



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Rozemberg, Laila; Avanci, Joviana; Schenker, Miriam; Pires, Thiago  
Resiliência, gênero e família na adolescência  
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 19, núm. 3, marzo-, 2014, pp. 673-684  
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63030163003>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## Resiliência, gênero e família na adolescência

Resilience, gender and family during adolescence

Laila Rozemberg<sup>1</sup>

Joviana Avanci<sup>2</sup>

Miriam Schenker<sup>2</sup>

Thiago Pires<sup>2</sup>

**Abstract** This article seeks to investigate the family factors that influence the resilience potential of male and female adolescent students. It is a cross-sectional study with data derived from an epidemiological survey with the participation of 889 randomly selected adolescents in the 9th year of public and private schools in a municipality in the state of Rio de Janeiro. Social and demographic variables indicate that family violence factors such as a difficult relationship with the mother or stepmother and a lack of family supervision, the presence of depression and low use of active and supportive coping strategies for distraction are associated with a low resilience potential. Tests of association between variables and resilience were made, considering a significance level of 5%. Variables like living in a confined space and having a difficult relationship with siblings only appear harmful to the resilience potential of girls. Public policies and programs need to work with families to understand the needs of adolescents, as a way of preventing mental health problems and promoting health in this population from a gender standpoint.

**Key words** Resilience, Gender, Family, Adolescent

DOI: 10.1590/1413-81232014193.21902013

**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 amontoado 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 dessa população segundo a ótica de gênero.

**Palavras-chave** Resiliência, Gênero, Família, Adolescente

<sup>1</sup> Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. R. Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos.

21041-210 Rio de Janeiro RJ. rozemlai@hotmail.com

<sup>2</sup> Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli, 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<sup>1,2</sup> e as psicólogas Emmy Werner e Ruth Smith<sup>3-5</sup>. 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 pessoas<sup>6</sup>. Suniya Luthar e Gretta Cushing<sup>7</sup>, Howard Kaplan<sup>8</sup> e Ann Masten<sup>9</sup> 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 cultura<sup>2</sup>.

No Brasil, os estudos sobre a resiliência ganham força na década de 90<sup>10-12</sup>. De acordo com um levantamento feito por Souza e Cerveny<sup>13</sup>, no país, as pesquisas sobre o tema estão mais centradas em compreender a vulnerabilidade psicosocial 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 corporativo<sup>14</sup>.

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 sujeito<sup>15</sup>. 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<sup>13,16</sup>.

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 convivência<sup>17</sup>. 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 mulheres<sup>18</sup>.

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 resiliência<sup>19</sup>, 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<sup>20,21</sup>. 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 cultura<sup>22</sup>. Por gênero, compreende-se a adequação cultural associada ao sexo e suas peculiaridades biológicas<sup>23</sup>. 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 psicosociais 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 cotidiana<sup>24</sup>.

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

portamentais) para enfrentamento das situações de vida difíceis, denominadas como *coping*<sup>25</sup>. 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 cumprim 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 ambientes<sup>2,8,9</sup>.

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<sup>20,26</sup>. 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 assumirem uma postura mais ativa na resolução dos problemas<sup>27</sup>.

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 resiliência<sup>28</sup>. 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 frequentes<sup>29</sup>.

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 identidade<sup>26</sup>.

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 15º 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 PostTraumatic Stress Disorder Reaction Index UCLA-PTSD*)<sup>30</sup>.

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 196/96<sup>31</sup> 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 ( $\geq 14$  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 família média abaixo de R\$1.541,00)<sup>32</sup>; e morar amontoado item da escala UCLA PTSD Reaction Index<sup>31</sup>, 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*<sup>33</sup> adaptada para o Brasil por Paula et al.<sup>34</sup>; (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<sup>35,36</sup>; (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<sup>37,38</sup>. 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 (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 alcóolica, fumar ci-

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

Variáveis familiares	Resiliência				p-valor*	
	Médio + Alto		Baixo			
	N	%	N	%		
<b>Estrutura familiar</b>						
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		
<b>Relacionamento com pai/padrasto</b>						
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		
<b>Relacionamento com mãe/madrasta</b>						
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		
<b>Relacionamento com irmãos</b>						
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		
<b>Relacionamento com outros parentes</b>						
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		
<b>Supervisão familiar</b>						
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		
<b>Problemas com álcool e drogas</b>						
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		
<b>Violência do pai</b>						
Ausência	637	67,8	302	32,2	0,421	
Presença	255	63,3	148	36,7		
<b>Violência da mãe</b>						
Ausência	455	67,2	223	32,8	0,977	
Presença	542	67,0	267	33,0		
<b>Violência entre pais</b>						
Ausência	601	69,7	262	30,3	0,110	
Presença	323	62,5	194	37,5		
<b>Violência entre irmãos</b>						
Ausência	326	68,2	152	31,8	0,600	
Presença	530	65,6	278	34,4		
<b>Violência psicológica</b>						
Ausência	778	69,2	345	30,8	0,032	
Presença	138	57,7	101	42,3		

\* p-valor &lt; 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 adolescentes<sup>39</sup> e tem sido recorrentemente exaltada nas revisões da literatura sobre *coping*<sup>40,41</sup>. 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)<sup>42,43</sup>, 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 psicométricamente satisfatório em diversos países e no Brasil<sup>44,45</sup>. 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 Young<sup>46</sup> e adaptada para o Brasil por Pesce et al.<sup>47</sup>. 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 estudos<sup>36</sup>. 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 intraclassificou 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<sup>48,49</sup>.

### 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 amontoado apresentou associação estatística ( $p=0,046$ ) com o potencial de resiliência. Constatou-se que ser muito estressante morar amontoado 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 amontoado, 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 ( $p=0,007$ ). 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) ( $p=0,001$ ). Na mesma direção, a ausência de supervisão familiar e a presença da violência psicológica estão associadas a baixa resiliência ( $p=0,003$  e  $p=0,032$ , 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 ( $p=0,020$ ,  $p=0,001$  e  $p=0,002$ , 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) ( $p=0,001$ ).

**Tabela 2.** Associação entre as variáveis sociodemográficas e o potencial de resiliência.

Variáveis sociodemográficas	Resiliência				p-valor*	
	Médio + Alto		Baixo			
	N	%	N	%		
Sexo						
Feminino	669	67,6	321	32,4	0,666	
Masculino	346	65,5	182	34,5		
Idade						
≤ 14	623	66,3	17	33,7		
> 14	392	67,8	186	32,2		
Cor da pele						
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						
A+B	367	67,2	179	32,8		
C+D	221	65,4	116	34,6		
Morar amontoado						
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		

\* p-valor &lt; 0,05.

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

Variáveis individuais do adolescente	Resiliência				p-valor*	
	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						
Baixo	318	54,0	270	46,0	0,001	
Médio	363	73,4	131	26,6		
Alto	334	76,7	101	23,3		
Coping Evitação						
Baixo	350	67,4	169	32,6	0,810	
Médio	315	65,0	169	35,0		
Alto	349	68,1	164	31,9		
Coping Suporte						
Baixo	158	53,8	136	46,2	0,002	
Médio	501	65,7	262	34,3		
Alto	352	77,0	105	23,0		
Depressão do jovem						
Não clínico	869	69,3	384	30,7	0,001	
Clínico	49	42,3	66	57,7		

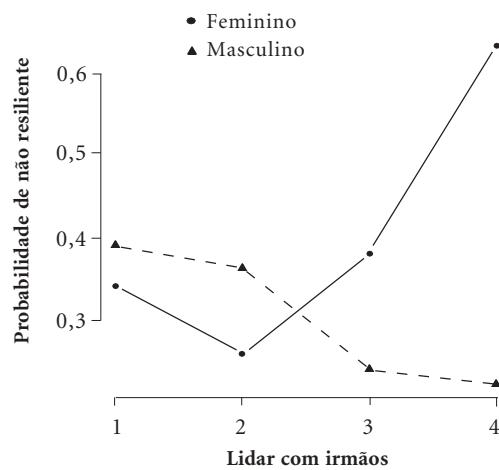
\* p-valor &lt; 0,05.

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 amontoado 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 baixo 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

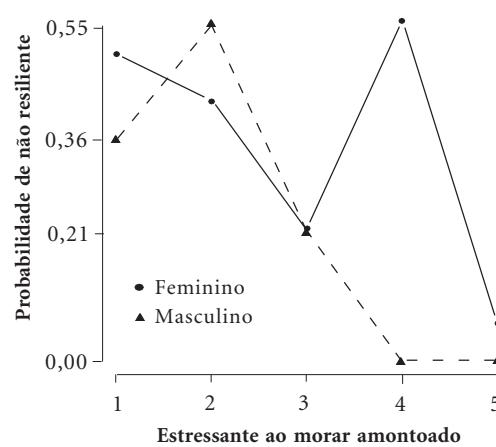
**Tabela 4.** Estimativas dos coeficientes dos modelos que apresentaram interações estatisticamente significativas.

	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 amontoado, 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 amontoado 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 amontoado.

## 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 amontoado pode ter efeitos no desenvolvimento da criança, se esta é submetida a condições precárias de cuidados e presencia exaustivamente os conflitos que emergem do convívio conturbado entre numerosos familiares<sup>5,17,18</sup>. Sendo assim, morar amontoado 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 dobrar 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<sup>50-52</sup>. 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 adolescente<sup>53</sup>.

Chao et al.<sup>54</sup> explicam que viver em um ambiente protegido e não ameaçador produz segurança para se relacionar com o mundo externo e re-

cursos para superar as adversidades da vida. Ambientes permeados pela violência psicológica, onde prevalece a humilhação, a rejeição, o destroto 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 problemas<sup>54</sup>.

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.<sup>55</sup> 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<sup>12,28</sup>.

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 rebaixado ao morar em ambiente com muitas pessoas e a ter dificuldade no relacionamento com irmãos.

Morar amontoado 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. Flach<sup>56</sup> 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 Smith<sup>57</sup> sugerem que o relacionamento próximo, de parceria e ajuda mútua entre irmãos aumenta a capacidade da pessoa, na idade adulta, enfrentar as adversidades, entendendo-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. Delage<sup>58</sup> 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.

Walsh<sup>52</sup> 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 Rozemberg, J Avanci, M Schenker e T Pires participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

## Referências

1. Rutter M. Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry* 1985; 22(1):323-356.
2. Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry* 1987; 30(1):23-51.
3. Werner EE, Smith, RS. *Kauai's children come of age*. Honolulu: University of Hawaii Press; 1977.
4. Werner EE, Smith RS. *Vulnerable but invincible*: A longitudinal study of resilient children and youth. New York: McGraw-Hill; 1982.
5. Werner EE, Smith RS. *Overcoming the odds*: High risk children from birth to adulthood. Ithaca: Cornell University Press; 1992.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. Hutz CS, Koller SH, Bandeira DR. Resiliência e vulnerabilidade em crianças em situação de risco. *Coletâneas da ANPEPP* 1996; 1(12):79-86.
12. 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.
13. Souza MTS, Cerveny CMO. Resiliência psicológica: Revisão de literatura e análise de produção científica. *Revista Interamericana de Psicologia* 2006; 40(1):119-126.
14. Angst R. Psicologia e resiliência: uma revisão de literatura; Psychology and resilience: a literature review. *Psicol. Argum* 2009; 27(58):253-260.
15. 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.
16. 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.
17. 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.
18. Yunes MAM. A questão triplamente controvertida da resiliência em famílias de baixa renda [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2001.
19. Malinosky-rummel R, Hansen DJ. Longterm consequences of childhood physical abuse. *Psychol Bull* 1993; 114(1):68-79.
20. Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP. *Resiliência: enfatizando a proteção dos adolescentes*. São Paulo: Artmed; 2006.
21. 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.
22. Ripar AA, Evangelista FSFQ, Fräulein V. Resiliência e gênero. *Psicólogo informação* 2010; 12(12):33-52.
23. 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.
24. Bussey K, Bandura A. Social cognitive theory of gender development and differentiation. *Psychol Rev* 1999; 106(4):676.
25. Câmara SG, Carlotto MS. Coping e gênero em adolescentes. *Psicologia em estudo* 2007; 12(1):87-93.
26. Rutter M. Stress, coping and development: some issues and some questions. In: Garmezy 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 GJ, 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: Multi-Health Systems Inc; 2003.
43. Gouveia VV, Barbosa GA, Almeida HJFD, Gaião ADA. Inventário de depressão infantil-CDI: 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. *Avaliação Psicológica* 2008; 7(1):75-84.
45. Timbremont B, Braet C, Dreessen 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 JV, Carvalhaes R. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cad Saude Pública* 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 Pública* 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 JV, Oliveira RV. Violência e representação social na adolescência no Brasil. *Rev Panam Salud Pública* 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