age between 19 and 65 years old (Table 1), developing their functions on public and private hospitals.

Data collection

All participants were invited to answer the questionnaire by internet or in paper, explaining the main goal of the study and also explaining the character of confidentiality and anonymity signing an informant consent.

Before applying the questionnaire, the study and questionnaire applied were approved by Ethics Committee of the hospitals where the sample was intended to be collected.

Instruments

The present investigation to study these four virtues used the following instruments:

- Socio-demographic questionnaire – to collect information about gender, age, professional category, among others data;
- Relational Humility Scale – this scale was adapted and validated for the Portuguese population in 2003 by Freitas & Martins. The scale allows an evaluated level of relational humility in a person.
- Intellectual Humility Scale – was adapted and validated for the Portuguese population in 2021 by Freitas, Nave, Martins & Jesus and

- allows to evaluate the level of intellectual humility. This scale has two subscales: arrogance subscale and openness subscale;
- Cultural Humility Scale – in similarity to the previous scale, it was adapted for the Portuguese population in 2021 by the same authors and allows the evaluation of cultural humility. This scale has two subscales: positive subscale and negative subscale;
 - Gratitude Questionnaire – developed by McCullough, Emmons e Tsang in 2002 and was adapted and validated for the Portuguese population by Neto (2007).
 - Hope Scale – developed and adapted for the Portuguese population to evaluate the levels of hope by Oliveira (2003).
 - Measuring State and Child Resilience (MSCR) – developed by Chock Hiew, in 1998, and adapted for the Portuguese population by Martins (2005). This scale is divided into two subscales: Measuring State Resilience and Measuring Child Resilience.

Data analysis

With all the results, the investigators proceed to the statistical analyses using SPSS version 27.0. The investigators proceed to a statistical analysis: an exploratory factor analysis based on Cronbach`s alpha and Pearson`s correlation coefficients to calculate and examine the relationships among the four virtues and between others factors (like age, gender, profession, among others). Also, the authors have analyzed the regression between the four scales and see the impact of the same.

A confirmatory factor analysis via Amos was also proceeded to assess model fit to the data with the following measurements, comparative fit index (CFI) was used with the root-mean-square error of approximation (RMSEA) with the standardized root-mean-square residual (SRMR). The level of significance in all the statistical tests performed was .05. The data were processed and analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences – SPSS (version 27) and Amos Graphics (version 07).

Hypothesis for the investigation

To have a clear path in the study, the authors define the following hypothesis:

- Humility, gratitude, and hope have positive correlations between them and with resilience;
- People with higher values of humility presented higher values of gratitude, hope, and resilience;
- By professional category, nurses have higher values of the four virtues;
- Professionals who work in a public hospital presented high values in the virtues than professionals who work in a private hospital;
- Humility, gratitude, and hope have higher predictive value with resilience.

Results

Descriptive Analysis and Internal Consistency of the Subscales

In order to verify the fidelity of the scale's factors and subfactors, an analysis of the internal consistency was carried out, through the determination of Cronbach's alpha coefficients, of each scale.

Relational Humility Scale

The relational Humility scale is composed by 16 items with three subscales: global humility (from item 1 to 5, e.g., “has a humble character”), superiority (item 6 to 12, e.g., “has a big ego”) and accurate vision of self (item 13 to 16, e.g., “knows his/her weakness”).

Global humility subscale with 5 items presents a Cronbach alpha of .86 ($M = 16.36$; $SD = 2.49$) with a total explained variance of 66.10% to one factor, and no item if eliminated would increase the value of Cronbach alpha.

Superiority subscale with 7 items reveal a Cronbach alpha of .85 ($M = 24.39$; $SD = 3.39$), with a total explained variance of 55,55% to one factor. Only

if item 7 was eliminated, the Cronbach alpha would increase to .86, which is a minimum value.

Accurate view of the self is a subscale with 4 items, presenting a Cronbach alpha of .88 ($M = 12.66$; $SD = 2.19$), a total explained variance to one factor of 73.48%. Also, no item if deleted would increase Cronbach`s alpha value.

Total scale presents a Cronbach alpha of .83 ($M = 53.41$; $SD = 5.48$), a total explained variance of 3 factors with 63.87%.

Gratitude

Gratitude scale is composed with 6 items (e.g., “I’m grateful to many people”) and presents a Cronbach alpha of .36, which is a low value, and so if item 6 was deleted the value would increase to .54.

Also, the scale presents $M = 19.97$; $SD = 2.58$ and a total explained variance of 2 factors, so investigators proceeded to a forced variance to 1 factor, and results revealed 43.28% for total explained variance.

Hope

The scale of hope has also 6 items (e.g., “I think future is better than the past”), with a Cronbach alpha of .79 ($M = 23.68$; $SD = 3.32$), a total explained variance of 50.13% to 1 factor and none item if eliminated would increase the value of Cronbach alpha.

Resilience

In order to evaluated Resilience, the participant have to fill Measuring Child Resilience and Measuring State Resilience.

The Measuring Child Resilience is composed by 18 items (e.g., “I knew to plan the future”), with a Cronbach alpha of .84 ($M = 67.34$; $SD = 8.46$), but a total explained variance with 5 factors, so investigators forced to 1 factor with 29.41% of total explained variance.

Measuring state resilience has 14 items (e.g., “I have sense of humor”), with a Cronbach alpha of .72, and item 7 was eliminated the value would increase for .74, which is a minimum difference.

The scale presents a $M = 57.00$; $SD = 4.98$ and a total explained variance of 4 factors, but the investigators forced to 1 factor with 24.44%

Exploratory Factor Analysis

For the Exploratory Factor Analysis (EFA) we use used principal axis factor, and varimax rotation. The Kaiser–Meyer–Olkin test, Bartlett’s test, communalities and saturations were evaluated in each scale of the study.

a) Relational Humility

Full scale of relational humility reveals a $KMO = .82$, the Bartlett’s test showed significant results with $X^2(120) = 2871.06$, $p = .000$, a total variance explained of 3 factors with 63.87% and values of skewness and kurtosis are adequate between -2 and +2. The values of communalities reveal item 7 with the lowest value with .37 and item 14 with the biggest value with .81. Factorial saturations show item 7 with .59 (lowest value) and item 14 with .88 (highest value).

The global humility subscale, from item 1 to 5, show a $KMO = .83$, with Bartlett’s test with $X^2(10) = 848.83$, $p = .000$ and total variance explained of 1 factor of 66.10%. Being item 5 with the lowest value of communalities (.55) and item 2 with the biggest value (.71). Factorial saturations of all items reveal item 5 with .75 and item 2 with .84.

The superiority subscale, from item 6 to 12, reveal a $KMO = .84$, $X^2(21) = 1055.79$, $p = .000$. Being item 7 with biggest values of communalities and factorial saturations, namely .34 and .59, and item 10 with lowest values of communalities and factorial saturations with .68 and .83.

The accurate view of self-subscale, from item 13 to 16, show a $KMO = .78$, $X^2(6) = 756$ with $p = .000$ and a total variance explained of 73.48%. The

analysis of communalities and factorial saturations reveal item 13 with the lowest value, .67 and .82; and item 14 with highest value, .81 and .90, namely.

b) Gratitude

Gratitude scale composed with 6 items reveal a KMO = .66, with a Bartlett's test of $X^2(15) = 515.92$, $p = .000$, but a total variance explained for 2 factors. Although investigators forced for 1 factor and so, a total variance explained of 43.28%.

The communalities and factorial saturations showed item 6 with lowest values, namely .26 and .51, and item 1 with the biggest values with .65 and .81.

Values of skewness and kurtosis are between -2 and +2, which are good.

c) Hope

Hope scale with 6 items show a KMO = .81, Bartlett's test with $X^2(15) = 563.67$, $p = .000$ and a total variance explained to 1 factor with 50.13%.

Item 6 is the item with lowest values in communalities and factorial saturations, namely .36 and .60 and item 4 with the biggest values, namely .65 and .81.

The values of skewness and kurtosis reveal to be adequate also, between -2 and +2.

d) Resilience

To evaluate the virtue of resilience, the scale is composed by 2 subscales: measuring child resilience and measuring state resilience.

d1) Measuring child resilience

The measuring child resilience is composed by 18 items, with a KMO = .79; Bartlett's test with $X^2(153) = 1908.94$, $p = .000$, but a total variance

explained for 5 factors. So, investigators forced to 1 factor and reveal a total variance explained of 29.41% for 1 factor.

In this scale, communalities and factorial saturations reveal item 1 with the lowest value, with .05 and .2; and item 12 with the highest value with .57 and .75, namely.

Kurtosis and skewness values of this scale are appropriate, between -2 and +2.

d2) Measuring state resilience

This scale is composed with 12 items and show a KMO = .76, Bartlett's test with $X^2(91) = 866.51, p = .000$, but a total variance explained for 4 factors. With these results, investigators forced for 1 factor and reveal a total variance explained of 24.44%.

Item 3 reveal to be the item with lowest value in communalities and factorial saturations with .004 and .06; and item 14 with the highest value with .51 and .72.

The values of skewness and kurtosis aren't adequate because the values aren't between -2 and +2, there are values superiors to +3.

Confirmatory Factor Analysis

With the purpose to evaluate the quality of the model's fit and to analyze the psychometric characteristics of the all model with all virtues, the investigators proceed to a Confirmatory Factor Analysis. In that order, the remain 50% of the sample ($n = 343$) the software of IBM SPSS AMOS was used.

The results of model fit reveal some fragile results from a statistical point of view, namely $X^2 = 4.89, p < .000$, GFI = .71; AGFI = .69; CFI = .63; TLI = .61 and RMSEA = .08. These results aren't good because, as a reference to a good model fit, the values should be f GFI $\geq .95$; AGFI $\geq .9$.; CFI $\geq .90$, and an RMSEA $< .08$.

In this order, the investigators proceeded to some changes according to AMOS suggestions by the values of modification indices. For a good model fit

some correlations were done, namely 18 modification indices to obtained were $\chi^2 = 4.45$; GFI = .74; AGFI = .71; CFI = .68 and RMSEA = .08 (Figure 1).

The correlations between Child Resilience with the other main virtues (humility, gratitude and hope) were also analyzed and although the values are low, they are all significant. Namely, the correlation between child resilience with: humility is .24; gratitude is .35; and hope is .62, but all with $p = .000$.

How State Resilience correlate with humility, gratitude and hope was also analyzed, and once more, the values are low but significant with $p = .000$. So, the correlation of state resilience with humility is .37; gratitude is .49, and hope is .70. The values with State Resilience are bigger than in Child Resilience, which indicates a good factor: the virtues in study can be taught and developed, which justified bigger values in a more recent state of human.

To complement the analysis of the model in study, the validity of the instrument should be assessed by the values of good reliability being CR (composite reliability) superior to .70, a good convergent validity being CR > AVE (average variance extracted) and AVE > .50; and good discriminant validity being MSV (maximum shared squared variance) and ASV (average shared squared variance) should be inferior to AVE. In this case, investigators have done this analysis in each virtue (Table 4).

So, construct validity analyzed by convergent and discriminant validity of the model in study reveal that all have: good reliability and good convergent validity, although the value of AVE isn't superior to .50; hope, actual and child resilience doesn't present good discriminant validity (since the value of MSV is bigger than AVE) (Table 4).

Interconnection of the four virtues

The interconnection between the four virtues and all variables, like gender, age, professional category, years of profession, among others, show very interesting results.

Namely, the results reveal:

- Correlation between all tree virtues through *Pearson* correlation, humility: relational ($r = .35$; $p = .000$), intellectual ($r = .33$; $p = .000$) and cultural ($r = .23$; $p = .000$), hope ($r = .33$; $p = .000$) and gratitude (r

- = .33; $p = .000$), presented a moderated and significative correlation with resilience, (Table 2);
- Analyzing age with all virtues by *One Way Anova*, Age is positively correlated with gratitude ($r = .07$; $p = 0.006$); hope ($r = .21$; $p = 0.000$); and child resilience ($r = .18$; $p = 0.000$);
 - Professional categories of the sample with all virtues by *One Way Anova*, results reveal that doctors have higher values of hope ($F(4.08) = 25.30$; $p = .000$), actual resilience ($F(3.76) = 59.24$; $p = .001$), child resilience ($F(5.09) = 68.88$; $p = .000$), and relational humility ($F(4.27) = 53.48$; $p = .000$); nurses have higher levels in all virtues except in hope ($F(4.08) = 23.07$; $p = .000$); and administrative is the professional category with the lowest values in hope ($F(4.08) = 23.63$; $p = .000$), actual ($F(3.76) = 56.87$; $p = .001$) and child resilience ($F(5.09) = 66.58$; $p = .000$), gratitude ($F(6.67) = 19.59$; $p = .000$) and humility ($F(4.27) = 52.17$; $p = .000$);
 - The years of profession, analyzed by *One Way Anova*, have a positive correlation with gratitude ($r = .14$; $p = .000$); hope ($r = .21$; $p = .000$) and child resilience ($r = .19$; $p = .000$);
 - Studying the relationship between academic qualifications and all virtues by *One Way Anova*, the results reveal to be significative with hope ($p = .001$), child resilience ($p = .000$), relational humility ($p = .002$) and gratitude ($p = .000$). Namely, in hope people with bachelor`s degree ($F(3.66) = 25.11$; $p = .001$) have higher values opposed with graduation ($F(3.66) = 23.14$; $p = .001$); in child resilience, people with PhD degree ($F(9.82) = 73.28$; $p = .000$) have higher values in contrast with high school level ($F(9.82) = 65.67$; $p = .000$); people with phd ($F(3.51) = 56.61$; $p = .002$) presented high levels in relational humility in opposition with high school level ($F(3.51) = 52.24$; $p = .002$); and in gratitude, people with primary school ($F(6.79) = 22.00$; $p = .000$) presented higher levels than with high school level ($F(6.79) = 19.54$; $p = .000$);
 - With regard to marital status with all virtues and analyzing by *One Way Anova*, hope and child resilience are the one with significant results ($p = .000$; $p = .002$). Namely, widows have higher values of hope ($F(8.76)$

- = 26.15; $p = .000$) in contrast with single ($F(8.76) = 22.96$; $p = .000$); but widows also present high values in child resilience ($F(4.95) = 73.62$; $p = .002$) in opposition to single with lowest values ($F(4.95) = 66.74$; $p = .002$);
- By gender, the results with all virtues, analyzed by *T-Test*, presented significative results for cultural humility and intellectual humility. Specifically, women present high values in cultural humility and intellectual humility ($F(3.83) = 40.07$; $p = .000$; $F(1.69) = 51.95$; $p = .000$) than men ($F(3.83) = 38.37$; $p = .000$; $F(1.69) = 49.78$; $p = .000$), namely;
 - Analyzing by work local, private or public hospital, results reveal to be significant in all virtues, except on cultural humility. Seeing the results on table 5, it is easy to verify that professionals who work on public hospital present higher values than professionals who work in private hospitals;
 - In the regression analysis between humility (relational, cultural, and intellectual), hope and gratitude with resilience, as dependent variable, by multiple linear regression by enter method, presented strong and significative results, with hope ($\beta = .45$; $p = .000$), gratitude ($\beta = .19$; $p = .000$), intellectual humility ($\beta = .19$; $p = .006$) and relational humility ($\beta = .232$; $p = .000$), but negative with cultural humility ($\beta = -.09$; $p = .03$) (Table 3).

Discussion

This study was conducted to study the relationship between the four virtues and how important can be for help professionals. The results of the study revealed to be interesting and it can be important for the praxis of these professionals.

The hypothesis placed initially were all proved in this study, although it is important to reflect in some results and explained them.

Positive psychology defends positive virtues increase other positive virtues, and this study is based only on positive virtues and the results reveal a positive and significant correlation between the four virtues. So, the increase of

humility increases gratitude, hope, and resilience. In this way is crucial that help professionals with high values in humility developed another positive virtue, like hope, gratitude, and resilience.

Age is an important date for the investigation, because scientific studies reveal these virtues aren't stable and can be taught. The increased levels of these virtues with age demonstrated the same of the studies: bigger the age, higher the levels of this virtue, which can conclude that virtue can increased with age because we can teach and developed.

From all help professionals, we hypothesized nurses will be the ones with higher values in these human virtues because nurses are the professionals that spend more time with patients and their families. Take care of patients and their families requires these virtues to have complete caring and work, a feeling of fullness. Without humility, hope, gratitude, and resilience, how can a person help another human being and their family member? Of course, it can be done but not full.

The result of years of profession proves what was argued before because the study reveals professionals with more years of practice have higher levels of the virtues. So, with the advancement of professional practice, the need of these virtue increases, and that can be explained because in the beginning help professionals are more focus in the technical competence, and with the experience they developed the ability not only to the technique but also to listen and communicate with patients, being aware for the personal preferences of the patients and practice caring in a full way.

As marital status divorced and widowed have higher values in the virtues in opposition to single and married, that can be explained because divorced and widowed have pasted by a loss. Divorced lose the relationship they have and widowed lose, definitely, the person they love. Losing someone or losing the bond with a person whose feelings were involved, makes a person change life perspective and developing positive virtues and emotions to overtake the loss and mostly the pain.

Professionals who work in a public hospital have higher levels of the four virtues than professionals who worked in a private hospital and it is predictable. The main differences between private and public hospitals are the conditions, namely human and physical resources. Private hospitals have more resources

which relieve help professionals in daily work, because they don't have to be worried if there is material and how they are going to solve problems to give good care to patients. With the right human resources allows help professionals to take time to effectively caring: communicating with efficiency, with the patient and their family members. An available help professional will answer to wonders and patient and family members will release stress and adhere better to the treatment. So, it is evident these professionals will develop these four virtues than those professionals with fewer conditions.

In fact, help professionals are used to working in environments with high levels of stress and if it wasn't the presence of these virtues, it may be almost impossible to work and give efficient caring. This became visible nowadays with the world pandemic, help professionals may not notion that practice these virtues, but if they didn't have, how we can explain these professionals put their professional's competences in benefit of the community and leave their own families? Isn't pure resilience, humility, gratitude, and hope to help professional behaviors?

Conclusion

The present study reveals to be important and maybe more nowadays dealing with a world pandemic.

All human beings have, inside of themselves, these virtues but sometimes we only notice in a negative event and not in daily praxis. It is important to transform these unconscious virtues in consciousness, work, and developed them.

In help professionals these virtues have a huge role in daily practice and maybe it is essential to create interventions programs to developed and becoming easy to understand how we can develop free "guns" that improve their work.

With study results and in concrete for help professionals, it became interesting to see that it isn't necessarily the best physical conditions and resources to developed these virtues, and it's clear on results of a public hospital. Also with these results, by the values of age, it is clear these virtues can be developed and taught to help professionals' academic formation, for maybe having more human, caring, and resilient professionals.

Limitations and further studies

Although the investigation reveals interesting results and with applications for help professionals, there are some limitations and some suggestions that are important for future investigations.

The sample should be more diverse and not only in a specific geographic area, investigators should enlarge for central and north of country.

For future research, it would be interesting to developed a program of evidence-based practice with these virtues for help professionals and study how the presence of this virtues influence their daily practice, with a group control with no formation and another group with formation.

Also, it is interesting to reflect the results were collected in 2019, before the pandemic, and maybe it is interesting to collect again, after the pandemic, to see the levels of virtues in private hospitals and see how this event influence on levels of the studied virtues.

Acknowledgements: We would like to express our gratitude and we want to thank all participants who have collaborated in this study.

Conflict of interest: No conflicts of interest have been declared by the authors.

Ethical approval: the questionnaires were applied to help professionals after the approval of ethical commission of each organization.

References

- Badu, E., O'Brien, A. P., Mitchell, R., Rubin, M., James, C., McNeil, K., Nguyen, K., & Giles, M. (2020). Workplace stress and resilience in the Australian nursing workforce: A comprehensive integrative review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29, 5-34. <http://doi.org/10.1111/inm.12662>.

- Bono, G., & Sander, J. T. (2018). How gratitude connects humans to the best in themselves and in others. *Research Human Development, 15* (3-4), 224-237. <http://doi.org/10.1080/15427609.2018.1499350>.
- Buck, R. (2004). The gratitude of exchange and the gratitude of caring: A development-interactionist perspective of moral emotion. In R.A. Emmons & E. McCullough (Eds.). *The psychology of gratitude* (pp. 100-122). Oxford University Press.
- Cain, I. H., Cairo, A., Duffy, M., Meli, L., Rye, M. S., & Worthington, E. L. (2019). Measuring gratitude at work. *The Journal of Positive Psychology, 14*(4), 440-451. <http://doi.org/10.1080/17439760.2018.1484936>.
- Cleary, M., Kornhaber, R., Thapa, D. K., West, S., & Visentin, D. (2018). The effectiveness of interventions to improve resilience among health professionals: A systematic review. *Nurse Education Today, 71*, 247- 263. <http://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.10.002>.
- Cruess, S. R., Cruess, R. L., & Steinert, Y. (2010). Linking the teaching of professionalism to the social contract: A call for cultural humility. *Medical Teacher, 32*, 357-359. <http://doi.org/10.3109/01421591003692722>.
- Dixson, D. D., Keltner, D., Werrell, F. C., & Melo, Z. (2018). The magic of hope: Hope mediates the relationship between socioeconomic status and academic achievement. *The Journal of Educational Research, 111* (4), 507 – 515. <http://doi.org/10.1080/00220671.2017.1302915>.
- Edward, K. (2005). The phenomenon of resilience in crisis care mental health clinicians. *International Journal of Mental Health Nurses, 14*, 142-148. <http://doi.org/10.1111/j.1440.0979.2005.00371.x>
- Emmons, R.A., & Crumpler, C.A. (2000). Gratitude as a human strength: Appraising the evidence. *Journal of Social and Clinical Psychology, 19* (1), 56-65. <http://doi.org/10.1521/jscp.2000.19.1.56>.
- Emmons, R. A., & McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(2), 377-389. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.84.2.377>.
- Foster, K., Roche, M., Giandinoto, J.A., & Furness, T. (2020). Workplace stressors, psychological well-being, resilience, and caring behaviours of mental health nurses: A descriptive correlational study. *International*

- Journal of Mental health nursing*, 29, 56-68.
<http://doi.org/10.1111/inm.12610>.
- Freitas, J.D. (2013). *A Humildade e a Esperança como fatores protetores da Resiliência, na praxis humana?* Dissertação de Mestrado em Psicologia da Educação. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Universidade do Algarve, Faro.
- Gallagher, M. W., Long, L. J., & Phillips, C. A. (2020). Hope, optimism, self-efficacy, and posttraumatic stress disorder: A meta-analytic review of the protective effects of positive expectancies. *Journal of Clinical Psychology*, 76, 329-355. <http://doi.org/10.1002/jclp.22882>.
- Hill, P. L., Allemand, M., & Roberts, B. W. (2013). Examining the pathways between gratitude and self-rated physical health across adulthood. *Personality and Individual Differences*, 54(1), 92-96. <http://doi.org/10.1016/j.paid.2012.08.011>.
- Jackowska, M., Brown, J., Ronaldson, A., & Steptoe, A. (2015). The impact of a brief gratitude intervention on subjective well being, biology and sleep. *Journal of Health Psychology*, 21(10), 2207-2217. <http://doi.org/10.1177/1359105315572455>.
- Julian, M., Romney, C., Mahrer, N., & Schetter, C. D. (2020). *Resilience to adversity*. In A. Gellman, M. (2020). *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. Springer.
- Kupfer, J. (2003). The moral perspective of humility. *Pacific Philosophical Quarterly*, 84: 249-269. <http://doi.org/10.1111/1468-0114-00172>.
- Kruse, E., Chancellor, J., Ruberton, P. M., & Lyubomirsky, S. (2014). An upward spiral between gratitude and humility. *Social Psychological and Personality Science*, 1-10. <http://doi.org/10.1177/1948550614534700>.
- LaBouff, J.P., Rowatt, W.C., Johnson, M.K., Tsang, J.A., & Willerton, G.M. (2012). Humble persons are more helpful than less humble persons: Evidence from three studies. *The Journal of Positive Psychology*, 7, 16-29. <http://doi.org/10.1080/17439760.2011.626787>.
- Lanham, M. E., Rye, M. S., Rinsky, L. S., & Weill, S. R. (2012). How gratitude relates to burnout and job satisfaction in mental health professionals.

- Journal of Mental Health Counseling*, 34, 341-354.
<http://doi.org/10.17744/mehc.34.4.w35q80w11kgpq26>.
- Long, K. N. G., Kim, E. S., & Chen, Y. (2020). The role of hope in subsequent health and well-being for older adults: An outcome-wide longitudinal approach. *Global Epidemiology*.
<http://doi.org/10.1016/j.gloepi.2020.100018>.
- Hook, J. N., Davis, D. E., Owen, J., Worthington, E. L., & Utsey, S. O. (2013). Cultural humility: measuring openness to culturally diverse clients. *Journal of Counseling Psychology*, 60, 353-366. <http://doi.org/10.1037/a0032595>.
- Hook, J. N., Boan, D., Davis, D., Aten, J. D., Ruiz, J. M., & Maryon, T. (2016). Cultural humility and hospital safety culture. *Journal Clinical Psychology Medical Settings*, 23, 402-409. <http://doi.org/10.1007/s10880-016-9471-x>.
- Hughes, V., Delva, S., Nkimbeng, M., Spaulding, E., Turkson-Ocran, R. A., Cudjoe, J., Ford, A., Rushton, C., D'Aoust, R., & Han, H. (2020). Not missing the opportunity: Strategies to promote cultural humility among future nursing faculty. *Journal of Professional Nursing*, 36, 28-33.
<http://doi.org/10.1016/j.profnurs.2019.06.005>.
- Marie, M., Hannigan, B., & Jones, A. (2017). Resilience of nurses who work in community mental health workplaces in Palestine. *International Journal of Mental Health Nurses*, 26, 344-354. <http://doi.org/10.1111/inm.12229>.
- Martínez – Martí, M. L., & Ruch, W. (2017). Character strengths predict resilience over and above positive affect, self-efficacy, optimism, social support, self-esteem, and life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 12(2), 110-119.
<http://doi.org/10.1080/17439760.2016.1163403>.
- McElroy, S. E., Rice, K. G., Davis, D. E., Hook, J., Hill, P. C., Worthington, E. L., & Van Tongeren, D. R. (2014). Intellectual humility: Scale development and theoretical elaborations in the context of religious leadership. *Journal of psychology & theology*, 45 (1), 19-30.
<http://doi.org/10.1177/009164711404200103>.
- Oliveira, J. B. (2003). Esperança: Natureza e avaliação (proposta de uma nova escala). *Psicologia, Educação e Cultura*, 7(1): 83-106.
<http://hdl.handle.net/10216/94145>.

- Olus, G. B. M. (2019). Secure attachment and mental well-being: Gratitude, Hope and Ego-Resiliency as Mediators. *Demirtas*, 9 (54), 937-964. <https://www.researchgate.net/publication/337534430>.
- Park, N., & Peterson, C. (2008). Positive Psychology and Character Strengths: Application to Strengths-Based School Counseling. *Professional School Counseling*. <https://doi.org/10.1177/2156759X0801200214>
- Peterson, C., & Seligman, M. (2004). *Character Strengths and Virtues: A Handbook and Classification*. Oxford University Press Inc.
- Pillay, N., Park, G., Kim, Y. K., & Lee, S. (2020). Thanks for your ideas: Gratitude and Team creativity. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 156, 69-81. <http://doi.org/10.1016/j.obhdp.2019.11.005>.
- Snyder, C.R. (1994). *The psychology of hope: You can get there from here*. Free Press.
- Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological inquiry*, 13(4), 249-275. http://doi.org/10.012.07/S15327965PLI1304_01.
- Snow, N.E. (1995). Humility. *The Journal of Value Inquiry*, 29, 203-216. <http://doi.org/10.1007/BF01079834>.
- Solano, J. P. C., Silva, A. G., Soares, I. A., Ashmawi, H.A., & Vieira, J. E. (2016). Resilience and hope during advanced disease: a pilot study with metastatic colorectal cancer patients. *BMS Palliative Care*, 15, 70-77. <http://doi.org/10.1186/s12904-016-0139-y>.
- Tangney, J.P. (2000). Humility: Theoretical perspectives, empirical findings and directions for future research. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19(1), 70-82. <http://doi.org/10.1521/jscp.2000.19.1.70>.
- Wood, A. M. (2014). Gratitude. In A. Michalos (Ed.). *Encyclopedia of quality of life research* (pp. 2609-2611). Springer.
- Wood, A. M., Joseph, S., Lloyd, J., & Atkins, S. (2009). Gratitude influences sleep through the mechanism of pre sleep cognitions. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(1), 43-48. <http://10.1016/j.jpsychores.2008.09.002>.
- Yoshimura, S. M., & Berzins, K. (2017). Grateful experiences and expressions: teh role of gratitude expressions in the link between gratitude experiences

and well being. *Review Communication*, 17 (2), 106-118.
<http://doi.org/10.1080/15358593.2017.1293836>.

Table 1*Sample characteristics (N = 686)*

Variables	n (%)
Gender	
Male	170 (24.8)
Female	516 (75.2)
Age	M (SD) 37.33 (11.07)
Marital Status	
Single	243 (35.4)
Married	388 (56.6)
Divorced/Separated	42 (6.1)
Widowed	13 (1.9)
Education	
Primary Education	5 (0.7)
Basic Education	6 (0.9)
High School Education	217 (31.6)
Bachelor	42 (6.1)
Graduation	300 (43.7)
Master Degree	98 (14.3)
PhD	18 (2.6)
Professional Category	
Nurses	197 (28.7)
Operational Assistant	40 (5.8)
Doctor	50 (7.3)
Administrative Asssistant	217 (31.6)
Others	182 (26.5)

M: mean; SD: standart deviation.

Table 2*Correlations among the instruments*

	Correlations					
	R.H	I.H.	C.H.	H.	G.	R.
R.H	1.0	.52	.51	.18	.13	.35
I.H.		1.0	.67	.27	.17	.33
C.H.			1.0	.21	.14	.23
H.				1.0	.24	.33
G.					1.0	.33
R.						1.0

Note: RH = Relational humility; IH = Intellectual Humility; CH = Cultural Humility; H = Hope; G = Gratitude; R = Resilience; $p = 0.000$.

Table 3*Regression of Humility, Hope and Gratitude with Resilience*

Variable	<i>M</i>	<i>SD</i>	β
1. R.H.	39.45	4.64	.23
2. I.H.	51.42	6.95	.19
3. C.H.	39.65	4.37	- .09
4. H.	23.65	3.28	.45
5. G.	20.07	2.65	.19

Note: RH = Relational humility; IH = intellectual humility; CH = cultural humility; H = hope; G = gratitude; $p = .000$; *M* = median; *SD* = standart deviation; β = beta.

Figure 1

Confirmatory Factor Analysis of Humility, Gratitude and Hope, as protective factors of Resilience.

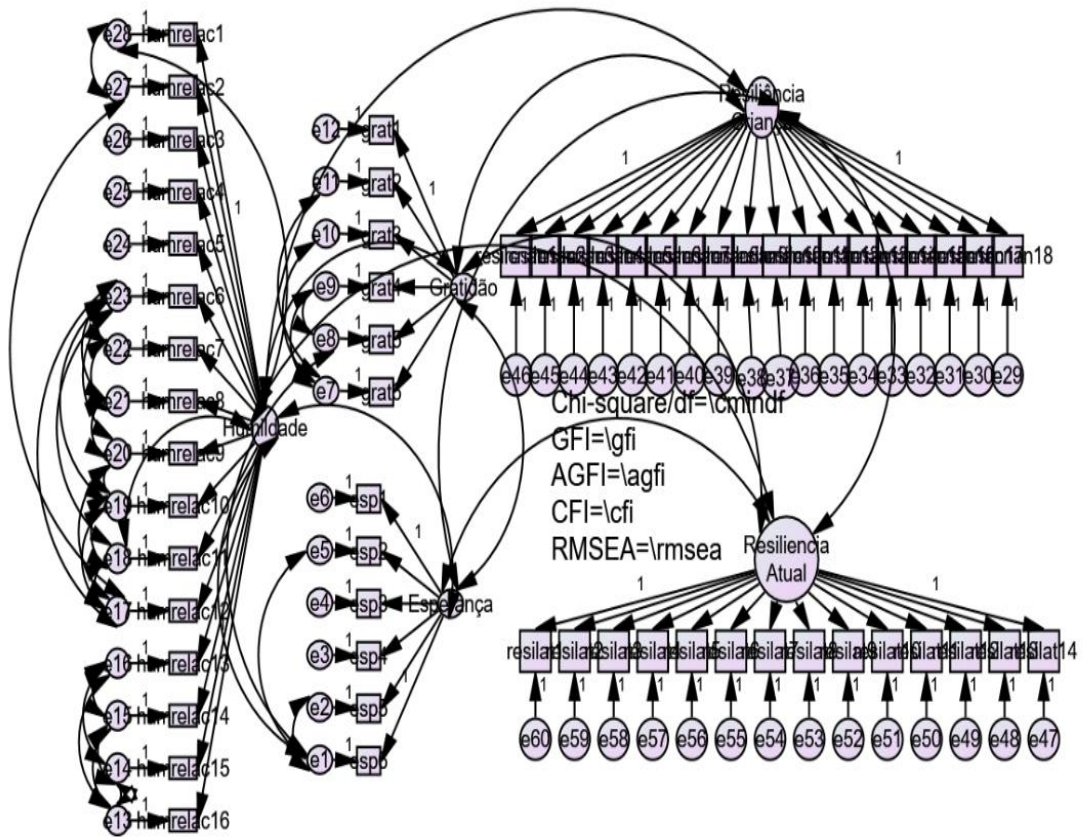


Table 4

Construct Validity of the model: Internal Consistency and Convergent and Discriminant Validity

	Humility	Gratitude	Hope	Resilience	
				Child Resilience	State Resilience
AVE	.19	.35	.42	.18	.24
CR	.73	.51	.81	.73	.84
MSV	.06	.24	.49	.38	.31
ASV	.04	.14	.26	.22	.21
Alpha Cronbach	.83	.36	.79	.84	.72
KMO	.82	.66	.81	.79	.76

Table 5.

Correlation of work place with all virtues

		Mean	F	Sig
Intellectual Humility	Public Hospital	53.31	3.93	.000
	Private Hospital	50.41		.000
Hope	Public Hospital	23.37	4.37	.000
	Private Hospital	23.32		.000
Atual Resilience	Public Hospital	57.67	6.15	.000
	Private Hospital	56.62		.000
Child Resilience	Public Hospital	67.88	11.00	.000
	Private Hospital	66.13		.000
Relational Humility	Public Hospital	54.09	3.72	.001
	Private Hospital	52.88		.001
Gratitude	Public Hospital	20.15	6.17	.000
	Private Hospital	19.70		.000

6 DISCUSSÃO GERAL

A presente investigação foi elaborada atendendo às interrogações dos investigadores e às hipóteses de estudo colocadas, que conduziram a um fim condutor para a mesma.

Para a investigação foram colocadas cinco hipóteses, nomeadamente:

H1- a humildade, gratidão e esperança estão positivamente relacionadas com a resiliência, sendo que através do terceiro estudo as análises de correlação e regressão entre as virtudes comprovou que estas virtudes são preditivas entre si com valores significativos;

H2 - os profissionais de ajuda que apresentam níveis baixos de humildade, apresentam menor nível de gratidão, esperança e resiliência. De salientar que do estudo efetuado, os resultados do terceiro estudo comprovaram que profissionais com elevada humildade apresentavam também valores elevados na gratidão, na esperança e na resiliência, o que novamente comprova a forte correlação entre as quatro virtudes;

H3 - quanto maior a idade dos profissionais de ajuda, maior o nível de humildade, gratidão e esperança. A análise aos resultados obtidos no terceiro estudo através das correlações das quatro virtudes com as variáveis sociodemográficas, sendo a idade uma delas, também comprovou esta hipótese, ou seja, o nível destas virtudes aumenta/acresce com a idade;

H4 - por categoria profissional, os enfermeiros apresentam níveis mais elevados de humildade, gratidão, esperança e resiliência. Os resultados obtidos no terceiro estudo em que se objetivou analisar as correlações entre as quatro virtudes com as variáveis sociodemográficas, como seja a categoria profissional, comprovou, efetivamente, que os enfermeiros são os que apresentam valores mais elevados nestas virtudes;

H5 - a humildade, gratidão e esperança apresentam um valor preditivo elevado entre si e com a resiliência. Os resultados encontrados no terceiro estudo permitiram analisar esta hipótese em estudo e comprovaram que estas quatro virtudes dispõem de um valor preditivo e significativo entre si.

Os estudos desenvolvidos na presente investigação permitiram comprovar as hipóteses definidas previamente. Porém, mais do que a sua comprovação, torna-se fulcral refletir sobre as mesmas e quais as consequências destes resultados, apesar da escassa literatura científica sobre a temática.

Neste âmbito, a investigação baseada na Psicologia Positiva defende que a presença de virtudes positivas “atrai” a presença de outras virtudes positivas. Assim, estes nossos resultados parecem também defender esta premissa, o que é corroborado, por exemplo, por pessoas com elevado grau em humildade que apresentam baixo grau de impulsividade e raiva, o que, nas suas vidas diárias as conduz a situações de um menor stresse e conseqüentemente, a um estado de saúde melhorada (Ashton & Lee, 2008, cit. in Worthington et al., 2017). Assinale-se ainda que pessoas com baixo nível de humildade, apresentam baixos níveis de esperança, gratidão e resiliência, o que justifica e explica o facto de as quatro virtudes serem preditivas, de forma significativa, entre si. É neste sentido que Worthington et al. (2017) defendem que a humildade está relacionada com outras variáveis, como seja, a gratidão, o perdão e a autorregulação, que no seu todo, conduzem à diminuição do stresse e ao aumento do suporte social, o que torna estas virtudes variáveis independentes e com efeito directo na saúde. De facto, estes autores defendem ainda que estas virtudes humanas positivas devem ser estimuladas e desenvolvidas nas pessoas, não só porque vão atrair outras virtudes positivas, como pelos seus benefícios na saúde física, psicológica, espiritual, ética, académica, liderança, que são, verdadeiramente, benéficos, e enfatizam que todas elas podem ser aprendidas (*teachable*). Este é, sem dúvida um importante fator a ser retido, uma vez que todos nos podemos aprender a ser humildes, a ter esperança, a ser gratos e a perdoar.

A amostra em estudo incluiu profissionais de ajuda, nomeadamente, médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, administrativos, psicólogos, fisioterapeutas e terapeutas da fala. Da investigação efetuada, pode constatar-se que esta revelou que, de todos os profissionais de ajuda inquiridos, os enfermeiros são os que apresentam valores mais elevados em todas as virtudes, exceto na esperança (onde têm os valores mais baixos). Este resultado, na realidade em que vivemos, parece ser expectável porque, na realidade, são os enfermeiros que se encontram na primeira linha, são eles que despendem a maioria do tempo com os seus pacientes e familiares em oposição aos outros profissionais. Logo, na confrontação diária e constante com a dor e sofrimento alheio, estes profissionais têm que desenvolver em si virtudes e competências eficazes e gratuitas que lhes permita alcançar o outro e ultrapassar os obstáculos e desafios constantes na sua prática diária.

McCann et al. (2013) explicam no estudo que desenvolveram que ambientes com fontes de stress frequente, em que está associada a dor humana e o stress no local de trabalho, como é o caso dos profissionais de saúde, pode conduzir a situações de extremo *burnout* e, em casos mais extremos, a sintomas de stress pós-traumático, sendo os enfermeiros, médicos, psicólogos e assistentes sociais, como as classes mais apontadas.

No caso particular dos enfermeiros, Yilmaz (2017) aponta que a falta de tempo e falta de autocuidado, as relações interpessoais pobres, o confronto com a morte, os conflitos com os médicos e supervisores e a inadequada preparação emocional são os principais stressores no trabalho destes profissionais, que podem levar a problemas físicos e mentais visíveis através da presença de irritabilidade, fadiga, falta de concentração, despersonalização, e exaustão emocional. Também nesta situação se visualiza a importância das virtudes estudadas, sendo que a resiliência pode constituir-se como a ferramenta que permite aos mesmos cooperarem com o ambiente de trabalho e manterem o funcionamento físico e mental.

Os médicos também apresentam valores elevados na esperança, resiliência e humildade relacional, o que é um dado bastante positivo, pois são estes profissionais que dão resposta a muitas interrogações dos pacientes, inclusive, é neles que assenta a responsabilidade do diagnóstico e as análises sobre as causas de doença, o explicar o estado de saúde dos pacientes, mas sobretudo ajudar a melhorá-lo e prevenir uma recaída no mesmo problema. É neste sentido que McKingley et al. (2019) defendem que os médicos são as pessoas com maior risco de ansiedade, depressão e suicídio, comparando com a restante população, exatamente, pela natureza da sua própria profissão por se complexificar face à relação médico-paciente que têm que estabelecer. Assim, perante a complexidade da profissão, os médicos podem desenvolver estes instrumentos que os poderão ajudar a manter o seu equilíbrio, recorrendo à resiliência, o que parece ser o caso dos nossos inquiridos que apresentam valores elevados nesta virtude humana.

De acordo com os resultados da presente amostra, os administrativos são a categoria profissional que apresenta valores mais baixos, o que de certa forma, pode ser explicado pela “invisibilidade” do seu trabalho e desempenhar de tarefas. De facto, e ainda que numa equipa de saúde, todos os elementos sejam

fundamentais para o eficiente funcionamento de uma unidade de saúde, porém há profissionais cujas tarefas se tornam mais invisíveis face aos pacientes e seus familiares, o que pode conduzir a uma diminuição da presença destas virtudes nestas pessoas. Este é, contudo, um aspeto particularmente importante e que convém ser equacionado pois que são, na maior parte das vezes estes profissionais que efetuam um primeiro contacto quer com os pacientes, quer com os familiares.

A variável idade também apresentou resultados muito importantes na presente investigação, isto é, quanto maior a idade, maior o nível de humildade, gratidão, esperança e resiliência. Porquê a importância deste resultado? Efetivamente, este resultado permite concluir que estas virtudes não são estanques, podem ser desenvolvidas e ensinadas, o que permite um perspetivar de uma sociedade mais humilde, grata, esperançosa e resiliente, logo numa sociedade mais saudável. Assim, torna-se fundamental refletir na importância de se abordar a psicologia positiva juntamente com o estudo destas virtudes na formação académica destes profissionais de ajuda, para simultaneamente, consigam combater com maior facilidade as adversidades da sua profissão e atingir, em pleno, as pessoas a quem prestam cuidados.

Em 2015, no estudo de Martins e Freitas, que incide sobre estas virtudes, também é comprovado que o nível destas virtudes humanas aumenta com a idade, o que novamente comprova o carácter de *teachable* das mesmas.

Também já foram aplicadas algumas investigações, em particular na virtude da resiliência, que a aplicação de programas de educação e fomentação desta virtude humana conduz ao aumento da resposta face à adversidade, nomeadamente, ao aumento da autoconfiança, menor exaustão, aumento da satisfação no trabalho, melhoramento nas capacidades de resolução de problemas, no controle de pensamentos negativos (Foster et al., 2020; Yilmaz, 2017).

Também o presente estudo vem revelar um resultado bastante interessante, no que respeita ao local da profissão como variável sociodemográfica. A investigação analisou o nível das virtudes humanas em causa em profissionais de ajuda que exercem as suas funções em hospitais públicos e hospitais privados, comprovando que o nível das virtudes é superior nos profissionais em ambiente público. Este resultado, sem base científica prévia para a sua argumentação,

também é expectável porque os desafios que estes profissionais enfrentam são diferentes de acordo com o local de trabalho, nomeadamente, os profissionais em hospital público são confrontados com uma escassez de recursos humanos e físicos, contrariamente, aos profissionais de ambiente privado que dispõem de recursos físicos e humanos bem mais favoráveis à sua prática. Isto é, comprova-se que estas virtudes humanas se enaltecem em ambientes adversos e com obstáculos, porque estas virtudes compõem uma das maiores armas no quotidiano profissional sem as condições ideais para uma prática de saúde eficaz, eficiente e humanizada.

Todas as hipóteses em estudo foram estudadas e comprovadas, revelando resultados importantes e com influência prática, nomeadamente nos profissionais de ajuda. Em 2008, Margarida Vieira escrevia que a dotação de pessoal e a segurança dos pacientes seria um dos principais problemas de alguns países, porque o aumento do número de pessoas consumirá cada vez mais enfermeiros, e conseqüentemente, todos os outros profissionais que com eles trabalham, e simultaneamente, a participação dos pacientes nos seus planos terapêuticos será maior, facilitado pelo acesso rápido à informação. Por isso, revela-se crucial estudar as ferramentas que podem conduzir ao melhoramento da ação destes profissionais, e as virtudes humanas correspondem a uma dessas ferramentas, que terão que se tornar mais visíveis na prática diária, pois *o aumento da complexidade dos cuidados de saúde aumentará também as práticas colaborativas no trabalho em equipa* (Vieira, 2008, p. 123).

Na ausência destas virtudes, ou, quando estes profissionais não aparentam grande empatia face aos pacientes, como poderá ser o desempenho destes profissionais de ajuda? Muitos são os pacientes e seus familiares que, por vezes se queixam e apresentam reclamações destes profissionais. É do conhecimento geral que temos vindo a assistir a uma melhoria significativa na qualidade dos cuidados de saúde, que tem evoluído ao longo dos tempos e é defendida como um direito e pilar fundamental nos serviços de saúde. Efetivamente, as reclamações dos utentes são importantes pois, podem revelar informações preciosas acerca das experiências entre os pacientes e suas famílias e as instituições de saúde, fornecendo desta forma indicadores de qualidade que irão permitir identificar áreas e/ou oportunidades de melhoria. Assim, esta análise

poderá também ajudar a elencar formações contínuas de forma a promover níveis mais elevados destas variáveis, melhorando a eficácia dos serviços de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A concretização de um trabalho de investigação pode ser adjectivada com múltiplos conceitos e sentimentos, nomeadamente, entusiasmo, exaustão, alegria, dúvida, ambivalência, coragem, trabalho, porque o seu culminar transparece um sentimento de inconclusão.

Como investigadora sinto que, apesar de termos conseguido atingir os objetivos e hipóteses do respetivo estudo, ainda há pontos de interrogação sem ponto final, o que é totalmente justificável porque o conhecimento está em constante aprofundamento, desenvolvimento, e principalmente, numa temática inovadora cuja base científica ainda se denomina de escassa. O que por outro lado, também se define como desafiante, primária e de carácter prioritário, pois a presente investigação é a das primeiras a ser realizada em Portugal.

Apesar das dificuldades, obstáculos e desafios que foram aparecendo ao longo do decorrer deste trabalho, os mesmos também se constituíram como pedras basilares para o desenvolvimento do mesmo, para refletir na importância e urgência da temática em estudo.

A presente investigação tem por base quatro virtudes humanas, sendo que pretendemos com a presente tese de doutoramento dar um contributo para estudar a relação entre a humildade, gratidão e esperança, como fatores protetores da resiliência, na relação de ajuda, ou seja, pretendeu-se analisar como é que estas virtudes se correlacionam entre si enquanto fatores protetores da resiliência e o quão importantes são na relação de ajuda, abrangendo os profissionais de saúde como amostra do estudo. Neste sentido, as virtudes humildade, a gratidão, a esperança e a resiliência foram, primeiramente, estudadas e analisadas de forma individual para, posteriormente, ser estudada a interconexão entre as quatro. Esta sequência de análise facilitou a interpretação dos resultados, assim como a transparência da importância de todas e como podem ter um papel fundamental na relação de ajuda.

De acordo com o enquadramento teórico apresentado, estas virtudes são fundamentais para o desenvolvimento positivo e benéfico da performance humana, nomeadamente na relação de ajuda e todo o processo que a compõe. Isto é, a relação de ajuda, em estudo, resulta da relação entre o profissional de

ajuda e o paciente e a mesma desenrola-se com base nos objetivos traçados pelo paciente. Esta relação é complexa e implica que os profissionais de saúde sejam mais que meros técnicos, que não se foquem unicamente nas técnicas, implica que sejam capazes de se preocuparem com os seus pacientes numa perspetiva holística e que os ajudem os a enfrentar os seus problemas e/ou a situação de crise que vivenciam, com base em todos os recursos que possuem.

Após um enquadramento conceptual, a presente investigação fundamentou-se em três estudos empíricos, nomeadamente a adaptação e validação da *Intellectual Humility Scale* e da *Cultural Humility Scale* para a população portuguesa, e o estudo sobre a interconexão das virtudes humildade, gratidão, esperança e resiliência na relação de ajuda. Importa explicitar que, das quatro virtudes estudadas, a humildade é aquela que parece deter um carácter mais inovador, assim como a validação de instrumentos para a sua medição. A humildade (relacional) tem dois subdomínios: intelectual e cultural, e objetivou-se o seu estudo individual, mas também a correlação com as outras virtudes e a validação de um instrumento para a respetiva medição. A adaptação e validação destes instrumentos apresenta-se como fulcral, uma vez que em Portugal não existe nenhum instrumento que permita medir estes constructos.

Assim, o primeiro e o segundo estudo empírico, apresentam a validação e adaptação das escalas *Intellectual Humility Scale* e *Cultural Humility Scale*, com uma amostra de 686 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, administrativos, psicólogos, terapeuta da fala, fisioterapeutas) ($N = 686$) a exercerem funções num hospital público e num hospital privado na região algarvia. Primeiramente, foi efetuado o processo de tradução e retroversão das escalas e posteriormente, a sua aplicação à amostra em estudo, realizando a análise descritiva e avaliação da consistência interna das subescalas assim como a análise exploratória e confirmatória das mesmas. Após as devidas análises verificou-se que o instrumento apresentava bons valores de consistência interna, sendo que os resultados obtidos através da análise exploratória e confirmatória, permitem concluir que o processo de tradução e retroversão, assim como as devidas modificações realizadas à escala original possibilitam a utilização e aplicação da escala em Portugal, quer para uso clínico, quer para futuras investigações nos mais diversos campos de atuação.

O terceiro estudo objetivou analisar a correlação de cada virtude com as variáveis sociodemográficas (idade, categoria profissional, género, habilitações literárias, entre outras); bem como estudar a correlação entre as quatro virtudes e analisar a relevância de cada virtude e da correlação entre as quatro variáveis.

Assim, o estudo confirmou que a humildade, a gratidão e a esperança estão relacionadas com a resiliência, ou seja, que dispõem de correlações positivas e significativas entre si assim como um valor preditivo elevado e significativo. O que, de certa forma, vem comprovar cientificamente o carácter de fatores de proteção da resiliência, e que sem dúvida não podemos dispensar das suas ligações.

O modelo das equações estruturais da base do estudo com as virtudes em causa revela-se plausível apesar dos erros de modificação que tiveram que ser realizados, o que leva a refletir no mesmo (modelo) e até que ponto, não terá que ser aperfeiçoado para ser melhor aproveitado.

Face à interligação destas virtudes é expectável que se torne reflexo nos comportamentos humanos, isto é, que pessoas mais humildes, sejam também elas mais gratas, esperançosas e mais resilientes.

De valorizar e enfatizar, que todas estas virtudes não são apenas de carácter inato, mas sim, que podem ser aprendidas e desenvolvidas com o tempo e idade, pois quanto maior a idade, maior o grau da presença destas virtudes nas pessoas. Este resultado assume um grau de importância elevado, pois significa que todos nós podemos desenvolver estas virtudes humanas, que são cruciais no quotidiano e no bem-estar, e ainda as podemos “espelhar” aos outros. Estará nas “mãos de cada um” a possibilidade de mudar o paradigma social, em que deixaremos de relevar o ter e substituir pelo ser? Não seria interessante educar e formar com base nestas virtudes humanas?

No entanto, é interessante mencionar que os dados foram colhidos em 2019, antes da pandemia, e sabemos que este fenómeno mundial trouxe desafios a todos os níveis e locais, incluindo nos meios privados, como tal, seria interessante voltar a colher os dados pós pandemia, e verificar se a presença deste desafio teria trazido um aumento destas virtudes neste ambiente profissional.

A investigação teve como amostra principal os profissionais de ajuda, como por exemplo, os médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e administrativos, fisioterapeutas, terapeutas da fala, e de todas as categorias

profissionais, os enfermeiros revelaram-se como os que possuem níveis mais elevados de humildade, gratidão, esperança e resiliência, o que é um resultado expectável por serem os profissionais que despendem mais tempo junto dos pacientes e suas famílias, como tal, aqueles que carecem mais destas virtudes humanas.

Também é importante ressaltar o facto dos profissionais de ajuda que exercem funções no âmbito hospitalar do sector público apresentam níveis mais elevados das virtudes estudadas do que os profissionais que exercem em sector privado. Este resultado, que é expectável, vem comprovar que estas virtudes humanas ressaltam em ambientes mais desfavoráveis e por isso, mais desafiantes, o que permite o desenvolver da capacidade de ultrapassar obstáculos e aprender com os mesmos. O sector público é mais desafiante do que o sector profissional, por a escassez em recursos humanos e físicos é muito maior do que no sector privado.

Importa referir que a presente investigação permitiu a adaptação e validação de dois instrumentos para Portugal, inseridos numa virtude cuja pesquisa científica é inovadora; o estudo da correlação entre as quatro virtudes em causa, sendo o primeiro estudo, até ao momento, nesta temática; o estudo das virtudes, e sua importância, na amostra em estudo, os profissionais de ajuda. Apesar de se terem validado estas duas escalas para utilização em profissionais de ajuda em Portugal, nomeadamente a Humildade Cultural e Intelectual, dos resultados terem sido bastante relevantes e com aplicabilidade para os profissionais de ajuda, ainda há questões sem resposta e melhorias que deviam ser realizadas.

Nesta fase final, é ainda de referir que os profissionais de ajuda, independentemente do seu regime de trabalho, privado ou público, são pessoas que se confrontam diariamente com inúmeros obstáculos e adversidades, nomeadamente até com aqueles pelos quais são educados culturalmente ao afastamento, como o lidar com a dor, o sofrimento e até mesmo, a morte daqueles a quem se prestam cuidados. Face a esta realidade, estes profissionais necessitam muito mais do que boas técnicas científicas, carecem de “armas e ferramentas” que lhes permitam o ultrapassar estes desafios com que se defrontam no seu dia-a-dia e que aprendam de forma sistemática e positiva face aos mesmos. É nosso entender, que uma das principais contribuições do presente estudo reside nesta

chamada de atenção para se focalizarem as virtudes humanas, que têm essa potencialidade e função. Neste sentido, e após os resultados da investigação, é nosso entender que deveriam ser criados e implementados programas de intervenção e formação contínua destinados a estes profissionais de ajuda sobre a importância, promoção e desenvolvimento destas virtudes para a sua prática profissional. Pensamos ainda da evidência dos resultados por nós alcançados que estes programas deveriam ser implementados de acordo com a prática baseada na evidência e iniciados na formação inicial destes profissionais para que os sistemas de saúde possam contar com profissionais cada vez mais humildes, mais gratos, mais esperançosos e sobretudo, mais resilientes.

Diversas são as limitações da presente investigação com que nos fomos confrontando ao longo desta nossa jornada. Uma das principais limitações tem a ver com a escassa pesquisa que a temática que aqui encetamos tem, não apenas no nosso país, mas internacionalmente, sendo muitas vezes apelidada de não científica. É nossa percepção, que esta visão poderá ter dificultado a motivação de alguns inquiridos, como também ter contribuído para enviesar algumas respostas. Uma outra, mas não menos importante limitação, tem a ver com a amostra que deveria ter sido mais abrangente, isto é, deveria ter sido aplicada também a outros profissionais, como os da educação para haver um maior método de comparação, deveria ainda ter sido alargada em termos de todo o país, para uma melhor generalização dos resultados, como ainda poderia ter sido aplicada noutros países para se poder fazer uma comparação mais aprofundada.

Tendo em atenção estudos futuros e face à importância dos resultados para os profissionais de ajuda seria interessar desenvolver e implementar um projeto de formação destinado a estes profissionais baseado no modelo da prática baseada na evidência.

A prática baseada na evidência corresponde à transferência dos conhecimentos científicos na prática clínica, visando a melhoria da prestação dos cuidados, facilitar a tomada de decisão e torna-la mais eficaz, a redução de custos e melhorar a satisfação dos profissionais de ajuda. Como tal, e face aos benefícios destas virtudes humanas nos profissionais de ajuda seria interessante elaborar um projeto de desenvolvimento das mesmas de acordo com as necessidades dos profissionais e que permita o melhoramento da sua ação diária, tornando a ação e poder destas virtudes mais conscientes e visíveis.

Efetivamente, com a presença destes resultados torna-se fulcral refletir em ações que permitam o desenvolvimento destas virtudes humanas, que assumem um papel fundamental para o Homem, independentemente, da sua categoria profissional. Seria interessante desenvolver ações de formação sobre a temática em estudo para profissionais de ajuda, em ambiente público e privado, mas sobretudo, na formação académica dos mesmos. Estas formações deveriam incluir também os administrativos de forma a que também estes possam entender que, muitas vezes o trabalho invisível que desempenham acarreta tanta importância e relevo como aqueles que desempenham uma função mais direta aos pacientes e familiares. Parece-nos evidente ainda a premente necessidade de alargar estas formações e abranger outro tipo de profissionais, como sejam, professores e educadores, pois são também estes que desempenham um papel importante no desenvolvimento de futuras gerações.

Também teria sido interessante estudar os efeitos diretos destas virtudes na saúde física, psicológica, académica e desportiva, ou seja, a aplicação do questionário à amostra (por exemplo, doentes hipertensos, doentes depressivos, estudantes universitários, e atletas de alta competição de uma modalidade desportiva), dar formação sobre as virtudes humanas em estudo e qual a importância das mesmas para o seu caso específico, e posteriormente, nova aplicação dos questionários para averiguar o aumento de níveis, ou não, das virtudes nas amostra em causa e até comparar, com uma amostra que não tenha recebido a formação.

A continuação no aprofundar desta temática ainda permanece de carácter urgente, pois independentemente dos recursos físicos que cada pessoa possa ter, as virtudes humanas adjetivam-se como acessíveis e universais. Acreditamos que a presente investigação tem um carácter importante e mais profundo do que as suas quatro virtudes associadas, a questão mais profunda da mesma é o cuidar.

Cuidar não é apenas prestar auxílio à pessoa dependente, mas também independente e importa, na verdade, três pilares de intenção: a intenção de reparar, a intenção de satisfazer e a intenção de formar, de educar e de acompanhar um desenvolvimento (Honoré, 2004). Esta definição de cuidar demonstra, não só a complexidade do estudo em causa, como a importância da mesma, ou seja, como as virtudes humanas são reveladoras e úteis para a ação universal do cuidar, como as mesmas podem dar sentido ao cuidar, o que implica

o reconhecimento que a própria pessoa que é cuidada e a pessoa que cuida tem que demonstrar e que transcende mais do que o ato perante alguém que falha e/ou precisa de ajuda para ser reparada. Mas a capacidade de poder dar sentido a todos os atos, e assim, reconhecer a dignidade humana (Honoré, 2004).

Quem cuida e quem é cuidado, cuja dignidade humana é, muitas vezes, esquecida, está sempre na expectativa de ser reconhecido e respeitado (Honoré, 2004, p.81).

REFERÊNCIAS

- Almeida, L.S., & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia educação*. (5ªed.). Psiquilíbrios Edições.
- Alves, A. F. A. M. V. (2010). *Gratidão: Um estudo longitudinal sobre o impacto pessoal e relacional*. [Master Thesis, Universidade de Lisboa] Repositório Institucional da Universidade de Lisboa. http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3050/1/ulfp037537_tm.pdf
- APA (2015). *APA Dictionary of Psychology*. American Psychological Association
- Badu, E., O'Brien, A. P., Mitchell, R., Rubin, M., James, C., McNeil, K., Nguyen, K., & Giles, M. (2020). Workplace stress and resilience in the Australian nursing workforce: A comprehensive integrative review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29, 5-34. <http://doi.org/10.1111/inm.12662>.
- Benatar, S., & Upshur, R. (2014). Virtues and values in medicine revisited: individual and global health. *Clinical Medicine* (London, England), 14(5), 495–499. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.14-5-495>
- Billigton, E., Simpson, J., Unwin, J., Bray, D., & Gales, D. (2008) Does hope predict adjustment to end stage renal failure and consequent dialysis? *British Journal of Health Psychology*, 13, 683-699. <http://doi.org/10.1348/135910707X248959>.
- Bono, G., & Sender, J. T. (2018). How gratitude connects humans to the best in themselves and in others. *Research Human Development*, 15 (3-4), 224-237. <http://doi.org/10.1080/15427609.2018.1499350>.
- Buck, R. (2004). The gratitude of exchange and the gratitude of caring: A development-interactionist perspective of moral emotion. In R.A. Emmons & E. McCullough (Eds.). *The psychology of gratitude* (pp. 100-122). Oxford University Press.
- Cain, I. H., Cairo, A., Duffy, M., Meli, L., Rye, M. S., & Worthington, E. L. (2019). Measuring gratitude at work. *The Journal of Positive Psychology*, 14(4), 440-451. <http://doi.org/10.1080/17439760.2018.1484936>.
- Carton, A. M. (2018). I'm not mopping the floors, i'm putting a man on the moon: How NASA leaders enhance the meaningfulness of work by changing the meaning of work. *Administrative Science Quarterly*, 63, 323-369. <http://doi.org/10.1177/0001839217713748>.
- Cleary, M., Kornhaber, R., Thapa, D. K., West, S., & Visentin, D. (2018). The effectiveness of interventions to improve resilience among health

- professionals: A systematic review. *Nurse Education Today*, 71, 247 - 263. <http://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.10.002>.
- Chancellor, J., & Lyubomirsky, S. (2013). Humble beginnings: Current trends, state perspectives, and hallmarks of humility. *Social and Personality Psychology Compass*, 7(11), 819-833. <http://doi.org/10.1111/spc3.12069>.
- Cruess, S. R., Cruess, R. L., & Steinert, Y. (2010). Linking the teaching of professionalism to the social contract: A call for cultural humility. *Medical Teacher*, 32, 357-359. <http://doi.org/10.3109/01421591003692722>.
- Davis, D., Worthington, E., & Hook, J. (2010). Humility: Review of measurement strategies and conceptualization as personality judgment. *The Journal of Positive Psychology*, 5, 243-252. <http://doi.org/10.1080/17439761003791672>.
- Davis, D., Worthington, E., Hook, J., Emmons, R.A., Hill, P.C., Bollinger, R.A., & Van Tongeren, D. R. (2013). Humility and the development and repair of social bonds: Two longitudinal studies. *Self and Identity*, 12(1), 58-77. <http://doi.org/10.1080/15298868.6365.9>.
- Dewall, C. N., Lambert, N. M., Pond, R. J., Kashdan, T. B., & Fincham, F. D. (2012). A grateful heart is a nonviolent heart: Cross-sectional, experience sampling, longitudinal, and experimental evidence. *Social Psychological and Personality Science*, 3(2), 232-240. <http://doi.org/10.1177/1948550611416672>.
- Dixson, D. D., Keltner, D., Werrell, F. C., & Melo, Z. (2018). The magic of hope: Hope mediates the relationship between socioeconomic status and academic achievement. *The Journal of Educational Research*, 111 (4), 507 – 515. <http://doi.org/10.1080/00220671.2017.1302915>.
- Edward, K. (2005). The phenomenon of resilience in crisis care mental health clinicians. *International Journal of Mental Health Nurses*, 14, 142-148. <http://doi.org/10.1111/j.1440-0979.2005.00371.x>.
- Emmons, R.A. (2009). *Obrigado! Como a gratidão pode torná-lo mais feliz*. Estrela Polar.
- Emmons, R.A., & Crumpler, C.A. (2000). Gratitude as a human strength: Appraising the evidence. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19 (1), 56-65. <http://doi.org/10.1521/jscp.2000.19.1.56>.
- Emmons, R. A., & McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective wellbeing in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 377-389. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.84.2.377>.
- Farrell, J. E., Hook, J. N., Ramos, M., Davis, D. E., Van Tongeren, D. R., & Ruiz, J. M. (2015). Humility and relationship outcomes in couples: The

- mediating role of commitment. *Couple and Family Psychology: Research and practice*, 4(1), 14-26. <http://doi.org/10.1037/cfp0000033>.
- Fehr, R., Fulmer, A., Awtrey, E., & Miller, J. A. (2017). The grateful workplace: A multilevel model of gratitude in organizations. *Academy of Management Review*, 42, 361-381. <http://doi.org/10.5465/amr.2014.0374>.
- Foronda, C., Baptiste, D. L., Reinholdt, M. M., & Ousman, K. (2016). Cultural humility: a concept analysis. *Journal of Transcultural Nursing*, 27, 210-217. <http://doi.org/10.1177/1043659615592677>.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: Da conceção à realização*. Lusociência.
- Foster, K., Roche, M., Delgado, C., Cuzzillo, C., Giandinoto, J., & Furness, T. (2020). Resilience and mental health nursing: Na integrative review of international literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28, 71-85. <http://doi.org/10.1111/inm.12548>.
- Foster, K., Roche, M., Giandinoto, J.A., & Furness, T. (2020). Workplace stressors, psychological well-being, resilience, and caring behaviours of mental health nurses: A descriptive correlational study. *International Journal of Mental health nursing*, 29, 56-68. <http://doi.org/10.1111/inm.12610>.
- Frankl, V. E. (2004). *O homem em busca de um sentido*. Lua de Papel.
- Freitas, J.D. (2013). *A Humildade e a Esperança como fatores protetores da Resiliência, na praxis humana?* [Master`s thesis, Universidade do Algarve] Repositório Institucional da Universidade do Algarve. <http://hdl.handle.net/10400.1/6020>.
- Freitas, J., Martins, M.H., & Davis, D. (2014). Contributions to the validation of the Humility Relational Scale. *Open Science Journal of Psychology*, 1(1), 1-9. <http://www.openscienceonline.com/journal/osjp>.
- Krumrei-Mancuso, E.J., Haggard, M.C., LaBouff, J. P., & Rowatt, W. C. (2019). Links between intellectual humility and acquiring knowledge. *The Journal of positive psychology*. <http://doi.org/10.1080/17439760.2019.1579359>.
- Gallagher, M. W., Long, L. J., & Phillips, C. A. (2020). Hope, optimism, self-efficacy, and posttraumatic stress disorder: A meta-analytic review of the protective effects of positive expectancies. *Journal of Clinical Psychology*, 76, 329-355. <http://doi.org/10.1002/jclp.22882>.
- Ghosh, A., & Deb, A. (2017). An exploration of gratitude themes and suggestions for future interventions. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 27 (7), 678-693. <http://doi.org/10.1080/10911359.2017.1323068>.

- Grant, A. M., & Gino, F. (2010). A little thanks goes a long way: Explaining why gratitude expressions motivate prosocial behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98(6), 946-955. <http://doi.org/10.1037/a0017935>.
- Kupfer, J. (2003). The moral perspective of humility. *Pacific Philosophical Quarterly*, 84, 249-269. <http://doi.org/10.1111/1468-0114-00172>.
- Hill, P. L., Allemand, M., & Roberts, B. W. (2013). Examining the pathways between gratitude and self-rated physical health across adulthood. *Personality and Individual Differences*, 54(1), 92-96. <http://doi.org/10.1016/j.paid.2012.08.011>.
- Hook, J. N., Davis, D. E., Owen, J., Worthington, E. L., & Utsey, S. O. (2013). Cultural humility: measuring openness to culturally diverse clients. *Journal of Counseling Psychology*, 60, 353-366. <http://doi.org/10.1037/a0032595>.
- Hook, J. N., Boan, D., Davis, D., Aten, J. D., Ruiz, J. M., & Maryon, T. (2016). Cultural humility and hospital safety culture. *Journal Clinical Psychology Medical Settings*, 23, 402-409. <http://doi.org/10.1007/s10880-016-9471-x>.
- Honoré, B. (2004). *Cuidar: Persistir em conjunto na existência*. Lusociência.
- Hughes, V., Delva, S., Nkimbeng, M., Spaulding, E., Turkson-Ocran, R. A., Cudjoe, J., Ford, A., Rushton, C., D'Aoust, R., & Han, H. (2020). Not missing the opportunity: Strategies to promote cultural humility among future nursing faculty. *Journal of Professional Nursing*, 36, 28-33. <http://doi.org/10.1016/j.profnurs.2019.06.005>.
- Huynh, H. P., & Dicke-Bohmann, A. (2020). Humble doctors, healthy patients? Exploring the relationships between clinician humility and patient satisfaction, trust, and health status. *Patient Education and Counseling*, 103, 173-179. <http://doi.org/10.1016/j.pec.2019.07.022>.
- LaBouff, J. P., Rowatt, W. C., Johnson, M. K., Tsang, J. A., & Willerton, G. M. (2012). Humble persons are more helpful than less humble persons: Evidence from three studies. *The Journal of Positive Psychology*, 7, 16-29. <http://doi.org/10.1080/17439760.2011.626787>.
- Lanham, M. E., Rye, M. S., Rimsky, L. S., & Weill, S. R. (2012). How gratitude relates to burnout and job satisfaction in mental health professionals. *Journal of Mental Health Counseling*, 34, 341-354. <http://doi.org/10.17744/mchc.34.4.w11kgpq26>.
- Long, K. N. G., Kim, E. S., & Chen, Y. (2020). The role of hope in subsequent health and well-being for older adults: An outcome-wide longitudinal approach. *Global Epidemiology*. <http://doi.org/10.1016/j.gloepi.2020.100018>.

- Löfqvist L. (2018) Virtue Ethics and Disasters. In: O'Mathúna D., Dranseika V., Gordijn B. (eds) *Disasters: Core Concepts and Ethical Theories. Advancing Global Bioethics*, 11. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-92722-0_14
- Jackowska, M., Brown, J., Ronaldson, A., & Steptoe, A. (2015). The impact of a brief gratitude intervention on subjective well being, biology and sleep. *Journal of Health Psychology*, 21(10), 2207-2217. <http://doi.org/10.1177/1359105315572455>.
- Jankowski, P. J. , Sandage, S. J., & Hill, P. C. (2013). Differentiation – based models of forgivingness, mental health and social justice commitment. Mediator effects for differentiation of self and humility. *The Journal of Positive Psychology*, 8(5), 412-424. <http://doi.org/10.1080/17439760.2013.820337>.
- Julian, M., Romney, C., Mahrer, N., & Schetter, C. D. (2020). *Resilience to adversity*. In A. Gellman, M. (2020). *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. Springer.
- Krause, N. (2014). Exploring the relationships among humility, negative interaction in the church, and depressed affect. *Aging & Mental Health*, 18(8), 970-979. <http://doi.org/10.1080/13607863.2014.896867>.
- Krauser, N. (2010). Religious involvement, humility and self-rated health. *Soc Indic Res*, 98: 23-39. <http://doi.org/10.1007/511205-009-9514-x>.
- Kruse, E., Chancellor, J., Ruberton, P. M., & Lyubomirsky, S. (2014). An upward spiral between gratitude and humility. *Social Psychological and Personality Science*, 1-10. <http://doi.org/10.1177/1948550614534700>.
- Marie, M.; Hannigan, B. & Jones, A. (2017). Resilience of nurses who work in community mental health workplaces in Palestine. *International Journal of Mental Health Nurses*, 26, 344-354. <http://doi.org/10.1111/inm.12229>.
- Martins, M.H.V. (2005). *Contribuições para a análise de crianças e jovens em situação de risco: Resiliência e desenvolvimento*. [PhD thesis, Universidade do Algarve]. Repositório Institucional da Universidade do Algarve. <http://hdl.handle.net/10400.1/8497>.
- Martins, M.H.V., & Freitas, J. (2015). A Humildade e a Esperança: Fatores de resiliência na práxis humana? *Omnia*, 2, 23-31. <https://www.researchgate.net/publication/275342876>.
- Martínez – Martí, M. L., & Ruch, W. (2017). Character strengths predict resilience over and above positive affect, self-efficacy, optimism, social support, self-esteem, and life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 12(2), 110-119. <http://doi.org/10.1080/17439760.2016.1163403>.

- McCann, C.M., Beddoe, E., McCormick, K., Huggard, P., Kedge, S., Adamson, C., & Huggard, J. (2013). Resilience in the health professions: A review of recent literature. *International Journal of Wellbeing*, 3(1), 60-81. <http://doi.org/10.5502/ijw.v3i1.4>.
- McCullough, M.E., Emmons, R.A., & Tsang, J. (2012). The grateful disposition: A conceptual and empirical topography. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(1), 112 -127. <http://doi.org/10.137//0022-3514.82.1.112>.
- McCullough, M. E., Kilpatrick, S. D., Emmons, R. A., & Larson, D. B. (2001). Is gratitude a moral affect? *Psychological Bulletin*, 127 (2), 249-266. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.127.2.249127>.
- McElroy, S. E., Rice, K. G., Davis, D.E., Hook, J., Hill, P. C., Worthington, E. L., & Van Tongeren, D.R. (2014). Intellectual humility: Scale development and theoreticalelaborations in the context of religious leadership. *Journal of psychology & theology*, 42 (1), 19-30. <http://doi.org/10.1177/0099164711404200103>.
- McLarnor, K., & Rothstein, M. (2013). Development and initial validations of the workforce resilience inventory. *Journal of Personnel Psychology*, 12, 63-73. <http://doi.org/10.1027/1866-5888/a000084>.
- McKinley, N., Karayanis, P. N., Convie, L., Clarke, M., Kirk, S. J., & Campbell, W. J. (2019). *Resilience in medical doctors: a systematic review*. *Postgraduate Medical Journal*, <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2018-136135>.
- Menezes, A.P.L.F. (2009). *A propensão para o perdão na pessoa idosa*. Universidade do Porto.
- Molina, R., Fonseca, E., Waidman, M. & Marcon, S. (2009). The family's perception of its presence at the pediatric and neonatal intensive care unit. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(3), 630-638. <http://doi.org/10.1590/s0080-62342009000300019>.
- Navarro-Abal, Y., López-López, M. J., & Climent-Rodríguez, J. A. (2018). Engagement (compromiso), resiliencia y empatía en auxiliares de enfermería. *Enfermería Clínica*, 28(2), 103-110. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.08.009>
- Novo, S., Galvão, A., & Rodrigues, S. (2014). Relação de ajuda e intervenção psicoterapêutica no serviço de urgência. Em Moura, C., Pereira, I., Monteiro, M.J., Pires, P., & Rodrigues, V. (1ª Ed.). *Novos olhares na saúde* (pp. 518-529). Escola Superior de Enfermagem Dr José Timoteo Montalvão Machado.
- Oliveira, J.B. (2003). Esperança: Natureza e avaliação (proposta de uma nova escala). *Psicologia, Educação e Cultura*, 7(1): 83-106. <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/94145>.

- Oliveira, J.H.B. (2010). Felicidade, optimism, esperança e perdão em jovens, adultos e idosos. *Psychologica*, 52(1), 123-148. http://dx.doi.org/10.14195/1647-8606_52-1_7.
- Olus, G. B. M. (2019). Secure attachment and mental well-being: Gratitude, Hope and Ego-Resiliency as Mediators. *Demirtas*, 9 (54), 937-964. <https://www.researchgate.net/publication/337534430>.
- Orth, U., & Luciano, E.C. (2015). Self-esteem, narcissism, and stressful life events: Testing for selection and socialization. *Journal of Personality and Social Psychology*, 109 (4), 707-721. <http://doi.org/10.1037/pspp0000049>.
- Ozyilmaz, A. (2020). Hope and human capital enhance job engagement to improve workplace outcomes. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 93, 187-214. <http://doi.org/10.1111/joop.12289>.
- Paludo, S.S., & Koller, S.H. (2007). Psicologia Positiva: Uma nova abordagem para antigas questões. *Paidéia*, 17 (36), 9-20. <https://www.scielo.br/j/paideia/a/mPnRBjz6RrFFy9LPwSmFppz/?lang=pt&format=pdf>
- Peccoraro, L. A., Mehta, D.H., Schiller, G., & Logio, L. S. (2020). The Health benefits of resilience. In Uribarri, J. & Vassalotti, J.A. (Eds.). *Nutrition, Fitness, and Mindfulness, Nutrition and Health* (pp. 189 – 201). Springer.
- Peterson, C. & Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues – A handbook and classification*. Oxford University Press.
- Petrocchi, N., & Couyoumdjian, A. (2016). The impact of gratitude on depression and anxiety: The mediating role of criticizing, attacking, and reassuring the self. *Self and Identity*, 15(2), 191-205. <http://doi.org/10.1080/15298868.2015.1095794>.
- Pillay, N., Park, G., Kim, Y. K., & Lee, S. (2020). Thanks for your ideas: Gratitude and Team creativity. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 156, 69-81. <http://doi.org/10.1016/j.obhdp.2019.11.005>.
- Robbins, B. D., & Friedman, H. (2011). Resiliency as a virtue: Contributions from humanistic and positive psychology. In M. J. Celinski & K. M. Gow (Eds.), *Continuity versus creative response to challenge: The primacy of resilience and resourcefulness in life and therapy* (pp. 93–104). Nova Science Publishers.

- Roche, M., Duffield, C., & White, E. (2011). Factors in the practice environment of nurses working in inpatient mental health: A partial least squares path modeling approach. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 1475-
<http://doi.org/1486.10.1016/j.ijnurstu.2011.07.001>.
- Rogers, C. (2005). *As características de uma relação de ajuda – Tornar-se pessoa*. Martins Fontes Edições.
- Ross, L. (2010). Notes from the field: Learning cultural humility through critical incidents and central challenges in community-based participatory research. *Journal of Community Practice*, 18, 315-335.
<http://doi.org/10.1080/10705422.20110.490161>.
- Rowatt, W.C., Powers, C., Targhetta, V., Comer, J., Kennedy, S., & Labouff, J. (2006). Development and initial validation of an implicit measure of humility relative to arrogance. *The Journal of Positive Psychology*, 18(4), 198-211. <http://doi.org/10.1080/17439760600885671>.
- Ruberton, P. M., Huynh, H. P., Miller, T. A., Kruse, E., Chancellor, J., & Lyubomirsky, S. (2016). The relationship between physician humility, physician-patient communication, and patient health. *Patient Education and Counseling*, 99, 1138 – 1145. <http://doi.org/10.1016/j.pec.2016.01.012>.
- Seligman, M. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 3-9). Oxford University Press.
- Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14. <http://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- Sheldon, K. M., Fredrickson, B., Rathunde, K., Csikszentmihalyi, M., & Haidt, J. (2000).
Positive psychology manifesto. Manifesto presented at Akumal conference and revised during the Akumal meeting. Retrieved May 17, 2017,
Retrieved from: <http://ppc.sas.upenn.edu/akumalmanifesto.htm>
- Starkey, A. R., Mohr, C. D., Cadiz, D. M., & Sinclair, R. R. (2019). Gratitude reception and physical health: Examining the mediating role of satisfaction with patient care in a sample of acute care nurses. *The Journal of Positive Psychology*, 14(6), 779-788.
<http://doi.org/10.1080/17439760.2019.1579353>.
- Solano, J. P. C., Silva, A. G., Soares, I. A., Ashmawi, H.A., & Vieira, J. E. (2016). Resilience and hope during advanced disease: a pilot study with metastatic colorectal cancer patients. *BMS Palliative Care*, 15, 70-77.
<http://doi.org/10.1186/s12904-016-0139-y>.

- Solom, R., Watkins, P.C., McCurrach, D., & Scheibe, D. (2017). Thieves of thankfulness: Traits that inhibit gratitude. *The Journal of Positive Psychology*, 12, 120-129. <http://doi.org/10.1080/177439760.2016.1163408>.
- Snow, N.E. (1995). Humility. *The Journal of Value Inquiry*, 29: 203-216. <http://doi.org/10.1007/BF01079834>.
- Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological inquiry*, 13(4), 249-275. http://doi.org/10.012.07/S15327965PLI1304_01.
- Snyder, C.R. (2009). Hope theory: Rainbows in the Mind. *Psychological Inquiry: An international journal of advancement of psychological theory*, 13(4): 249-275. http://doi.org/10.1207/S15327965PLI1304_01.
- Snyder, C.R. & Lopez, S. J. (2009). *Psicologia Positiva: Uma abordagem científica e prática das qualidades humanas*. Artmed.
- Snyder, C.R. (1994). *The psychology of hope: You can get there from here*. Free Press.
- Tangney, J.P. (2000). Humility: Theoretical perspectives, empirical findings and directions for future research. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19(1), 70-82. <http://doi.org/10.1521/jscp.2000.19.1.70>.
- Ungar, M. (2018). Systemic resilience: principles and processes for a science of change in contexts of adversity. *Ecology and Society*, 23(4), 34. <https://doi.org/10.5751/ES-10385-230434>.
- Vieira, M. Ser enfermeiro: Da compaixão à proficiência. Universidade Católica Editora Unipessoal.
- Wang, A., Bai, X., Lou, T., Pang, J., & Tang, S. (2020). Mitigating distress and promoting positive aspects of caring in caregivers of children and adolescents with schizophrenia: Mediation effects of resilience, hope and social support. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29, 80-91. <http://doi.org/10.1111/inm.12651>.
- Webb, J. R., Hirsch, J. K., & Toussaint, L. (2015). Forgiveness as a positive psychotherapy for addiction and suicide. Theory, research, and practice. *Spirituality in Clinical Practice*, 2 (1), 48-60. <http://doi.org/10.1037/scp0000054>.
- Witvliet, C. V. O., Richie, F. J., Root Luna, L. M., & Van Tongeren, D. R. (2018). Gratitude predicts hope and happiness: A two study assessment of traits and states. *The Journal of Positive Psychology*. <http://doi.org/10.1080/17439760.2018.1424924>.

- Wood, A. M. (2014). Gratitude. In A. Michalos (Ed.). *Encyclopedia of quality of life research* (pp. 2609-2611). Springer.
- Wood, A. M., Joseph, S., Lloyd, J., & Atkins, S. (2009). Gratitude influences sleep through the mechanism of pre sleep cognitions. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(1), 43-48. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.09.002>.
- Wood, A. M., & Tarrier, N. (2010). Positive clinical psychology: A new vision and strategy for integrated research and practice. *Clinical Psychology Review*, 30 (7), 819-829. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.06.003>.
- Worthington, E., Davis, D. E., & Hook, J. N. (2017). *Handbook of humility: Theory, research, and applications*. Routledge.
- Yilmaz, E.B. (2017). Resilience as a strategy for struggling against challenges related to the nursing profession. *Chinese Nursing Research*, 4, 9-13. <http://doi.org/10.1016/j.cnre.2017.03.004>.
- Yoshimura, S. M., & Berzins, K. (2017). Grateful experiences and expressions: the role of gratitude expressions in the link between gratitude experiences and well being. *Review Communication*, 17 (2), 106-118. <http://doi.org/10.1080/15358593.2017.1293836>.
- Yunces, B., Kotan, V. O., Ozkayar, N., Kotan, Z., Yuksel, R., Bayram, S., Dede, F., & Goka, E. (2019). The association between hope, anxiety, depression, coping strategies and perceived social support in patients with chronic kidney disease. *The Journal of Psychiatric and Neurological Sciences*, 32, 43-51. <http://doi.org/10.14744/DAJPNS.2019.00006>.

ANEXOS

Anexo I. Escala da Gratidão

Escala da Gratidão

(Félix Neto, 2007)

1. Tenho muito que agradecer na vida.	1	2	3	4	5
2. Elaboraria uma longa lista se tivesse que registrar tudo pelo que estou agradecido(a).	1	2	3	4	5
3. Quando olho para o mundo não vejo razões para exprimir muita gratidão.	1	2	3	4	5

Anexo II. Escala da Esperança

Escala da Esperança

(Barros, 2003)

1. Considero-me uma pessoa cheia de esperança.	1	2	3	4	5
2. Não desanimo facilmente em frente às adversidades.	1	2	3	4	5
3. Luto para atingir os meus objetivos.	1	2	3	4	5
4. Sou otimista mesmo no meio das dificuldades.	1	2	3	4	5

Anexo III. Inventário *Measuring State and Child Resilience*

MEASURING STATE RESILIENCE

Chock C. Hiew, Ph.D.

(Versão adaptada à população portuguesa por Helena Martins, 2000)

No momento atual:

1. Tenho alguém que gosta de mim.	1	2	3	4	5
2. Tenho alguém fora da minha casa a quem posso falar sobre os meus problemas ou sentimentos.	1	2	3	4	5
3. Fico satisfeito(a) quando faço as coisas sem ajuda.	1	2	3	4	5
4. Sei que posso contar com a minha família quando preciso.	1	2	3	4	5
5. Eu acredito que tudo me irá correr bem.	1	2	3	4	5

MEASURING CHILD RESILIENCE

Chock C. Hiew, Ph.D.

(Versão adaptada à população portuguesa por Helena Martins, 2000)

No passado, quando criança:

1. Esperavam que eu fosse uma pessoa prestável (útil).	1	2	3	4	5
2. Eu era calmo(a), mesmo em tempos difíceis.	1	2	3	4	5
3. Os outros viam-me como "vivo(a)" e fisicamente ativo(a).	1	2	3	4	5
4. Eu acreditava em mim.	1	2	3	4	5
5. Os meus pais davam-me bastante atenção.	1	2	3	4	5

APÊNDICES

Apêndice I. Consentimento Informado

Consentimento Informado

Eu, Joana Dias de Freitas, exerço a profissionalidade de Enfermagem no IVI Faro, encontrando-me atualmente, a frequentar o Doutoramento de Psicologia, na Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve.

Na intencionalidade de construir a Tese cuja substância configura o propósito de avaliar a virtude da Humildade, da Gratidão e da Esperança, enquanto fatores protetores e de resiliência, venho graciosamente solicitar a V. Ex.^a a colaboração no presente estudo que pretendo realizar. Neste sentido, solicita-se o preenchimento dos questionários anexos a este pedido.

Mais se informa que o preenchimento dos questionários assume um caráter confidencial e anónimo, sendo que os dados recolhidos serão apenas utilizados no âmbito do estudo referido e a qualquer momento poderá abandonar a sua participação sem qualquer género de prejuízo.

O preenchimento dos questionários é fácil e de duração curta e ao longo dos mesmos encontrará indicações específicas e objetivas para o seu preenchimento correto.

Agradeço desde já a sua disponibilidade para a participação e colaboração na concretização do presente Estudo de Investigação.

Joana Freitas

✂-----

Consentimento

Declaro ter tido conhecimento sobre a génese do estudo em causa e consentido a utilização das respostas declaradas nos questionários para futura investigação científica, assim como do seu caráter anónimo e confidencial.

Data ___/___/___

Data ___/___/___

Assinatura do Investigador

Assinatura do Participante

Apêndice II. Questionário Socio Demográfico



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E
SOCIAIS

DOUTORAMENTO EM PSICOLOGIA

Questionário Sociodemográfico

1. Dados Pessoais

1.1. Idade: _____ anos

1.2. Data de Nascimento: _____

1.3. Género: Feminino Masculino

1.4. Estado Civil: Solteiro/a Casado/União de

Fato

Divorciado/Separado Viúvo/a

1.5. Habilitações Literárias:

Ensino Primário

Ensino Básico

Ensino Secundário

Bacharelato

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

1.6. Profissão: Docente Enfermeiro

Assistente Operacional

Médico

Assistente Administrativo

Estudante

Outra Profissão. Qual? _____

1.7. Anos de Profissão: _____ anos

1.8. Instituição onde exerce a profissão:

Universidade do Algarve

Hospital de Faro - E.P.E.

Hospital Particular do Algarve

Centro de Saúde

Outra. Qual? _____

1.9. Considera-se uma pessoa religiosa? Não Sim

2.0. É praticante ? Não Sim

Se sim, qual? _____

2.1 Exerce alguma atividade no contexto religioso?

Não

Sim

Catequese Há quanto tempo? _____

Outra Qual e há quanto tempo? _____

Apêndice III. Escala da Humildade Relacional
Escala da Humildade Relacional
(Donnie Davis, 2011; Freitas & Martins, 2013)

Ele/ela ...			
1. tem um caráter humilde.	1	2	3
2. é uma pessoa verdadeiramente humilde.	1	2	3
3. seria considerado humilde pela maioria das pessoas.	1	2	3
4. seria considerado humilde pelos seus amigos.	1	2	3
5. seria considerado humilde mesmo por pessoas estranhas.	1	2	3
6. julga-se demasiado importante.	1	2	3
7. tem um grande ego (auto-estima).	1	2	3
8. pensa em si numa forma excessivamente importante.	1	2	3
9. considera determinadas tarefas inferiores para si.	1	2	3

Apêndice IV. Escala da Humildade Intelectual

Escala da Humildade Intelectual

McElroy, S.E.; Rice, K. G.; Davis, D.; Hook, J.; Hill, P. C.; Worthington,
E. L. & Tongeren, D.R.V, 2014

(Versão adaptada à população portuguesa por Freitas, Martins & Jesus,
2017)

Ele/ela ...

1. Frequentemente fica irritado(a) quando as suas ideias não são postas em prática.	1	2	3	4
2. Prefere ganhar uma discussão a manter uma relação.	1	2	3	4
3. Tem que ter sempre a última palavra da discussão.	1	2	3	4
4. Fica na defensivo(a) quando as outras pessoas não concordam com ele/ela.	1	2	3	4
5. Fica zangado(a) quando os seus conselhos não são considerados.	1	2	3	4
6. Tem pouca paciência para as opiniões dos outros.	1	2	3	4
7. Age como se soubesse tudo.	1	2	3	4
8. Frequentemente aponta os erros dos outros.	1	2	3	4
9. Goza com as pessoas que têm diferentes pontos de vista.	1	2	3	4

Apêndice V. Escala da Humildade Cultural

Escala da Humildade Cultural

Hook, J. N.; Davis, D. E.; Owen, J.; Worthington, E. L. & Utsey, S. O.,
2013

(Versão adaptada à população portuguesa por Freitas, Martins & Jesus,
2017)

Uma pessoa culturalmente humilde ...

1. é respeitosa/educada.	1	2	3	4
2. está disponível para explorar/conhecer novas realidades.	1	2	3	4
3. assume logo que sabe muito.	1	2	3	4
4. é conceituada/valorizada.	1	2	3	4
5. está genuinamente interessada em aprender mais.	1	2	3	4
6. age com superioridade/arrogância.	1	2	3	4
7. está disponível para ver (as coisas) de outras perspectivas.	1	2	3	4
8. tem ideias preconcebidas sobre os outros.	1	2	3	4

Apêndice VI. Email e Comprovativos de autorização de aplicação dos instrumentos nas instituições

Sr.^a Enf.^a Joana de Freitas, doutoranda,

O CFIC-NFIE vem, nesta mensagem, informá-la que foi autorizado a 12-07-2018 pelo Conselho de Administração do CHUA o seu pedido para aplicação de um conjunto de questionários aos profissionais do Serviço de Medicina Interna 2 da Unidade de Faro do CHUA, intitulado *A Humildade, a Gratidão e a Esperança como factores protectores da Resiliência, na relação de ajuda* – Proposta de Investigação no âmbito do Doutoramento em Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve.

Desta forma pode dar início à investigação, tal como proposto.

Agradecemos que, quando der a sua investigação por terminada nos comunique para actualizarmos a base de dados de investigação.

Com os melhores cumprimentos,

**COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO
HOSPITAL PARTICULAR DO ALGARVE**

PARECER N^ 3/2018

Assunto: Avaliar a virtude da Humildade, da Gratidão e da Esperança, enquanto fatores protetores e de resiliência

Nos termos e para os efeitos do disposto na alínea a), do n° 1 do art° 9°- da Lei n° 21/2014 de 16 de Abril, foi solicitado o parecer desta Comissão, tendo em vista a autorização para a realização do estudo acima identificado.

No âmbito das competências que lhe são conferidas pelo art°- 6º do Decreto-Lei n 97/95 de 10 de Maio e pelo do art° 16º da Lei n°- 21/2014 de 16 de Abril, a CES-HPA analisou o processo que lhe foi apresentado para aquele efeito e avaliou todos os aspectos apontados no n° 6 do referido artº 16 .

2. Pertinência do estudo clínico e sua concepção:

De acordo com a **informação** prestada a esta Comissão a realização deste estudo torna-se pertinente uma vez que pretende demonstrar a importância de avaliar a virtude da Humildade, da Gratidão e da **Esperança, enquanto fatores protetores e de resiliência,**

2. Avaliação dos benefícios e riscos previsíveis:

Foram referidos a esta comissão que o estudo não apresenta riscos uma vez que se trata de um pedido **de autorização** para o **preenchimento** dos questionários e assume um caráter confidencial e **anónimo**, sendo que os dados recolhidos serão apenas utilizados no âmbito do estudo referido e a

qualquer momento poderá abandonar a sua participação sem qualquer género de prejuízo.

3. A aptidão do investigador principal e dos restantes membros da equipa. Cada membro pesquisador está apto a exercer sua tarefa.

Sendo o Investigador Principal: Enfermeira Joana Dias de Freitas e tendo como orientadores a Professora Doutora Maria Helena Martins e pelo Professor Saul Neves de Jesus da Faculdade de

Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve, atendendo ao tipo de estudo, parecem adequadas as qualificações dos profissionais responsáveis pelo estudo.

4. Procedimento de obtenção do consentimento informado incluindo as informações a prestarem participantes.

O consentimento informado será explicado ao participante voluntário durante a visita.

Parece, pois, que neste protocolo de estudo e considerando os documentos entregues para avaliação e sua fundamentação são observados os compromissos éticos, o que permite que esta comissão profira um parecer favorável ao plano de investigação, e por o mesmo respeitar os princípios deontológicos e legais específicos para estas situações.

Portimão, 21 de Dezembro de 2018

151018 009715

Exm^a Senhora
Dr^a Joana Dias de Freitas
Joanafreitas1414@hotmail.com

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
		Nº: CES 31/2018 PROC. Nº: #20/2018	12/10/2018

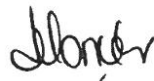
ASSUNTO: Parecer da CES da ARS Algarve sobre pedido n.º 20/2018 "A Humildade, a gratidão e a esperança, como factores protectores da resiliência, na relação de ajuda" – Requerente: Joana Dias de Freitas

Serve o presente para informar V. Exa. que o projeto em questão mereceu parecer Positivo por parte da CES da ARS Algarve na sua reunião de 20 de setembro de 2018, e autorização do Conselho Diretivo em reunião de 10/10/2018 para a sua realização no ano 2018.

Solicita-se igualmente que, ao abrigo do disposto no n.º 23º da atual Declaração de Helsínquia, dê conhecimento à CES da ARS Algarve, I.P., de eventuais alterações ao protocolo de investigação e demais informações tidas por relevantes, bem como do relatório final com as conclusões do estudo.

Aproveitamos ainda para desejar o maior sucesso no desenvolvimento deste trabalho.

Com os melhores cumprimentos,



Joséia Gonçalves
Vogal do Conselho Diretivo
da ARS Algarve, I.P