

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Resiliência na adolescência:

Uma reflexão sobre o potencial de superação de problemas em meninos e meninas

Laila Bom Rozemberg

Dissertação apresentada à Pós-
Graduação em Saúde Pública com vistas à
obtenção do título de Mestre em Ciências na
área de Saúde Pública

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Joviana Avanci

Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Miriam Schenker

Rio de Janeiro, dezembro de 2013.

PÁGINA DA FICHA CATALOGRÁFICA

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Dus, pelos caminhos certos em linhas tortas...

Às minhas orientadoras, Joviana e Miriam, por toda orientação e apoio ao longo desta caminhada, pelas contribuições e disponibilidade.

Aos meus pais e irmãos, por TUDO até aqui e depois... Aos meus avós, os mais lindos do mundo!!!!

Às amigas da turma de mestrado, Manoela, Samantha e Elaine que puderam contribuir tanto, cada uma a seu modo e ao seu tempo, Ritinha com muito pouco tempo para tamanho carinho e apoio. Obrigada por compartilhar essa jornada.

Aos amigos da vida que me ensinam e ajudam tanto, sem os quais a vida seria sem dúvidas tão mais difíceis e sem cor.

Ao meu cão paixão, Pantaii, que me tira de casa e me leva pra passear, obrigada por arejar meus pensamentos.

E ao Gustavo, meu amor, por incentivar e dar asas aos meus sonhos.

*Veja!
Não diga que a canção
Está perdida
Tenha fé em Deus
Tenha fé na vida
Tente outra vez!(Raul Seixas, 1945 – 1989)*

RESUMO

A dissertação apresenta dados inéditos de um estudo transversal realizado pelo Centro Latino Americano de Estudos de Violência e saúde Jorge Careli – CLAVES. A partir de uma abordagem quantitativa, o estudo tem como objetivo identificar as diferenças do potencial de resiliência de adolescentes do sexo feminino e masculino, a partir da investigação dos fatores familiares e comunitários. A metodologia se baseia na análise de dados de um inquérito epidemiológico que contou com a participação de 889 adolescentes do 9º ano de escolas públicas e particulares de um município da região metropolitana do Rio de Janeiro, selecionados por amostragem. Variáveis sócio-demográficas individuais, da família (dentre os quais a violência familiar) e da comunidade são estudadas segundo o potencial de resiliência dos adolescentes. As variáveis são analisadas por modelos de regressão logística, tendo a resiliência como variável desfecho e sexo como efeito modificador, incluído como um termo de interação no modelo, tendo como nível de significância de 5%. Os resultados estão apresentados na forma de dois artigos científicos. Verifica-se que a presença de depressão no adolescente, um relacionamento difícil com a mãe ou madrasta, a ausência de supervisão familiar, além da baixa utilização de estratégias de coping de distração, coping ativo e de suporte são fatores familiares associados ao baixo potencial de resiliência. As variáveis morar amontado e ter relacionamento difícil com os irmãos se mostram nocivas apenas ao potencial de resiliência das meninas. Já as variáveis relacionadas à resiliência e comunidade mostram que os diferentes tipos de apoio social oferecidos pela comunidade influenciam positivamente o potencial de resiliência de adolescentes, enquanto que fatores relacionados à depressão e à falta de satisfação com a vida possuem estreita relação com o baixo potencial de resiliência

dos adolescentes. É de fundamental importância que programas e políticas públicas enfatizem a proteção da população de crianças e adolescentes como forma de prevenção dos problemas de saúde mental e promoção da saúde, enfocando as particularidades do gênero.

Palavras-chave: resiliência, gênero, adolescente.

ABSTRACT

Key-words: resilience, gender, adolescent

The dissertation presents unpublished data from a cross-sectional study by the Latin American Center for the Study of Violence and health Careli Jorge - CLAVES. From a quantitative approach, the study aims to identify differences in the resilience potential of adolescent girls and boys, from the research of family and community factors. The methodology is based on analysis of data from a survey that included the participation of 889 adolescents in 9th grade from public and private schools in a municipality in the metropolitan region of Rio de Janeiro, selected at random. Individual socio-demographic variables, family (among which family violence) and community are studied according to the resilience potential of adolescents. The variables are analyzed by logistic regression models, and resilience as the outcome variable and sex as a modifier effect, included as an interaction term in the model, with the significance level of 5%. The results are presented in the form of two papers. It is found that the presence of depression in adolescents, a difficult relationship with her mother or stepmother, the lack of family supervision, and the low use of coping strategies of distraction, active coping and supportive family factors are associated with low potential resilience. Variables such as live huddle or have difficult relationships with brothers show only harmful to the resilience potential of girls. The variables associated with resilience and community show that different types of social support offered by the community positively influence the potential resilience of adolescents, whereas factors related to depression and lack of satisfaction with life have close relationship with low potential resilience of adolescents. It is vital that

programs and policies emphasize the protection of the population of children and adolescents for prevention of mental health problems and health promotion, focusing on the particularities of the gender.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. OBJETIVO GERAL DA DISSERTAÇÃO	16
3. QUADRO TEÓRICO.....	17
3.1. Resiliência: conceitos e aspectos desenvolvimentais	17
3.2. Fatores individuais, familiares e sociais associados ao potencial de resiliência em crianças e adolescentes	21
3.3. Resiliência e gênero.....	26
4. MATERIAL E MÉTODOS	32
4.1 Contexto do estudo.....	32
4.2 Amostra.....	34
4.3 Instrumentos.....	35
4.4 Considerações éticas	43
5. RESULTADOS	45
5.1 – Artigo 1: Resiliência, gênero e família na adolescência.....	45
5.2 – Artigo: Aspectos individuais e comunitários associados relacionados à resiliência em adolescentes	59
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	101

1. INTRODUÇÃO

Esta dissertação denominada “Resiliência na adolescência: Uma reflexão sobre o potencial de superação de problemas em meninos e meninas” é parte de uma pesquisa desenvolvida pela equipe do Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli da Fundação Oswaldo Cruz (CLAVES/FIOCRUZ), onde o foco da investigação era o transtorno de estresse pós-traumático. O estudo foi desenvolvido em 2010 em escolas públicas e particulares do município de São Gonçalo no Rio de Janeiro e contou com o apoio do CNPq.

Neste trabalho o enfoque é dado aos fatores que diferenciam o potencial de resiliência em meninos e meninas na fase da adolescência. Nesse contexto, além de investigar as diferenças que emergem ao longo do processo de desenvolvimento do potencial de resiliência de adolescentes do sexo feminino e masculino, buscou-se verificar ainda os elementos presentes na comunidade e na família que também são incrementadores deste processo.

A motivação para buscar este tipo de conhecimento no campo científico, parte das inquietações suscitadas pela minha prática clínica em serviços de atendimento às crianças e adolescentes, como o Centro de Atendimento Psicossocial Infanto-Juvenil intitulado Centro de Atenção e Reabilitação da Infância e Mocidade (CAPSi CARIM) e; o Núcleo de Atenção à Violência (NAV), Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), que tem como objetivo intervir em situações de violência doméstica e risco social. No decorrer do trabalho junto a essas equipes, constatei que as marcas deixadas pelas adversidades sofridas por aquelas crianças ou jovens não

possuíam uma relação de proporção ou de lógica com os eventos sofridos e, aos poucos percebi na prática, a grandeza e a verdade contida nos conceitos construídos e desconstruídos pelo curso de psicologia.

A minha inserção e participação na pesquisa original foi um grande estímulo para a busca por respostas para as questões que emergem da prática. A escolha por realizar este trabalho sob a ótica da Saúde Pública parte da aposta de que o trabalho junto às instituições públicas é possível e indispensável para a população. O potencial de resiliência representa um desafio no campo da promoção da saúde e prevenção de doenças e o estudo buscou refletir e discutir sobre os elementos que influenciam a superação de adversidades.

Estudos e pesquisas acerca do tema da resiliência buscam compreender por que, diante de situações adversas, alguns indivíduos se desenvolvem satisfatoriamente, mostrando uma capacidade de superação e a resignificação do fato ocorrido em sua história, enquanto outros sucumbem às situações difíceis, desenvolvendo patologias ou trilhando um caminho negativo ao longo da vida (Luthar, 2000; Grotberg, 2005; Werner, 2006). A complexidade deste constructo envolve a interação dos eventos de vida adversos e fatores de proteção internos e externos ao indivíduo, que responderá aos eventos ocorridos em sua vida de acordo com os recursos subjetivos desenvolvidos ao longo de sua história.

As características da família de cada indivíduo têm uma influência significativa no seu desenvolvimento psicossocial, com implicações para a infância, adolescência e ao longo da vida adulta. Monteiro & Maia (2009) afirmam que, de acordo com a perspectiva do desenvolvimento, quanto mais cedo o sujeito for exposto à violência ou a formas de cuidado inadequadas, maiores consequências negativas ao

seu desenvolvimento são esperadas. É amplamente aceito na literatura que as diversas formas de abuso e maus tratos no ambiente familiar têm impacto significativo no desenvolvimento infantil e em seu potencial de resiliência (Malinosky-Rummel & Hansen, 1993; Cardoso & Maia, 2006; Schenker & Minayo, 2005)

Embora a definição do conceito de resiliência pareça relativamente simples, o sentido do fenômeno e o seu significado psicológico não são dados por uma equação onde a soma de elementos protetivos e eventos adversos possa ser equilibrada matematicamente. Resiliência é “um conceito fácil de entender, mas difícil de definir e impossível de ser medido ou calculado exaustivamente” (Rodríguez, 2005 p.127). Essa afirmação denota a dificuldade que existe em se fazer ciência a partir de fenômenos subjetivos e, portanto, aponta para um campo que a todo tempo se mostra movediço e desafiante.

Nas Ciências Humanas e da Saúde, o conceito tem sido utilizado para representar a capacidade de um indivíduo ou grupo de indivíduos, frente a uma situação de adversidade, construir-se ou reconstruir-se positivamente, ainda que em um ambiente desfavorável. O conceito de resiliência não está referido a um termo concreto e imutável, mas sim a um processo que se passa entre o indivíduo e o meio, ou seja, não se pretende estudar algo estático, mas a relação existente entre os eventos de vida adversos e as possibilidades de superação dos mesmos (Godoy, 2011).

Hoje é sabido que a resiliência envolve processos sociais e intrapsíquicos que estão constantemente se transformando, dependendo do grau de maturidade e experiência individual. A resiliência como característica de uma pessoa, deve ser relativizada e compreendida a partir de um amplo conjunto de elementos intrínsecos e extrínsecos ao sujeito. A forma como cada um percebe e elabora as situações que vive

é sempre singular, pois cada indivíduo possui um sistema próprio de representações e significados específicos (Assis, 2008), fruto de suas experiências passadas e das projeções que pode fazer a partir daquilo que lhe ocorre. Neste sistema de significados estão os códigos sociais que trazem, entre outras, as informações referentes ao gênero que os sujeitos expressam ao longo de seu desenvolvimento.

Quando falamos de gênero, não pretendemos negar as evidências biológicas implicadas no processo de desenvolvimento do sexo geneticamente disposto, mas sim destacar o aspecto sociocultural de sua construção. As aparências biológicas e os efeitos da expressão dos genes são submetidos a um longo trabalho coletivo de socialização dos componentes biológicos e de biologização do social (Bourdieu, 1982).

Contudo, existe na sociedade uma ideia naturalizada do constructo de gênero. Esta noção não costuma levar em conta o processo de subjetivação envolvido nesta construção. A definição dos gêneros não está colocada *a priori*. Ao longo de seu desenvolvimento, na construção da subjetividade, poderá ocorrer a internalização das normas sociais que determinam o que é ser um homem ou uma mulher.

Nesta lógica, o sociólogo francês Pierre Felix Bourdieu afirma que devemos admitir que o discurso de gênero não é apenas uma mensagem destinada a ser decifrada; mas também um produto que colocamos à apreciação de outros e cujo valor se definirá na sua relação com o meio em que vive (Bourdieu, 1982). Dito em outras palavras, ao sexo biologicamente determinado são atribuídos diferentes significados, que fundamentam o que deve ser adequado e inadequado para cada um. Esta é uma questão fundamental para se discutir as consequências e implicações que concernem ao gênero masculino e feminino, inclusive no enfrentamento das adversidades.

Assumir os padrões de gênero prototípicos pode interferir negativamente na saúde dos indivíduos. É preciso considerar que as regras de papel de cada gênero mudam em diferentes contextos sociais e momentos da vida. As mudanças socioculturais e tecnológicas atuais, por exemplo, passam a exigir um redimensionamento do que pode ser considerado como conduta apropriada de cada gênero (Taquette, 2004; Bussey & Bandura, 1999).

Ao entender a resiliência como resultado de um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos complexos e multideterminados, o gênero – masculino e feminino – apresenta-se como uma variável importante a ser estudada, por ampliar a compreensão deste fenômeno. Ao longo do desenvolvimento, meninos e meninas tornam-se progressivamente diferentes, não apenas em termos de maturação orgânica, como também em termos de habilidades sociais e cognitivas, de atitudes e comportamentos, no modo como vivenciam os afetos, em virtude, sobretudo das aprendizagens relacionadas aos papéis de gênero em sua cultura (Ripar, 2008).

Este projeto tem como **objeto** o estudo dos aspectos individuais, familiares e sociais que diferenciam o potencial de resiliência das meninas e dos meninos adolescentes. Com isso, parte-se do **pressuposto** de que esses fatores impactam diferentemente o potencial de resiliência em meninas e em meninos na fase da adolescência. Sendo assim, o **objetivo principal** do trabalho é investigar fatores individuais, familiares e sociais relacionados à diferenciação do desenvolvimento do potencial de resiliência em meninos e meninas na fase da adolescência em alunos de escolas do município de São Gonçalo – Rio de Janeiro.

Pretende-se, a partir dos dados obtidos, produzir conhecimento que possa subsidiar ações de profissionais da saúde que atuem junto às crianças e adolescentes,

sob a ótica da prevenção de doenças e promoção da saúde, bem-estar e da qualidade de vida de indivíduos e sociedades.

2. OBJETIVO GERAL DA DISSERTAÇÃO

Investigar fatores individuais, familiares e sociais relacionados à diferenciação do desenvolvimento do potencial de resiliência em meninos e meninas na fase da adolescência em alunos de escolas do município de São Gonçalo – Rio de Janeiro.

A dissertação será apresentada na forma de um artigo científico e um capítulo de livro, cujos objetivos serão destacados a seguir:

Artigo: Resiliência, gênero e família na adolescência. Tem como objetivo analisar a relação entre os elementos presentes nas relações dos adolescentes com seus familiares e seu impacto no potencial de resiliência em meninos e meninas na fase da adolescência.

Capítulo de livro: Aspectos individuais e comunitários relacionados à resiliência em adolescentes. Tem como objetivo abordar a vida na comunidade, segundo às questões de gênero, e suas implicações para a adolescência. Buscando refletir sobre estratégias eficazes de intervenção para a promoção de saúde junto a esta população.

3. QUADRO TEÓRICO

3.1. Resiliência: conceitos e aspectos do desenvolvimento

O termo resiliência foi tomado do campo da Física e da Engenharia, sendo definido como a capacidade de um corpo físico voltar ao normal depois de ter havido uma pressão sobre si. Seria, portanto, a capacidade de um material absorver energia sem sofrer deformação plástica permanente. Nos materiais, o módulo de resiliência pode ser obtido em laboratórios através de medições sucessivas ou da utilização de uma fórmula matemática que relaciona tensão e deformação e fornece com precisão a medida da resiliência de cada material, sendo possível constatar empiricamente que diferentes materiais apresentam diferentes módulos de resiliência (Yunes, 2001). Já a resiliência, enquanto conceito do campo da psicologia, não pode ser precisamente medida ou tão sucintamente conceituada.

O conceito de resiliência vem evoluindo ao longo das últimas décadas. A primeira geração de pesquisadores que se debruçou sobre o tema buscou identificar os fatores de risco presentes no desenvolvimento de crianças e jovens que se adaptam positivamente, apesar de viverem em condições de adversidade. Um marco desta geração foi o estudo prospectivo de coorte conhecido como *Kauai Longitudinal Study* (Werner & Smith, 1977, 1982, 1993), iniciado em 1955 por uma equipe interdisciplinar de profissionais da saúde. O objetivo era acompanhar durante 32 anos o desenvolvimento de 698 crianças nascidas naquele ano no Havaí e que estavam expostas a sérias adversidades, tais como pobreza, estresse perinatal e cuidados familiares deficientes. O estudo consistiu em identificar os fatores que diferenciavam

aqueles que conseguiram conduzir suas vidas de maneira positiva daqueles que assumiram condutas de risco ou que desenvolveram psicopatologias.

No desenvolvimento histórico dessa primeira geração de pesquisadores, começa-se a ampliar o foco de pesquisa, que se desloca de um interesse em atributos pessoais para um interesse no estudo dos fatores externos aos indivíduos, tais como, o nível socioeconômico, a estrutura familiar, a presença de adulto significativo próximo e de referências de identificação.

Já a segunda geração de pesquisadores, que começou a publicar na década de 1990, passou a se perguntar quais eram os processos associados a uma adaptação positiva, já que a pessoa viveu ou vive em condições de adversidade (Infante, 2001). Dos pioneiros na noção dinâmica da resiliência, Michael Rutter (1993) propôs o conceito de mecanismos protetores e Edith Grotberg (1997) trouxe a ideia de que os fatores de resiliência interagem dinamicamente.

Dessa forma, podemos dizer que a resiliência refere-se à capacidade dos seres humanos enfrentarem e responderem, de forma positiva, às experiências que possuem elevado potencial de risco para a saúde e o desenvolvimento do indivíduo. Trata-se, portanto, de um fenômeno complexo, atrelado à interdependência entre os múltiplos contextos com os quais o sujeito interage e cuja presença é observada, com mais clareza, quando o ser humano está passando por uma situação adversa, seja esta de caráter temporário ou constante em sua vida. (Silva, 2003).

Autoras como Junqueira e Deslandes (2003) compreendem a resiliência como a capacidade do sujeito lidar com a adversidade, em determinados momentos e de acordo com as circunstâncias, não sucumbindo a ela. Elas alertam para a necessidade de se relativizar, em função do indivíduo e do contexto, o aspecto de superação de

eventos potencialmente estressores. Acreditam que o termo resiliência traduz conceitualmente a possibilidade de superação num sentido dialético, constituindo-se numa resignificação do problema e não na sua eliminação.

Melillo (2005) aborda as diferentes definições do conceito de resiliência, enfatizando características do sujeito resiliente, tais como: habilidade, adaptabilidade, baixa suscetibilidade, enfrentamento efetivo, resistência à destruição, condutas vitais positivas, e habilidades cognitivas, que lhe permitem atravessar e superar momentos de adversidade.

No entanto, é importante fazer uma ressalva para o fato de que o conceito de resiliência é bastante diferente da ideia de invulnerabilidade. A resiliência refere-se à capacidade de enfrentar e responder de forma positiva às adversidades e suas consequências negativas em potencial. Não significa que a pessoa não experimente o estresse ou que não seja atingida pela situação adversa. Pelo contrário, o sujeito resiliente conserva as possíveis marcas de tal situação, seja na memória ou em seus sentimentos, no entanto é capaz de se recuperar porque encontra o suporte que o permite prosseguir, delineando uma trajetória que pode ser considerada positiva (Silva, 2003).

Compreende-se que o desenvolvimento humano e o potencial de resiliência estão atrelados. Os atributos básicos ao desenvolvimento da resiliência fazem parte de todas as fases do ciclo vital, sendo que cada uma delas passa por diferentes metamorfoses do potencial de resiliência. Nos primeiros anos, a resiliência é fácil, todavia frágil. Conforme as reações do meio, as centelhas de resiliência poderão se apagar, se desviar ou se reforçar até se constituírem numa sólida maneira de agir (Cyrulnik, 2004).

O potencial de resiliência de uma pessoa começa a ser desenvolvido durante a gestação por meio das expectativas e desejos que o bebê desperta na mãe e no núcleo familiar. Nos primeiros meses e anos de vida, o cuidado e afeto dedicados à criança são fundamentais para o desenvolvimento saudável e a formação da capacidade de resiliência. Neste período o significado dos limites e o sentimento de confiança também são formados (Assis, 2008).

A partir da entrada da criança na creche ou na escola, ampliam-se as possibilidades de espaços de socialização, com isso ela passa a contar com um circuito mais amplo de pessoas, com a troca entre pares e com o educador, que pode assumir um papel fundamental no desenvolvimento da resiliência. A criança nessa fase busca conquistar um espaço e sentir-se pertencente a ele. Este espaço também será palco de reconhecimento dos limites impostos pelo mundo e pelo outro, sendo importante para a capacidade da criança de tolerar as frustrações da vida.

A segunda fase da infância, iniciada aos oito e terminada com o início da puberdade, por volta dos onze anos, é um período de importantes mudanças biológicas e emocionais. Neste momento, os pares assumem um papel importante e o pré-adolescente tende a buscar maior independência dos pais, uma vez que seu repertório de habilidades específicas já é mais complexo, possibilitando assim este afastamento.

Com a entrada na adolescência há uma ampliação da gama de afetos e também de conflitos. Surgem novos processos de identificação e uma redefinição de papéis, onde é comum haver desajustes consigo mesmo e uma maior necessidade de afirmação pessoal. As relações amorosas são valorizadas e o sentimento de confiança é instável (Assis, 2008).

Há também nesta fase a busca pela autonomia e independência em relação à família, determinante para enfrentarem, por si mesmos, os obstáculos da vida. Para tanto, os adolescentes precisam contar com fatores protetivos para contrabalancear os conflitos com os pais, as relações amorosas e o frágil sentimento de confiança que podem vir a surgir (Assis, 2006).

As diversas questões que emergem ao longo do desenvolvimento de um adolescente são fundamentais para a construção do conhecimento acerca da resiliência. Neste período de transição entre a infância e a idade adulta, o adolescente é atravessado por uma série de questões importantes para a construção de sua identidade. A resiliência, assim como a adolescência não é um constructo estático, mas um conjunto de constructos que se movem ao longo do tempo sócio-histórico.

3.2. Fatores individuais, familiares e sociais associados ao potencial de resiliência em crianças e adolescentes

Para melhor analisar a gama de condições adversas que pode afetar a capacidade de resiliência de crianças e adolescentes, é importante refletir sobre os fatores de risco¹ e os fatores de proteção, que em oposição ao risco, seriam elementos que favorecem o desenvolvimento sadio de crianças e jovens (Sapienza & Pedromônico, 2005).

De acordo com Bronfenbrenner e Evans (2000) o aumento dos fatores de risco presentes nas comunidades, como a violência e a pobreza, interferem no desenvolvimento e adaptação dos indivíduos que ali vivem. Os riscos que a comunidade oferece, especialmente aquelas onde os níveis de desenvolvimento é ainda precário, são fatores citados pela literatura como riscos ao desenvolvimento da população ali presente. (Assis, 2006; Garbarino & Pardo, 1992; Pesce, Assis & Santos, 2004).

Condições de pobreza, rupturas ou perdas na família, vivência de algum tipo de violência, experiências de doença, abandono, maus tratos, dentre outros, são alguns exemplos de fatores considerados de risco para o desenvolvimento de crianças e adolescentes.

Algumas circunstâncias de vida são entendidas como fatores de risco para o desenvolvimento humano, podendo interferir negativamente na história de vida de crianças e adolescentes. Dentre estas circunstâncias a vitimização provocada por conflitos armados, guerras e catástrofes naturais, além de abuso físico, psicológico e

¹ Fator de risco é definido pela epidemiologia como situação que aumenta a probabilidade de ocorrência de uma doença, agravo à saúde.

sexual, negligência, bem como a ocorrência de doenças e perdas de pessoas queridas, conflitos familiares entre outros são eventos considerados adversos e que podem vir a gerar traumas (Assis et al, 2008).

Viver em precárias condições socioeconômicas é outro fator de risco para o desenvolvimento infanto-juvenil muito salientado pela literatura nacional e internacional, uma vez que se associa à subnutrição, privação social e desvantagem educacional.

No entanto, nem toda adversidade gera necessariamente uma vulnerabilidade para o indivíduo. O que já se sabe é que alguns indivíduos, por diferenças físicas, psíquicas e sociais, são mais suscetíveis ou vulneráveis a esses eventos, quando comparados a outros na mesma situação de risco. Rutter (1987) salienta que a resiliência é uma “variação individual em resposta ao risco”, e afirma “que os mesmos estressores podem ser experienciados de maneira diferente por diferentes pessoas” (pag. 119).

É importante lembrar que, ainda que os estudos sobre fatores de risco tenham, inicialmente, examinado esses fatores como eventos estáticos, análises mais sofisticadas sugerem que o risco é um processo, e que, por exemplo, o número total de fatores de risco a que um indivíduo foi exposto, o momento e o período de tempo da exposição ao risco podem gerar maiores consequências do que uma única exposição grave (Pesce, 2004). Para Kaplan (1999), é a combinação entre a natureza, a quantidade e intensidade dos fatores de risco o que define o contexto da adversidade necessária para a resiliência. Por essa razão, um evento pode ser enfrentado como perigo por um indivíduo e para outro, ser apenas um desafio (Yunes, 2001).

A habilidade de significar positiva ou negativamente as dificuldades enfrentadas na vida é um tema complexo. Para compreender a engenharia pela qual as adversidades da vida se articulam ao comportamento humano, é necessário refletir sobre mecanismos e processos de risco, sejam eles biológicos, psicológicos, socioculturais, além de sua inserção no tempo e na história individual de cada um dos sujeitos (Assis, 2008).

Neste contexto é importante considerar ainda os elementos protetivos incorporados nesta história, permitindo que o sujeito mantenha seu ciclo de desenvolvimento positivo, apesar das circunstâncias hostis enfrentadas. Os fatores de proteção, segundo Polleto & Koller (2006), são aqueles que, numa trajetória de risco, modificam o rumo da vida do sujeito para um final mais favorável e adaptado.

O mecanismo de proteção que um indivíduo dispõe internamente ou que capta do meio em que vive são elementos cruciais para estimular o potencial de resiliência ao longo da vida. Fatores de proteção são descritos como recursos pessoais ou sociais que atenuam ou neutralizam o impacto do risco (Eisenstein & Souza, 1993).

A possibilidade de enfrentar fatores de risco e de aproveitar os fatores protetores torna o indivíduo com maior potencial de resiliência (Grünspun, 2003). A capacidade de encontrar significado positivo para as adversidades que sofrem é outra característica comum em pessoas resilientes, essa capacidade atua também como componente de proteção intrínseco.

A base familiar é um fator de proteção considerado muito importante para o desenvolvimento da criança, sendo um dos fatores protetores mais citados na literatura (Rutter, 1971; Bowlby, 1990; Garnezy, 1991; Werner & Smith, 2001; Schenker & Minayo, 2005). É o primeiro ambiente em que o indivíduo irá se

reconhecer como pertencente. A construção e o fortalecimento de sua subjetividade ocorrem a partir destes vínculos afetivos experimentados no seio familiar e são fundamentais para as experiências posteriores em diversos outros ambientes que vão sendo conquistados ao longo do desenvolvimento da criança (Assis, 2008). A escola e a comunidade surgem em um segundo momento, onde o sujeito é lançado ao convívio social.

A escola pode servir como fator de proteção, quando seu ambiente acolhe e trabalha valores como respeito, extinção de preconceitos, a valorização da autoestima e do diálogo. A comunidade escolar deve ser, sobretudo, um espaço de proteção e de promoção da cultura de paz. O desenvolvimento e a autoconfiança dos alunos crescem quando a escola cria um ambiente que possibilita a construção do conhecimento humanizado e não meramente técnico (Assis, 2008).

O ambiente comunitário é um componente fundamental para a compreensão dos processos envolvidos na promoção da resiliência de adolescentes, juntamente com o suporte familiar, a escola e a história singular de cada um. O ambiente comunitário considerado é aquele espaço próximo às moradias da população (Assis e Marriel, 2010).

A proteção que a comunidade pode oferecer é um elemento chave para o desenvolvimentos de seus indivíduos, em especial os adolescentes, que ao adquirirem maior independência, ampliam seus domínios para além do seio familiar e dessa forma são submetidos a um campo cultural e a uma rede de relações maiores. Tais elementos passam a fazer parte da identidade em formação e possui importantes implicações para o desenvolvimento. A importância de estudar o espaço comunitário

que cerca o adolescente respalda-se no fato que a atuação no macro ambiente se reflete nas micro redes de relação em que as pessoas estão inseridas neste espaço.

3.3. Resiliência e gênero

Meninas e meninos podem ser parecidos em alguns pontos, no entanto existem importantes diferenças biológicas e comportamentais entre os dois gêneros (Sagrozek, 2012). Essas diferenças entre os gêneros são evidentes, no entanto se apresentam mais como tendências. Cada sujeito tem sua maneira singular de funcionar e existir, seja menino ou menina, sendo assim, a naturalização das construções dicotômicas e a discriminação como uma forma de enquadramento do ser menino e do ser menina devem ser evitadas.

A neurocientista Lise Eliot, autora do livro *Cérebro azul ou rosa* (2012), afirma que o pleno desenvolvimento das características mentais conhecidas como femininas ou masculinas depende, em grande parte, da imersão automática que a criança sofre na cultura feminina ou masculina e não apenas dos hormônios e diferenças genéticas.

Eliot afirma ainda que, ao contrário do que vem sendo exposto pela mídia, os cérebros masculinos e femininos são muito semelhantes, apesar das diferenças conhecidas em circuitos de processamentos sensorial, memória e de linguagem, bem como diferenças observadas no lobo frontal. De fato, o elemento determinante das diferenças entre o cérebro masculino e o feminino é conhecido pela neurociência como plasticidade neural. Este termo engloba as mudanças que ocorrem no cérebro em resposta às experiências vividas e explica de que maneira homens e mulheres se diferenciam a partir da noção de gênero que vão experimentando ao longo de suas vidas.

A plasticidade neural é a base de toda aprendizagem. Na infância o cérebro é ainda mais plástico do que em qualquer outra fase da vida. Realizar ações como calcular, ler, correr, cantar, chorar são atividades que criam redes neurais no cérebro humano (Callegaro, 2007; Oliva, 2009). Considerando as diferenças entre meninos e meninas e ainda a força que as experiências iniciais com as questões de gênero possuem sobre os trilhos que traçam caminhos neuronais, seria muito incoerente se os cérebros dos dois sexos não apresentassem diferenças na vida adulta.

Com isso, é possível observar ao longo do levantamento bibliográfico realizado, que os próprios cientistas já não polarizam mais este debate, mas percebem o entrelaçamento direto dos componentes genético-fisiológicos e do papel do ambiente enquanto formadores do gênero e da subjetividade do indivíduo. É sabido que meninos e meninas chegam ao mundo com genes e hormônios diferentes, mas para que aquele bebê que está sendo gerado nasça pertencendo a um gênero ou a outro, é indispensável a constante interação com o ambiente, que já se inicia no caldo pré-natal e continua ao longo de cada aula de balé ou de judô, das bonecas ou dos carrinhos, dos contos de fada e dos filmes de super-herói, que, incessantemente, reforçam a divisão de gênero estabelecida em nossa sociedade (Eliot, 2012).

Essas diferenças nos padrões de relacionamento e expressividade emocional emergem muito cedo no desenvolvimento. Já na primeira infância, meninas se engajam em brincadeiras mais cuidadosas e cooperativas, enquanto meninos se engajam em brincadeiras mais agressivas e competitivas. Isto é acentuado com o decorrer do desenvolvimento, onde é possível observar a brincadeira como veículo de mediação de significados na infância tão claramente que temos duas categorias de brincadeiras: as de meninos e as de meninas (Fávero, 2010).

Fávero (2010) afirma ainda que a experiência de ter nascido do sexo feminino ou masculino implica significados particulares, com conteúdos emocionais singulares. A expressão emocional nas interações interpessoais e, em particular, nas interações entre os gêneros é construída a partir da interação de cada sujeito com os agentes culturais, com os elementos que constituem a sua rede de interação social e mediam seus valores e representações de gênero em uma determinada cultura (Fávero, 2010).

A partir disso, estudos que comparam o potencial de resiliência de meninos e de meninas apontam diferenças nas formas de relacionamento de ambos os sexos com seus pares e com as figuras de apoio. Estes são apontados como figuras importantes para a resiliência de adolescentes (Mghir, 1995)

Os estudos de resiliência que trazem o recorte da questão de gênero são escassos. Grande parte deles é da década de oitenta e trazem resultados que apontam as meninas como mais resilientes do que meninos, quando expostos a riscos múltiplos do meio ambiente (Rutter, 1982; Werner, 1985; Gamble & Zigler, 1986). Estes mesmos estudos afirmam que meninos tendem a apresentar comportamentos e emoções transgressivos com maior frequência do que meninas, quando expostos à adversidades.

Um estudo mais recente, feito com 91 adolescentes regularmente matriculados no Ensino Médio de São Paulo revelou que o *score* geral de resiliência obtido com a Escala de Resiliência não se mostra significativamente diferente em função da variável gênero (Godoy, 2010). Apesar da ausência de diferenças estatísticas, destaca-se que meninos se utilizam de mecanismos como busca de pertença a grupos e amigos íntimos, enquanto as meninas têm posição mais ativa para a resolução de problemas, apresentando maior bem-estar psicológico (Camara & Carlotto, 2007).

McDonough & Walters (2001) também relatam diferenças de gênero, onde meninas tendem a desenvolver mais patologias do que meninos sob estresse crônico e eventos de vida adversos. Nos casos de estresse crônico, meninos aparecem como mais vulneráveis à separação ou perda dos cuidadores na primeira década de vida, enquanto meninas são mais vulneráveis à discórdia familiar e perdas significativas na segunda década (Werner & Smith, 1992; Bonanno, 2011).

Outro estudo recente faz a diferenciação da resiliência em meninos e meninas após o terremoto Áquila, na Itália, mostrando que adolescentes do sexo masculino, em sua maioria se beneficiam mais de "mecanismos de proteção". Estes "mecanismos de proteção" foram relatados para ambos os sexos, no entanto o sexo masculino obteve as maiores pontuações na escala de abordagem multidimensional (Stratta, 2012).

Já as diferenças de idade e sexo relacionadas à saúde mental dos jovens refugiados de zonas de conflito do Oriente Médio não foram conclusivas. Apresentaram semelhança com o que foi encontrado na população geral (Montgomery, 2010). Diferenças entre os sexos aparecem de forma muito variada nos estudos revisados. A maioria destes estudos não aponta diferenças significativas no potencial de resiliência de meninos e meninas (Mghir et al 1995; Rothe, 2002; Bean, 2007).

Os fatores de proteção podem diferir de acordo com o sexo na adolescência: as meninas tendem a se tornar mais resilientes quando podem contar com o afeto de pessoas próximas, enquanto meninos se fortalecem ao se sentirem ativos na solução dos problemas (Bernard, 1995). Os achados epidemiológicos frequentemente encontrados apontam, predominantemente, para desordens relacionadas ao estresse em pessoas do sexo feminino, enquanto que o sexo masculino tem maiores índices de

exposição a eventos traumáticos (Becker, 2007). O mesmo autor afirma, em consonância com outros trabalhos já citados, que estas diferenças não refletem apenas as diferenças entre os sexos, mas uma série de fatores que influenciam a resiliência, como o entorno afetivo, o contexto sociocultural e a tipologia dos eventos traumáticos.

4. MATERIAL E MÉTODOS

A proposta de apresentação dos resultados da dissertação consta de dois manuscritos: (1) um artigo científico, aprovado e publicado na Revista Ciência & Saúde Coletiva, denominado “Resiliência, gênero e família na adolescência”, cujo objetivo é analisar a associação entre os aspectos das relações dos adolescentes com seus familiares e seu impacto no potencial de resiliência em meninos e meninas na fase da adolescência; e (2) um capítulo de livro intitulado “Aspectos individuais e comunitários associados relacionados à resiliência em adolescentes”, que tem como objetivo abordar a vida na comunidade, segundo as questões de gênero. Este capítulo integrará um livro que tem como temática a resiliência e é organizada por Normanda Araujo de Moraes e Silvia Helena Koller.

Sendo assim, nesta parte serão apresentados os aspectos gerais da pesquisa original, se atentando para a especificidade do presente estudo. Contudo, os materiais e métodos específicos de cada manuscrito serão descritos adiante, na apresentação de cada manuscrito.

4.1 Contexto do estudo

A pesquisa original que orienta este trabalho caracteriza-se por um estudo transversal, com dados originários de um inquérito epidemiológico desenvolvido em 2010, pela equipe do Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli da Fundação Oswaldo Cruz, com o apoio do CNPq. O estudo contou

com a participação de adolescentes escolares do município de São Gonçalo/Rio de Janeiro.

São Gonçalo é a segunda maior cidade do estado em termos populacionais e a 15º maior cidade do país, com uma população de 999.728 habitantes, dos quais cerca de um terço são crianças e adolescentes e 7,8% são crianças entre 5 a 9 anos de idade (Assis, 2011). Está situada a apenas 20 quilômetros da cidade do Rio de Janeiro. O município teve um crescimento desordenado e intenso às custas basicamente de população de baixo poder aquisitivo, em detrimento de sua infraestrutura. Carece de atividades culturais e esportivas, oferecendo poucas instituições sociais de apoio aos seus moradores.

Em um trabalho recente de Assis e colaboradores (2011), realizou-se um acompanhamento do desenvolvimento socioeconômico de famílias de São Gonçalo, demonstrando que entre os anos de 2005 e 2008 houve um incremento financeiro em 74,8% das famílias, o que acompanhou um aumento no consumo de bens materiais e no acesso a serviços de saúde nestas famílias e da população brasileira. Entretanto, este crescimento não está diretamente relacionado à melhora nas condições de vida e saúde, pois os fatores de risco psicossociais permanecem e são frequentes.

O município possui índices alarmantes no que diz respeito à violência contra jovens, ocupando, em 2011, a 92º posição entre as cidades onde há maior número de homicídios de jovens (Waiselfisz, 2011). Consequências físicas da violência constituem a terceira causa de morte de brasileiros em geral, entretanto, em indivíduos entre 1 e 39 anos a violência atualmente é a maior causa de mortes (Viva SUS 2008-2009). Neste contexto, cerca de 15% dos estudantes adolescentes da rede pública e particular de São Gonçalo sofrem violência familiar severa, convivendo

cotidianamente com atos com elevado potencial de ferir, tais como: ser chutado, mordido, esmurrado, espancado, ameaçado com arma ou faca ou efetivamente ter sido agredido com estes instrumentos (Assis & Avanci, 2004).

4.2 Amostra

Participaram do estudo 889 adolescentes de 13 a 19 anos de idade, estudantes do curso diurno do 9º ano de escolas públicas (municipais e estaduais) e particulares do município de São Gonçalo. A amostra é representativa do total de 3.487 adolescentes matriculados em 2010 na série estudada. Participaram 44 escolas públicas e 28 particulares, contando com duas turmas por escola. A maior parte dos entrevistados é feminina (63,5%); pertence aos estratos sociais A e B (60,1%), de maior poder aquisitivo; tem entre 13 e 14 anos (61,1%) e informa ter a cor de pele negra/parda (56,5%). Foram excluídos da análise os adolescentes que reportam não terem vivenciado nenhum evento traumático segundo a escala de eventos de vida (*The University of California at Los Angeles PostTraumatic Stress Disorder Reaction Index UCLA-PTSD*) (Steinberg, 2004).

O desenho amostral foi composto por 12 estratos, organizados segundo as sete áreas de planejamento do município e de acordo com a natureza da instituição (pública ou particular), a fim de alcançar uma representatividade socioeconômica (natureza da instituição escolar) e espacial (áreas de planejamento) da amostra analisada.

A amostragem conglomerada foi complexa, ao apresentar dois estágios de seleção. Primeiro, as escolas foram sorteadas, com probabilidade de seleção

proporcional à quantidade de alunos de 9º ano (PPT sistemática) em cada um dos 12 estratos. Em segundo, as turmas foram selecionadas aleatoriamente, por escola, para a aplicação do questionário em todos os alunos da respectiva turma sorteada. A distribuição do número de alunos por escolas foi fornecida pelas Secretarias Municipal e Estadual de Educação para o ano de 2008. Trabalhou-se com a média de alunos por turma uma vez que não existiam listas de número de alunos por turma, apenas uma única listagem com número de turmas e de alunos por escola.

A amostra foi dimensionada para obter estimativas de proporção, com erro absoluto de 5%, nível de confiança de 96,5%, assumindo uma prevalência de 0,50 e um efeito de desenho 2. Na visita às escolas sorteadas, encontrou-se uma defasagem no número de alunos esperados nas turmas. Tal fato pode ser justificado pela diferença entre o ano de aplicação do questionário (2010) e o ano das listagens de quantitativo de alunos (2008), através das quais a amostra foi baseada. Ao calcular as probabilidades de inclusão (para cálculo dos pesos amostrais), haviam probabilidades acima de um. Para correção da diferença entre os anos, as escolas sorteadas com mais alunos em 2010, em comparação a listagem de 2008, foram agrupadas em diferentes estratos para corrigir o cálculo dos pesos amostrais. É importante citar que as escolas informam que é comum a diferença entre os alunos matriculados e os que frequentam, e que praticamente não há diferenças entre o número de alunos matriculados de um ano para o outro.

4.3 Instrumentos

O questionário autopreenchível e anônimo foi aplicado de forma coletiva e por turma, durando em média 60 minutos. Os questionários foram aplicados por uma

equipe de pesquisadores treinados, que foram supervisionados durante todo o trabalho de campo.

O questionário foi testado no município em 4 escolas da rede pública (51 questionários coletados) e 3 da rede privada (46 questionários preenchidos). Os alunos destas escolas responderam ao questionário duas vezes consecutivas, num intervalo de sete dias, visando testar sua confiabilidade.

O instrumento é composto por itens referentes ao perfil do adolescente (sexo, idade, cor da pele, religião, série escolar); estrutura familiar; situação socioeconômica e relacionamento com amigos e professores, além de escalas psicológicas e indicadores. Abaixo apresentamos as principais escalas utilizadas neste estudo.

Escala de Resiliência

A resiliência foi mensurada através da Escala de Resiliência desenvolvida por Wagnild & Young (1993) que é um dos poucos instrumentos usados para medir níveis de adaptação transcultural positiva frente a eventos de vida importantes. Possui 25 itens descritos de forma positiva com resposta tipo Likert variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Os escores da escala oscilam de 25 a 175 pontos, com valores altos indicando elevada resiliência. Estudos têm mostrado boa confiabilidade e validade desse instrumento (Wagnild & Young; 1993), já adaptado para o português (Pesce, Assis & Avanci, 2005)

Escala Tática de Conflitos (Violência Familiar)

É desenvolvida por Straus (1979) e foi testada quanto à validade e à confiabilidade. Quanto à validade concorrente, os escores obtidos por adolescentes

foram comparados com os de seus pais, em resposta ao mesmo instrumento. Foi verificada correlação 0.64 entre o adolescente e o pai e 0.33 entre o primeiro e sua mãe no que tange à violência (estes são valores altos se analisados entre os diferentes testes e escalas psicológicas). A validade de conteúdo e de constructo também foi obtida. O exame de confiabilidade foi efetuado através de duas técnicas para avaliar a consistência interna do instrumento: análise da correlação de cada item com o escore total e através do coeficiente alfa (0.82 entre irmãos e 0.62 de violência entre pais e filhos). A confiabilidade é substancial ($K = 0.83$) para a escala de violência física.

Em 1996, esta escala foi validada para a população brasileira por Maria Helena Hasselman do Grupo de Pesquisa Epidemiológica da Violência Familiar – NUPEVI - UERJ. Foi adaptada à nossa cultura através da adaptação transcultural do instrumento a partir de uma avaliação formal de equivalência semântica e de mensuração entre a versão em português e o instrumento original em inglês. A CTS original em inglês tem sido investigada desde sua concepção e vários estudos apontam para uma baixa taxa de recusa; boa confiabilidade; e validade do tipo concorrente, de constructo, e de conteúdo (Hasselman, 1996).

Este instrumento consiste de uma lista de ações que pode tomar um membro da família quando em conflito com outro. Foi desenvolvida a partir de análise fatorial, cobrindo três táticas de conflito: argumentação, agressão verbal e violência. A escala subdivide-se em três níveis. Uma ou mais resposta positiva em cada um destes níveis, torna o sujeito um caso de violência e/ou agressão verbal. São eles:

Agressão verbal (ou simbólica): uso de meios simbólicos ou verbais para ferir ou agredir o adolescente. Xingar ou insultar, ficar emburrado, chorar, fazer coisas para irritar, destruir, bater ou chutar objetos.

Violência: atos que têm a intenção (percebida ou não) de causar dor física ou ferir o adolescente. Inclui jogar objetos sobre o pesquisado, empurrar, dar tapas ou bofetadas, murros, chutar, bater ou tentar bater com objetos, espancar, ameaçar ou realmente usar armas de fogo ou faca.

Violência Severa: atos com alto potencial de ferir o adolescente. Inclui apenas chutar, morder ou dar murros, espancar, ameaçar ou usar arma ou faca.

A violência ocorrida entre os pais e a entre os irmãos é aferida pelas seguintes questões: brigas a ponto de se machucarem e humilhação um ao outro. Assis e Avanci (2004), também com amostra de adolescentes escolares de São Gonçalo, obtiveram bons coeficientes psicométricos na avaliação destes constructos: na violência entre os irmãos, o alfa de Cronbach obtido foi de 0.83, ICC (índice de correlação intraclasse) de 0.6 e kappa moderado; para a que ocorre entre os pais contatou-se ICC de 0.68. Neste estudo, o alpha de Cronbach para os itens de violência praticada pela mãe foi de 0,742, a violência severa foi de 0,685. A violência praticada pelo pai obteve um alpha de 0,707 e violência severa de 0,733.

Escala de Violência Psicológica

Desenvolvida por Pitzner e Drummond (1997), avalia experiências vividas pelo jovem, em que uma pessoa significativa denegriu suas qualidades, capacidades, desejos e emoções, além de cobrá-lo excessivamente. É constituída por 18 itens com opções de respostas que variam do nunca até o sempre. Foi adaptada

transculturalmente à realidade brasileira por Avanci (2005), onde foi verificado alfa de Cronbach de 0.94, ICC de 0.82 e a análise fatorial apresentou estrutura de fator com grau de explicação de 43,5% da variância. Quanto à validade de constructo, encontrou-se correlação positiva com sofrimento psíquico (SRQ-20; Mari e Williams, 1986), violência cometida pela mãe e entre pais (CTS; Hasselman, 1996). Neste trabalho, o Kappa dos itens desta escala variou entre 0,395 e 0,683. O alfa de Cronbach encontrado foi de 0,930.

Violência na escola e na localidade

Utilizados pela ONU em pesquisas sobre violações auto-assumidas (self reported offenses). No Brasil vem sendo empregado pelo Instituto Latino-Americano das Nações Unidas para a Prevenção do Delito e Tratamento do Delinquente - ILANUD/ONU (Kahn, 1999). É aferida à vitimização do adolescente na escola e comunidade no último ano, através de humilhação, ameaça, agressão, se já teve danificado alguma coisa sua, se já conviveu com pessoas que carregam armas brancas ou de fogo, se já foi furtado e se já tiraram seu dinheiro à força.

Escala de Apoio Social

Desenvolvida por Sherbourne e Stewart, foi adaptada à população brasileira por Chor (2001), possui 19 itens relativos ao apoio social e cinco de rede social. Neste trabalho, apenas os itens referentes ao apoio social foram utilizados, pois os de rede social não se adequavam à amostra adolescente. É constituída pela dimensão emocional (apoio recebido através da confiança, da disponibilidade em ouvir, compartilhar preocupações/medos e compreender seus problemas), informação (através do recebimento de sugestões, bons conselhos, informação e conselhos desejados), material (ajuda se ficar de cama, levar ao médico, preparar refeições e

ajudar nas tarefas diárias se ficar doente), afetiva (demonstração de afeto e amor, dar um abraço e amar) e interação positiva (diversão juntos, relaxar, fazer coisas agradáveis e distrair a cabeça). Cinco escores são obtidos para cada dimensão, que tem como opção de resposta: nunca, raramente, às vezes, quase sempre, sempre. O tercil foi o ponto de corte adotado para avaliar as dimensões da escala. Com uma amostra de adolescentes escolares, Assis, Pesce e Avanci (2006) obtiveram alfa de Cronbach de 0.92, ICC de 0.79 para apoio afetivo, 0.82 para o emocional, 0.82 para o de informação e 0.77 para interação positiva. No estudo aqui apresentado, o alpha de Cronbach para o apoio afetivo (0,821), apoio material (0,568), interação positiva (0,820), apoio emocional (0,849), apoio de informação (0,837). O Kappa variou de 0,099 a 0,744.

Escala de satisfação com a vida

Desenvolvida por Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985) e adaptada para o português por Hutz e Giacconi (1998). É composta por cinco itens que aferem um sentimento global de satisfação/insatisfação com a vida: a vida estar próxima daquilo que gostaria; ter condições de vida excelentes; estar satisfeito com a vida; alcançar metas importantes que quer na vida; se pudesse viver de novo não mudaria quase nada. As respostas são avaliadas em sete itens que variam de concordo (totalmente, muito, pouco) a não concordo nem discordo e discordo (totalmente, muito, pouco). Adotou-se como ponto de corte um desvio-padrão abaixo da média, distinguindo-se os adolescentes satisfeitos com suas vidas como aqueles com escores acima de 50,7% de escores positivos em relação à pontuação máxima da escala. Encontrou-se ICC de 0,79 e *alfa de Cronbach* de 0,78, correlacionando-se, com sofrimento psíquico, violência psicológica, violência física, cometida pela mãe, jovem transgressor, violência na escola e na comunidade.

Escala de *coping*

Desenvolvida por Kavsek e Seiffge-Krenke (1996), foi utilizada no Brasil por Antoniazzi (1999). Foi empregada neste estudo para avaliar as formas de lidar com problemas nas seguintes áreas: escola, relação com os pais, colegas, namorado(a), consigo mesmo e com seu futuro. Possui três dimensões específicas, aferidas pela afirmação ou negação aos seguintes itens: a) *coping* ativo: discutir o problema com os pais ou outros adultos; conversar imediatamente sobre o problema quando surge e não se preocupar mais com ele; tentar obter ajuda em instituições (escolas, igreja ou grupos de ajuda); tentar falar sobre o problema com a pessoa envolvida; procurar informações em revistas, enciclopédias ou livros; tentar obter ajuda e apoio de pessoas que estão na mesma situação, tentar resolver o problema com a ajuda dos amigos; b) *coping* interno: aceitar os limites; não se preocupar, porque tudo costuma acabar bem; pensar sobre o problema e tentar encontrar soluções alternativas; fazer o que os outros querem para acabar logo com o problema; dizer para si mesmo que sempre vai haver problemas; só pensar nos problemas quando eles surgem; c) *coping* de evitação: esperar o pior; comportar-se como se tudo estivesse bem; tentar extravasar a agressividade (ouvindo música alta, dançando loucamente, praticando esportes); extravasar a raiva ou o desespero (gritando, chorando, batendo portas); tentar não pensar sobre o problema; tentar esquecer os problemas com álcool e drogas, tentar não pensar no problema porque de qualquer forma não pode mudar nada.

Escala sobre violências na escola e na comunidade

Esse tipo de violência foi avaliado através de escalas utilizadas pela ONU em pesquisas sobre violações auto-assumidas (self reported offenses), e no

Brasil vem sendo empregado pelo Instituto Latino-Americano das Nações Unidas para a Prevenção do Delito e Tratamento do Delinqüente - ILANUD/ONU. Afere a vitimização da criança na escola e na comunidade no último ano, através de oito perguntas dicotômicas sobre ter sido humilhado, ameaçado, agredido fortemente a ponto de necessitar de cuidados médicos, ter tido objetos danificados propositalmente, ter convivido com pessoas que carregam armas brancas ou de fogo, e ter sido vítima de roubo ou furto. Um item positivo já caracteriza a criança vítima de violência na escola e/ou na comunidade. Estudo da validade de constructo na população do estudo mostrou que ambas as escalas correlacionaram-se entre si (coeficiente $\phi=0,257$; $p<0,001$). Para a violência na escola o alfa Cronbach obtido foi de 0,53 (IC 95% 0,45-0,59) e na comunidade 0,52 (IC 95% 0,42- 0,62).

Foi também solicitado ao responsável que, caso a criança tivesse sofrido ou testemunhado algum tipo de violência na escola e/ou na comunidade, fossem contados maiores detalhes sobre o assunto, que eram digitados pelo pesquisador a fim de futuramente se realizar uma análise qualitativa deste item.

Escala de Prejuízo Funcional Global (BIS - Brief Impairment Scale)

2008

A versão brasileira (Paula, Duarte e Bordin, 2006) da Brief Impairment Scale (Bird, 2005) foi utilizada para mensurar prejuízo global da criança e do adolescente, a partir da visão dos pais. Consiste em 23 itens que incluem três áreas de funcionamento: relacionamento interpessoal, funcionamento na escola, e auto-cuidado e auto-realização. As subescalas abordam diversas questões. Ex: Tem sido difícil para a criança se dar bem com seus pais, irmãos ou outros familiares? Como tem sido

o aproveitamento da criança na escola? Comparando com outras crianças da mesma idade, como é a aparência da criança na maior parte do tempo?

Para testar confiabilidade e validade da BIS, Bird (2005), realizaram um estudo seccional comparando dados dos pais/respondentes de crianças entre 4 e 7 anos de uma amostra clínica (N= 757) e duas amostras da comunidade (N= 1.888 e N= 1.132). A consistência interna da escala total variou entre 0.81 e 0.88, e entre 0.56 e 0.81 nas três subescalas. A confiabilidade teste-reteste para os itens individuais variaram entre bom e substancial para a maioria dos itens. A BIS mostrou alta validade convergente e concorrente.

Escore a cima de 15.5 no total da escala são considerados positivos para prejuízo funcional global. O ponto de corte para a versão brasileira foi estabelecido a partir de comparação da distribuição dos escores obtidos em Embu-SP com as amostras de Porto Rico (Paula, Duarte e Bordin, 2006)

Alguns itens e indicadores utilizados no estudo estão descritos apenas na apresentação de cada manuscrito.

4.4. Análise dos resultados

Conforme dito anteriormente, os resultados desta dissertação estão apresentados em forma de um artigo científico e um capítulo de livro. A análise realizada nestes trabalhos estão expostas no decorrer de sua apresentação.

4.5 Considerações éticas

O estudo original foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública/ Fiocruz CAE: 0057.0.031.000-09 e apoiado pelas Secretarias de Educação de São Gonçalo.

A direção das escolas, os adolescentes, os pais/responsáveis e professores dos alunos envolvidos assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme preconizado na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que normatizava as pesquisas com seres humanos. Como benefício, foram viabilizadas estratégias de encaminhamento/atendimento na rede pública de saúde para crianças diagnosticadas com problemas comportamentais graves.

Os participantes foram convidados a participar voluntariamente, sendo-lhes assegurada a não obrigatoriedade e o total anonimato das informações. Todos os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e da utilização e aplicação dos instrumentos utilizados para colher as informações a respeito da temática do estudo.

Por ser derivado dessa pesquisa original, o presente estudo foi submetido à análise do Comitê de ética na Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ para a aprovação da etapa de análise quantitativa realizada, sob o número: 15737313.0.0000.5240 em 07/08/2013.

5. RESULTADOS

5.1 – Artigo: Resiliência, gênero e família na adolescência

Resiliência, gênero e família na adolescência

O título em inglês e o Abstract estão com o revisor da RC&SC, solicitamos que não enviem novos.

Laila Rozemberg¹
Joviana Avanci²
Miriam Schenker²
Thiago Pires²

Abstract T

Resumo Este estudo busca identificar fatores familiares que influenciam o potencial de resiliência de adolescentes meninos e meninas. É um estudo transversal com dados de um inquérito epidemiológico que contou com a participação de 889 adolescentes do 9º ano de escolas públicas e particulares de um município da região metropolitana do Rio de Janeiro, selecionados por amostragem. Variáveis sociodemográficas do adolescente, da família, dentre os quais a violência familiar, e outros fatores são estudados segundo o potencial de resiliência. Foram feitos testes de associação entre as variáveis estudadas e a resiliência, considerados ao nível de significância de 5%. Os resultados indicam que um relacionamento difícil com a mãe ou madrasta, a ausência de supervisão familiar, a presença de depressão, além da baixa utilização de estratégias de coping de distração, ativo e de suporte são fatores associados ao baixo potencial de resiliência. As variáveis morar amonidoado e ter relacionamento difícil com os irmãos se mostram nocivas apenas ao potencial de resiliência das meninas. Programas e políticas públicas necessitam trabalhar com as famílias para que compreendam as necessidades dos adolescentes como forma de prevenção dos problemas de saúde mental e promoção da saúde desta população segundo a ótica de gênero.

Palavras-chave Resiliência, Gênero, Família, Adolescente

¹ Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, R. Leopoldo Bulhões 1480, Mangueiras, 21041-210 Rio de Janeiro RJ. rozemlai@hotmail.com
² Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Carell, Fundação Oswaldo Cruz.

Introdução

A primeira geração de estudos sobre resiliência, como campo de estudo da saúde mental, surge entre as décadas de 70 e 80 nos Estados Unidos e na Inglaterra, tendo como pioneiros o psiquiatra Michael Rutter^{1,2} e as psicólogas Emmy Werner e Ruth Smith^{3,5}. Nesta ocasião, os estudos voltavam-se para compreender por que algumas pessoas permaneciam saudáveis a despeito das adversas condições enfrentadas. O principal objetivo era identificar os fatores de risco e proteção que influenciavam o desenvolvimento de jovens. Trabalhos posteriores, desenvolvidos pela segunda geração de pesquisadores a partir da década de 90, ampliaram o foco da resiliência para a noção de processo implicada à adaptação positiva das pessoas⁶. Suniya Luthar e Gretta Cushing⁷, Howard Kaplan⁸ e Ann Masten⁹ são os estudiosos mais expoentes desta época e passaram a adotar um modelo ecológico-transacional para compreender a resiliência, enfatizando as influências do ambiente, da família, da comunidade e da cultura².

No Brasil, os estudos sobre a resiliência ganham força na década de 90¹⁰⁻¹². De acordo com um levantamento feito por Souza e Cerveny¹³, no país, as pesquisas sobre o tema estão mais centradas em compreender a vulnerabilidade psicossocial de crianças e adolescentes e o impacto da exposição a situações de risco e de proteção no desenvolvimento. O foco tem se ampliado para várias faixas etárias, incluindo pesquisas com populações de adultos e idosos. Além disso, o conceito no Brasil também tem se voltado para uma vertente da psicologia organizacional, com foco na superação de dificuldades no meio corporativo¹⁴.

Hoje é consensual na literatura nacional e internacional, que a resiliência se caracteriza pela capacidade de desenvolver e utilizar estratégias de enfrentamento diante de situações potencialmente adversas. Envolve processos sociais e intrapsíquicos que estão constantemente se transformando e devem ser relativizados e compreendidos a partir de um amplo conjunto de elementos internos e externos ao sujeito¹⁵. Não se constitui como uma capacidade humana naturalizada e estática, mas pode ser continuamente incrementada ao longo do desenvolvimento. Neste contexto, ganha destaque o papel da família no desenvolvimento da resiliência, por se caracterizar como principal fonte de referência e apoio para a criança e o adolescente^{13,16}.

A família é a base da formação do indivíduo, sendo um lugar de aquisição e aprimoramento

dos valores, hábitos e costumes. Seus laços são constituídos por ligações consanguíneas, de aliança, ou por convivência¹⁷. Nas últimas décadas, a configuração familiar tem passado por transformações, apresentando-se em diversos arranjos, onde, na maioria das vezes, especialmente em classes populares, a estrutura familiar tradicional, composta por mãe, pai e filhos, é menos presente, e novos arranjos familiares são comuns, destacando-se as monoparentais chefiadas por mulheres¹⁸.

Independente de sua estrutura, as vivências familiares têm a função de integrar e organizar o desenvolvimento de crianças e adolescentes, sejam meninos ou meninas, e estão diretamente relacionadas com o incremento do potencial de resiliência. Neste sentido, é conhecido que a violência familiar tem impacto negativo na resiliência¹⁹, uma vez que o pleno desenvolvimento humano depende de um entorno que acolhe, cuida e dá limites. Outros fatores familiares podem afetar a resiliência, como: características socio-demográficas, como baixa escolaridade dos pais e baixo status socioeconômico; estrutura familiar que acarreta estresse e instabilidade emocional para os seus membros; pouca supervisão dos pais sobre o comportamento dos filhos, precário relacionamento familiar e morte de ente querido^{20,21}. Contudo, pouco se sabe sobre a forma com que alguns aspectos familiares podem impactar diferentemente o potencial de resiliência segundo o sexo, ou seja, na especificidade do ser menino e ser menina.

Ao longo do desenvolvimento, meninos e meninas tornam-se progressivamente diferentes, seja em termos de maturação orgânica, das habilidades sociais e cognitivas, das atitudes e comportamentos, e na forma com que vivenciam seus afetos. Estas diferenciações decorrem sobretudo da aprendizagem relacionada aos papéis de gênero na cultura²². Por gênero, compreende-se a adequação cultural associada ao sexo e suas peculiaridades biológicas²³. São modelos socialmente construídos que definem o que é ser homem e o que é ser mulher em determinada cultura e tempo, sendo inicialmente apresentados no ambiente familiar. Assim, origina-se de uma rede de relações e influências sociais que englobam uma série de elementos psicossociais e socioestruturais inevitáveis, sendo o desenvolvimento de meninos e meninas calcado nestes padrões. Não é apenas um modelo de transmissão social, proveniente de diversos sistemas da vida cotidiana²⁴.

Sobre as diferenças observadas entre os gêneros, temos as estratégias (cognitivas e com-

portamentais) para enfrentamento das situações de vida difíceis, denominadas como *coping*²⁵. Tais estratégias podem estar voltadas para evitar o estado emocional associado à adversidade (*coping* focalizado na emoção), ou para enfrentar diretamente o problema, tentando modificá-lo ativamente (*coping* focalizado no problema). A transmissão destas formas de enfrentamento ocorre a partir das identificações com membros da família ou com pessoas significativas que cumprem este papel. Ao considerarmos o gênero, o potencial de resiliência e ainda as estratégias de enfrentamento das adversidades como um conjunto de características adquiridas ao longo da vida, podemos supor que o ambiente familiar possui papel significativo para tal construção, reafirmando assim o modelo ecológico transicional de compreensão da resiliência, que inclui ainda diversos outros ambientes²⁴.

As estratégias de *coping* mais ativas são mais comumente encontradas em indivíduos com maior potencial de resiliência e, inversamente, as de evitação são mais frequentes naqueles com este potencial menos desenvolvido^{26,26}. Meninos tendem a uma postura mais voltada para a distração, como a busca por atividades físicas e por grupos de pertença; enquanto que as meninas tendem a se mostrar mais sentimentais e a assumir uma postura mais ativa na resolução dos problemas²⁷.

Outro aspecto importante na relação entre resiliência e gênero são os problemas que afetam a saúde mental. A depressão tende a ser mais encontrada nas meninas e é um transtorno comumente associado ao baixo potencial de resiliência²⁸. Em adolescentes também há indícios de que o sexo feminino seja mais suscetível a eventos estressantes, o que pode estar associado à maior presença dos sintomas depressivos, enquanto que em meninos a oposição desafiadora e os possíveis transtornos associados a este tipo de comportamento são mais frequentes²⁷.

Neste cenário, é fundamental identificar fatores que podem incrementar ou prejudicar o desenvolvimento do potencial de resiliência em meninos e meninas adolescentes, uma vez que é uma fase da vida onde há ampliação dos domínios sociais e de independência, com novas possibilidades de crescimento e maior envolvimento em situações estressantes e de risco. Além disso, os afetos e conflitos da adolescência são ampliados, o que pode desencadear mais vulnerabilidade emocional e um reexame de identidade²⁶.

Partindo deste contexto e do pouco conhecimento existente em relação ao estudo da tríade

resiliência, gênero e família, o presente trabalho busca identificar fatores familiares que influenciam diferentemente o potencial de resiliência em meninos e meninas, fornecendo pistas na reflexão da promoção da saúde segundo gênero.

Método

População do estudo

Trata-se de um estudo transversal, com dados originários de um inquérito epidemiológico desenvolvido em 2010, em um município que integra a Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro, São Gonçalo. Esta cidade é a segunda maior do estado em termos populacionais e a 15ª do país, com uma população de 999.728, dos quais cerca de um terço são crianças e adolescentes.

Participaram do estudo 889 adolescentes de 13 a 19 anos de idade, estudantes do curso diurno do 9º ano de escolas públicas (municipais e estaduais) e particulares do município estudado. A amostra é representativa do total de 3487 adolescentes matriculados em 2010 na série estudada. Participaram 44 escolas públicas e 28 particulares, contando com duas turmas por escola. A maior parte dos entrevistados é feminina (63,5%); pertence aos estratos sociais A e B (60,1%), de maior poder aquisitivo; tem entre 13 e 14 anos (61,1%) e informa ter a cor de pele negra/parda (56,5%). Foram excluídos da análise os adolescentes que reportam não terem vivenciado nenhum evento traumático segundo a escala de eventos de vida (*The University of California at Los Angeles Post-Traumatic Stress Disorder Reaction Index UCLA-PTSD*)²⁶.

O desenho amostral foi composto por 12 estratos, organizados segundo as sete áreas de planejamento do município e de acordo com a natureza da instituição (pública ou particular), a fim de alcançar uma representatividade socioeconômica (natureza da instituição escolar) e espacial (áreas de planejamento) da amostra analisada.

A amostragem conglomerada foi complexa, ao apresentar dois estágios de seleção. Primeiro, as escolas foram sorteadas, com probabilidade de seleção proporcional à quantidade de alunos de 9º ano (PPT sistemática) em cada um dos 12 estratos. Em segundo, as turmas foram selecionadas aleatoriamente, por escola, para a aplicação do questionário em todos os alunos da respectiva turma sorteada. A distribuição do número de alunos por escolas foi fornecida pelas Secretarias Municipal e Estadual de Educação para

o ano de 2008. Trabalhou-se com a média de alunos por turma uma vez que não existiam listas de número de alunos por turma, apenas uma única listagem com número de turmas e de alunos por escola.

A amostra foi dimensionada para obter estimativas de proporção, com erro absoluto de 5%, nível de confiança de 96,5%, assumindo uma prevalência de 0,50 e um efeito de desenho 2. Na visita às escolas sorteadas, encontrou-se uma defasagem no número de alunos esperados nas turmas. Tal fato pode ser justificado pela diferença entre o ano de aplicação do questionário (2010) e o ano das listagens de quantitativo de alunos (2008), através das quais a amostra foi baseada. Ao calcular as probabilidades de inclusão (para cálculo dos pesos amostrais), havia probabilidades acima de um. Para correção da diferença entre os anos, as escolas sorteadas com mais alunos em 2010, em comparação a listagem de 2008, foram agrupadas em diferentes estratos para corrigir o cálculo dos pesos amostrais. É importante citar que as escolas informam que é comum a diferença entre os alunos matriculados e os que frequentam, e que praticamente não há diferenças entre o número de alunos matriculados de um ano para o outro.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz e apoiado pelas Secretarias de Educação de São Gonçalo. Também os adolescentes, pais/responsáveis e a direção das escolas assinaram termos de consentimento livre esclarecido, conforme preconizado na Resolução 196/96³¹ do Conselho Nacional de Saúde que normatiza as pesquisas com seres humanos.

Medidas

Baseou-se em um questionário multidimensional, anônimo e autopreenchível, aplicado coletivamente nas turmas com o apoio de equipe de pesquisadores treinados, com duração média de 60 minutos. O inquérito foi pré-testado em 97 alunos de sete escolas (públicas e privadas) de São Gonçalo para o estudo de confiabilidade das escalas utilizadas.

Neste estudo, as seguintes variáveis são investigadas, apresentadas segundo as características sociodemográficas, familiares e individuais do adolescente. As primeiras se referem ao sexo do adolescente; idade (≥ 14 anos e < 14 anos); cor da pele (branco, negro/pardo, amarelo/índigena); estrato social da família (estimado a partir do nível educacional dos pais/responsáveis e o

acúmulo de bens materiais da casa, compondo dois estratos: A+B que corresponde ao alto/médio nível socioeconômico e renda familiar média acima de R\$2.565,00; e o C+D que equivale ao mais popular, com renda familiar média abaixo de R\$1.541,00)³²; e morar amontoado item da escala UCLA PTSD *Reaction Index*³¹, com opções de respostas que variam entre "nada estressante" a "extremamente estressante".

Para as questões referentes à família, foram investigadas as seguintes variáveis: (1) estrutura familiar, caracterizada por pais/responsáveis que residem com o adolescente: pai/mãe, pai/madrasta ou mãe/padrasto, apenas um dos pais, sem pai nem mãe; (2) relacionamento do adolescente com o pai/padrasto, com a mãe/madrasta, com os irmãos e com outros parentes. Utilizou-se itens da sub-escala de relacionamento interpessoal, que compõe a escala *Brief Impairment Scale*³³ adaptada para o Brasil por Paula *et al.*³⁴; (3) supervisão familiar, caracterizada pela frequência com que pais/responsáveis sabem onde o adolescente vai e com quem está; (4) familiar com problemas de álcool ou drogas; (5) violência cometida pelo pai/responsável e pela mãe/responsável contra o adolescente, composta por itens que englobam jogar objetos, empurrar e dar tapas ou bofetadas contra o adolescente na sua vida. Pelo menos um item positivo configura a existência da violência do pai ou da mãe contra o filho^{35,36}; (6) violência entre pais e entre irmãos, avaliadas por pelo menos um item positivo nas seguintes questões: briga a ponto de se machucarem, e humilhando um ao outro; (7) violência psicológica, escala composta por 18 itens, que afere experiências em que o adolescente foi diminuído em suas qualidades, capacidades, desejos e emoções por pessoa significativa^{37,38}. Todas as escalas foram testadas quanto aos aspectos de validade e confiabilidade, indicando sua adequação. As opções de respostas dos itens relativos à esfera familiar estão apresentadas na Tabela 1.

Para avaliação de questões individuais, investigou-se as estratégias de *coping* e a sintomatologia depressiva. As primeiras são avaliadas através da escala HICUPS (*How I Coped Under Pressure Scale - Program for Prevention Research*, 1999), composta por 19 questões, que englobam as seguintes dimensões: distração (ver televisão ou ler, meditar, rezar, fazer ginástica ou esporte, desenhar ou escrever), ativo (dizer para si que as coisas vão melhorar, aprender o máximo com a situação difícil e fazer trabalho voluntário), evitação (gritar, se envolver em briga, faltar aula, evitar pessoas, tomar bebida alcoólica, fumar ci-

Tabela 1. Associação entre as variáveis familiares e o potencial de resiliência.

Variáveis familiares	Resiliência				p-valor ^a
	Médio + Alto		Baixo		
	N	%	N	%	
Estrutura familiar					
Pai e mãe	544	67,6	260	32,4	0,645
Pai e madrasta ou mãe e padrasto	182	70,0	78	30,0	
Só com um dos pais	209	64,4	115	35,6	
Sem pai e sem mãe	57	58,3	41	41,7	
Relacionamento com pai/padrasto					
Não tem sido difícil	578	70,6	240	29,4	0,106
Um pouco difícil	283	60,8	183	39,2	
Bem difícil	46	56,6	35	43,4	
Extremamente difícil	35	69,2	15	30,8	
Relacionamento com mãe/madrasta					
Não tem sido difícil	686	71,8	269	28,2	0,007
Um pouco difícil	227	58,0	164	42,0	
Bem difícil	55	58,6	39	41,4	
Extremamente difícil	28	57,4	21	42,6	
Relacionamento com irmãos					
Não tem sido difícil	430	64,0	243	36,0	0,070
Um pouco difícil	299	71,0	122	29,0	
Bem difícil	81	65,8	42	34,2	
Extremamente difícil	47	48,7	49	51,3	
Relacionamento com outros parentes					
Não tem sido difícil	736	71,9	288	28,1	0,001
Um pouco difícil	170	55,1	138	44,9	
Bem difícil	66	70,2	28	29,8	
Extremamente difícil	19	33,1	39	66,9	
Supervisão familiar					
Sempre	780	70,7	323	29,3	0,003
Muitas vezes	155	59,4	106	40,6	
Poucas vezes	72	56,7	55	43,3	
Nunca	7	27,7	19	72,3	
Problemas com álcool e drogas					
Nada estressante	56	60,9	36	39,1	0,848
Pouco estressante	75	70,8	31	29,2	
Mais ou menos estressante	55	61,1	35	38,9	
Muito estressante	87	66,4	44	33,6	
Extremamente estressante	94	62,7	56	37,3	
Violência do pai					
Ausência	637	67,8	302	32,2	0,421
Presença	255	63,3	148	36,7	
Violência da mãe					
Ausência	455	67,2	223	32,8	0,977
Presença	542	67,0	267	33,0	
Violência entre pais					
Ausência	601	69,7	262	30,3	0,110
Presença	323	62,5	194	37,5	
Violência entre irmãos					
Ausência	326	68,2	152	31,8	0,600
Presença	530	65,6	278	34,4	
Violência psicológica					
Ausência	778	69,2	345	30,8	0,032
Presença	138	57,7	101	42,3	

^ap-valor < 0,05.

garro e ficar fora de casa) e suporte (conversar sobre o problema com os pais, com a escola ou outros profissionais de saúde e da igreja). A escala tem apresentado validade em várias amostras de crianças e adolescentes³⁹ e tem sido recorrentemente exaltada nas revisões da literatura sobre *coping*^{40,41}. Cada dimensão foi avaliada por tercil, compondo o gradiente baixo, médio e alto. Para avaliar a sintomatologia depressiva, utilizou-se o Inventário de Depressão Infantil (CDI)^{42,43}, que verifica a presença e a severidade de sintomas de depressão em crianças e adolescentes de 7 a 17 anos, a partir do autorrelato. Contém 27 itens e tem sido descrito como psicometricamente satisfatório em diversos países e no Brasil^{44,45}. Os casos clínicos de depressão são aqueles em que pontuaram acima de um desvio padrão e meio da média do escore da amostra.

A resiliência foi avaliada a partir da escala proposta por Wagnild e Young⁴⁶ e adaptada para o Brasil por Pesce *et al.*⁴⁷. É usada para medir níveis de adaptação psicossocial positiva em face de eventos de vida importantes. Possui 25 itens descritos de forma positiva com resposta tipo Likert variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Também tem demonstrado bons índices psicométricos em diversos estudos⁴⁸. Na presente pesquisa, obteve-se alpha de Cronbach de 0,78 e a exclusão de cada um dos itens não afetou o índice geral. O coeficiente de correlação intraclass foi de 0,69, o que indica uma concordância satisfatória. Neste trabalho, a resiliência foi avaliada por tercil e optou-se por analisá-la em dois grupos: alto e médio potencial de resiliência em contraposição ao baixo. Optou-se por trabalhar com esta divisão com a intenção de obter uma análise mais apurada do grupo com baixo potencial de resiliência.

Análise dos dados

Foram feitos testes de associação entre as variáveis estudadas e a resiliência, considerados ao nível de significância de 5%. Posteriormente, todas as variáveis foram analisadas por modelos de regressão logística, tendo a resiliência como variável desfecho e sexo como efeito modificador (incluído como um termo de interação no modelo). O efeito de interação também foi avaliado com um nível de significância de 0,05. Os pacotes estatísticos utilizados foram SPSS versão 15 e R versão 2.15.1. O peso amostral foi incorporado em toda a análise para correção das medidas pontuais, do plano amostral e para correção dos testes^{49,50}.

Resultados

Nas Tabelas 1, 2 e 3 são apresentadas as análises entre as variáveis sociodemográficas, familiares e individuais com o potencial de resiliência dos adolescentes. Na Tabela 2, dentre todas as sociodemográficas investigadas (sexo, idade, cor da pele e estrato social) apenas morar amontado apresentou associação estatística ($p.046$) com o potencial de resiliência. Consta-se que ser muito estressante morar amontado está associado à baixa resiliência (52,6% contra 47,4% do grupo com mais elevada resiliência). Inversamente, 54,7% dos adolescentes com maior resiliência dizem ser nada estressante viver amontado, percentual superior à mesma resposta daqueles com menor potencial resiliência (45,3%).

Quanto às questões familiares, a Tabela 1 mostra que o baixo potencial de resiliência está associado estatisticamente a um relacionamento um pouco difícil e extremamente difícil do adolescente com a mãe/madrasta ($p.007$). A baixa resiliência também prevalece nos que têm um relacionamento extremamente difícil com outros parentes (66,9% contra 33,1% dos que apresentam maior resiliência) ($p.001$). Na mesma direção, a ausência de supervisão familiar e a presença da violência psicológica estão associadas a baixa resiliência ($p.003$ e $p.032$, respectivamente). Estrutura familiar; relacionamento com o pai/padrasto e com os irmãos; problemas com álcool e drogas; e violências do pai e da mãe contra o adolescente e deste com seus irmãos, além da que ocorre entre os pais, não mostram associação estatística com o potencial de resiliência dos adolescentes (Tabela 1).

No que se refere às variáveis individuais investigadas, constata-se que há uma tendência de baixa resiliência em adolescentes que utilizam menos estratégias de distração, ativa e de suporte (Tabela 3). Verifica-se também que elevam-se estas estratégias de *coping* à medida em que elevam-se o potencial de resiliência nos adolescentes, ocorrendo o inverso naqueles que denotam mais baixo potencial de resiliência. As estratégias de *coping* de distração, ativo e de suporte estão associadas estatisticamente ao potencial de resiliência ($p.020$, $p.001$ e $p.002$, respectivamente). O *coping* de evitação não se mostrou distinto entre adolescentes de mais alto ou baixo potencial de resiliência. Em relação aos sintomas depressivos, adolescentes que os apresentam em nível clínico apresentam mais baixa resiliência (57,7% contra 42,3% do grupo de mais elevada resiliência) ($p.001$).

Tabela 1. Associação entre as variáveis sociodemográficas e o potencial de resiliência.

Variáveis sociodemográficas	Resiliência				p-valor ^a
	Médio + Alto		Baixo		
	N	%	N	%	
Sexo					
Feminino	669	67,6	321	32,4	0,666
Masculino	346	65,5	182	34,5	
Idade					0,753
≤ 14	623	66,3	17	33,7	
> 14	392	67,8	186	32,2	
Cor da pele					0,672
Branca	387	66,2	198	33,8	
Negra/Parda	559	67,1	275	32,9	
Amarela/Indígena	54	74,0	19	26,0	
Estrato Social					0,793
A+B	367	67,2	179	32,8	
C+D	221	65,4	116	34,6	
Morar amontado					0,046
Nada estressante	15	54,7	13	45,3	
Pouco estressante	16	51,6	15	48,4	
Mais ou menos estressante	11	78,5	3	21,5	
Muito estressante	9	47,4	10	52,6	
Extremamente estressante	33	95,2	2	4,8	

^ap-valor < 0,05.

Tabela 3. Associação entre as variáveis individuais e o potencial de resiliência.

Variáveis individuais do adolescente	Resiliência				p-valor ^a
	Médio + Alto		Baixo		
	N	%	N	%	
Coping Distração					
Baixo	471	62,1	288	37,9	0,020
Médio	263	70,2	111	29,8	
Alto	281	73,2	103	26,8	
Coping Ativo					0,001
Baixo	318	54,0	270	46,0	
Médio	363	73,4	131	26,6	
Alto	334	76,7	101	23,3	
Coping Evitação					0,810
Baixo	350	67,4	169	32,6	
Médio	315	65,0	169	35,0	
Alto	349	68,1	164	31,9	
Coping Suporte					0,002
Baixo	158	53,8	136	46,2	
Médio	501	65,7	262	34,3	
Alto	352	77,0	105	23,0	
Depressão do jovem					0,001
Não clínico	869	69,3	384	30,7	
Clínico	49	42,3	66	57,7	

^ap-valor < 0,05.

No estudo de interação das variáveis, tendo a resiliência como desfecho e sexo como efeito modificador, constata-se que apenas duas variáveis apresentam interação estatisticamente significativa com o sexo: morar amontoadado e dificuldade para se dar bem com os irmãos/irmãs (Tabela 4). No Gráfico 1 observa-se que meninas

têm maior probabilidade de ter mais baixa potencial de resiliência ao mencionar ser bem difícil ou extremamente difícil lidar com os irmãos. Já os meninos, nos relacionamentos difíceis com os irmãos apresentam uma menor probabilidade de serem menos resilientes. No Gráfico 2 é visto que meninas tem maior probabilidade de serem

Tabela 4. Estimativas dos coeficientes dos modelos que apresentaram interações estatisticamente significativas.

	Estimativa	EP	P-valor
Tem sido difícil para você se dar bem com os seus irmãos/irmãs			
Um pouco difícil	-0,3967	0,2896	0,1776
Bem difícil	0,1750	0,3606	0,6299
Extremamente difícil	1,2110	0,4361	0,0080
Masculino	0,2114	0,3101	0,4988
Um pouco difícil: Masculino	0,2840	0,4432	0,5249
Bem difícil: Masculino	-0,8851	0,8627	0,3104
Extremamente difícil: Masculino	-2,0252	0,8875	0,0273
Mora ou já morou amontoadado, sem espaço			
Pouco estressante	-0,3165	1,2732	0,8066
Mais ou menos estressante	-1,3015	1,3771	0,3579
Muito estressante	0,2142	1,0062	0,8340
Extremamente estressante	-2,7362	1,4756	0,0811
Masculino	-0,5826	1,6159	0,7229
Pouco estressante: Masculino	1,0843	1,8764	0,5709
Mais ou menos estressante: Masculino	0,5544	2,2712	0,8101
Muito estressante: Masculino	-16,9981	1,9342	0,0000
Extremamente estressante: Masculino	-14,5275	2,1191	0,0000

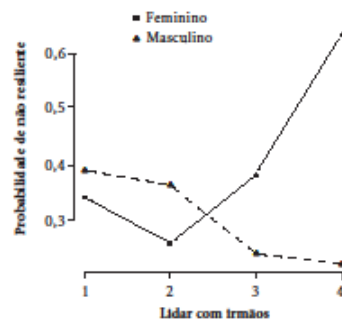


Gráfico 1. Interação entre sexo e lidar com os irmãos com resiliência.

Nota (eixo horizontal): 1. Não tem sido difícil; 2. Um pouco difícil; 3. Bem difícil; 4. Extremamente difícil

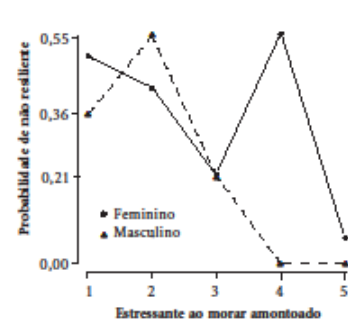


Gráfico 2. Interação entre sexo e morar amontoadado com resiliência.

Nota: 1. Nada estressante; 2. Pouco estressante; 3. Mais ou menos; 4. Muito estressante; 5. Extremamente estressante.

menos resilientes do que meninos ao considerarem que é muito estressante morar amontoados.

Discussão

Este estudo induz a interessantes observações no que se refere à relação entre resiliência, gênero e família. Primeiramente, chama atenção que nas análises bivariadas entre os aspectos sociodemográficos e o potencial de resiliência apenas o estresse gerado por morar em ambiente com muitas pessoas se sobressai. A densidade familiar, descrita neste trabalho pela variável morar amontoados pode ter efeitos no desenvolvimento da criança, se esta é submetida a condições precárias de cuidados e presença exaustivamente os conflitos que emergem do convívio conturbado entre numerosos familiares^{17,18}. Sendo assim, morar amontoados é uma consequência da condição socioeconômica precária e pode ser uma variável mais sensível para aferir a vulnerabilidade social da família do que o estrato social em si. É importante que estudos futuros possam desdobrar esta variável qualitativamente, visto que o presente trabalho é limitado por sua metodologia quantitativa.

Ainda sobre a questão da condição social precária da família, é importante ressaltar que, tal qual verificado neste estudo, outros trabalhos nacionais e internacionais também não verificaram associação entre resiliência e condição socioeconômica e outras variáveis sociodemográficas, como sexo e cor/raça^{10,12}. Deste modo, apesar de ser consensual o efeito deletério da pobreza, por exemplo, para o desenvolvimento de crianças e adolescentes, quando o assunto é resiliência, aspectos de natureza mais relacionais e comunicacionais parecem ter maior influência e peso.

Dentre os aspectos familiares, um difícil relacionamento com a mãe e com outros parentes; a ausência de supervisão da família à criança e ao adolescente; o esvaziamento da autoridade dos pais conjugado à violência como forma de comunicação na família são fatores que impactam o desenvolvimento da resiliência em adolescentes. Um vínculo familiar de qualidade protege a autoestima do sujeito e lhe confere segurança por ser pautado na aceitação de sua autoimagem. Todas estas questões estão relacionadas ao cuidado, à atenção, ao afeto e ao estabelecimento da disciplina da família com o adolescente¹⁹.

Chao et al.¹⁴ explicam que viver em um ambiente protegido e não ameaçador produz segurança para se relacionar com o mundo externo e re-

curso para superar as adversidades da vida. Ambientes permeados pela violência psicológica, onde prevalece a humilhação, a rejeição, o desrespeito e a crítica, são extremamente nocivos para o desenvolvimento infanto-juvenil, potencializando comportamentos de medo, de agressividade e passividade, além de hiperatividade, depressão e baixa autoestima, prejudicando muito o desenvolvimento do potencial de superação dos problemas¹⁴.

Em relação às demais variáveis familiares estudadas que não se mostram relacionadas ao potencial de resiliência, pode-se hipotetizar que valores socioculturais, as características pessoais do jovem e do contexto onde vive podem atuar como fatores de proteção, contrabalançando o efeito nocivo das situações investigadas. Sobre os problemas com álcool e drogas na família, por exemplo, Vitaro et al.¹⁵ verifica alto potencial de resiliência em adolescentes filhos de pais alcoólatras, contudo alerta para as suas distintas estratégias defensivas para lidar com o problema.

No que diz respeito à relação entre as questões de *coping* e de depressão com o potencial de resiliência, foi observado que os adolescentes com baixo potencial de resiliência tendem a utilizar pouco as estratégias de *coping* ativo, de distração e de suporte; e à medida em que estas estratégias são mais utilizadas, o potencial de resiliência também se eleva, mostrando que a capacidade de superação de adversidades está relacionada com a forma com que estas são enfrentadas. O entorno afetivo oferecido ao adolescente se mostra decisivo, uma vez que as relações interpessoais vividas ao longo do desenvolvimento são consideradas constitutivas para a formação da personalidade. Faz toda diferença a presença de uma figura afetiva com quem o adolescente possa contar nos momentos de adversidades e neste ponto a família possui papel primordial. Perceber que há uma relação direta entre as formas de enfrentamento das adversidades e o potencial de resiliência aproxima os conceitos de *coping* e resiliência e possibilita a criação de estratégias de atuação na promoção da saúde dos adolescentes mais fundamentadas nas experiências que constituem a história destes.

Voltando a discussão para um dos pontos centrais deste estudo: a relação entre resiliência, gênero e família, poucas diferenças das questões investigadas entre os meninos e as meninas são encontradas, o que se supõe que apesar das grandes diferenças entre os sexos, muitos aspectos do universo familiar afetam igualmente o potencial de resiliência de ambos. Outrossim, é importan-

te ressaltar que o achado inicial da falta de associação da resiliência entre os sexos segue uma estratégia metodológica, cujo objetivo é identificar a associação da resiliência segundo o sexo. Não há na literatura o consenso em torno da diferença do potencial de resiliência sob a ótica desta variável e no presente trabalho também não foi possível verificar a diferença nos indivíduos analisados^{12,28}.

Contudo, no estudo da interação, onde as variáveis familiares são tidas como exposição, o potencial de resiliência como desfecho e sexo como efeito modificador, o debate recai no impacto diferenciado das questões do universo familiar segundo o potencial de resiliência em meninos e meninas, onde elas, em comparação aos meninos, demonstram ter potencial de resiliência mais baixado ao morar em ambiente com muitas pessoas e a ter dificuldade no relacionamento com irmãos.

Morar amontado pode ter efeito mais negativo na resiliência das meninas, em função da maior permanência delas na esfera privada e no ambiente do lar, já que tendem à introjeção, à passividade, à dependência e à fragilidade; enquanto os meninos, ao assumirem uma postura mais ativa e independente, estão mais fora de casa e buscam mais a comunidade e os grupos de pertença fora do ambiente doméstico. Dessa forma, a conquista de um espaço próprio, que proporcione privacidade e tranquilidade à menina parece ser importante para o desenvolvimento da sua resiliência. Flach²⁶ explica que a privacidade é um elemento importante para que um ambiente seja promotor de resiliência.

No mesmo sentido, o difícil relacionamento com irmãos pode ser mais deletério para a resiliência das meninas talvez porque, seguindo os estereótipos de seu gênero, elas são mais afetadas pela falta de proteção, apoio e segurança dos irmãos. Werner e Smith²⁷ sugerem que o relacionamento próximo, de parceria e ajuda mútua entre irmãos aumenta a capacidade da pessoa, na idade adulta, enfrentar as adversidades, estendendo-se na vida adulta em maior competência social e iniciativa no auxílio ao outro.

Sob um ponto de vista distinto e mais ampliado, cabe afirmar que a família não é isenta de

problemas, mas possui potencial para encontrar alternativas na solução das adversidades. Delage²⁸ enuncia quatro elementos para a avaliação da capacidade das famílias de protegerem cada um de seus membros, proteção essa que conforma a base da resiliência familiar: uma comunicação clara e aberta; a liberdade de cada um dos familiares exprimir ou guardar para si emoções dolorosas; a cooperação familiar diante da resolução de problemas principalmente nos casos em que são necessárias substituições de papéis e tarefas uns dos outros; por último, um equilíbrio funcional entre o fechamento e a abertura da família para o mundo externo.

Walsh²² explica algumas características das famílias que as tornam mais resilientes: (1) aquelas com sistema de crenças positivos, ou seja, que atribuem sentido à adversidade, tem olhar positivo, transcendência e espiritualidade; (2) tem padrões de organização, com flexibilidade, coesão, recursos sociais e econômicos; e (3) possuem processos de comunicação claros, com expressões emocionais e expressam colaboração na resolução de problemas.

A principal limitação deste estudo diz respeito ao desenho transversal, já que permite apenas fazer estudo de associações entre as variáveis, com caráter descritivo e exploratório de análise dos dados. Além disso, são escassos os textos que tratam da resiliência sob a perspectiva do gênero em adolescentes, o que impõe um desafio ainda maior, que é a produção de conhecimento que possa subsidiar programas e políticas públicas de saúde distintas para meninos e meninas. É fundamental que estas ações voltadas para a atenção e a promoção da saúde de jovens possam incluir as diferenças de gênero e os aspectos familiares. O grande desafio está em instrumentalizar as famílias para que sejam atentas às necessidades de seus filhos, e para que compreendam os diversos elementos que compõem a vida do adolescente, como, por exemplo, a escola, a comunidade e a mídia. Estudos analíticos de cunho qualitativo podem ser de grande valia neste campo, pois superariam as questões que são colocadas aqui como limitações, ampliando a compreensão acerca do processo de desenvolvimento da resiliência dos adolescentes.

Colaboradores

L. Rozenberg, J. Avanci, M. Schenker e T. Pires participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

- Rutter M. Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry* 1985; 22(1):323-356.
- Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry* 1987; 30(1):23-51.
- Werner EE, Smith RS. *Kaui's children come of age*. Honolulu: University of Hawaii Press; 1977.
- Werner EE, Smith RS. *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: McGraw-Hill; 1982.
- Werner EE, Smith RS. *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithaca: Cornell University Press; 1992.
- Infante FA. Resiliência como processo: uma revisão da literatura recente. In: Melillo, A, Ojeda ENS, organizadores. *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*. São Paulo: Artmed; 2005. p. 23-38.
- Luthar S, Cushing G. Measurement issues in the empirical study of resilience: An overview". In: Glantz M, Johnson J, editors. *Resilience and Development: Positive Life Adaptations*. New York: Plenum Publishers; 1999. p. 129-160.
- Kaplan H. Toward an understanding of resilience: A critical review of definitions and models". In: Glantz M, Johnson J, editors. *Resilience and Development: Positive Life Adaptations*. New York: Plenum Publishers; 1999. p. 17-84.
- Masten A. Resilience comes of age: Reflections on the past and outlooks for the next generation of researchers". In: Glantz M, Johnson J, editors. *Resilience and Development: Positive Life Adaptations*. New York: Plenum Publishers; 1999. p. 281-296.
- Morais NA. *Trajetórias de vida de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social: entre o risco e a proteção*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.
- Hutz CS, Koller SH, Bandeira DR. Resiliência e vulnerabilidade em crianças em situação de risco. *Colômbias da ANPEPP* 1996; 1(12):79-86.
- Hoppe MMW. *Redes de apoio social e afetivo de crianças expostas a situações de risco* [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1998.
- Souza MTS, Cerveny CMO. Resiliência psicológica: Revisão de literatura e análise de produção científica. *Revista Interamericana de Psicologia* 2006; 40(1):119-126.
- Angst R. Psicologia e resiliência: uma revisão de literatura; *Psychology and resilience: a literature review*. *Psicol. Argum.* 2009; 27(58):253-260.
- Toledo BADS, Rosa O, Maria E. Alargando as margens: um estudo sobre processos de resiliência em adolescentes em conflito com a lei. *Argumentum* 2010; 1(1):230.
- Fonagy P, Steele M, Steele H, Higgitt, A, Target, M. The Emanuel Miller Memorial Lecture 1992: The theory and practice of resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1994; 35(2):231-257.
- Cavalcante FG, Schenker M. Violência, família e sociedade. In: Souza ER, organizador. *Curso Impactos da Violência na Saúde*. Rio de Janeiro: EAD/ESNP; 2007. p. 55-76.
- Yunes MAM. A questão triplamente controversa da resiliência em famílias de baixa renda [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2001.
- Malinosky-rummel R, Hansen DJ. Longterm consequences of childhood physical abuse. *Psychol Bull* 1993; 114(1):68-79.
- Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP. *Resiliência: enfatizando a proteção dos adolescentes*. São Paulo: Artmed; 2006.
- Jaramillo-Vélez DE, Ospina-Muñoz DE, Cabarcas-Iglesias G, Humphreys J. Resiliencia, Espiritualidad, Aflicción y Tácticas de Resolución de Conflictos en Mujeres Maltratadas. *Rev. Salud pública* 2005; 7(3):281-292.
- Ripar AA, Evangelista FSPQ, Frutalein V. Resiliência e gênero. *Psicólogo informação* 2010; 12(12):33-52.
- Zuma CD. Módulo 7 – Violência de gênero na vida adulta. In: Assis SG, organizador. *Curso impactos da violência na saúde. Unidade II – Atenção as pessoas em situações de violência sob perspectiva do ciclo de vida e das vulnerabilidades*. Rio de Janeiro: ENSP, EAD; 2007.
- Bussey K, Bandura A. Social cognitive theory of gender development and differentiation. *Psychol Rev* 1999; 106(4):676.
- Câmara SG, Carlotta MS. Coping e gênero em adolescentes. *Psicologia em estudo* 2007; 12(1):87-93.
- Rutter M. Stress, coping and development: some issues and some questions. In: Garnezy N, Rutter M, editors. *Stress, coping and developing in children*. New York: McGraw-Hill; 1998.

27. Folkman S, Lazarus RL, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, Gruen R. Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *J Pers Soc Psychol* 1986; 50(5):992-1003.
28. Godoy KAB, Joly MCRA, Piovezan NM, Dias AS, Silva DV. Avaliação da resiliência em escolares do ensino médio. *Mudanças-Psicologia da Saúde* 2011; 18(2):79-90.
29. Hankin BL, Abramson LY. Development of gender differences in depression: an elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory. *Psychol Bull* 2001; 127(1):773-796.
30. Steinberg AM, Brymer MJ, Decker KB, Pynoos RS. The University of California at Los Angeles Post-traumatic Stress disorder reaction index. *Curr Psychiatry Rep* 2004; 6(2):96-100.
31. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. *Diário Oficial da União* 1996; 16 out.
32. Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado (ABEP). Critério de Classificação Socioeconômico do Brasil (CCSEB). São Paulo: ABEP; 2008.
33. Bird HR, Canino GI, Davis M, Ramirez R, Chavez L, Duarte C, Shen S. The Brief Impairment Scale (BIS): a multidimensional scale of functional impairment for children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005; 44(7):699-707.
34. Paula C, Duarte C, Bordin I. Prevalência de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes da região metropolitana de São Paulo: necessidade de tratamento e capacidade de atendimento. *Rev Bras Psiquiatr* 2007; 29 (1):11-17.
35. Straus MA. Measuring intrafamilial conflict and violence: the Conflict Tactics (CT) Scales. *J Marriage Fam* 1979; 4(1):75-88.
36. Hasselmann MH, Reichenheim ME. Adaptação transcultural da versão em português da *Conflict Tactics Scales Form R (CTS-1)*, usada para aferir Violência no casal: equivalências semântica e de mensuração. *Cad Saude Publica* 2003; 19(1):1083-1093.
37. Pitzner JK, Drummond PD. The reliability and validity of empirically scaled measures of psychological/verbal control and physical/sexual abuse: relationship between current negative mood and a history of abuse independent of other negative life Events. *J Psychosom Res* 1997; 2(1):125-142.
38. Avanci JQ, Assis SG, Santos NC, Oliveira RVC. Escala de violência psicológica contra adolescentes. *Rev Saude Publica* 2005; 39(1):702-708.
39. Ayers TS, Sandler IN, West SG, Roosa MW. A dispositional and situational assessment of children's coping: testing alternative models of coping. *Journal of Personality* 1996; 64(1):923-958.
40. Compas BE. Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological bulletin* 2001; 127(1):87.
41. Skinner EA. Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological bulletin* 2003; 129(2):216.
42. Kovacs M. *Children's Depression Inventory (CDI): Technical Manual Update*. Toronto: Multhi-Health Systems Inc; 2003.
43. Gouveia VV, Barbosa GA, Almeida HJFD, Gaião ADA. Inventário de depressão infantil-CDE: estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *J Bras Psiquiatr* 1995; 44(7):345-349.
44. Wathier JL, Dell'Aglio DD, Bandeira DR. Análise fatorial do Inventário de Depressão Infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. *Avanços Psicológicos* 2008; 7(1):75-84.
45. Timbremont B, Braet C, Dreesen L. Assessing depression in youth: relation between the Children's Depression Inventory and a structured interview. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 2004; 33(1):149-157.
46. Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *J Nurs Meas* 1993; 1(2):165-178.
47. Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias IV, Carvalhaes R. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cad Saude Publica* 2005; 21(2):436-448.
48. Assis SG. Socioeconomic development, family income, and psychosocial risk factors: a study of families with children in public elementary school. *Cad Saude Publica* 2011; 27(2):209-221.
49. Pessoa DGC, Nascimento Silva PL, Duarte RPN. Análise estatística de dados de pesquisas por amostragem: problemas no uso de pacotes padrões. *Revista Brasileira de Estatística* 1997; 58(210):53-75.
50. Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias IV, Oliveira RV. Violência e representação social na adolescência no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2004; 16(1):43-51.
51. Poletto M. *Contextos ecológicos de promoção de resiliência para crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
52. Walsh F. The concept of family resilience: Crisis and challenge. *Family Process* 1996; 35(1):261-281.
53. Schenker M. *Valores familiares e uso abusivo de drogas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
54. Chao RK, Willms JD. The effects of parenting practices on children's outcomes. Vulnerable children. *Findings from Canada's national longitudinal survey of children and youth* 2002; 1(1):149-165.
55. Vitaro F, Tremblay RE, Zoccolillo M. Alcoholic father, adolescent drug abuse and protective factors. *Can J Psychiatry* 1999; 44(9):901-908.
56. Flash F. *Resiliência: a arte de ser flexível*. São Paulo: Saraiva; 1991.
57. Werner E, Smith R. *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: McGraw Hill; 1998.
58. Delage M. *La Résilience familiale*. Paris: Odile Jacob; 2008.

Artigo apresentado em 31/10/2013

Aprovado em 23/11/2013

Versão final apresentada em 26/11/2013

5.2 – Capítulo de livro: Aspectos individuais e comunitários associados relacionados à resiliência em adolescentes

Aspectos individuais e comunitários associados relacionados à resiliência em adolescentes

Laila Rozemberg¹, Joviana Avanci², Miriam Schenker², Thiago Pires²

*Um golpe da sorte é uma
ferida que se inscreve em nossa história
e não um destino*

(Boris Cyrulnik)

A partir de resultados de um estudo realizado com 889 adolescentes escolares de um município do Rio de Janeiro, este capítulo discute a relação de fatores comunitários (incluindo a vida na escola), de aspectos individuais (estratégias de enfrentamento dos problemas e de questões de saúde mental) com o potencial de resiliência de adolescentes, os quais podem ser estratégicos no delineamento de políticas públicas voltadas a esta faixa etária. Busca também refletir sobre o impacto diferenciado de aspectos da vida comunitária, como o apoio social, infraestrutura, e violência na resiliência de meninos e meninas e sobre estratégias eficazes de intervenção. Tais informações podem ser muito úteis na reflexão sobre a promoção da saúde na adolescência, já que é uma época crítica do desenvolvimento humano. A intenção é que a discussão deste capítulo possa oferecer subsídios para a atuação de profissionais que trabalhem em escolas, serviços de saúde, serviços de acolhimento e a todos aqueles que atendem crianças e adolescentes, acreditando que é possível desenvolver e fortalecer um ciclo de promoção de saúde e bem estar, que parte da resiliência da comunidade para o indivíduo e vice-versa.

² Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli/Fundação Oswaldo Cruz

A adolescência é tipicamente um período singular no desenvolvimento humano, onde uma série de competências funcionais são exigidas para acompanhar as diversas mudanças desta fase. Para o adolescente há uma ampliação dos domínios sociais e de independência, com novas possibilidades de crescimento e maior envolvimento em situações estressantes e de risco. Além disso, as questões de gênero, que já eram presentes na infância, se tornam protagonistas de uma série de identificações nesta fase da vida. Assim, os afetos e os conflitos são ampliados, podendo acarretar maior vulnerabilidade emocional e um reexame de identidade (Bordini, 2012).

Falar de resiliência, ainda mais na adolescência, é abordar um conceito complexo, atrelado à interdependência de múltiplos contextos de interação, e cuja emergência é observada com mais clareza quando a pessoa está atravessando uma situação adversa, seja esta de caráter temporário ou constante em sua vida (Silva, 2003). Embora a definição do conceito de resiliência pareça relativamente simples, o sentido do fenômeno e o seu significado psicológico não são dados por uma equação matemática, em que a soma de elementos protetivos e eventos adversos possa ser equilibrada. O conceito traz em si a dificuldade em se fazer ciência a partir de fenômenos subjetivos, apontando para um campo que a todo tempo se mostra movediço, mas não menos desafiante (Rodríguez, 2005). A complexidade desse constructo envolve processos sociais e intrapsíquicos que estão constantemente se transformando, dependendo do grau de maturidade e experiência individual e devem ser relativizados e compreendidos a partir de um amplo conjunto de elementos internos e externos ao sujeito (Assis *et al.*, 2008)

Estudos e pesquisas acerca do tema da resiliência buscam compreender por que, diante de situações adversas, alguns indivíduos se desenvolvem mais satisfatoriamente, mostrando uma capacidade de superação e a ressignificação do fato ocorrido em sua história, enquanto outros sucumbem com mais facilidade às situações difíceis, desenvolvendo patologias ou trilhando um caminho negativo.

Para direcionar a discussão teórica deste capítulo, o modelo ecológico-transicional é adotado, onde é enfatizado o dinamismo das interações e transações ecológicas no desenvolvimento de crianças e adolescentes, e ressaltada as dimensões individual, familiar e da comunidade no desenvolvimento do potencial de resiliência (Bronfenbrenner, 1979/1996). Optamos neste capítulo por considerar o potencial de resiliência dos adolescentes por considerarmos crucial que a resiliência é *mais* ou *menos* desenvolvida ao longo da vida, dependendo do suporte social, familiar, escolar e individual que se obtém em cada momento de seu curso.

O ambiente comunitário é um componente fundamental para a compreensão dos processos envolvidos na promoção da resiliência de adolescentes, juntamente com o suporte familiar, a escola e a história singular de cada um, composta por uma complexa combinação de fatores e eventos. Quando uma criança começa a ampliar seus domínios para além do seio familiar, ela é submetida a um amplo campo cultural, e a uma rede maior de relações, que complementam sua identidade e que têm implicações em seu desenvolvimento. Portanto, faz toda diferença se uma comunidade é propícia ao desenvolvimento humano ou se ela oferece mais obstáculos do que recursos para que isso ocorra.

Neste capítulo o foco é dado às questões da comunidade como elemento fundamental ao estabelecimento da resiliência entre adolescentes. O ambiente comunitário considerado é aquele espaço próximo às moradias da população (Assis & Marriel, 2010). A importância de estudar o espaço comunitário que cerca o adolescente respalda-se no fato que a atuação no macro ambiente se reflete nas micro redes de relação em que as pessoas estão inseridas na comunidade.

A pesquisa original

Os resultados apresentados neste capítulo são originários de uma pesquisa realizada em 2010 em escolas públicas e particulares de um município do Estado do Rio de Janeiro, São Gonçalo. Esta cidade é a segunda maior do estado em termos populacionais e a 15º maior cidade do país, com uma população de 999.728 habitantes, dos quais cerca de um terço são crianças e adolescentes (Assis & Avanci, 2011). O município teve um crescimento desordenado e intenso à custa basicamente de população de baixo poder aquisitivo, em detrimento de sua infraestrutura. Além disso, carece de atividades culturais e esportivas e oferece poucas instituições sociais de apoio aos moradores de baixa renda. Possui índices alarmantes no que diz respeito à violência contra jovens, ocupando, em 2011, 92º posição entre as cidades onde há maior número de homicídios de jovens no Brasil (Waiselfisz, 2011).

A pesquisa caracteriza-se por um inquérito epidemiológico com 889 adolescentes de 13 a 19 anos de idade, desenvolvido pelo Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli, Fundação Oswaldo Cruz/Rio de Janeiro. Foram excluídos da análise deste capítulo, os adolescentes que reportam não

terem vivenciado nenhum evento traumático segundo a escala UCLA-PTSD, descrita a seguir (Steinberg et al., 2004).

Os adolescentes participantes preencheram um questionário multidimensional, anônimo e autopreenchível, aplicado coletivamente nas turmas com o apoio de equipe de pesquisadores treinados, com duração média de 60 minutos. O inquérito foi pré-testado em 97 alunos de sete escolas (públicas e privadas) de São Gonçalo para o estudo de validade e confiabilidade de várias escalas utilizadas.

Para avaliar o potencial de resiliência, utilizou-se a escala proposta por Wagnild e Young (1993) e adaptada para o Brasil por Pesce et al (2005). Esta escala é usada para medir níveis de adaptação psicossocial positiva em face de eventos de vida importantes. Possui 25 itens descritos de forma positiva com resposta tipo likert variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Tem demonstrado bons índices psicométricos em diversos estudos e na presente pesquisa, obteve alpha de Cronbach de 0,78 e a exclusão de cada um dos itens não afetou o índice geral. O coeficiente de correlação intraclasse foi de 0,69, o que indica uma concordância satisfatória. Neste trabalho, a resiliência foi avaliada por tercil e optou-se por analisá-la em dois grupos: alto e médio potencial de resiliência em contraposição ao baixo.

A amostra da pesquisa foi constituída por 44 escolas públicas e 28 particulares, contando com duas turmas por escola. A maior parte dos entrevistados é feminina (63,5%); pertence aos estratos sociais A e B (60,1%), de maior poder aquisitivo; tem entre 13 e 14 anos (61,1%) e informa ter a cor de pele negra/parda (56,5%). Estes dados são baseados no Critério de classificação econômica Brasil (CCEB) que tem como objetivo avaliar o poder de compra de grupos de consumidores

no país e determinar a partir dele o estrato social a que este grupo pertence (ABIPEME, 2001).

O desenho amostral foi composto por 12 estratos, organizados segundo as sete áreas de planejamento do município e de acordo com a natureza da instituição (pública ou particular), a fim de alcançar uma representatividade sócio-econômica (natureza da instituição escolar) e espacial (áreas de planejamento) da amostra analisada.

A amostragem conglomerada foi complexa, ao apresentar dois estágios de seleção. Primeiro, as escolas foram sorteadas, com probabilidade de seleção proporcional à quantidade de alunos de 9º ano em cada um dos 12 estratos. Em segundo, as turmas foram selecionadas aleatoriamente, por escola, para a aplicação do questionário em todos os alunos da respectiva turma sorteada. A distribuição do número de alunos por escolas foi fornecida pelas Secretarias Municipal e Estadual de Educação para o ano de 2008. Trabalhou-se com a média de alunos por turma uma vez que não existiam listas de número de alunos por turma, apenas uma listagem geral de número de turmas e alunos por escola.

A amostra foi dimensionada para obter estimativas de proporção, com erro absoluto de 5%, nível de confiança de 96,5%, assumindo uma prevalência de 50% e um efeito de desenho 2. Na visita às escolas sorteadas, encontrou-se uma defasagem no número de alunos esperados nas turmas. Tal fato pode ser justificado pela diferença entre o ano de aplicação do questionário (2010) e o ano das listagens de quantitativo de alunos (2008), através das quais a amostra foi baseada. Para contornar essa diferença, escolas sorteadas com mais alunos em 2010 do que havia sido listado

em 2008 foram agrupadas em diferentes estratos para corrigir o cálculo dos pesos amostrais.

No decorrer do capítulo, variáveis sobre status sócio-econômico (ABIPEME, 2008), eventos de violência na comunidade e na escola (Pitzner & Drummond, 1997; Trombeta & Guzzo, 2002, Kahn et al., 1999), escala de apoio social (Chor et al., 2001), de estratégias de *coping*, de depressão (Warthier, Dell'Aglio, Bandeira, 2008) e de satisfação com a vida (Diener et al, 1985; Giacomoni & Hutz, 1998), além de uso de álcool e maconha são analisadas segundo o potencial de resiliência e através da razão de chances (OR) e seus respectivos intervalos de confiança (IC95%).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública/ Fiocruz CAE: 15737313.0.0000.5240 em 07/08/2013 e apoiado pelas Secretarias de Educação de São Gonçalo. Também os adolescentes, pais/responsáveis e a direção das escolas assinaram termos de consentimento livre esclarecido, conforme preconizado na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que normatizava as pesquisas com seres humanos.

Aspectos comunitários ligados à resiliência

A comunidade se caracteriza em linhas gerais pelo território em que o indivíduo vive e faz parte, podendo promover apoio e assistência, mas também impor obstáculos e determinantes negativos ao desenvolvimento dos que ali residem. No esforço em compreender a resiliência sob o prisma mais ampliado, o da comunidade, parte-se da metáfora proposta por Bronfenbrenner, onde toda a experiência individual se dá em ambientes “*concebidos como uma série de estruturas encaixadas, uma*

dentro da outra, como um conjunto de bonecas russas (Bronfenbrenner, 1979/1996, p. 5).

Viver em condições precárias é um importante fator de risco ao desenvolvimento humano, associada à subnutrição, à privação social e à desvantagem educacional, por exemplo (Ceconello & Koller, 2000). Eventos considerados como risco são obstáculos individuais ou ambientais que aumentariam a vulnerabilidade da criança para resultados negativos no seu desenvolvimento (Assis *et al*, 2006). De acordo com Bronfenbrenner e Evans (2000) o aumento destes fatores nas comunidades, como a violência e a pobreza, interferem no desenvolvimento e adaptação dos indivíduos que ali vivem. Apesar desta constatação, os resultados apresentados neste capítulo revelam que pertencer a determinado **status socioeconômico** não está associado ao potencial de resiliência em adolescentes de São Gonçalo, o que também é verificado em outro estudo realizado com amostra de adolescentes das mesmas redes de ensino no início dos anos 2000 (Assis, Pesce & Avanci, 2004). Tal achado revela que, apesar da privação socioeconômica afetar problemas emocionais e relacionais de crianças e adolescentes, por mais pobre que seja uma comunidade o potencial de resiliência individual parece não ser afetado por esta situação isoladamente.

A **violência comunitária** é caracterizada por um fenômeno que se origina e se reflete nas relações interpessoais mais próximas do espaço físico dos bairros e das moradias das famílias e estendendo-se a espaços socializadores como a escola (Assis & Marriel, 2010). A criminalidade, a infraestrutura inadequada dos bairros, o alto índice de desemprego, a desigualdade social e o pouco apoio da rede social de proteção estão fortemente associados a esta violência.

Esta forma de violência possui distintos conceitos, o que dificulta

comparações. Neste capítulo é definida como aquela vivenciada ou testemunhada pelo adolescente no ambiente comunitário, incluindo ruas, escola e outros ambientes proximais em que transita. Inclui situações como ser vítima/testemunha de ações de conflito, espancamentos, tiroteios, ver pessoas mortas, assalto a casa, humilhações, roubos, dentre outros.

A violência comunitária é bastante impactante para o desenvolvimento de adolescentes e uma realidade bastante presente nesta fase da vida. Manifesta-se de diversas formas e nas mais variadas relações entre os membros de uma comunidade, sendo muito visível quando determinado território é submetido ao poder paralelo de facções criminosas que cerceiam o direito de ir e vir dos moradores e ditam regras e leis próprias e se utilizam de meios agressivos para se impor. O medo originado pelo descontrole e pela insegurança torna a vida na comunidade mais difícil e limitada. As famílias tendem a se sentir impotentes, pois não possuem condições de intervir nem possuem meios para proteger efetivamente seus jovens deste contato (Fowler et al., 2009).

Revisão de estudos sobre o tema mostra que mais de 70% das amostras de jovens já testemunharam essa forma de violência no lugar em que vivem (Phelps et al. 2002). Assis et al (2009) apresentam revisão sobre o fenômeno no Brasil e indicam prevalências de violência comunitária contra crianças e adolescentes variando de 13,5% a 67,4%, com estudos desenvolvidos nas seguintes cidades brasileiras: São Gonçalo (RJ), Manaus (AM), Porto Alegre (RS), Rio de Janeiro (RJ) e Brasília (DF). Crianças mais velhas e adolescentes são mais expostos a violência comunitária, bem como os do sexo masculino (Fowler et al., 2009, Stein et al., 2003).

Dentre as situações de violência comunitária investigada no presente estudo, apenas ter sofrido humilhação na comunidade demonstra associação com o baixo potencial de resiliência entre adolescentes. Aqueles que afirmam ter vivido esta violência psicológica no espaço da comunidade têm mais chance (OR=3,15) de ter baixo potencial de resiliência, em comparação aos adolescentes que não sofrem humilhação (tabela 1).

Tabela 1: Razão de chances entre situações de violência comunitária e o potencial de resiliência em adolescentes de São Gonçalo*

Violência na comunidade		Resiliência				OR	IC95%
		Médio+Alto		Baixo			
		N	(%)	N	(%)		
Estar em um lugar com conflitos armados (tiroteios)	Sim	419	(66,8)	208	(33,2)	1,01	(0,62-1,63)
	Não	596	(67,0)	294	(33,0)	1	
Ser espancado, levar um tiro ou ser seriamente ameaçado de ser machucado	Sim	140	(61,3)	89	(38,7)	1,33	(0,69-2,53)
	Não	871	(67,8)	414	(32,2)	1	
Ter recebido a notícia da morte violenta ou o ferimento grave de um ente querido	Sim	519	(68,4)	240	(31,6)	0,86	(0,56-1,30)
	Não	489	(65,0)	264	(35,0)	1	
Ter a casa assaltada ou roubada	Sim	140	(73,7)	50	(26,3)	0,69	(0,36-1,31)
	Não	870	(65,9)	451	(34,1)	1	
Sofrer humilhação	Sim	76	(42,2)	104	(57,8)	3,15	(1,50-6,63)
	Não	913	(69,7)	397	(30,3)	1	
Sofrer ameaça	Sim	77	(61,6)	48	(38,4)	1,26	(0,45-2,93)
	Não	916	(67,0)	452	(33,0)	1	
Conviver com pessoas que carregam armas de fogo	Sim	150	(68,0)	71	(32,0)	0,94	(0,36-2,44)
	Não	843	(66,7)	421	(33,3)	1	

Conviver com pessoas que carregam armas brancas	Sim	80 (69,1)	36 (30,9)	0,89 (0,34-2,28)
	Não	914 (66,5)	461 (33,5)	1
Ser furtado	Sim	130 (69,9)	73 (36,1)	1,16 (0,53-2,55)
	Não			1
Ser agredido por alguém o bastante para que precisasse de curativo ou ir ao médico	Sim	14 (66,4)	7 (33,6)	1,02 (0,08-12,97)
	Não	972 (66,8)	484 (33,2)	1

*Em negrito os resultados que obtiveram significância estatística.

Uma forma relevante de violência comunitária é aquela que **ocorre na escola**, caracterizada neste capítulo por situações em que o adolescente sofreu ameaças, teve coisas danificadas, andou com pessoas que usam armas de fogo e branca, e teve coisas furtadas neste espaço da escola. Em pesquisa realizada no sul do Brasil com estudantes de colégios públicos, notou-se que 99,7% dos adolescentes investigados foram expostos a alguma forma de violência neste espaço de socialização, sendo que 70,9% foram vítimas, 98,4% testemunhas e 99,2% conheceram alguma vítima de violência (Zavaschi et al., 2002).

Assis, Pesce e Avanci (2006) constataram que um em cada cinco adolescentes escolares da rede pública e privada de São Gonçalo/RJ foi humilhado na escola, e um em cada quatro adolescentes teve objetos pessoais furtados neste espaço. Neste trabalho também é apontado que os adolescentes relataram também que tiveram objetos danificados propositalmente (13,9%) e que tiveram dinheiro ou outros objetos roubados no espaço escolar (2,5%). Contudo, pouco se sabe como essas variadas formas de violência podem realmente atingir a saúde mental de crianças e adolescentes.

O que se sabe é que a escola tem papel indispensável no desenvolvimento de crianças e adolescentes, pois representa o segundo microambiente de socialização. Para que a escola seja um ambiente promotor de resiliência, ela precisa desenvolver, dentre outros aspectos, relações de confiança e de afetividade entre seus alunos. Mas, se a escola oferece um ambiente hostil e conflituoso, ou se permite que a relação entre seus membros não seja saudável, passa a se tornar um ambiente nocivo ao desenvolvimento, podendo impactar o potencial de resiliência de seus alunos.

Tal como encontrado por Assis, Pesce e Avanci (2006) nas mesmas redes de ensino de São Gonçalo há cerca de uma década atrás, os resultados ora analisados revelam que o impacto das situações de violência vividas no meio escolar não se mostra decisivo para o comprometimento no potencial de resiliência. Ou seja, os adolescentes, mesmo quando expostos às adversidades na escola, seja por sofrer ameaças e furtos, por ter coisas danificadas, ou andar com pessoas que usam armas de fogo e branca não se mostram menos resilientes.

Contudo, na contramão das situações de risco existentes na comunidade em que os adolescentes entrevistados vivem, apresentadas até aqui, é importante ressaltar o relato de **apoio social** percebido por estes jovens no meio em que vivem, incluindo comunidade e família. O apoio social parece ser decisivo para que o potencial de resiliência não se abale, mesmo no enfrentamento de situações de violência na comunidade e na escola. A existência de uma rede de apoio acolhedora, cuidadora e atenta às necessidades do adolescente - o que inclui presença da família e de amigos ou outras pessoas com quem o adolescente pode contar e dividir medos e inseguranças, pode fazer toda diferença à forma com que ele enfrenta as adversidades vivenciadas (Margolin & Gordis, 2000; Fowler et al., 2009).

A escala de apoio social utilizada foi desenvolvida por Sherbourne & Stewart (1991) e adaptada à população brasileira por Chor e colaboradores (2001). Apresenta dezenove itens relativos ao apoio social e cinco referentes à rede social. Neste capítulo as dimensões do apoio social, apresentadas a seguir, são analisadas segundo tercís, compondo o gradiente de baixo, médio e alto apoio social.

Os resultados do presente estudo indicam que quanto mais apoio afetivo de interação positiva (alguém que demonstre amor e afeto e amor, de abraço ou carinhos); emocional (apoio recebido através de confiança, da disponibilidade em ouvir e compartilhar as preocupações e medos); de informação (através do recebimento de sugestões, bons conselhos, informação sobre temas importantes) e material (ajuda se ficar de cama, levar ao médico, preparar refeições, e suporte nas tarefas diárias) mais é elevado o potencial de resiliência. Exemplificando os resultados obtidos, adolescentes de São Gonçalo mais resilientes informam mais apoio afetivo do que os com resiliência baixa (OR=3,22). Relação semelhante é encontrada entre os demais tipos de apoio e o potencial de resiliência. Interessante perceber que apoio de informação se destaca entre os demais, apresentando maior razão de chance (OR=5,02), ao se comparar os adolescentes de baixo e alto apoio de informação, o que permite sugerir que receber conselhos, informações e ajuda para compreender uma determinada situação é uma questão fundamental no fortalecimento do potencial de resiliência (Tabela 2).

Tabela 2: Razão de chances entre tipos de apoio social e o potencial de resiliência em adolescentes de São Gonçalo*

Apoio social X resiliência		Resiliência				OR	IC95%
		Médio+Alto		Baixo			
		N	(%)	N	(%)		
Apoio afetivo	Baixo	221	(48,4)	235	(51,6)	3,22	(1,99-5,20)
	Médio	787	(75,1)	261	(24,9)	1	
Interação positiva	Baixo	229	(49,5)	233	(50,5)	4,27	(2,32-7,83)
	Médio	395	(70,1)	169	(29,9)	1,788	(0,98-3,23)
	Alto	387	(80,7)	92	(19,3)	1	
Apoio emocional	Baixo	233	(50,3)	229	(49,7)	3,94	(1,88-8,24)
	Médio	446	(71,6)	177	(28,4)	1,589	(0,81-3,08)
	Alto	330	(80,0)	82	(20,0)	1	
Apoio de informação	Baixo	239	(49,7)	242	(50,3)	5,02	(2,64-9,54)
	Médio	422	(69,5)	186	(30,5)	2,178	(1,11-4,26)
	Alto	346	(83,2)	70	(16,8)	1	
Apoio material	Baixo	273	(56,9)	206	(43,1)	2,54	(1,54-4,19)
	Médio	357	(66,8)	177	(33,2)	1,67	(0,93-2,96)
	Alto	376	(77,1)	112	(22,9)	1	

*Em negrito os resultados que obtiveram significância estatística.

Esses resultados evidenciam a importância de se desenvolver, tanto na comunidade quanto nas famílias, uma cultura de apoio e suporte voltados para esta população. Sem dúvida, a promoção de suporte, parcerias e cuidado se reverte em bem estar e autoconfiança, mesmo para aqueles que se encontram em situação de risco ou que atravessam algum período de adversidade.

Robert e Li (2001) sugerem três indicadores de comunidades resilientes, os quais estão diretamente ligados à resiliência individual: (1) existência de ambiente físico positivo, (2) de ambiente social propício ao convívio e, (3) presença de uma rede de serviços segura no campo macro-organizacional e no campo das relações, como de transporte, segurança, saúde e educação. No entanto, recuperando o modelo bioecológico do Bronfenbrenner (1979/1996) o equilíbrio e a presença da família, da escola e da comunidade são centrais na promoção da resiliência. Mais ainda, independente do ambiente em que o jovem está inserido, seu desenvolvimento depende da qualidade das interações nestas relações, que podem ser marcadas por sentimentos positivos, reciprocidade e equilíbrio de poder, mas também o inverso (Bronfenbrenner, 1996).

Aspectos individuais ligados à resiliência: *coping*, depressão e uso de drogas

Para que os adolescentes consigam superar as adversidades da vida sem sucumbirem às doenças e aos problemas de outras naturezas, são utilizadas diversas estratégias de enfrentamento, conhecidas na literatura nacional e internacional como *coping*. Lazarus e Folkman (1984), pioneiros dos estudos acerca deste conceito, definem este constructo como os esforços cognitivos e comportamentais em constante mudança para o manejo específico de demandas internas ou externas que excedem os recursos psíquicos de uma pessoa. É um processo dinâmico que se adequa às demandas dos indivíduos para contrabalancear os conflitos internos e ambientais, onde o indivíduo orienta seus pensamentos e comportamentos de modo a evitar os problemas, buscar distração ou suporte ou ainda enfrentá-los ativamente.

Para avaliação das estratégias de *coping*, utilizou-se a escala de *coping* (*How I Coped Under Pressure Scale - Program for Prevention Research*, 1999), composta por 19 questões, que englobam as seguintes dimensões: distração (vê televisão ou lê, meditar, rezar, fazer ginástica ou esporte, desenhar ou escrever), ativo (dizer para si que as coisas vão melhorar, aprender o máximo com a situação difícil e fazer trabalho voluntário), evitação (gritar, se envolver em briga, faltar aula, evitar pessoas, tomar bebida alcoólica, fumar cigarro e ficar fora de casa) e suporte (conversar sobre o problema com os pais, com a escola ou outros profissionais de saúde e da igreja). A escala tem apresentado validade em várias amostras de crianças e adolescentes e tem sido recorrentemente exaltada nas revisões da literatura sobre o tema (Ayres et al, 1996; Compas, 2001; Skinner, 2003). Cada dimensão foi avaliada por tercil, compondo o gradiente baixo, médio e alto.

Conforme observado na tabela 3, algumas estratégias de *coping* estão em estreita relação com o potencial de resiliência. Aqueles que afirmam ter mais dificuldades em desenvolver estratégias mais ativas de enfrentamento dos problemas (*coping* ativo) apresentam chance (OR=2,80) maior de desenvolver baixo potencial de resiliência. Similarmente, reduzem-se as estratégias de *coping* de suporte à medida que decresce o potencial de resiliência, ocorrendo o inverso no outro grupo. Os tipos de *coping* de distração e de evitação não apresentaram diferenças estatísticas significativas segundo o potencial de resiliência (Tabela 3).

Tabela 3: Razão de chances entre tipos de *coping* e o potencial de resiliência em adolescentes de São Gonçalo*

<i>Coping</i> X resiliência		Resiliência				OR	IC95%
		Médio+Alto		Baixo			
		N	(%)	N	(%)		
<i>Coping</i> Distração	Baixo	471	(62,1)	288	(37,9)	1,67	(0,93- 0,30)
	Médio	263	(70,2)	111	(29,8)	1,16	(0,61-2,18)
	Alto	281	(73,2)	103	(26,8)	1	
<i>Coping</i> Ativo	Baixo	318	(54,0)	270	(46,0)	2,80	(1,38-5,66)
	Médio	363	(73,4)	131	(26,6)	1,19	(0,66-2,13)
	Alto	334	(76,7)	101	(23,3)	1	
<i>Coping</i> Evitação	Baixo	350	(67,4)	169	(32,6)	1,03	(0,60-1,75)
	Médio	315	(65,0)	169	(35,0)	1,15	(0,57-2,29)
	Alto	349	(68,1)	164	(31,9)	1	
<i>Coping</i> suporte	Baixo	158	(53,8)	136	(46,2)	2,87	(1,55-5,27)
	Médio	501	(65,7)	262	(34,3)	1,75	(0,89-3,42)
	Alto	352	(77,0)	105	(23,0)	1	

*Em negrito os resultados que obtiveram significância estatística.

No que se refere aos problemas de saúde mental, a **depressão** é um fenômeno bastante presente na adolescência. Estima-se que no Brasil, cerca de 10% a 15% dos adolescentes desenvolva o transtorno depressivo (Salle, 2001; Avanci, Assis & Oliveira, 2008), mas este percentual se eleva quando é analisada a presença de sintomas depressivos (e não o transtorno já instalado), quadro que também precisa ser cuidado numa esfera preventiva. De acordo com Andrade (2006), os sintomas depressivos estão presentes em pelo menos alguma fase da adolescência em cerca de 30% dos jovens.

A depressão costuma estar associada à baixa resiliência e é caracterizada pelo humor deprimido ou irritável; diminuição de interesse/prazer; alteração de peso, apetite e sono; agitação ou retardo psicomotor; fadiga; sentimentos de inutilidade; culpa; dificuldade de pensamento e concentração, além de ideias recorrentes de morte

e suicídio, assim como a duração dos sintomas e o prejuízo no funcionamento social (APA, 2003).

Neste capítulo a sintomatologia depressiva foi estudada pelo Inventário de Depressão Infantil (CDI) (Kovacs, 2003; Gouveia et al, 1995), que verifica a presença e a severidade de sintomas em crianças e adolescentes de 7 a 17 anos, a partir do autorrelato. Contém 27 itens e tem sido descrito como psicometricamente satisfatório em diversos países e no Brasil. Os casos clínicos de depressão são aqueles em que pontuaram acima de um desvio padrão e meio da média do escore da amostra.

Os resultados revelam que os adolescentes de São Gonçalo com sintomas depressivos apresentam mais chance (OR=3,08) de apresentar baixo potencial de resiliência do que o outro grupo mais resiliente, o que reforça a urgente necessidade de considerar o tópico da depressão em programas de promoção de saúde (tabela 4). A depressão em adolescentes pode ser detectada por profissionais da educação, devido ao seu contato diário com os jovens. A escola pode ser a fonte de sofrimento, se a relação entre os pares se estabelece a partir de violências físicas ou verbais, é importante que o profissional esteja atento e possa intervir neste ciclo de violência, e ainda acolha as dificuldades e se necessário encaminhe o caso para um serviço de cuidado, a fim de prevenir outras consequências, como a perda de interesse escolar, distúrbios psicossomáticos e isolamento (Lopes Neto, 2005; Severo, 2009)

Nesta linha, também foi avaliada a **satisfação global** do adolescente com a sua vida (Diener et al, 1985; Giacomoni & Hutz, 1998). Constatou-se que aqueles mais insatisfeitos com sua vida apresentam mais chances (OR=5,7) de desenvolver baixo potencial de resiliência (tabela 4).

O **consumo de álcool e maconha** também foram estudados segundo o potencial de resiliência, os quais não apresentaram relação direta com o potencial de superação dos problemas (tabela 4). Apesar disso, este tema deve ser sempre discutido e alertado junto aos adolescentes por familiares e profissionais de saúde e educação, sendo consensual as graves consequências acarretadas à saúde do adolescente, sendo o seu enfrentamento um grande desafio para os profissionais de saúde e para a comunidade como um todo.

Tabela 4: Razão de chances entre tipos de uso de álcool e outras drogas, depressão e satisfação de vida e o potencial de resiliência em adolescentes de São Gonçalo*

Atributos individuais		Resiliência				OR	IC95%
		Médio+Alto		Baixo			
		N	(%)	N	(%)		
Depressão	Clínica	49	(42,3)	66	57,7	3,08	(1,35-7,04)
	Não Clínica	869	(69,3)	384	(30,7)	1	
Satisfação com a vida	Não	390	(50,7)	379	(49,3)	5,70	(3,37-9,64)
	Sim	610	(85,4)	104	(14,6)	1	
Uso de bebida alcoólica até se embriagar ou sentir-se bêbado(a)	Sim	162	(66,3)	82	(33,7)	1,03	(0,57-1,88)
	Não	853	(67,0)	421	(33,0)	1	
Uso de maconha	Sim	9	(73,3)	3	(26,3)	0,71	(0,09-5,18)
	Não	1000	(66,7)	500	(33,3)	1	

*Em negrito os resultados que obtiveram significância estatística.

Aspectos relacionados ao gênero, comunidade e resiliência

O construto de gênero não se resume ao papel biologicamente determinado pelo sexo, mas sim às construções sociais e culturais de masculinidades e de

feminilidades, independente das bases biológicas (Segato, 1997; Roughgarden, 2005). Considerando o desenvolvimento da identidade sexual, a Associação Americana de Psicologia (2005) define como orientação sexual a escolha afetiva, romântica, sexual e emocional.

A forma como cada indivíduo percebe e elabora as situações que vive é sempre singular, pois cada sujeito estabelece um sistema próprio de representações e significados específicos (Assis *et al.*, 2008). Estes são fruto de suas experiências passadas e das projeções que pode fazer a partir daquilo que lhe ocorre. Neste sistema de significados estão os códigos sociais que trazem, entre outras, as informações referentes ao gênero que os sujeitos expressam ao longo de seu desenvolvimento.

Estudos afirmam que adolescentes homoafetivos e transexuais são confrontados com uma série de experiências negativas, tais como preconceito na comunidade e na escola, rejeição familiar, discriminação em ambientes de trabalho e ainda crimes relacionados à homofobia. De acordo com Elizur e Niv (2001) esta população possui maior risco de desenvolver desordens de ansiedade, abuso de substâncias, comportamento sexual de risco e comportamento suicida do que adolescentes heteroafetivos (Fergusson, Horwood, & Beautrais, 1999; Lock & Steiner, 1999; Safren & Heiberg, 1999; Costa & Nardi, 2013).

Tais questões de gênero demandam que a comunidade se desenvolva no sentido de superar preconceitos e acolher as dificuldades dos adolescentes. Há uma relação dialógica da resiliência com a comunidade: superando seus preconceitos, a comunidade pode oferecer aos jovens um ambiente acolhedor e promotor de resiliência. Esta conscientização da comunidade acerca da questão do gênero precisa se voltar para a desnaturalização de comportamentos comumente atribuídos ao sexo

feminino e masculino, bem como a questão da homo/heteroafetividade, estimulando o respeito e à inclusão das diferenças de gênero.

Voltando a discussão para o estudo da relação da diferença entre resiliência e sexo dos adolescentes, os resultados do estudo em escolas de São Gonçalo revelam que ser menino ou menina não está associado ao potencial de resiliência em adolescentes. Contudo, com a intenção de compreender melhor a relação do sexo com as questões referentes aos aspectos comunitários (estrato social, violência comunitária e apoio social) e individuais (estratégias de *coping*, depressão, satisfação da vida e uso de álcool e maconha) abordados neste capítulo, modelos de regressão logística foram produzidos, tendo a resiliência como variável desfecho e sexo como efeito modificador (incluído como um termo de interação no modelo).

Os resultados desta análise de regressão logística indicam duas variáveis que apresentaram interações estatisticamente significativas ($p < 0,001$) com o sexo, apontando para a maior vulnerabilidade feminina: (1) ao serem agredidas em sua localidade de forma forte o bastante de modo que tenha precisado de curativos ou ir ao médico, as meninas adolescentes têm maior probabilidade do que meninos de terem baixo potencial de resiliência ; (2) o uso da maconha ou outras drogas é mais relatado pelas meninas com baixo potencial de resiliência, em comparação com meninos com este nível de resiliência. Tal resultado pode sugerir que as meninas, culturalmente mais protegidas dos eventuais riscos extradomésticos acabam por se mostrar mais vulneráveis quando expostas a situações citadas acima.

O entorno sócio afetivo, o contexto sócio cultural e a tipologia dos eventos de risco e vulnerabilidade são diferentes para adolescentes do sexo masculino e feminino. Culturalmente, as meninas são mais protegidas e reservadas ao ambiente do

lar, enquanto meninos são encorajados a atuar ativamente no ambiente em que vivem. Com isso, os achados epidemiológicos frequentemente encontrados apontam, predominantemente para desordens relacionadas a depressão e estresse em meninas, enquanto meninos tem maior índice de exposição aos eventos traumáticos e transtornos transgressores (Becker *et al*, 2007, Bernard, 1995;).

Os resultados obtidos neste capítulo referentes à questão de gênero merecem ser analisados com cautela, uma vez que o número de participantes é baixo ao se estratificar as variáveis de análise e ainda com a interação entre os sexos. Estudos futuros precisam se deter na compreensão destas relações.

Ainda que não sejam evidentes as diferenças entre o sexo e o potencial de resiliência dos adolescentes de São Gonçalo, é fundamental que se possa incluir este constructo nos programas de atenção aos adolescentes. Existem diversos estudos que relacionam a importância da abordagem diferenciada entre os meninos e meninas (Rohlf, 1999; McDonough, 2001; Camara, 2007) e afirmam ainda a necessidade de agregar essas diferenças nas estratégias de atuação em saúde, educação e conscientização dos indivíduos que compõem uma comunidade.

Estratégias de promoção de resiliência na comunidade e escola: algumas reflexões

Promover resiliência é um grande desafio! Questiona-se no meio acadêmico quais são os mecanismos que devem ser estimulados com este fim e de que maneira é possível promover resiliência em indivíduos e em comunidades. Existem diversos

programas de atuação e diretrizes para o trabalho dos profissionais que pretendem atuar nesta direção. Edith Grotberg (1993), um dos grandes nomes internacionais do estudo sobre resiliência, propõe que profissionais de escolas estimulem o debate acerca do tema e postula três fatores básicos na promoção da resiliência: eu tenho, eu sou e eu posso (*I HAVE, I AM, I CAN*). Cada um destes enfatiza as diferentes potencialidades do indivíduo, onde o primeiro seria uma forma de destacar que há alguém disposto a servir como suporte; o segundo esclarece as forças, os sentimentos e encoraja as crenças e; o terceiro visa desenvolver as potencialidades dos indivíduos. A autora propõe o debate acerca do tema e a dinâmica de grupo como estratégias para o desenvolvimento do potencial de resiliência escolar e comunitária.

Lakewood, uma cidade de médio porte dos Estados Unidos, desenvolveu um programa de sucesso na promoção de resiliência e redução das taxas de violência contra crianças e adolescentes. A cidade enfrentava uma onda de violência e de abuso de álcool e drogas entre adolescentes, ao mesmo tempo em que o abandono escolar vinha crescendo, devido a ameaças de bomba e violência na escola. Primeiramente, foi feito um diagnóstico sobre os motivos para o aumento da violência entre os adolescentes e sobre o papel das instituições envolvidas, ou seja, onde falharam, o que poderiam mudar e que medidas poderiam ser tomadas a curto e a longo prazo. A partir disso, foram criados modelos de atenção às famílias juntamente às escolas, além de centros de aconselhamento e o encaminhamento dos casos mais graves para o serviço equivalente ao conselho tutelar da cidade, a fim de que fossem acompanhados e avaliados periodicamente. Aumentaram o controle da venda de álcool a adolescentes e o policiamento nas ruas. A violência entre os adolescentes foi trabalhada com palestras e acompanhamento psicológico. O trabalho assíduo junto

aos adolescentes foi importante e procurou fortalecê-los para que se tornassem também protagonistas dessa mudança.

O caso descrito é parte de um livro chamado “*Learning from resilient people*”, de Morley Glicken (2006). O caso da cidade de Lakewood serviu de exemplo para outras cidades americanas e mostra que com o investimento governamental e a devida implicação de pessoas e instituições de uma comunidade em questões como a violência e outros problemas comuns na adolescência e na comunidade pode-se estimular a resiliência de adolescentes e jovens, tornando assim, a própria comunidade mais resiliente. Dentre as características que este programa visava desenvolver estavam as estratégias de *coping*, por acreditar que os adolescentes precisavam desenvolver mecanismos para superar as adversidades que enfrentavam.

Outras estratégias e intervenções coletivas baseadas na resiliência têm sido utilizadas especialmente em projetos identificados na América Latina, e variam em função das diferentes realidades sociais e étnicas. O Brasil e a Argentina têm acumulado experiências e materiais para a capacitação de pessoal e para inclusão dos grupos familiares, em função de promoção de atitudes resilientes em termos individual e comunitário (Ferreira, Silveira & Peixoto, 2013; Munist *et al*, 2013). Ojeda (2007) afirma que atualmente pode-se considerar a resiliência como ferramenta de genuíno cunho latino-americano, que pode ser utilizada na luta contra a pobreza e a desigualdade.

Uma iniciativa brasileira que focaliza intervenções baseadas em atividades esportivas e culturais acontece no Rio de Janeiro, desde 2003, no Instituto Reação. É uma iniciativa do judoca medalhista olímpico Flávio Canto, atuante em comunidade

de baixa renda, com objetivo de promover o desenvolvimento humano e a inclusão social por meio de ações complementares de educação (Soares, 2007). A ideia de utilizar o esporte como instrumento de atração dos jovens visa desenvolver competências sociais, cognitivas e pessoais dos alunos, que mantém com o projeto, o compromisso de se manter na escola e com bom aproveitamento. Além disso, o Judô, possui fortes componentes educacionais, de disciplina, respeito ao próximo e não violência, fortalecendo assim a autoestima, determinação e autoconfiança dos adolescentes, características importantes para o desenvolvimento do potencial de resiliência e ainda inspiradora de estratégias de enfrentamento de adversidades, como *coping* ativo e de suporte, já citadas como fatores decisivos para a adolescência. As referidas comunidades são marcadas pela violência e pelo domínio de facções do crime organizado e a iniciativa acabou fortalecendo os jovens, projetando o nome dessas comunidades com boas notícias, como a da medalha de ouro conquistada pela atleta Rafaela Silva, primeira brasileira a conquistar o título de campeã Mundial, exemplo de superação de adversidades.

Partindo das referências mais importantes da área, já citadas ao longo do texto, e em posse dos resultados do estudo realizado com os adolescentes de São Gonçalo, pode-se verificar que, ainda que a comunidade ofereça adversidades, se o adolescente pode contar com o apoio de pares e de pessoas próximas, para alguns a resiliência pode se manter estável, proporcionando aos adolescentes a possibilidade de superação dessas adversidades e mostrando que a comunidade, ainda que enfrente condições adversas, pode oferecer o que há de mais importante para o desenvolvimento, que é o suporte humano, o afeto e a transmissão da cultura (Schoore, 2003)

O ambiente escolar também deve ser incluído no trabalho de promoção de resiliência. Os profissionais que ali atuam devem ser capacitados para lidar com as dificuldades comuns de cada etapa do desenvolvimento e ainda precisam estar atentos para identificar situações onde devem intervir, tais como: situações de violência, maus tratos ou negligência de cuidados básicos, conflitos entre alunos, bem como situações de pobreza extrema ou outras condições em que as famílias precisem ser encaminhadas para serviços de assistência social. O trabalho da escola não se limita apenas à educação relativa às áreas do saber. Essa instituição possui papel fundamental na construção subjetiva de futuros homens e mulheres, podendo atuar como potente tutor de resiliência na comunidade. Se estes sujeitos que compõem a comunidade forem capazes de trabalhar em prol da superação de adversidades, sem dúvidas o potencial de saúde e de bem estar da mesma em que vivem os adolescentes poderá ser ampliado, o que gera um processo cíclico no desenvolvimento do potencial de resiliência.

É de extrema importância incluir os elementos do ambiente e da comunidade no processo de desenvolvimento do potencial de resiliência dos adolescentes, uma vez que este constructo não se limita apenas a um estado psicológico de bem estar, nem mesmo a um conjunto de comportamentos positivos e socialmente aceito após a exposição ao risco ou ainda uma condição que resulte de capacidades inatas ou latentes (Ungar, 2005). Há que se considerar as questões estruturais que atingem os adolescentes e a sociedade de maneira mais ampla, bem como se trabalhar junto à essas questões de modo que os indivíduos contem com um aparato socioambiental promotor de saúde e bem estar e possam ainda ter um papel ativo na multiplicação deste processo. Assim, a resiliência pode ser desenvolvida enquanto traço comum ao coletivo, cada um dos sujeitos tendo um papel, um lugar social e político onde se

constrói e se é construído, se fortalece e é fortalecido pela capacidade de superação das adversidades.

A relação dialógica estabelecida entre a comunidade e seus membros correlaciona os atributos individuais e comunitários. Se uma comunidade é composta por indivíduos fortalecidos e cientes de que possuem papel ativo para melhorá-la, o ambiente se torna também fortalecido. A participação dos membros de comunidades nas intervenções propostas para melhorá-lo e o trabalho próximo de promoção de cuidados com jovens têm reflexos imediatos. Contudo, o desafio em promover a resiliência é enorme, com ele estão propostos também outras questões, não basta apenas focar na eliminação das adversidades e na promoção de cuidados. É indispensável que haja também a promoção de uma cultura de apoio e atenção às necessidades dos jovens desde o ambiente familiar, a comunidade pode ajudar e muito, mas a singularidade de cada adolescente deve ser atendida e valorizada no âmbito, privado, onde já ficou claro que o apoio de pessoas próximas, supervisão familiar e relacionamento com a família é decisivo para o desenvolvimento da resiliência (Chao, 2002; Compas, 2007; Walsh, 2006).

Estratégias de promoção de resiliência e saúde

Existe um crescente interesse pelo estudo da resiliência e sua aplicação no campo da prevenção e promoção da saúde tendo como base o indivíduo, a família, a escola e a comunidade. Essa nova tendência no campo da saúde pública reflete o progressivo abandono da abordagem centrada nos fatores de risco e em contrapartida, o crescimento da ênfase dada aos fatores positivos que levam um indivíduo a superar a adversidade. Esse novo paradigma é certamente otimista, principalmente por

acreditar que é possível, através de ações e programas, promover o bem estar do indivíduo e da comunidade através do fortalecimento e desenvolvimento de competências pessoais e comunitárias que proporcionem resiliência (Bloom, 1996; Munist et al, 1998).

Como se pode chegar a esse fortalecimento comunitário? Se pensarmos que é possível reconhecer e impulsionar as competências individuais e grupais e que os recursos sociais podem reforçar as resiliências de pessoas, famílias, comunidades e culturas, então exercitar um permanente olhar sobre as competências é uma ação que deve ser constante no campo da saúde e da educação. Em um nível relacional, uma escuta e um acolhimento mais cuidadoso à criança, ao adolescente e à sua família por parte do profissional de saúde e educação é essencial tanto na prevenção quanto no cuidado das pessoas e suas histórias de violência.

A atuação da Estratégia de Saúde da Família mostra grande potencial de ação em nível comunitário, à medida que suas equipes possam se preparar para lidar com esses tipos de problemas. Trabalhar a família como foco da atenção tem sido uma estratégia para interromper a vulnerabilidade de seus membros e também das comunidades, uma vez que elas têm responsabilidade e potencial para atuar frente aos problemas dos locais em que vivem, tais como marginalidade e violência. Agregar o enfoque de família/agente significa viabilizar ações através de seus recursos próprios.

É justamente a partir da articulação de diversas estratégias, como as acima citadas, e os esforços provenientes da família e daqueles que compõem a comunidade que a promoção de resiliência pode de fato ocorrer. O processo de desenvolvimento da resiliência, conforme apresentado ao longo deste capítulo, não é um estado adquirido e imutável, ele demanda o trabalho contínuo de pessoas dispostas a transpor

as barreiras das dificuldades locais para fazer as mudanças acontecerem. É possível apostar no efeito contagioso da resiliência na comunidade para promover a resiliência de cada adolescente, de maneira singular, respeitando e incluindo as diferenças e promovendo um ambiente fortalecido e uma cultura de superação.

Referências bibliográficas

Abipeme – Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado. (2001). Critério de classificação econômica Brasil. São Paulo.

Calbo, A. S., Busnello, F. D. B., Rigoli, M. M., Schaefer, L. S., & Kristensen, C. H. (2009). Bullying na escola: Comportamento agressivo, vitimização e conduta pró-social entre pares. *Contextos clínicos*, 2(2), 73-80.

American Psychiatric Association. (2003). DSM-IV-TR: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.

American Psychological Association, & American Psychological Association. (2005). Policy statement on evidence-based practice in psychology. Retrieved on July, 27, 2010.

Andrade, T. M. R., & Argimon, I. I. D. L. (2006). Sintomas depressivos eo uso de substâncias psicoativas durante a vida em adolescentes. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2(1), 95-104.

Assis, S. G. D., Avanci, J. Q., Pesce, R. P., & Njaine, K. (2008). Resiliência na adolescência: refletindo com educadores sobre superação de dificuldades. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; ENSP; CLAVES; CNPq.

Assis, S. G. D., Avanci, J. Q., Pesce, R. P., & Ximenes, L. F. (2009). The situation of Brazilian children and adolescents with regard to mental health and violence. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 349-361.

Assis, S. G., Pesce, R. P., Avanci, J. Q. & Oliveira, R. V. (2011) Socioeconomic

development, family income, and psychosocial risk factors: a study of families with children in public elementary school. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(suppl.2), 209-s221.

Assis, S. G., & Marriel, N. S. M. (2010). Reflexões sobre violência e suas manifestações na escola In: Impactos da violência na escola. Um diálogo com professores.

Assis, S. G., Pesce, R. P., & Avanci, J. Q. (2006). *Resiliência: enfatizando a proteção dos adolescentes*. Porto Alegre: Grupo A.

Avanci, J. Q., Assis, S. G., & Oliveira, R. V. (2008). Sintomas depressivos na adolescência: estudo sobre fatores psicossociais em amostra de escolares de um município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(10), 2334-2346.

Ayers, T.S., Sandler, I.N., West, S.G., Roosa, M.W. (1996). A dispositional and situational assessment of children's *coping*: testing alternative models of *coping*. *Journal of Personality*, 64(1):923–958.

Becker, J. B., Monteggia, L. M., Perrot-Sinal, T. S., Romeo, R. D., Taylor, J. R., Yehuda, R., & Bale, T. L. (2007). Stress and disease: is being female a predisposing factor?. *The Journal of Neuroscience*, 27(44), 11851-11855.

Bernard, B. (1995). Fostering resiliency in children. *Urbana, IL:(ERIC Document Reproduction Service No. ED386327)*.

Bloom, M. (1996). Primary prevention and resilience: changing paradigms and changing lives. *Preventing violence in America*, 4, 87-114.

Bordini, G. S., & Sperb, T. M. (2012). Concepções de gênero nas narrativas de adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(4), 738-746.

Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos naturais e planejados* (M. A. V. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1979)

Bronfenbrenner, U., & Evans, G. W. (2000). Developmental science in the 21st century: Emerging questions, theoretical models, research designs and empirical findings. *Social development*, 9(1), 115-125.

Câmara, S.G., Carlotto, M.S. (2007). *Coping e Gênero em Adolescentes. Psicologia em Estudo*, 12(1), 87-93.

Cecconello, A. M.; & Koller, S. H., (2000). Competência social e empatia: um estudo sobre resiliência com crianças em situação de pobreza. *Estudos de Psicologia*, 5(1), 71-93.

Chao, R. K., & Willms, J. D. (2002). The effects of parenting practices on children's outcomes. *Vulnerable children: Findings from Canada's national longitudinal survey of children and youth*, 149-165.

Chor, D., Griep, R. H., Lopes, C. S., & Faerstein, E. (2001). Social network and social support measures from the Pró-Saúde Study: pre-tests and pilot study. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(4), 887-896.

Compas, B.E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H. & Wadsworth, M. E. (2007). *Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. Psychological bulletin*, 127(1), 87-127.

Costa, A. B., & Nardi, H. C. (2013). Sexual diversity and psychological evaluation: human rights in question. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(SPE), 124-137.

Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75.

Elizur, Y., & Ziv, M. (2001). Family Support and Acceptance, Gay Male Identity Formation, and Psychological Adjustment: A Path Model. *Family process*, 40(2), 125-144.

Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Beautrais, A. L. (1999). Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people?. *Archives of general psychiatry*, 56(10), 876-880.

Ferreira, A. L., da Silveira, M. D. F. G., & Peixoto, A. C. L. (2013). Promoção de cultura de paz e resiliência: um estudo de caso do projeto de extensão rede coque vive da UFPE. *Reflexão & Ação*, 21(1), 140-168.

Gouveia, V. V., Barbosa, G. A., Almeida, H. J. F. D., & Gaião, A. D. A. (1995). Inventário de depressão infantil-CDI: estudo de adaptação com escolares de João Pessoa; Children's depression inventory-CDI: adaptation study with students of João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44(7), 345-349.

Kovacs M. (2003). Children's Depression Inventory (CDI): Technical Manual Update. Toronto: *Multhi-Health Systems Inc.*

Fowler, P. J., Tompsett, C. J., Braciszewski, J. M., Jacques-Tiura, A. J., & Baltes, B. B. (2009). Community violence: A meta-analysis on the effect of exposure and mental health outcomes of children and adolescents. *Development and Psychopathology*, 21(1), 227-259.

Glicklen, M. D. (2006). *Learning from resilient people: Lessons we can apply to counseling and psychotherapy*. Sage.

Grotberg, E. (1993). Promoción de la "defensa ante la adversidad" en los niños: Nueva aproximación.' In: *Medicina y Sociedad*, 10(1-2), 24-30.

Hutz, C. S., & Giacconi, C. H. (1998). Adaptação da Escala de Satisfação de Diener para o Brasil. *Porto Alegre: UFRGS*.

Giacconi, C. H., & Hutz, C. S. (2006). Escala de afeto positivo e negativo para crianças: estudos de construção e validação. *Psicologia escolar e educacional*, 10(2), 235-245.

Kahn, K., Tollman, S. M., Garenne, M., & Gear, J. S. (1999). Who dies from what? Determining cause of death in South Africa's rural north - east. *Tropical Medicine & International Health*, 4(6), 433-441.

Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Lock, J., & Steiner, H. (1999). Gay, lesbian, and bisexual youth risks for emotional, physical, and social problems: Results from a community-based survey. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(3), 297-304.

Lopes Neto, A. A. (2005). Bullying: comportamento agressivo entre estudantes. *Jornal de Pediatria*, 81(5), 1-12.

Margolin, G., & Gordis, E. B. (2000). The effects of family and community violence on children. *Annual review of psychology*, 51(1), 445-479.

McDonough, P., & Walters, V. (2001). Gender and health: reassessing patterns and explanations. *Social science & medicine*, 52(4), 547-559.

Munist, M., Santos, H., Kotliarenko, M. A., Suárez, E., Infante, F., & Grotberg, E. (1998). Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes.[Manual

for identifying and promoting resilience in children and adolescents] Washington DC: Panamerican Health Organization/WHO.

Ojeda, E. N. S., Jara, A., & Marquez, C. (2007). Resiliência comunitária. In L. C. Hoch & S. M. Rocca, *Sofrimento, resiliência e fé—implicações para as relações de cuidado* (pp. 33-59). São Leopoldo: Sinodal.

Pesce, R.P., Assis S.G., Avanci, J.Q., Santos, N.C., Malaquias, J.V., Carvalhaes, R. (2005). Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(2), 436-448.

Phelps, Lori F., Michael R. McCart, and W. Hobart Davies. "The Impact of Community Violence on Children and Parents Development of Contextual Assessments." *Trauma, Violence, & Abuse* 3.3 (2002): 194-209.

Pitzner, J.K., & Drummond, P.D., (1997). The reliability and validity of empirically scaled measures of psychological/verbal control and physical/sexual abuse: relationship between current negative mood and a history of abuse independent of other negative life Events. *Journal of Psychosomatic Research*, 2(1), 125-142.

Robert, S. A., Li, L. W. (2001). Age variation in the relationship between community socioeconomic status and adult health. *Research on aging*, 23(2), 233-258.

Rodriguez, D. H. (2005). O humor como indicador de resiliência. In: Melillo, A.; Ojeda, E. N. S. *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Rohlf's, D. (1999). La perspectiva de género el estudio de las diferencias y desigualdades

en salud [Resumen]. *Anais de la I Jornada de la Red de Médicas y Profesionales de la Salud*, Madrid, 2, 12-13.

Roughgarden, J., (2005). *Evolução do gênero e da sexualidade*. Londrina: Planta.

Salle, E. (1999). Estudo de sintomatologia depressiva em adolescentes de 15 a 17 anos de II grau de Porto Alegre, através das escalas auto-aplicáveis Beck Depression Inventory (BDI) Carrol Rating Scale (CRS). *Center for Epidemiological Studies for depression (CES-D)*. *Dissertação de Mestrado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.*[Links].

Severo, A.C., Busnello, F. D. B., Rigoli, M. M., Schaefer, L. S., & Kristensen, C. H. (2009). Bullying na escola: Comportamento agressivo, vitimização e conduta pró-social entre pares. *Contextos Clínicos*, 2(2), 73-80.

Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social science & medicine*, 32(6), 705-714.

Schore, A. N. (2003). *Affect dysregulation & disorders of the self* (pp. 178-234). New York: WW Norton.

Silva, M. R. S. (2003). A construção de uma trajetória resiliente durante as primeiras etapas do desenvolvimento da criança: o papel da sensibilidade materna e do suporte social. Tese de doutorado, Programa de Pós-graduação em enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

Segato, R. L. (1997). Os percursos do gênero na antropologia e para além dela. *Sociedade e Estado*, 12(2), 235-262.

Skinner, E.A., (2003). Searching for the structure of *coping*: a review and critique of category systems for classifying ways of *coping*. *Psychological bulletin*, 129(2), 216-269.

Soares, A. J. D. M. (2007). O Instituto Reação: um projeto social aplicado. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.

Stein, B. D., Jaycox, L. H., Kataoka, S., Rhodes, H. J., & Vestal, K. D. (2003). Prevalence of child and adolescent exposure to community violence. *Clinical child and family psychology review*, 6(4), 247-264.

Steinberg, A. M., Brymer, M. J., Decker, K. B., & Pynoos, R. S. (2004). The University of California at Los Angeles post-traumatic stress disorder reaction index. *Current psychiatry reports*, 6(2), 96-100.

Trombeta, L. H. A., & Guzzo, R. S. L. (2002). *Enfrentando o cotidiano adverso: estudo sobre resiliência em adolescentes*. Cidade: Alínea.

Ungar, M. (Ed.). (2005). *Handbook for working with children and youth: Pathways to resilience across cultures and contexts*. Cidade: Sage.

Wagnild, Gail M.; Young, Heather M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of nursing measurement*, Volume(número), páginas.

Waiselfisz, J. J. (2011). Mapa da Violência: os jovens do Brasil: versão para web. *Brasília: Instituto Sangari, Ministério da Justiça*.

Walsh, F. (1996). The concept of family resilience: Crisis and challenge. *Family process*, 35(3), 261-281.

Wathier, J.L., Dell'Aglio, D.D., & Bandeira, D.R., (2008). Análise fatorial do Inventário

de Depressão Infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. *Avaliação Psicológica*, 7(1):75-84.

Zavaschi, M. L. S., Satler, F., Poester, D., Vargas, C. F., Piazenski, R., Rohde, L. A. P., & Eizirik, C. L. (2002). Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(4), 189-195.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta dissertação apontam questões importantes acerca do tema resiliência. Cada manuscrito levanta um ponto principal de discussão que permeia e é permeado pela literatura especializada na temática investigada no presente estudo. O trabalho de análise quantitativa dos dados da pesquisa original se iniciou com um levantamento bibliográfico acerca do tema resiliência, de textos que tratavam da questão de gênero e desenvolvimento e ainda das relações que os adolescentes estabelecem com a família e a comunidade, e o impacto que estas possuem sobre o potencial de resiliência dos adolescentes.

Foi possível notar neste levantamento um crescente interesse acerca da resiliência na última década, principalmente no que tange aos fatores de risco e proteção a que os adolescentes estão submetidos. Contatou-se ainda, que o conceito da resiliência vem sendo reformulado ao longo do tempo, e que hoje é compreendido enquanto conjunto de fenômenos, e não mais como uma característica estanque que o indivíduo possui ou não. Esta noção de processo que se tem hoje acerca do conceito oferece aos profissionais que atuam junto a adolescentes a possibilidade de estender o conceito à prática. Desta forma, é possível se falar em promoção de resiliência e em fortalecimento da capacidade de superar adversidades.

Contudo, muitas são as críticas acerca do conceito de resiliência. A fim de esclarecê-las, proponho algumas reflexões. Primeiro, a ideia da promoção de resiliência não é uma proposta que visa o desenvolvimento de jovens invulneráveis, capazes de suportar qualquer adversidade. Muito pelo contrário, a ideia visa promover

sim a resiliência, mas juntamente a propostas que vão ao encontro da linha de cuidados e proteção de crianças e adolescentes. A própria Organização Pan-Americana de Saúde (OPS) entende que estes são cuidados complementares e associa os fatores de proteção diante de condições de vulnerabilidade à temática da resiliência, uma vez que os primeiros moderam a relação entre riscos e o desenvolvimento do sujeito (Adolescência Latino-americana, 2001). Segundo, a crítica mais comum é relacionada à relação do conceito como uma característica ideológica de sucesso individual e de uma adaptação passiva às normas sociais, o que criaria uma ideia restrita da resiliência com competência, gerando um estigma e um rótulo (Aznar-Farias & Monteiro, 2006). No entanto, os próprios autores que trabalham com modelos de resiliência em suas pesquisas alertam para o fato de que promover resiliência não substitui de forma alguma políticas de combate à miséria, violência, desigualdade social e nem tão pouco representa uma conformidade e adaptação passiva diante de adversidades (Luthar & Cicchetti, 2000; Rutter & Bishop, 2011). Indicar a resiliência como uma característica intrínseca é justamente negar que a resiliência possa ser contingente, provisória, imprevisível e dinâmica.

Em relação aos resultados aqui encontrados, tenho algumas reflexões. O primeiro artigo produzido ao longo do mestrado procurou salientar as diferenças do potencial de resiliência de meninos e de meninas com enfoque nas relações familiares que permeiam a adolescência. Nesta investigação, não encontrou-se diferenças significativas no potencial de resiliência entre os sexos, podendo-se supor que muitos aspectos do universo familiar afetam igualmente o potencial de resiliência de meninos e meninas. No entanto, foi possível observar que alguns fatores familiares parecem ser estratégicos e mais impactantes ao potencial de resiliência, a saber: um difícil relacionamento com a mãe e com outros parentes; a ausência de supervisão da família

à criança e ao adolescente; conjugado à violência como forma de comunicação. Com isso, podemos afirmar que um vínculo familiar de qualidade protege a autoestima do sujeito e lhe confere segurança por ser pautado na aceitação de sua autoimagem. Essas questões estão relacionadas com o cuidado e atenção e conforme já mencionado, estão relacionadas ao desenvolvimento do potencial de resiliência, especialmente quando o assunto é promoção de saúde. Neste contexto, a inclusão dos elementos relacionais da família pode ser um caminho para elucidar as múltiplas dimensões e a complexidade que envolve o trabalho junto a adolescentes, segundo inclusive a ótica do gênero.

No capítulo do livro, foi possível observar de que maneira a comunidade influencia ativamente a capacidade de superação dos problemas dos adolescentes. Os resultados destacam o apoio social como um elemento decisivo para que o potencial de resiliência seja mais protegido. Ou melhor, a existência de uma rede de apoio acolhedora, cuidadora e atenta às necessidades do adolescente - o que inclui presença da família e de amigos ou outras pessoas com quem o adolescente pode contar e dividir medos e inseguranças - pode fazer diferença na forma com que ele enfrenta as adversidades vivenciadas em seu meio de convivência.

Em relação às questões de gênero estudadas em ambos os manuscritos, o presente estudo revelou que ser menino ou menina não está associado ao potencial de resiliência em adolescentes. Contudo, ainda que estas diferenças não apareçam em relação ao potencial de resiliência, é fundamental que se possa incluir este constructo nos programas de atenção aos adolescentes. Existem diversos estudos que relacionam a importância das diferenças de gêneros nas mais distintas formas de relação (Rohlf, 1999; McDonough, 2001; Camara, 2007) e afirmam ainda a necessidade de agregar

essas diferenças nas estratégias de atuação em saúde, educação e conscientização dos indivíduos que compõem uma comunidade, a fim de construir uma cultura de respeito às diferenças e uma educação comunitária mais igualitária.

Dessa forma, seja qual for o contexto, promover resiliência é um desafio. No entanto, somente a partir da união de forças das diversas estratégias dos governos, das escolas e da comunidade, bem como esforços provenientes da própria família é que a disseminação do conceito e a promoção de da resiliência propriamente dita pode acontecer.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adolescência latino-americana, 2001; 2 (3), 124-176.

Assis SGD, Avanci, JQ, Pesce RP, Njaine K. Resiliência na adolescência: refletindo com educadores sobre superação de dificuldades. In Resiliência na adolescência: refletindo com educadores sobre superação de dificuldades. FIOCRUZ; ENSP; CLAVES; 2008.

Assis SG, Pesce RP, Avanci JQ, Pesce RP, Avanci JP. Resiliência: enfatizando a proteção dos adolescentes. Grupo A; 2006.

Bourdieu P. A economia das trocas simbólicas. São paulo: perspectiva, 1982.

Bussey K, Bandura, A. Social cognitive theory of gender development and differentiation. Psychological Review, 1999; 106, 676-713.

Callegaro MM, Landeira-Fernandez J. Pesquisas em neurociência e suas implicações na prática psicoterápica. Psicoterapias abordagens atuais, 2007; 3, 851-872.

Cyrułnik, B. Os patinhos feios. Tradução Mônica Stahel. São Paulo: Martins Fontes; 2004.

Eisenstein E, Souza RP. Situações de risco à saúde de crianças e adolescentes. Petrópolis: Vozes, 1993.

Eliot, L. Pink brain, blue brain: How small differences grow into troublesome gaps-and what we can do about it. Oneworld Publications; 2012.

Garbarino, J., Dubrow, N., Kostelny, K., & Pardo, C. (1992). *Children in danger: Coping with the consequences of community violence*. Jossey-Bass.

Garmezy, N. Resilience and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*; 1991.

Godoy K, Aparecido B. Avaliação da resiliência em escolares do ensino médio. *Mudanças-Psicologia da Saúde*. 2011; 18(2):79-90.

Grotberg E. The international resilience project. A charge against society: the child's right to protection, 19-32; 1997.

Grotberg E. Introdução: novas tendências em resiliência. In: melillo, a; ojeda, e. N. S. et al. *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*. Porto Alegre: Artmed, 2005.

Grünspun H. Conceitos sobre resiliência. *Revista Bioética*, 2003;10(1).

Infante FA. Resiliência como processo: uma revisão da literatura recente. In: Melillo, A.; Ojeda, E.N.S. (eds.). *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*. São Paulo; Artmed, 2005.

Infante F. A resiliência como processo: uma revisão da literatura recente. *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*, 23-38; 2005.

Infante FA. Resiliência como processo: uma revisão da literatura recente. In: Melillo, A.; Ojeda, E.N.S. (eds.). *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*. São Paulo; Artmed, 2005.

Junqueira MDF, Deslandes SF. Resilience and child abuse. *Cadernos de Saúde Pública*, 2003;19(1), 227-235.

Kaplan H. Toward an understanding of resilience: A critical review of definitions and models”, en Glantz, M.; Johnson, J. (eds.), *Resilience and development: positive life adaptations*, Plenum Publishers, New York, p. 17-84, 1999.

Luthar S, Cicchetti D, Becker, B. The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 2000.

Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*, 2000; 71(3), 543-562.

Malinosky-Rummel R, Hansen DJ. Long-term consequences of childhood physical abuse. *Psychol Bull*, 1993; 114:68-79.

Mghir, R. I. M., Freed, W., Raskin, A., & Katon, W. (1995). Depression and posttraumatic stress disorder among a community sample of adolescent and young adult Afghan refugees. *The Journal of nervous and mental disease*, 183(1), 24-30.

Monteiro IS, Costa Maia, A. Avaliação psicométrica de três questionários sobre a história familiar. *Rev Psiquiatr Clin*, 2010; 37(3), 97-104.

Munist, M., Santos, H., Kotliarenko, M. A., Suárez, E., Infante, F., & Grotberg, E. (1998). *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes*. [Manual for identifying and promoting resilience in children and adolescents] Washington DC: Panamerican Health Organization/WHO.

Oliva AD, Dias GP, Reis RA. Plasticidade sináptica: natureza e cultura moldando o Self. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2009; 22(1), 128-135.

Pesce, R. P., Assis, S. G., Avanci, J. Q., Santos, N. C., Malaquias, J. V., & Carvalhaes, R. (2005). Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(2), 436-448.

Pesce RP, Assis SG, Santos N, Oliveira RD. Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 2004; 20(2), 135-143.

Poletto M, Koller SH. Resiliência: uma perspectiva conceitual e histórica. *Resiliência e psicologia positiva: Interfaces do risco à proteção*, Casa do psicólogo, São Paulo, 19-44, 2006.

Ripar AA, Evangelista SFQ. Resiliência e gênero. *Psicólogo informação*, 2010; 12.12: 33-52.

Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American journal of orthopsychiatry*, 1987; 57(3), 316-331.

Rutter M. Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of adolescent health*, 1993; 14(8), 626-631.

Rutter M, Bishop D, Pine D, Scott S, Stevenson JS, Taylor EA, Thapar A. *Rutter's child and adolescent psychiatry*. Wiley. Com, 2011.

Sapienza G, Pedromônico MRM. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em estudo*, 2005;

10(2), 209-216.

Schenker M, Minayo MCS. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2005; 10: 707-717.

Steinberg AM, Brymer MJ, Decker KB, Pynoos RS. The University of California at Los Angeles Post-traumatic Stress disorder reaction index. *Curr Psychiatry Rep*. 2004; 6(2):96-100.

Silva MRS. A construção de uma trajetória resiliente durante as primeiras etapas do desenvolvimento da criança: o papel da sensibilidade materna e do suporte social. Tese de doutorado, Programa de Pós-graduação em enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2003

Taquette SR, Vilhena MM, Paula MC. Doenças sexualmente transmissíveis e gênero: um estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro Sexually transmitted diseases and gender: a cross-sectional study with adolescents. *Cad. saúde pública*, 2004; 20(1), 282-290.

Werner EE. Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and psychopathology*, 1993; 5, 503-503.

Werner EE, Smith RS. *Kauai's children come of age*. Honolulu: University Press of Hawaii; 1977.

Werner EE, Smith RS. *Vulnerable, but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*; McGraw-Hill (New York); 1982.

Werner E. What can we learn about Resilience from Large-Scale Longitudinal Studies? Handbook of resilience in children: Springer; 2006.

Yunes MAM. A questão triplamente controvertida da resiliência em famílias de baixa renda. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo; 2001.

