

## Resiliência e problemas de saúde mental em crianças e adolescentes vítimas de violência

Natália Amaral Hildebrand<sup>1</sup> , Eloisa Helena Rubello Valler Celeri<sup>2</sup> , André Moreno Morcillo<sup>3</sup> , Maria de Lurdes Zanolli<sup>3</sup> 

<sup>1</sup> Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Campinas, SP, Brasil

<sup>2</sup> Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria. Campinas, SP, Brasil

<sup>3</sup> Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Departamento de Pediatria. Campinas, SP, Brasil

### RESUMO

**OBJETIVO:** Compreender o processo de resiliência (suporte social e recursos do ambiente familiar) e a chance de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes (9–16 anos) vítimas de violência doméstica acompanhados em serviços especializados (Grupo 1 – G1) e em escolares sem relatos de situações de violência doméstica (Grupo 2 – G2).

**MÉTODOS:** Diversos instrumentos semiestruturados foram aplicados às díades (responsável e criança ou adolescente): *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ); *Resiliency Scales for Children and Adolescents* (RSCA), incluindo a Escala I (EI – sentido do controle), a Escala II (EII – capacidade de relacionamento) e a Escala III (EIII – reatividade emocional); *Social Support Appraisals*; Inventário de Recursos no Ambiente Familiar e um questionário elaborado pelos autores para caracterizar a população.

**RESULTADOS:** Não houve diferença na prevalência de resiliência entre G1 e G2. As crianças e adolescentes de ambos os grupos tiveram maior chance de baixa resiliência na ausência de percepção do suporte social do professor (EI; EIII) e de outras pessoas da comunidade (EII; EII). Meninas apresentaram maior chance de baixa resiliência (EIII). O estabelecimento de rotina ou regras na vida das crianças e adolescentes facilitou o desenvolvimento da resiliência (EIII). No G1 a prevalência de problemas de saúde mental foi de 65% pela versão de autoaplicação do SDQ para crianças e adolescentes (SDQ/CA) e de 54% pela versão respondida pelos responsáveis (SDQ/R). No G2 foi de 33% pelo SDQ/CA e de 37,9% pelo SDQ/R. A violência doméstica infanto-juvenil foi fator de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais (SDQ/R). Os sujeitos com baixa resiliência (EI) apresentaram maior chance de problemas de saúde mental (SDQ/CA). Embora provenientes das mesmas regiões, os grupos apresentaram diferenças socioeconômicas, as quais não apresentaram relação com a resiliência.

**CONCLUSÕES:** A qualidade e percepção do suporte social e de recursos presentes no ambiente familiar podem ter facilitado o desenvolvimento da resiliência nas crianças e adolescentes estudados. A violência pode ter aumentado a chance de problemas de saúde mental, sendo a violência doméstica um agravante. Há necessidade de pesquisas sobre os aspectos preditores de resiliência e de investimento em estratégias de intervenção para esta população, como forma de promover a saúde mental.

**DESCRIPTORIOS:** Criança. Adolescente. Resiliência Psicológica. Violência. Fatores de Risco. Relações Familiares. Saúde Mental.

#### Correspondência:

Natália Amaral Hildebrand  
Rua Dr. Jorge Antônio José, 165  
Residencial Terras do Barão, Barão  
Geraldo  
13085-632 Campinas, SP, Brasil  
E-mail: nataliaah@gmail.com

Recebido: 2 ago 2017

Aprovado: 5 abr 2018

**Como citar:** Hildebrand NA, Celeri EHRV, Morcillo AM, Zanolli ML. Resiliência e problemas de saúde mental em crianças e adolescentes vítimas de violência. Rev Saude Publica. 2019;53:17.

**Copyright:** Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.



## INTRODUÇÃO

A violência social, um problema de saúde pública mundial, impacta diretamente a saúde dos indivíduos, independentemente da camada social. Junto com os acidentes, a violência é a terceira causa de mortalidade na população geral e a primeira entre crianças e adolescentes<sup>a</sup>. No Brasil, o índice de violência social e comunitária é altíssimo, e mais de 30% da população vive abaixo da linha da pobreza. Entretanto, não se tem ainda uma dimensão clara do impacto da violência e da miséria material, emocional e cognitiva na vida das pessoas, principalmente quanto aos aspectos psicossociais e subjetivos<sup>1,2</sup>.

Os dados da violência intrafamiliar também são preocupantes: uma em quatro crianças sofre violência física e uma em cinco meninas já foi vítima de abuso sexual<sup>b</sup>, sendo o Brasil o quarto país com maior taxa de homicídios de crianças e adolescentes entre 92 países analisados<sup>c</sup>. A violência doméstica contra crianças e adolescentes (VDCCA) ou maus tratos é definida como qualquer abuso, negligência, violação de direitos ou violência física, psicológica ou sexual cometida por um indivíduo adulto com responsabilidades em relação a uma pessoa em desenvolvimento<sup>d</sup>.

No Brasil, a limitada estruturação do atendimento às vítimas de violência, associada à subnotificação, dificulta estimativas seguras de incidência. Há poucas denúncias porque familiares, membros da comunidade, profissionais (saúde, educação e assistência social, entre outros) e a própria vítima, por medo ou outros motivos, se calam diante da dinâmica abusiva. Esse fenômeno é denominado “complô do silêncio”<sup>1,a,e</sup>.

As agressões e abusos recorrentes têm consequências graves para a criança ou adolescente e afetam negativamente seu desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e social<sup>2</sup>. Estudos<sup>1-3</sup> apontam que vivenciar situações de maus tratos na infância ou juventude pode ser um fator de risco para o desenvolvimento de problemas de saúde mental que, quando não tratados, podem gerar consequências graves na vida adulta.

A exposição às situações de violência social na escola ou na comunidade podem ter um forte impacto na vida e saúde das crianças e adolescentes, desde alterações fisiológicas e psicológicas até comprometimento da perspectiva de futuro e desenvolvimento pessoal. Alguns dos sintomas mais comumente observados são distúrbios de comportamento, alterações de humor e transtorno de estresse pós-traumático<sup>1</sup>.

Muitos sujeitos, entretanto, conseguem subjugar essas dificuldades. A partir de 1950, estudos longitudinais revelaram que algumas pessoas, apesar de expostas a ambientes com múltiplos riscos psicossociais, conseguiam permanecer emocionalmente saudáveis. Abriu-se então um novo campo de estudos, baseado nos conceitos de resiliência e de vulnerabilidade<sup>4,5,f</sup>. O conceito de resiliência vem sendo utilizado em várias áreas do conhecimento. É originalmente um conceito da física, definido como a capacidade que um determinado corpo tem de readquirir suas propriedades após um agente externo ter modificado sua forma primária<sup>6</sup>. Associa-se nas ciências humanas e biológicas ao conceito de vulnerabilidade (que também se encontra em processo de construção): um conjunto de aspectos, coletivos e contextuais, que podem aumentar a susceptibilidade do indivíduo a doenças ou agravos – mais amplo que o conceito de “risco”, que englobava apenas as questões individuais dos sujeitos. Portanto, a estrutura dos serviços públicos e a disponibilidade ou carência de recursos destinados à proteção e cuidado da população torna-se essencial na compreensão da vulnerabilidade de um sujeito<sup>7,g</sup>.

Este estudo tem como referenciais teóricos o constructo de resiliência e o conceito de rede de proteção ou apoio – ou ainda linha de cuidado infanto-juvenil. O primeiro é aqui compreendido como fenômeno de caráter transicional, mediado pelas capacidades individuais e aliado ao contexto sócio-histórico-cultural do sujeito, destacando-se a importância do compartilhamento e da ressignificação de experiências. Já o último refere-se ao conjunto de pessoas e sistemas com relações próximas e significativas com o sujeito, podendo ser constante ou dinâmica<sup>8,9,g</sup>.

<sup>a</sup> Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes: prevenção de violências e promoção da cultura de paz. Brasília (DF); 2010 [citado 8 mar 2018]. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/impacto\\_violencia\\_saude\\_crianças\\_adolescentes.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia_saude_crianças_adolescentes.pdf)

<sup>b</sup> Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial sobre a prevenção da violência 2014. São Paulo: Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo; 2014 [citado 8 mar 2018]. Disponível em: [apps.who.int/iris/bitstream/10665/145086/5/9789241564793\\_por.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/145086/5/9789241564793_por.pdf)

<sup>c</sup> Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2012: crianças e adolescentes do Brasil. Rio de Janeiro: FLACSO Brasil; 2012 [citado 8 mar 2018]. Disponível em: [www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012\\_Crianças\\_e\\_Adolescentes.pdf](https://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_Crianças_e_Adolescentes.pdf)

<sup>d</sup> World Health Organization. Report of the consultation on child abuse prevention. Geneva: WHO; 1999 [citado 8 mar 2018]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/65900>

<sup>e</sup> Azevedo MA, Guerra VNA. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: um cenário em desconstrução. In: UNICEF Brasil. Direitos negados. Brasília (DF); 2006 [citado 8 mar 2018]. Disponível em: [https://www.unicef.org/brazil/pt/Cap\\_01.pdf](https://www.unicef.org/brazil/pt/Cap_01.pdf)

<sup>f</sup> Munist M, Santos LH, Kotliarenco MA, Suárez Ojeda EN, Infante F, Grotberg E. Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de La Salud; Fundación W.K. Kellogg; Autoridad Sueca para el Desarrollo Internacional; 1998 [citado 8 mar 2018]. Disponível em: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Resilman.pdf>

<sup>g</sup> Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília (DF); 2012 [citado 8 mar 2018]. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/linha\\_cuidado\\_crianças\\_famílias\\_violencias.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violencias.pdf)

O objetivo desta pesquisa foi estudar um grupo de crianças ou adolescentes vítimas de violência doméstica acompanhadas em serviços especializados e um grupo de estudantes sem relatos de violência doméstica, para conhecer os preditores de resiliência, qualidade e percepção do suporte social, recursos presentes no ambiente familiar e possibilidades de problemas de saúde mental.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo de corte transversal, descritivo e analítico, com 166 díades formadas pelas crianças e adolescentes (9–16 anos) com seus respectivos responsáveis. Destas crianças e adolescentes, 100 foram caracterizadas como vítimas de violência doméstica, atendidas em serviços especializados conveniados ao Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) do município de Campinas, SP, constituindo o grupo 1 (G1). As demais 66 eram estudantes de escolas estaduais localizadas nas mesmas regiões do G1, sem relatos de situações de violência doméstica, constituindo o grupo 2 (G2). As crianças e adolescentes do G1 sofreram negligência de cuidados ou violência física, psicológica ou sexual.

Em ambos os grupos, optou-se por uma amostra intencional<sup>10</sup>. A faixa etária foi escolhida em função dos instrumentos utilizados e dividida em quatro categorias (9–10 anos, 11–12 anos, 13–14 anos e 15–16 anos); como segundo critério, optou-se por seguir a divisão do município em cinco regiões (Norte, Sul, Leste, Sudoeste e Noroeste), selecionando um número igual de sujeitos por região; como último critério, todos os tipos de violência doméstica deviam estar presentes em cada faixa etária e região do G1. Para selecionar os sujeitos do G2, buscaram-se crianças ou adolescentes que frequentavam escolas nas mesmas regiões do G1, podendo-se supor que os sujeitos de ambos os grupos apresentavam possível exposição a situações de vulnerabilidade.

Por se tratar de famílias em condições de vulnerabilidade psicossocial, muitas das quais não concordaram em participar da pesquisa em decorrência do tema, houve dificuldade de adesão. Dessa forma, foram selecionadas no mínimo 66 crianças ou adolescentes por grupo, 12 por região do município, três por faixa etária e uma por cada tipo de violência no G1.

Foram excluídos participantes com diagnóstico prévio de doença neurológica ou deficiência intelectual.

### Instrumentos

Para identificar a chance de problemas de saúde mental nos sujeitos, utilizou-se a versão brasileira validada do *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ)<sup>11</sup>. Trata-se de um questionário de triagem amplamente utilizado, com índices psicométricos positivos de validade e fidedignidade em vários países, inclusive no Brasil. Esse instrumento avalia problemas de saúde mental infanto-juvenil na faixa etária de 4–16 anos, com três versões: respondida por crianças e adolescentes de 11–16 anos (autoaplicação), respondida pelos responsáveis e respondida pelos professores dos sujeitos de 4–16 anos. Além disso, avaliar as capacidades e dificuldades desses sujeitos, possibilitando a classificação em três categorias: desenvolvimento normal (N), limítrofe (L) e anormal (A). Neste estudo, utilizaram-se a versão de autoaplicação, respondida pelas crianças e adolescentes (SDQ-CA) e a respondida pelos responsáveis (SDQ-R)<sup>11</sup>.

Para conhecer as características da resiliência, aplicou-se a versão brasileira validada da *Resiliency Scales for Children and Adolescents* (RSCA) de Prince-Embury<sup>12</sup> com as crianças ou adolescentes. Essa escala avalia atributos individuais significativos para o processo de resiliência na faixa etária de 9–18 anos, classificando-a em: baixa, abaixo da média (AbM), média, acima da média (AcM) e alta. É composta por três escalas: a Escala I (EI – sentido do controle) avalia atributos pessoais como otimismo, autoeficácia e adaptabilidade; a Escala II (EII – capacidade de relacionamento) avalia confiança, apoio, conforto e tolerância; e a

Escala III (EIII – reatividade emocional) avalia sensibilidade, recuperação e prejuízo. Os parâmetros psicométricos da versão brasileira validada<sup>12</sup> foram satisfatórios em relação à versão de Prince-Embury nas três escalas (coeficientes alpha de Cronbach: EI – 0,83; EII – 0,90; EIII – 0,87), indicando boa consistência interna do instrumento<sup>12</sup>.

Para conhecer a rede de apoio dos sujeitos, utilizou-se a versão brasileira validada do *Social Support Appraisals* (SSA)<sup>13</sup>. Esse instrumento avalia a percepção do apoio social recebido da família, amigos, professores e outras pessoas da comunidade por crianças e adolescentes de 9–18 anos, classificando-o em baixo, médio e alto. Trata-se da primeira versão do SSA adaptada para o português brasileiro<sup>13</sup>, que mostrou parâmetros psicométricos adequados (coeficiente alpha da escala total: 0,79).

Com os responsáveis foi aplicado um questionário semiestruturado<sup>10</sup> com roteiro elaborado pela pesquisadora para caracterizar a população estudada e excluir do G2 os sujeitos que vivenciaram situações de violência doméstica.

O Inventário de Recursos no Ambiente Familiar (RAF)<sup>14</sup>, utilizado com os pais, trata-se de um instrumento brasileiro que objetiva levantar os recursos do ambiente familiar: supervisão e organização das rotinas, oportunidades de interação com os pais, presença de recursos no ambiente físico e caracterização da família. O RAF<sup>14</sup> mostrou consistência interna, com parâmetros psicométricos adequados (coeficiente alpha da escala total: 0,74).

### Procedimentos

Os dados foram coletados entre março de 2014 e fevereiro de 2016. As entrevistas foram realizadas simultaneamente com as díades (com consentimento das crianças ou adolescentes e responsáveis) por duas psicólogas com experiência na aplicação dos instrumentos. No G1, 50% ocorreram nos dias de atendimento da família nos serviços; pelo alto absenteísmo, também foram feitas nas moradias (26%) e na escola ou núcleo socioeducativo que as crianças e adolescentes frequentavam (24%). No G2, as entrevistas foram realizadas com as díades nas escolas que concordaram em participar da pesquisa.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Processo 371.078), pela Secretaria Municipal de Cidadania e Inclusão Social (Município de Campinas) e pela Secretaria Estadual de Educação (Diretorias Regionais de Ensino de Campinas).

### Análise dos Dados

Os dados foram processados com o *software* SPSS, versão 16.0<sup>15</sup> e apresentados em tabelas contendo as frequências absolutas e relativas.

Para avaliar a associação entre as variáveis, empregou-se o teste do qui-quadrado ou o de Fisher-Freeman-Halton. Além disso, determinou-se o *odds ratio* (OR), sendo que os OR não ajustados foram calculados por regressão logística univariada (método ENTER). Neste caso, a variável dependente resiliência, com suas categorias baixa, AbM, média, acima da média e alta, foi transformada, passando a ter somente duas categorias: baixa (baixa/AbM) e adequada (média/AcM/alta).

Os valores ajustados de OR foram determinados por regressão logística multivariada (método *Backward Stepwise “Wald”*), com valor p 0,05 para inclusão e 0,10 para exclusão. Foram selecionadas para entrar no modelo multivariado todas as variáveis preditoras com valor p menor que 0,20 na análise univariada.

## RESULTADOS

Das 166 crianças e adolescentes do estudo, 89 (53,6%) eram do sexo feminino. Foram estudadas todas as crianças e adolescentes, 100 no G1 e 66 no G2. Do G1, foram 25 de 100

em cada faixa etária (9–10; 11–12; 13–14; 15–16 anos) e, no G2 de 15 a 18 de 66 por faixa etária; em relação a cada região, no G1 foram 20 de 100 por região (Norte, Sul, Leste, Noroeste e Sudoeste) e no G2 de 12 a 14 de 66 por região.

Neste estudo, 63% das crianças ou adolescentes (G1) sofreram mais de uma forma de violência, sendo a psicológica a mais frequente (82%), seguida pela negligência ou abandono (58%), violência sexual (26%) e a física (23%). Os agressores principais foram os pais, sendo pai e mãe (50,9%) ou somente um deles (30%).

A distribuição, com diferenças entre os grupos, em relação à situação socioeconômica e número de habitantes por residência é apresentada na Tabela 1.

Quanto à prevalência da resiliência, o G1 apresentou na EI 72% de resiliência adequada e 28% baixa, na EII 92% adequada e 8% baixa, e na EIII 87% adequada e 13% baixa. O G2 apresentou na EI 74,2% de resiliência adequada e 25,8% baixa, na EII 89,4% adequada e 10,6% baixa, e na EIII 98,5% adequada e 1,5% baixa.

As prevalências de baixa resiliência aferidas pelas três escalas de resiliência e distribuídas por grupo, condições socioeconômicas, número de habitantes por residência, sexo, idade, SSA e RAF na análise univariada são apresentadas nas Tabelas 2, 3 e 4.

**Tabela 1.** Condições socioeconômicas e número de habitantes por residência por grupo.

Condições socioeconômicas e infraestrutura familiar	Grupo				Total		p
	G1 (n = 100)		G2 (n = 66)		n	%	
	n	%	n	%			
Situação trabalhista do responsável							<b>0,012<sup>a</sup></b>
Trabalho formal com direitos trabalhistas	34	34,0	36	54,6	70	42,2	
Trabalho fixo sem direitos trabalhistas	9	9,0	2	3,0	11	6,6	
Trabalho autônomo regular	14	14,0	14	21,2	29	17,5	
Trabalho autônomo irregular	10	10,0	3	4,5	12	7,2	
Desempregado ou aposentado	33	33,0	11	16,7	44	26,5	
Renda familiar total (salários mínimos) <sup>c</sup>							<b>&lt; 0,001<sup>a</sup></b>
Menor que 1	34	34,0	4	6,0	38	22,9	
Entre 1–2	40	40,0	13	19,7	53	31,9	
Entre 2–3	19	19,0	18	27,3	37	22,3	
Mais de 3	7	7,0	31	47,0	38	22,9	
Benefício social							<b>0,002<sup>a</sup></b>
Sim	59	59,0	23	34,8	82	49,4	
Não	41	41,0	43	65,2	84	50,6	
Número de pessoas que moram na casa							<b>0,113<sup>a</sup></b>
De 1–4	42	42,0	36	54,5	78	47,0	
Cinco ou mais	58	58,0	30	45,5	88	53,0	
Escolaridade do responsável							<b>&lt; 0,001<sup>b</sup></b>
Analfabeto	1	1,0	3	4,8	4	2,5	
Ensino Fundamental I	35	35,7	11	17,5	46	28,6	
Ensino Fundamental II	38	38,8	13	20,6	51	31,7	
Ensino Médio	20	20,4	30	47,6	50	31,1	
Nível Superior	4	4,1	6	9,5	10	6,2	

p: probabilidade; G1: grupo 1; G2: grupo 2

<sup>a</sup> Probabilidade estimada pelo teste do qui-quadrado.

<sup>b</sup> Probabilidade estimada pelo teste de Fisher-Freeman-Halton.

<sup>c</sup> Incluindo benefícios sociais.

<sup>d</sup> Cinco (5) responsáveis que não forneceram essa informação não entraram para a análise.

Valores com significância estatística apresentados em negrito.



**Tabela 2.** Distribuição da resiliência avaliada pela Escala I (sentido do controle) quanto à situação socioeconômica, número de habitantes por residência, grupo, sexo, idade, SSA e RAF.

Variável	Baixa+AbM		Total	p	OR	IC95%
	n	%				
Grupo				0,750		
G1	28	28,0	100		1,12	0,55–2,27
G2	17	25,8	66		1,00	
Situação trabalhista do responsável				0,911		
Desempregado ou aposentado	13	29,5	44		0,91	0,40–2,08
Trabalha autônomo irregular	4	30,8	13		0,97	0,18–2,95
Trabalha autônomo regular	6	21,4	28		0,60	0,21–1,67
Trabalho fixo sem direitos trabalhistas	0	0	11		0,00	<sup>a</sup>
Trabalho formal com direitos trabalhistas	22	31,4	70		1,00	
Renda (salários mínimos)				0,591		
Menor que 1	8	21,1	38		0,75	0,26–2,16
Entre 1–2	14	26,4	53		1,01	0,39–2,59
Entre 2–3	13	35,1	37		1,52	0,56–4,08
Mais de 3	10	26,3	38		1,00	
Benefício social				0,261		
Não	26	31,0	84		1,49	0,74–2,97
Sim	19	23,2	82		1,00	
Número de pessoas que moram na casa				0,273		
Cinco ou mais	27	30,7	88		1,48	0,74–2,96
De 1 a 4	18	23,1	78		1,00	
Escolaridade do responsável				0,876		
Analfabeto	1	25,0	4		1,33	0,09–20,71
Ensino Fundamental I	12	26,1	46		1,41	0,26–7,60
Ensino Fundamental II	12	23,5	51		1,23	0,23–6,60
Ensino Médio	16	32,0	50		1,88	0,36–9,90
Ensino Superior	2	20,0	10		1,00	
Sexo				0,693		
Feminino	23	25,8	89		0,87	0,44–1,73
Masculino	22	28,6	77		1,00	
Idade (anos)				0,937		
9 a 10	12	30,0	40		1,11	0,43–2,86
11 a 12	11	26,8	41		0,95	0,36–2,47
13 a 14	10	23,8	42		0,81	0,30–2,14
15 a 16	12	27,9	43		1,00	
SSA-Família				<b>0,019</b>		
Baixa	12	42,9	28		<b>20,25</b>	<b>2,40–170,68</b>
Média	32	29,1	110		<b>11,08</b>	<b>1,44–85,01</b>
Alta	1	3,6	28		1,00	
SSA-Amigos				<b>0,001</b>		
Baixa	11	55,0	20		<b>7,74</b>	<b>2,51–23,89</b>
Média	25	31,3	80		<b>2,88</b>	<b>1,23–6,72</b>
Alta	9	13,6	66		1,00	
SSA-Professor				<b>&lt; 0,001</b>		
Baixa	6	37,5	16		<b>5,47</b>	<b>1,57–19,07</b>
Média	31	44,9	69		<b>7,44</b>	<b>3,12–17,78</b>
Alta	8	9,9	81		1,00	
SSA-Outros				<b>&lt; 0,001</b>		
Baixa	12	57,1	21		<b>31,33</b>	<b>5,97–164,48</b>
Média	31	32,3	96		<b>11,21</b>	<b>2,56–49,15</b>
Alta	2	4,1	49		1,00	
SSA-Total				<b>0,003</b>		
Baixa	12	46,2	26		<b>41,14</b>	<b>4,91–344,52</b>
Média	32	35,2	91		<b>26,03</b>	<b>3,43–197,53</b>
Alta	1	2,0	49		1,00	
RAF-Rotina	-	-	-	0,603	1,01	0,99–1,03
RAF-Interação	-	-	-	0,931	1,00	0,98–1,02
RAF-Recursos	-	-	-	0,755	1,00	0,98–1,02
RAF-Total	-	-	-	0,745	1,00	0,98–1,03

AbM: abaixo da média; p: probabilidade estimada pelo teste de Wald; G1: grupo 1; G2: grupo 2; SSA: *Social Support Appraisals*; RAF: Inventário de Recursos no Ambiente Familiar

<sup>a</sup> Indeterminado.

Valores com significância estatística apresentados em negrito.

**Tabela 3.** Distribuição da resiliência avaliada pela Escala II (capacidade de relacionamento) quanto à situação socioeconômica, número de habitantes por residência, grupo, sexo, idade, SSA e RAF.

Variável	Baixa+AbM		Total	p	OR	IC95%
	n	%				
Grupo				0,568		
G1	8	8,0	100		0,73	0,25–2,13
G2	7	10,6	66		1,00	
Situação trabalhista do responsável						
Desempregado ou aposentado	3	6,8	44		0,57	0,14–2,26
Trabalha autônomo irregular	0	0	12		0,00	<sup>a</sup>
Trabalha autônomo regular	4	14,3	28	0,896	1,29	0,36–4,69
Trabalho fixo sem direitos trabalhistas	0	0	11		0,00	<sup>a</sup>
Trabalho formal com direitos trabalhistas	8	11,4	70		1,00	
Renda (salários mínimos)						
Menor que 1	2	5,3	38		0,37	0,07–2,02
Entre 1–2	4	7,5	53	0,646	0,54	0,13–2,16
Entre 2–3	4	10,8	37		0,80	0,20–3,25
Mais de 3	5	13,2	38		1,00	
Benefício social						
Não	7	8,3	84	0,749	0,84	0,29–2,44
Sim	8	9,8	82		1,00	
Número de pessoas que moram na casa						
Cinco ou mais	11	12,5	88	0,109	2,64	0,81–8,67
De 1 a 4	4	5,1	78		1,00	
Escolaridade do responsável						
Analfabeto	0	0	4		0,00	<sup>a</sup>
Ensino Fundamental I	5	10,9	46		1,10	0,11–10,57
Ensino Fundamental II	4	7,8	51	0,991	0,77	0,08–7,67
Ensino Médio	5	10,0	50		1,00	0,10–9,61
Ensino Superior	1	10,0	10		1,00	
Sexo				0,573		
Feminino	7	7,9	89		0,74	0,25–2,13
Masculino	8	10,4	77		1,00	
Idade (anos)				0,139		
9 a 10	1	2,5	40		0,19	0,02–1,75
11 a 12	7	17,1	41		1,56	0,45–5,39
13 a 14	2	4,8	42		0,38	0,07–2,08
15 a 16	5	11,6	43		1,00	
SSA-Família				0,153		
Baixa	6	21,4	28		<sup>a</sup>	<sup>a</sup>
Média	9	8,2	110		<sup>a</sup>	<sup>a</sup>
Alta	0	0	28		1,00	
SSA-Amigos				<b>&lt; 0,001</b>		
Baixa	9	45,0	20		<b>12,68</b>	<b>3,32–48,48</b>
Média	2	2,5	80		<b>0,40</b>	<b>0,07–2,24</b>
Alta	4	6,1	66		1,00	
SSA-Professor				0,001		
Baixa	6	37,5	16		15,60	3,36–72,36
Média	6	8,7	69		2,48	0,60–10,30
Alta	3	3,7	81		1,00	
SSA-Outros				0,001		
Baixa	7	33,3	21		24,00	2,72–211,93
Média	7	7,3	96		3,78	0,45–31,59
Alta	1	2,0	49		1,00	
SSA-Total				<b>&lt; 0,001</b>		
Baixa	9	34,6	26		25,41	2,99–215,72
Média	5	5,5	91		2,79	0,32–24,59
Alta	1	2,0	49		1,00	
RAF-Rotina	-	-	-	0,805	1,00	0,97–1,04
RAF-Interação	-	-	-	0,162	0,98	0,95–1,01
RAF-Recursos	-	-	-	0,401	1,01	0,98–1,05
RAF-Total	-	-	-	0,965	1,00	0,96–1,01

AbM: abaixo da média; p: probabilidade estimada pelo teste de Wald; G1: grupo 1; G2: grupo 2; SSA: *Social Support Appraisals*; RAF: Inventário de Recursos no Ambiente Familiar

<sup>a</sup> Indeterminado.

Valores com significância estatística apresentados em negrito.

**Tabela 4.** Distribuição da resiliência avaliada pela Escala III (reatividade emocional) quanto à situação socioeconômica, número de habitantes por residência, grupo, sexo, idade, SSA e RAF.

Variável	Baixa+AbM		Total	p	OR	IC95%
	n	%				
Grupo				<b>0,030</b>		
G1	13	13,0	100		<b>9,71</b>	<b>1,24–76,14</b>
G2	1	1,5	66		1,00	
Situação trabalhista do responsável						
Desempregado ou aposentado	5	11,4	44		2,12	0,54–8,35
Trabalha autônomo irregular	2	15,4	13	0,746	3,00	0,48–18,39
Trabalha autônomo regular	2	7,1	28		1,27	0,22–7,36
Trabalho fixo sem direitos trabalhistas	1	9,1	11		1,65	0,17–16,29
Trabalho formal com direitos trabalhistas	4	5,7	70		1,00	
Renda (salários mínimos)						
Menor que 1	3	7,9	38		1,54	0,24–9,80
Entre 1–2	8	15,1	53	0,216	3,20	0,64–16,01
Entre 2–3	1	2,7	37		0,50	0,04–5,76
Mais de 3	2	5,3	38		1,00	
Benefício social						
Não	5	6,0	84	0,251	0,51	0,16–1,60
Sim	9	11,0	82		1,00	
Número de pessoas que moram na casa						
Cinco ou mais	7	8,0	88	0,814	0,88	0,29–2,62
De 1 a 4	7	9,0	78		1,00	
Escolaridade do responsável						
Analfabeto	1	25,0	4		3,00	0,14–64,26
Ensino Fundamental I	2	4,3	46		0,41	0,03–5,01
Ensino Fundamental II	6	11,8	51	0,511	1,20	0,13–11,21
Ensino Médio	3	6,0	50		0,57	0,05–6,16
Ensino Superior	1	10,0	10		1,00	
Sexo				<b>0,015</b>		
Feminino	13	14,6	89		<b>13,00</b>	<b>1,66–101,86</b>
Masculino	1	1,3	77		1,00	
Idade (anos)				0,131		
9 a 10	3	7,5	40		0,31	0,08–1,23
11 a 12	0	0,0	41		<sup>a</sup>	<sup>a</sup>
13 a 14	2	4,8	42		0,19	0,04–0,93
15 a 16	9	20,9	43		1,00	
SSA-Família				<b>0,001</b>		
Baixa	8	28,6	28		<b>10,80</b>	<b>1,25–93,44</b>
Média	5	4,5	110		1,29	0,14–11,47
Alta	1	3,6	28		1,00	
SSA-Amigos				0,676		
Baixa	2	10,0	20		1,72	0,29–10,18
Média	8	10,0	80		1,72	0,49–6,00
Alta	4	6,1	66		1,00	
SSA-Professor				<b>0,008</b>		
Baixa	5	31,3	16		<b>8,75</b>	<b>2,03–37,63</b>
Média	5	7,2	69		1,50	0,39–5,84
Alta	4	4,9	81		1,00	
SSA-Outros				0,148		
Baixa	4	19,0	21		5,53	0,93–32,98
Média	8	8,3	96		2,14	0,44–10,47
Alta	2	4,1	49		1,00	
SSA-Total				<b>0,024</b>		
Baixa	6	23,1	26		<b>7,05</b>	<b>1,31–37,97</b>
Média	6	6,6	91		1,66	0,32–8,55
Alta	2	4,1	49		1,00	
RAF-Rotina	-	-	-	<b>&lt; 0,001</b>	<b>0,94</b>	<b>0,90–0,97</b>
RAF-Interação	-	-	-	<b>0,002</b>	<b>0,95</b>	<b>0,92–0,98</b>
RAF-Recursos	-	-	-	0,321	0,98	0,95–1,02
RAF-Total	-	-	-	<b>0,001</b>	<b>0,93</b>	<b>0,89–0,97</b>

AbM: abaixo da média; p: probabilidade estimada pelo teste de Wald; G1: grupo 1; G2: grupo 2; SSA: *Social Support Appraisals*; RAF: Inventário de Recursos no Ambiente Familiar

<sup>a</sup> Indeterminado.

Valores com significância estatística apresentados em negrito.



**Tabela 5.** Modelo multivariado final da resiliência baixa (baixa/AbM) nas três Escalas quanto ao sexo, SSA e RAF.

Questionário de resiliência	Variável independente	p	OR ajustado	IC95%
	SSA-Professor	<b>0,010</b>		
Escala I (sentido do controle)	Baixa		2,84	0,74–10,85
	Média		<b>4,19</b>	<b>1,66–10,57</b>
	Alta		1,00	
	SSA-Outros	<b>0,012</b>		
Escala I (sentido do controle)	Baixa		<b>14,08</b>	<b>2,47–80,36</b>
	Média		<b>6,81</b>	<b>1,49–31,18</b>
	Alta		1,00	
	SSA-Outros	<b>0,033</b>		
Escala II (capacidade de relacionamento)	Baixa		<b>17,45</b>	<b>1,26–242,29</b>
	Média		1,00	
	Alta		1,00	
	Sexo	<b>0,021</b>		
Escala III (reatividade emocional)	Feminino		<b>15,49</b>	<b>1,50–160,10</b>
	Masculino		1,00	
	SSA-Professor	<b>0,019</b>		
Escala III (reatividade emocional)	Baixa		<b>37,16</b>	<b>2,89–478,43</b>
	Média		1,88	0,36–9,69
	Alta		1,00	
Escala III (reatividade emocional)	RAF-Rotina	<b>0,005</b>	<b>0,94</b>	<b>0,90–0,98</b>

AbM: abaixo da média; p: probabilidade estimada pelo teste de Wald; SSA: *Social Support Appraisals*; RAF: Inventário de Recursos no Ambiente Familiar.

Valores com significância estatística apresentados em negrito.

Como na análise da resiliência não se encontraram outras diferenças entre G1 e G2, optou-se por agrupá-los para estudar os fatores que pudessem interferir na construção dessa capacidade.

Após a análise multivariada, na EI permaneceram no modelo somente as variáveis SSA-professor e SSA-outros; na EII, somente SSA-outros; e na EIII, somente sexo, SSA-professor e RAF-rotina. Em todas, a baixa percepção do suporte social esteve associada à maior chance de baixa resiliência. Quanto à reatividade emocional (EIII), as meninas tiveram 15,49 vezes mais chances de apresentar baixa resiliência que os meninos (Tabela 5).

O SDQ-C/A pôde ser aplicado em 126 sujeitos (75 do G1 e 51 do G2), enquanto o (SDQ-R), em todos os 166. A análise do SDQ-C/A mostrou que, no G1, 52% (39/75) se enquadravam nas categorias anormal (27/75) ou limítrofe (12/75), enquanto no grupo G2 isso ocorreu em 33,3% (17/51) dos sujeitos (anormal: 11; limítrofe: 6) ( $p = 0,112$ ).

Quanto ao SDQ-R, 64% (64/100) do grupo G1 se enquadravam nas categorias A (41/100) e L (23/100), enquanto no G2 isso ocorreu em 37,9% (25/66) dos sujeitos (anormal: 20/66; limítrofe: 5/66) ( $p = 0,002$ ).

Além disso, os sujeitos do G1 e do G2 com baixa resiliência na EI do RSCA apresentaram 4,9 vezes mais chance de problemas de saúde mental (A) no SDQ-C/A [OR = 4,90 (IC95% 1,66–14,44) ( $p = 0,008$ )]. Nas demais escalas não se observou associação entre baixa resiliência e problemas de saúde mental.

## DISCUSSÃO

Apesar dos avanços nas pesquisas sobre a resiliência, elas são recentes, com controvérsias e divergências quanto às definições, conceitos e métodos de investigação, o que dificulta a

comparação dos dados<sup>14</sup>. Pesquisas atuais com populações de crianças e adolescentes em situações de vulnerabilidade social realizadas em países latino-americanos apontaram taxas de prevalência de resiliência de 71,7% e 65,8%, com instrumentos diferentes<sup>16,17</sup>.

Nos resultados deste estudo, as crianças e adolescentes vítimas de violência (G1), apesar de expostas a situações traumáticas, apresentaram prevalência de resiliência adequada de 72% (EI), 92% (EII) e 87% (EIII) e de resiliência baixa de 28% (EI), 8% (EII) e 13% (EIII) (tabelas 2, 3 e 4). Esses dados assemelham-se aos de outros estudos com sujeitos em situação de vulnerabilidade social<sup>16,17</sup> e também aos do G2, com uma pequena diferença na EIII (1,5% categoria baixa) (Tabela 4).

Outra pesquisa<sup>18</sup> realizada com um grupo de crianças institucionalizadas expostas à violência interpaparental, comparado a um grupo de sujeitos sem violações de direitos, encontrou níveis de resiliência, *coping* e competência social que foram considerados adequados (utilizando outros instrumentos). Não houve diferenças entre os grupos, exceto pela maior frequência de estratégias de *coping* no primeiro grupo e de essas serem percebidas pelas crianças como mais eficazes. As estratégias do *tipo acting out* (situações de agressão física e verbal) também foram mais elevadas no primeiro grupo e as crianças reconhecem-nas como mais eficazes, em comparação com as crianças não expostas, apesar de serem estratégias ineficazes.

Na análise multivariada (Tabela 5), permaneceu a baixa percepção do suporte social (outras pessoas da comunidade e professores) associada à maior chance de baixa resiliência.

Os sujeitos com baixa percepção do suporte por outras pessoas da comunidade apresentaram mais chance de baixa resiliência nos atributos pessoais de otimismo, adaptabilidade e autoeficácia (EI) e capacidade de relacionamento (EII) (Tabela 5). Outro estudo analisou a influência de pessoas significativas da comunidade na construção de aspectos preditores de resiliência em crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica; esse estudo destacou que tais figuras exercem um papel moderador na capacidade cognitiva dos sujeitos e na estabilidade familiar<sup>19</sup>. As funções desempenhadas por figuras de referência (mesmo as mais distantes, como pessoas da comunidade) e pelo suporte social são fatores de proteção fundamentais na construção da resiliência<sup>20</sup>.

A escola e os professores foram identificados como fontes importantes de proteção para os sujeitos deste estudo (Tabela 5). Verificou-se que as crianças e adolescentes com menor percepção do suporte do professor apresentaram maior chance de baixa resiliência nos atributos pessoais otimismo, autoeficácia e adaptabilidade (EI) e na reatividade emocional (EIII). A percepção do suporte do professor é crucial, e a escola se constitui como uma fonte importante de apoio, gerando sentimentos de maior segurança, principalmente para crianças/adolescentes em situação de vulnerabilidade e com figuras de referência familiares fragilizadas. Assim, o distanciamento na relação professor-aluno pode ser considerado um fator de risco<sup>21</sup>.

A literatura aponta a família como a principal fonte de suporte social<sup>20</sup>, e a estabilidade familiar e as relações sociais como preditores importantes de um funcionamento emocional mais adaptativo e resiliente<sup>22</sup>. Surpreendentemente, em oposição a essas pesquisas, a análise multivariada do presente estudo não a identificou como preditora de resiliência, tampouco como fator de vulnerabilidade em nenhuma das escalas do RSCA<sup>12</sup>. Levanta-se a hipótese de que a conjunção de tantos problemas concomitantes nessas famílias dificulta a percepção de tal suporte pelos sujeitos do estudo, o que não permite descartar o papel de apoio e suporte que elas possam exercer.

Verificou-se que as famílias em situação de violência doméstica (G1) apresentaram maior vulnerabilidade socioeconômica em comparação às do G2, mas esses aspectos não se associaram aos preditores de resiliência. Condições socioeconômicas precárias podem agravar as situações de violência e também o risco de problemas no desenvolvimento psicoafetivo das crianças e adolescentes<sup>23,24</sup>.

Verificou-se através do RAF<sup>14</sup> que as crianças e adolescentes que tinham regras ou rotina em suas vidas apresentaram menor chance de baixa resiliência na reatividade emocional (EIII) (Tabela 5). Os pais com características negligentes não conseguem estabelecer uma rotina para seus filhos, o que atrapalha na construção da resiliência de forma geral. Portanto, a função de suporte social por meio do estabelecimento de regras ou rotinas para as crianças, na qual a família tem papel fundamental, gera sentimentos de segurança e auxilia o sujeito a processar suas emoções, evitando o adoecimento psíquico<sup>9,12,20</sup>.

As meninas deste estudo apresentaram mais chance de baixa resiliência na reatividade emocional (EIII). Esse índice mostra a capacidade de gerenciar ou regular as emoções, mantendo-se em equilíbrio em situações-limite ou de estresse<sup>12</sup>. Pressupõe-se a partir das discussões acerca das questões de gênero que as meninas de ambos os grupos podem estar vivenciando situações de maior risco, que aumentam suas limitações emocionais ou as fazem reagir como uma função de autodefesa. Ter sido vítima de abuso sexual na infância e ser criada por responsáveis com comportamento antissocial ou algum tipo de dependência de substâncias psicoativas são apontados como fatores de risco para transtornos de conduta entre meninas<sup>18,25</sup>.

A literatura aponta que a prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes varia entre 10% e 20%<sup>26</sup>.

As prevalências de chance de problemas de saúde mental encontradas no G1 utilizando as duas versões do SDQ foram bastante elevadas (52% pelo SDQ-C/A e 64% pelo SDQ-R). Em outra pesquisa<sup>3</sup>, estes autores encontraram dados semelhantes utilizando o SDQ, com prevalência de 65,5% de chance de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica, que foram comparadas à população geral.

Entretanto, os índices apresentados pelo G2 também foram altos (33,3% na versão SDQ-C/A e 37,9% na versão SDQ-R), comparados à média da população. Esses índices podem estar associados ao fato de as crianças e adolescentes do G2 também terem sido expostas a possíveis situações de violência social ou comunitária, más condições de saúde, moradia, dificuldade socioeconômica e cultural, baixa escolaridade dos responsáveis, entre outras situações de vulnerabilidade. Esses fatores podem prejudicar o desenvolvimento global e emocional dos sujeitos, ocasionando tais índices elevados de sintomas emocionais<sup>1,20</sup>.

Uma pesquisa<sup>27</sup> que utilizou a *Child Behavior Checklist* verificou um aumento acentuado de problemas de saúde mental internalizantes e externalizantes, principalmente em crianças cujas mães têm baixa escolaridade e em famílias com maior vulnerabilidade socioeconômica, corroborando estudos realizados em outros países.

A violência doméstica contra crianças e adolescentes se mostrou um fator de risco para maior chance de problemas de saúde mental nos sujeitos estudados, a partir da avaliação do SDQ-R ( $p = 0,002$ ), inclusive no G2. Tal resultado é relevante para os estudos na área de saúde mental infanto-juvenil<sup>2,3,28</sup>.

Além disso, verificou-se que as crianças e adolescentes de ambos os grupos com baixa resiliência na EI (sentido do controle), que avalia estratégias individuais para lidar com os eventos estressores (otimismo, autoeficácia e adaptabilidade<sup>12</sup>), apresentaram 4,9 vezes mais chance de terem problemas de saúde mental no SDQ-C/A. Isso aponta uma associação entre sujeitos menos resilientes e maior prevalência de sintomas emocionais. Levanta-se a hipótese de que as crianças e adolescentes, independentemente do grupo no qual estavam inseridas, vivenciam as consequências de uma fragilidade de suporte social externo, pois tal apoio auxilia na construção da resiliência e na proteção contra o adoecimento emocional precoce. O suporte social, aliado às práticas educativas saudáveis, contribui para moderar o efeito negativo de situações de vulnerabilidade e protege as crianças contra cuidados precários, desamparo, violência e isolamento<sup>20,21</sup>.

O alto absentismo nas entrevistas em ambos os grupos, em função da vulnerabilidade social da população como um todo e da temática escolhida, foi uma limitação do estudo.

Entretanto, deve-se ressaltar a importância de realizar estudos na área de violência doméstica e social ou comunitária, apesar das dificuldades de acesso a essa população, para a construção de políticas públicas de atendimento mais eficazes.

Os sujeitos deste estudo apresentaram nos dois grupos índices de resiliência (Tabelas 2, 3 e 4) que apontam bons indicativos futuros, apesar de ela não ser uniforme nem estática – um indivíduo pode apresentar-se resiliente em uma área de funcionamento e não em outra, ou mesmo apresentar-se resiliente de modo diferente nas várias fases da vida<sup>22</sup>. Ao mesmo tempo, manifestaram sofrimento por meio de sintomas emocionais importantes, sendo que os sujeitos em situação de violência doméstica apresentaram problemas mais graves. Os serviços especializados podem estar exercendo um papel na construção de mecanismos preditores de resiliência das crianças e adolescentes do G1; no entanto, por terem vivenciado situações traumáticas, apresentam problemas emocionais importantes<sup>1-3,20</sup>. Em relação ao G2, a chance de problemas de saúde mental pode estar associada também à possível exposição à violência social e comunitária<sup>7</sup>.

Portanto, refletir acerca dos aspectos que influenciam na construção da resiliência e nas questões de violência poderá contribuir para que transtornos mentais não se instalem ou não se tornem crônicos<sup>29</sup>. Além disso, ressalta-se a importância de investir em estratégias de intervenção precoce<sup>7,29</sup>, visando promover a qualidade da relação das crianças e adolescentes com os adultos. A presença de figuras de referência com condições de oferecer suporte social adequado poderá funcionar como proteção à saúde mental e fortalecer a resiliência, que é dinâmica e pode se modificar de acordo com as características intrínsecas do sujeito ou a partir das relações sociais vivenciadas.

## CONCLUSÕES

A violência pode ter aumentado a chance de problemas de saúde mental, sendo a violência doméstica um agravante. Neste estudo, identificou-se que as meninas apresentaram mais chance de baixa resiliência na reatividade emocional, ou seja, dificuldades para lidar e se recuperar emocionalmente de uma situação de vulnerabilidade. As crianças e adolescentes com baixa resiliência quanto à reatividade emocional apresentaram mais indicativos de problemas de saúde mental.

Identificou-se também como fator de risco ou vulnerabilidade a ausência de percepção do suporte social do professor e de outras pessoas da comunidade pelas crianças e adolescentes, associada à baixa resiliência. Já a presença de rotina ou regras estabelecidas pelos responsáveis foi considerada fator de proteção.

A percepção de suporte social ou emocional adequado pode ser um importante fator de proteção e facilitador para o desenvolvimento da resiliência. O investimento no trabalho psicossocial e o fortalecimento de ações efetivas apoiadas no conceito de linha de cuidados e no trabalho em rede com famílias em situação de violência podem ser estratégias para o desenvolvimento de preditores de resiliência.

Há necessidade de pesquisas sobre os aspectos preditores de resiliência e de investimento em estratégias de intervenção com esta população, como forma de promover a saúde mental.

## REFERÊNCIAS

1. Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP, Ximenes LF. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. *Cienc Saude Coletiva*. 2009;14(2):349-361. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000200005>
2. Cicchetti D, Doyle C. Child maltreatment, attachment and psychopathology: mediating relations. *World Psychiatry*. 2016;15(2):89-90. <https://doi.org/10.1002/wps.20337>

3. Hildebrand NA, Celeri EHRV, Morcillo AM, Zanolli ML. Violência doméstica e risco para problemas de saúde mental em crianças e adolescentes. *Psicol Reflex Crít.* 2015;28(2):213-21. <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201528201>
4. Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. *Am J Orthopsychiatry.* 1987;57(3):316-31. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x>
5. Werner EE. High-risk children in young adulthood: a longitudinal study from birth to 32 years. *Am J Orthopsychiatry.* 1989;59(1):72-81. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1989.tb01636.x>
6. Timoshenko S. History of strength of materials: with a brief account of the history of theory of elasticity and theory of structures. New York: McGraw-Hill; 1953.
7. Muñoz Sánchez AI, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Cienc Saude Coletiva.* 2007;12(2):319-24. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200007>
8. Reppold CT, Mayer JC, Almeida LS, Hutz CS. Avaliação da resiliência: controvérsia em torno do uso das escalas. *Psicol Reflex Crit.* 2012;25(2):248-55. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722012000200006>
9. Noronha MGRCS, Cardoso PS, Moraes TNP, Centa ML. Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família? *Cienc Saude Coletiva.* 2009;14(2):497-506. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000200018>
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11.ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
11. Goodman R, Meltzer H, Bailey V. The strengths and difficulties questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 1998;7(3):125-30. <https://doi.org/10.1080/08039480801984032>
12. Barbosa RJ. Tradução e validação da escala de resiliência para crianças e adolescentes de Sandra Prince-Embury [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo-PUC/SP; 2008.
13. Squassoni CE, Matsukura TS. Adaptação transcultural da versão portuguesa do social support appraisals para o Brasil. *Psicol Reflex Crit.* 2014;27(1):71-80. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722014000100009>
14. Marturano EM. O inventário de recursos do ambiente familiar. *Psicol Reflex Crit.* 2006;19(3):498-506. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722006000300019>
15. SPSS Inc. Statistical Package for Social Sciences: version 16.0. Chicago: IBM.
16. Huaire Inacio EJ. Prevalencia de resiliencia y autoestima sobre el rendimiento escolar en estudiantes de instituciones educativas de Ate Vitarte, Lima. *Apunt Cienc Soc.* 2014;4(2):202-9. <https://doi.org/10.18259/acs.2014023>.
17. Ulloque-Caamaño L, Monterrosa-Castro A, Arteta-Acosta C. Prevalencia de baja autoestima y nivel de resiliencia bajo, en gestantes adolescentes de poblaciones del caribe colombiano. *Rev Chil Obstet.* 2015;80(6):462-74. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262015000600006>
18. Moreira ACF. Resiliência e coping: a exposição a violência interpaparental enquanto experiência traumática [dissertação]. Porto (POR): Faculdade de Psicologia e de Ciência da Educação da Universidade do Porto; 2012.
19. DuMont KA, Widom CS, Czaja SJ. Predictors of resilience in abused and neglected children grown-up: the role of individual and neighborhood characteristics. *Child Abuse Negl.* 2007;31(3):255-74. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.11.015>
20. Squassoni CE, Matsukura TS, Panúncio-Pinto MP. Apoio social e desenvolvimento socioemocional infantojuvenil. *Rev Ter Ocup.* 2014;25(1):27-35. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v25i1p27-35>
21. Afifi TO, Macmillan HL. Resilience following child maltreatment: a review of protective factors. *Can J Psychiatry.* 2011;56(5):266-72. <https://doi.org/10.1177/070674371105600505>
22. Alves CF, Dell'Aglio DD. Percepção de apoio social de adolescentes de escolas públicas. *Rev Psicol IMED.* 2015;7(2):89-98. <https://doi.org/10.18256/2175-5027/psico-imed.v7n2p89-98>
23. Abreu DP, Viñas F, Casas F, Montserrat C, González-Carrasco M, Alcantara SC. Estressores psicossociais, senso de comunidade e bem-estar subjetivo em crianças e adolescentes de zonas urbanas e rurais do Nordeste do Brasil. *Cad Saude Publica.* 2016;32(9):e00126815. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126815>

24. Poletto M, Koller SH, Dell’Aglío DD. Eventos estressores em crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social de Porto Alegre. *Cienc Saude Coletiva*. 2009;14(2):455-66. <http://doi.org/10.1590/S1413-81232009000200014>
25. Pinto RMF, Micheletti FABO, Bernardes LM, Fernandes JMPA, Monteiro GV, Silva MLN, et al. Condição feminina de mulheres chefes de família em situação de vulnerabilidade social: adaptação transcultural da versão portuguesa do social support appraisals para o Brasil. *Serv Soc Soc*. 2011;(105):167-79. <https://doi.org/10.1590/S0101-66282011000100010>
26. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: a meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015;56(3):345-65. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
27. Matijasevich A, Murray E, Stein A, Anselmi L, Menezes AM, Santos IS, et al. Increase in child behavior problems among urban Brazilian 4-year olds: 1993 and 2004 Pelotas birth cohorts. *J Child Psychol Psychiatry*. 2014;55(10):1125-34. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12236>
28. Pires TO, Silva CMFP, Assis SG. Ambiente familiar e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. *Rev Saude Publica*. 2012;46(4):624-33. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000043>
29. Hernández-Holguín DM, Sánchez IC, Páez E, Montoya-Vásquez EM. El desarrollo personal de los jóvenes de Medellín, Colombia: más allá de las conductas de riesgo y de resiliencia. *Cad Saude Publica*. 2016;32(11):e00103614. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00103614>

---

**Financiamento:** Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES – bolsa de doutorado – Processo 01-P-4525/2013).

**Contribuição dos Autores:** Concepção e planejamento do estudo: NAH, EHRVC, MLZ. Coleta dos dados: NAH. Análise e interpretação dos dados: NAH, EHRVC, AMM, MLZ. Elaboração ou revisão do manuscrito: NAH, EHRVC, AMM, MLZ. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e assumem a responsabilidade pública pelo seu conteúdo.

**Conflito de Interesses:** Os autores declaram não haver conflito de interesses.