

RESILIÊNCIA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES INSTITUCIONALIZADOS

Catarina CORDOVIL, Margarida CRUJO, Paula VILARIÇA,
Pedro CALDEIRA DA SILVA

RESUMO

Introdução: O conceito de resiliência refere-se à possibilidade de os indivíduos se desenvolverem favoravelmente quando expostos a situações de adversidade ou stress. Trata-se de um processo complexo que envolve a interacção entre factores de vulnerabilidade/risco e factores de protecção. A investigação em resiliência apenas tem interesse quando aplicada a contextos que pressuponham a existência de uma população considerada de risco, mas que apresente também características adaptativas como é o caso das instituições de acolhimento de crianças e adolescentes. Torna-se cada vez mais necessária a realização de estudos que permitam melhorar o conhecimento do funcionamento mental destas populações, para que possam ser criados programas de prevenção e promoção de saúde adequados. **Objectivos:** Identificar factores de resiliência e a sua associação com a presença de psicopatologia em crianças/adolescentes (C/A) de três Instituições de Acolhimento da área da Grande Lisboa. **Metodologia:** Escolhemos, por amostragem de conveniência, três instituições de acolhimento residencial de crianças/adolescentes da área da Grande Lisboa. Seleccionámos uma amostra de crianças/adolescentes de idades entre os 6 e os 18 anos (inclusive), com um período de institucionalização igual ou superior a 1 ano e com consentimento informado assinado pelos seus representantes legais. Foram excluídos as crianças/adolescentes com diagnóstico de Perturbação Global do Desenvolvimento (DSM-IV-TR). Os instrumentos de avaliação utilizados (Check-list para Caracterização da Criança/Adolescente, Instituição e Comunidade, e Child Behavior Checklist) foram preenchidos pelo prestador de cuidados que melhor conhecia a crianças/adolescentes. **Resultados e Conclusões:** Na amostra estudada, há factores de resiliência que estão ausentes nas crianças/adolescentes que têm psicopatologia e estão presentes nas crianças/adolescentes sem problemas psicopatológicos. Identificámos factores de resiliência que parecem ter maior preponderância para a protecção da crianças/adolescentes, tais como “auto-estima positiva”, “ter talentos reconhecidos pelos outros” e “competências cognitivas”. O sexo masculino apresenta mais psicopatologia, a par da existência de um menor número de factores de resiliência, relativamente ao sexo feminino.

C.C., M.C., P.V., P.C.S.: Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência. Hospital Dona Estefânia (CHLC). Lisboa. Portugal.

SUMMARY

RESILIENCE IN INSTITUTIONALIZED CHILDREN AND ADOLESCENTS

Introduction The concept of resilience refers to the possibility of individuals to develop positively when exposed to situations of adversity or stress. This is a complex process involving the interaction of vulnerability and protection factors. Researching resilience only makes sense when applied to populations considered at risk which, simultaneously, present adaptive attributes. That is what we find in Child and Adolescent Residential Institutions. There is a rising need of research in the area of institutionalized children. A better knowledge of these populations allows for the creation of more adapted and efficient prevention and promotion health programs. **Objectives:** To identify resilience factors and their association with psychopathology in children/adolescents (C/A) of three residential institutions in Lisbon. **Method:** Data was collected from a sample of children/adolescents, aged between 6 and 18, who had been institutionalized for at least a year, whose legal representatives had signed the “informed consent”. The three Lisbon institutions were chosen by convenience. Children/adolescents diagnosed with a

Pervasive Developmental Disorder (DSM-IV-TR) were excluded. The instruments used for assessment (Check-list for Characterization of the children/adolescents, Institution and Community, and Child Behavior Checklist) were completed by the care provider that better knows the children/adolescents. Results and Conclusions: There are resilience factors in those children and adolescents who present no psychopathology which are absent in those who have psychopathology. We identified factors that appear to have greater resilience preponderance for the protection of children/adolescents, namely “positive self-esteem,” “talents recognized by others” and “cognitive skills”. Males have more psychopathology, along with a smaller number of resilience factors than females.

INTRODUÇÃO

O conceito de resiliência deriva do latim *resilientia*, que significa “recusar, voltar atrás”. Foi primeiramente utilizado no âmbito da Metalurgia, para caracterizar materiais que tinham a capacidade de regressar ao seu estado inicial (“voltarem atrás”) após serem submetidos a um choque ou a uma pressão contínua deformante¹. Foi na década de 80 que o conceito surgiu no campo das Ciências Psicossociais, sendo atribuído a autores anglo-saxónicos, como *Werner e Rutter*. *Bowlby* também já tinha evocado este conceito para designar “a força moral, a qualidade de uma pessoa que não se desencoraja, que não se deixa abater”¹.

São várias as definições de resiliência que se podem encontrar na literatura, todas elas, ora sobreponíveis, ora complementares. De uma forma geral, pode definir-se resiliência como o “processo ou fenómeno que reflecte uma adaptação positiva da criança ou adolescente apesar de condições de risco” a que foi sujeita/o². A resiliência tem um carácter dinâmico e inscreve-se num eixo que contempla a permanente interacção entre as crianças/adolescentes e o meio. Não é uma competência isolada das crianças/adolescentes. É infrutífero tentar responder à questão “quem é a criança resiliente?” sem identificar onde e com quem ela se encontra². Na interacção da criança e adolescente com o seu ambiente existe um movimento contínuo entre factores de protecção, definidos como “qualidades da pessoa, contexto ou da interacção de ambos, que promovem desenvolvimentos positivos face a adversidades”³, e factores de vulnerabilidade definidos como “características dos indivíduos ou seu contexto que promovem um desfecho negativo numa situação específica”³. A resiliência é flutuante¹: não se é indefinidamente resiliente, nem no tempo, nem no espaço, nem perante todas as situações.

A investigação em resiliência emergiu há cerca de 30 anos e aplica-se a contextos que pressupõem a existência de uma população considerada de risco, mas que apresente, simultaneamente, características adaptativas³. As crianças/adolescentes acolhidas em instituições de acolhimento apresentam estes critérios.

Os estudos na área da criança institucionalizada baseiam-se, na sua maioria, nas inaptações dos sujeitos

em risco¹. Ao colocar-se a ênfase sobre os factores protectores, pretende-se abrir caminho e aceder a um campo de investigação ainda pouco explorado.

A evolução da nossa sociedade tem oferecido uma maior consciência e sensibilidade para as situações de adversidade na infância e adolescência. A institucionalização residencial de carácter prolongado pretende ser o fim de um percurso marcado por acontecimentos adversos de vida. No sentido de proporcionar a estas crianças/adolescentes um desenvolvimento adaptativo mesmo em situação de institucionalização, é necessário compreender a forma como os factores de risco e protecção interagem, e perceber se a informação que daí advém apresenta carácter preditivo³.

Pouco escolhemos do contexto onde nos originamos, dos contornos do que nos acolhe, da qualidade dos caminhos que nos são oferecidos percorrer. O Pequeno Polegar (*C. Perrault*) não optou pela rejeição pela própria mãe, *Oliver Twist* (*Dickens C.*), por certo, também não viveria numa instituição se uma outra mão de trajectos estivesse diante de si. No entanto, não foram estes infortúnios do tempo, no entendimento dos seus criadores, que lhes inviabilizaram a criatividade e o chão seguro.

Este trabalho tem como objectivo identificar factores de resiliência em crianças/adolescentes, de três instituições de acolhimento da área da Grande Lisboa.

Colocou-se a seguinte hipótese: os factores de resiliência presentes em crianças e adolescentes institucionalizados que não têm psicopatologia são diferentes dos das crianças e adolescentes com psicopatologia.

METODOLOGIA

A amostra do nosso estudo foi seleccionada por método de conveniência. Foram escolhidas três instituições de acolhimento de crianças/adolescentes da área da Grande Lisboa (A, B, C), de funcionamento interno semelhante, e que concordaram participar no estudo. As primeiras duas são IPSS e só incluem, respectivamente, raparigas e rapazes, enquanto a última é uma parceria com a Santa Casa de Misericórdia de Cascais e tem uma população mista.

Os critérios de inclusão foram: idade compreendida entre 6 e 18 anos (inclusivé), período de institucionalização

de pelo menos 1 ano, e existência de consentimento informado assinado pelo representante legal da criança/adolescente. Foram excluídas as crianças/adolescentes que apresentavam diagnóstico de Perturbação Global do Desenvolvimento (DSM-IV-TR).

Os instrumentos de avaliação corresponderam a três *Check-list* para Caracterização das Crianças/Adolescentes, Instituição e Comunidade, elaboradas pelos autores com base na *Check-list* de Ann S. Masten³, que corresponde aos factores de resiliência identificados de forma consistente nos vários estudos realizados. Utilizou-se ainda uma quarta *Check-list*, a *Child Behavior Check List* (CBCL). Esta é uma escala de avaliação largamente utilizada na comunidade científica, que não estabelece diagnósticos mas fornece indicadores sensíveis de alguns quadros sindrómicos, através das subescalas de oposição/imaturidade, agressividade, hiperactividade, depressão, problemas sociais, queixas somáticas, isolamento, ansiedade e obsessivo-esquizado. Está traduzida e validada para a população portuguesa⁴ e tem aplicabilidade dirigida à faixa etária que inclui as idades consideradas no presente estudo. No presente estudo, considerou-se que existia psicopatologia quando pelo menos uma das subescalas da CBCL pontuava um valor superior a P85.

Foram preenchidas pelo prestador de cuidados da instituição que melhor conhecia a criança/adolescente.

O estudo estatístico foi efectuado no programa SPSS, utilizando o Teste do χ^2 , Teste Exacto de Fisher, Teste T para amostras independentes, Coeficiente de Correlação.

RESULTADOS

Caracterização da População

Trata-se de uma amostra de conveniência constituída por 64 C/A, 30 (46,9%) do género feminino (F) e 34 (53,1%) do género masculino (M), com idade média de 14,86 anos (F 14,8; M 13,03), mediana e moda de 14; o tempo de institucionalização médio é 4,69 anos.

Relativamente ao desempenho académico, 18 (28,1%) encontram-se no Ensino Primário, 25 (39,1%) no 2º Ciclo, 11 (17,2%) no 3º Ciclo, 10 (15,6%) no Ensino Secundário. 43 (67,2%) apresentam Sucesso Escolar (considerado < 3 retenções) e 21 (32,8%) Insucesso Escolar.

Quanto à história de problemas de saúde mental há a referir que 35 (54,7%) C/A têm um acompanhamento psicológico, 29 (45,3%), 18 (28,1%) têm acompanhamento pedopsiquiátrico e 13 (20,3%) fazem tratamento psicofarmacológico.

Caracterização da Institucionalização

Os motivos de institucionalização principais são os maus-tratos (50 C/A; 78,1%), a disfuncionalidade familiar (34 C/A; 53,1%) e o alcoolismo parental (9 C/A; 14,1%).

Os números absolutos e as percentagens não perfazem uma totalidade de 100% porque havia a possibilidade de mencionar mais que um motivo de institucionalização para cada criança/adolescente, na *check-list* utilizada.

Existia história de institucionalização anterior em 40 (62,5%) das crianças/adolescentes. As crianças/adolescentes mantinham contacto regular com familiares em 44 (68,8%) dos casos, sendo o contacto esporádico em 10 (15,6%) do total de crianças/adolescentes e ausente em 10 (15,6%) dos casos. Existem outros familiares institucionalizados em 43 (67,2%) C/A. Esta informação é desconhecida relativamente a 1 (1,6%) crianças.

Caracterização das Instituições

Na Instituição A encontram-se 15 raparigas, na B, 19 rapazes e na C, 15 raparigas e 15 rapazes, que preencheram os critérios de inclusão e que constituem a amostra deste estudo. Quanto à idade, na idade (anos) mínima é 13, a média é 16 e a máxima é 23. No B a idade mínima é 7, a média é 12, a máxima é 17. Na C a mínima é 3, a média 12 e a máxima 19.

O número de educadores no A é de 9, todos do género feminino. Na B são 9 educadores, 3 do género feminino e 5 do género masculino. Na C são 7 educadores, 6 do género feminino e 1 do género masculino. A média de idades (anos) dos educadores é de 45 na A, 37 na B e 30 na C. Realizam em média 3 (A), 5 (B) e 2 (C) turnos por semana, com a duração média (horas) de 11 (A) e de 8 (B e C).

Factores de Resiliência

Para um total de 26 Factores de Resiliência (FR) avaliados, 13 relativos à C/A e 13 à instituição, verificou-se que as C/A do género feminino apresentam uma média de 16,73 FR e as do género masculino 13,12 FR. A média de FR das C/A da A é 19,67, na B é 13,67 e na C é 12,79.

Verificou-se que existe uma correlação positiva entre o nº de FR e a idade das C/A (Corr. Parcial, $r=0,496$; $p=0,000$, controlada para o tempo de institucionalização), e uma correlação negativa entre o nº total de FR e a psicopatologia total das subescalas da CBCL (enumeradas no Quadro I) (Corr. Pearson $r= -0,387$; $p=0,002$). Encontrou-se ainda uma associação positiva entre o nº de FR e a ausência de psicopatologia (*One-Way* ANOVA, $F=9,084$; $p=0,004$).

Acompanhamento Pedopsiquiátrico, Psicofarmacoterapia e Psicopatologia

Observou-se uma associação estatisticamente significativa entre a existência de acompanhamento pedopsiquiátrico e psicopatologia (considerada presente quando pelo menos uma das subescalas da CBCL se encontrava acima do cut-off > P85) (Pearson χ^2 , $p=0,002$); e entre a existência de psicopatologia e medicação (Pearson χ^2 , $p=0,001$). Estes resultados são reveladores de que há uma boa concordância entre a CBCL e a prática, o

Quadro I - Ausência de Factores de Resiliência e Subescalas da CBCL

FR	Competências Cognitivas	Temperamento Fácil em Bebê	Personalidade Adaptável	Auto-estima	Fé	Boa Regulação Emocional	Talentes reconhecidos pelos outros	Sentido De Humor	Atraente	Ter Melhor Amigo	Resolução de Problemas	Não Nega Dificuldades	Relação Qualid. com Prestador de Cuidados
Sub. CBCL													
Oposição/Imaturidade	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø
Agressividade	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	√	√*	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø
Hiper-actividade	√	Ø	Ø	√	√	Ø	√	Ø	√	√	Ø	Ø	√
Depressão	√	Ø	Ø	√	√	√*	√	Ø	√	√	√	Ø	Ø
Problemas Sociais	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø
Queixas Somáticas	Ø	Ø	√	√	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø
Isolamento	Ø	Ø	Ø	√	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø
Ansiiedade	√	Ø	√	√	Ø	Ø	√	√	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø
Obsessivo-Esquizóide	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø

Associações entre a ausência de Factores de Resiliência (FR) e as subescalas da CBCL (Teste de χ^2 , Pearson). Ø ns ; √ p<0,05; √ * tendência.

que sugere uma adequada sensibilidade da escala para a detecção de patologia psíquica.

O nº de C/A do género masculino que tem acompanhamento pedopsiquiátrico e que está medicado é superior, relativamente ao género oposto.

Psicopatologia e Factores de Resiliência

Na amostra estudada, existe uma associação estatisticamente significativa entre o insucesso escolar (≥ 3 retenções) e as subescalas Agressividade, Depressão e Ansiedade da CBCL (*Pearson* χ^2 , $p < 0,05$). Existe também uma associação significativa entre crianças e adolescentes do género feminino e a presença dos seguintes FR: “competências cognitivas”, “personalidade adaptável”, “auto-estima”, “fê”, “talentos”, “bom sentido de humor”, “capacidade de resolução de problemas” e “não negação de problemas ou dificuldades”. Existe uma tendência de associação entre o género feminino e o FR “atraente” (*Pearson* χ^2 , $p = 0,052$).

DISCUSSÃO

O presente estudo confirma a hipótese inicial de que há factores de resiliência que estão presentes no grupo de crianças e adolescentes institucionalizados sem psicopatologia e que estão ausentes no grupo com psicopatologia. Identifica, ainda, os factores de resiliência individuais, descritos por *Masten* (2001)³, mais frequentemente associados à presença de psicopatologia.

Apesar de os factores de resiliência relativos às instituições e comunidade constituírem um alvo inicial deste estudo na altura em que o desenhamos, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas no que a eles dizia respeito, pelo que não foi possível avaliar o impacto dos factores da comunidade e da instituição na modulação da resiliência. Uma hipótese explicativa é a existência de um enviesamento decorrente do preenchimento das *check-list* por técnicos da instituição.

Como já referido, considerou-se que existia psicopatologia quando pelo menos uma das subescalas da CBCL pontuava um valor superior a P85, apesar desta *Check-list* não estabelecer diagnósticos e o facto de existir uma associação estatisticamente significativa entre a presença de psicopatologia e o acompanhamento pedopsiquiátrico suportou esta opção metodológica.

Relativamente aos factores demográficos, queremos destacar o género e a idade.

Contrariamente ao descrito na Literatura⁸, observou-se a ausência de diferenças entre géneros relativamente à presença de psicopatologia e observou-se ainda um maior número de factores de resiliência associados ao género feminino, sendo estes os seguintes: “competências cognitivas”, “personalidade adaptável”, “auto-estima”,

“fê”, “talentos reconhecidos pelos outros”, “bom sentido de humor”, “capacidade de resolução de problemas”, “não negação de problemas ou dificuldades” e “atraente” ($p = 0,052$; tendência).

No presente estudo, o número de factores de resiliência aumenta com a idade e o género feminino tem uma média de idades superior ao género masculino (F:14,8 anos; M:13,03 anos), o que pode justificar a presença de maior número de FR no género feminino ou tratar-se de um enviesamento decorrente do não emparelhamento por idades da amostra.

Se nos reportarmos aos factores de resiliência individualmente, são algumas as referências que a literatura apresenta. No nosso estudo, especificamente, foi a ausência dos FR “auto-estima”, “talento reconhecido pelos outros” e “competências cognitivas” que mais associações estatisticamente significativas apresentou com as subescalas de psicopatologia da CBCL (ver Quadro I). Vários estudos longitudinais de larga escala (*Cederblad*, 1996; *Fergusson & Horwood*, 2003; *Hetherington & Elmore*, 2003; *Losel & Bliesener*, 1990; *Radke-Yarrow & Brown*, 1993; *Werner & Smith*, 1992, 2001)³ referem que a auto-estima positiva se relaciona com a existência de estratégias de coping positivas. Os doentes psiquiátricos têm níveis de auto-estima significativamente inferiores à população geral⁵ e, por sua vez, a presença de qualquer doença psiquiátrica é causa de uma diminuição da auto-estima. No nosso estudo, este factor de resiliência foi o que apresentou mais associações estatisticamente significativas com as subescalas da CBCL, como se pode constatar no Quadro I. Outro factor de resiliência, a existência de um talento reconhecido pelos pares, está também associado à presença de estratégias positivas de coping (*Anthony*, 1987; *Werner & Smith* 1992, 2001)³, o que pode contribuir para a ausência de psicopatologia. Da mesma forma, a presença de competências cognitivas, também associadas a melhores e mais variadas estratégias de coping⁴, podem condicionar a inexistência de psicopatologia (*Farber & Egeland*, 1987; *Fergusson & Lynskey*, 1996; *Hetherington & Elmore*, 2003; *Losel & Bliesener*, 1990; *Masten & Powell*, 2003; *Seifer et al.*, 1992; *Werner & Smith*, 1992, 2001)³.

Estes factores de resiliência — auto-estima, talento reconhecido pelos outros e competências cognitivas — parecem ser importantes como protectores no aparecimento e desenvolvimento de psicopatologia. Os técnicos e o ambiente institucional podem, então, ter um papel fulcral na promoção do aparecimento e desenvolvimento destes factores de resiliência nas crianças e jovens institucionalizados. Lançam-se, desta forma, questões que remetem para a estruturação de novas medidas sociais de prevenção e intervenção em Saúde Mental Infantil e Juvenil, nomeadamente a implementação de redes sociais de apoio a instituições, que também promovam a formação específica dos técnicos.

Não nos vamos deter sobre os outros factores de resiliência estudados pelo facto de, com eles, apenas termos obtido uma ou duas associações estatisticamente significativas com as subescalas da CBCL.

Passemos, então, a debruçar-nos sobre os quadros sindrómicos avaliados de acordo com a CBCL.

De acordo com *Legault L., Anawati M., Flynn R.* (2006) existe uma relação inversa entre resiliência e emoções negativas⁵, tais como depressão e ansiedade. No presente estudo, a subescala da CBCL “Depressão” foi associada a um número menor de factores de resiliência. No que diz respeito à hiperactividade, a resiliência não tem sido extensamente estudada em crianças e adolescentes com esta patologia⁵, contudo, sabe-se que este síndrome implica uma evolução crónica com compromisso de áreas de desenvolvimento relacionadas com as funções executivas e a interacção social, ocorrendo, na maioria, complicações futuras, tais como, diminuição do rendimento escolar e dificuldades na relação com os pares⁸. Tal vai ao encontro dos resultados obtidos (Quadro I): a subescala “Hiperactividade” da CBCL apresentou 7 associações estatisticamente significativas com a ausência dos FR “competências cognitivas”, “auto-estima”, “fé”, “talentos reconhecidos pelos outros”, “ser atraente”, “ter melhor amigo” e “ter uma relação de qualidade com um prestador de cuidados”.

No que se refere a outras subescalas da CBCL: “Oposição/ Imaturidade”, “Problemas Sociais” e “Obsessivo-Esquizóide” não estão presentes na nossa população em números relevantes, pelo que não foram discutidas, o mesmo ocorrendo para o factor de resiliência “temperamento fácil em bebé” (em 79,7% da população não havia esta informação).

A associação encontrada entre o acompanhamento pedopsiquiátrico e a ausência de factores de resiliência em crianças e adolescentes com psicopatologia realça, de acordo com o nosso ponto de vista, a importância e a necessidade deste acompanhamento na modulação da resiliência.

O presente estudo apresenta limitações pelo que as conclusões não podem ser extrapoladas para a totalidade das instituições. As limitações mais importantes são metodológicas (o método de conveniência de selecção da amostra e a ausência de emparelhamento da população por sexo e idade), mas também de preenchimento dos instrumentos de avaliação (enviesamento inerente ao preenchimento das check-lists pelos técnicos da instituição).

Perspectivas futuras

Sugere-se a realização de novos estudos mais rigorosos em que se possam extrapolar os resultados e utilizá-los como medidas preventivas em contexto institucional, com claro benefício social.

CONCLUSÃO

Há factores de resiliência em crianças/adolescentes institucionalizados que estão presentes nos que não têm psicopatologia e estão ausentes nos que têm psicopatologia sendo que, os seguintes factores de resiliência, “auto-estima positiva”, “talentos” e “competências cognitivas” parecem ter maior preponderância para a protecção das crianças e adolescentes; por ordem decrescente de importância, seguem-se: “personalidade adaptável”/“fé”/“ser atraente”/“ter melhor amigo” e “relação de qualidade com prestador de cuidados”/“capacidade de resolução de problemas”.

O sexo masculino apresenta um menor número de factores de resiliência, e o acompanhamento pedopsiquiátrico está relacionado com a ausência de factores de resiliência na presença de psicopatologia.

AGRADECIMENTOS

Às equipas de Direcção das três instituições, pela disponibilidade, simpatia e colaboração.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

REFERÊNCIAS

1. GOLDSTEIN S, BROOKS RB: Handbook of Resilience in Children, New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers 2005.
2. ANAUT MA: Resiliência - Ultrapassar os Traumatismos. Lisboa: Climepsi Editores 2005.
3. MARTIN A: Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities. Journal of American Association of Children and Adolescent Psychiatry 2005; 44:4.
4. ACHENBACH TM: Questionário sobre o Comportamento de Crianças/ Adolescentes dos 4-18 anos - Formulário para Pais-Versão Portuguesa. Universidade de Vermont 1991.
5. LEGAULT L, ANAWATI M, FLYNN R: Factors Favoring Psychological Resilience among fostered young people. Children and Youth Services Review 28 2006; 1024-1038.
6. TIET QQ, BIRD HR, DAVIES M, HOVEN C, COHEN P, JENSEN PS, et al.: Adverse Life Events and Resilience. Journal of American Association of Children and Adolescent Psychiatry 1998; 37 (11): 1191-1200.
7. CAMPBELL-SILLS L, COHAN S L, STEIN M: Relationship of Resilience to Personality, Coping, and Psychiatric Symptoms in Young Adults. Behaviour Research and Therapy 2005; 44, 585-599.
8. GOODMAN R, SCOTT S: Child Psychiatry, 2nd Ed. Oxford: Blackwell Publishing; 2006.