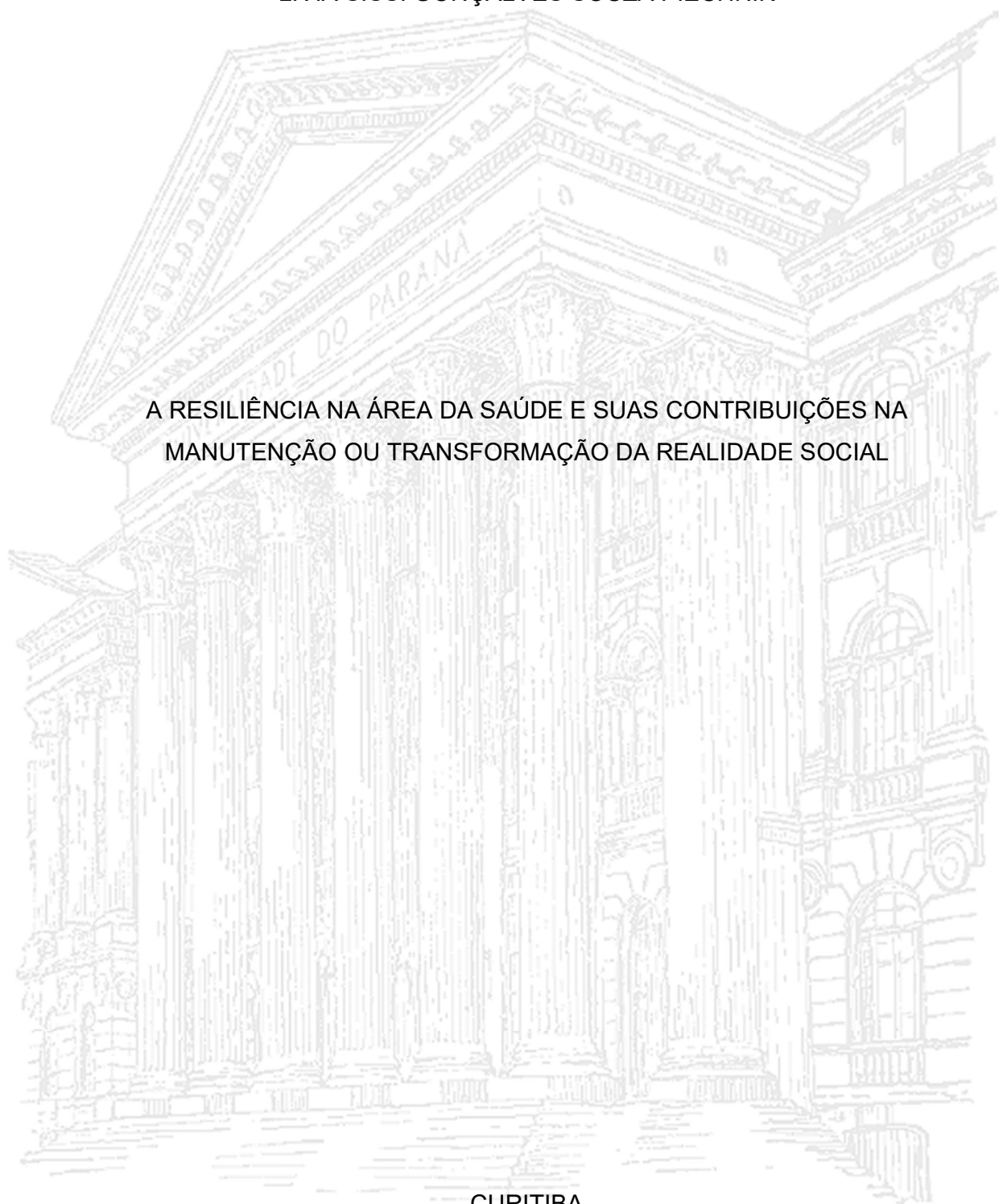


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LIVIA SISSI GONÇALVES SOUZA PIECHNIK

A RESILIÊNCIA NA ÁREA DA SAÚDE E SUAS CONTRIBUIÇÕES NA
MANUTENÇÃO OU TRANSFORMAÇÃO DA REALIDADE SOCIAL



CURITIBA

2019

LIVIA SISSI GONÇALVES SOUZA PIECHNIK

A RESILIÊNCIA NA ÁREA DA SAÚDE E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA A
MANUTENÇÃO OU TRANSFORMAÇÃO DA REALIDADE SOCIAL

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Paraná como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família. Departamento de Saúde Coletiva, Setor de Ciências da Saúde.

Orientador: Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque

Coorientador: Marcelo José de Souza e Silva

CURITIBA

2019

P613 Piechnik, Livia Sissi Gonçalves Souza

A resiliência na área da saúde e suas contribuições para a manutenção ou transformação da realidade social [recurso eletrônico] / Livia Sissi Gonçalves Souza Piechnik – Curitiba, 2019.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque
Coorientador: Prof. Dr. Marcelo José de Souza e Silva

1. Resiliência psicológica. 2. Determinação. 3. Processo saúde-doença. 4. Materialismo dialético. I. Albuquerque, Guilherme Souza Cavalcanti de. II. Silva, Marcelo José de Souza e. III. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

NLMC: WA 308

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO SISTEMA DE BIBLIOTECAS/UFPR
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, BIBLIOTECÁRIA: RAQUEL PINHEIRO COSTA
JORDÃO CRB 9/991



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE DA FAMÍLIA -
33303002001P9

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE DA FAMÍLIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **LIVIA SISSI GONÇALVES SOUZA PIECHNIK** intitulada: **Resiliência na área da saúde e suas contribuições na manutenção ou transformação da realidade social**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua Aprovação no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 30 de Abril de 2019.

MARCELO JOSÉ DE SOUZA E SILVA
Presidente da Banca Examinadora (UFPR)

MARILIA PINTO FERREIRA MURATA
Avaliador Externo (UFPR)

SABRINA STEFANELLO
Avaliador Interno (UFPR)

“- Quando eu uso uma palavra, disse Humpty Dumpty num tom bastante desdenhoso, ela significa exatamente o que quero que signifique: nem mais nem menos.
- A questão é, disse Alice, se pode fazer as palavras significarem tantas coisas diferentes.
- A questão, disse Humpty Dumpty, é quem manda - só isto.”

(Lewis Carroll, *Através do Espelho e o que Alice encontrou por lá*, 2009)

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais pela minha formação e afeto em cada passo.

Ao meu esposo por seu apoio irrestrito.

Aos meus filhos, Bernardo e Eduardo, por encherem meus caminhos de questionamentos e pela busca incessante por respostas criativas.

RESUMO

Na expectativa de encontrar respostas que esclarecessem o motivo de algumas pessoas serem expostas a riscos e eventos traumáticos e não apresentarem respostas disfuncionais, como se pode esperar nesses casos (com adoecimento, perda da funcionalidade), inicialmente buscou-se compreender esse fenômeno e as variáveis envolvidas, experimentando-se diversos conceitos que traduzissem a complexidade do mesmo, e por fim surge o termo resiliência, transposto das ciências naturais, para denominar esse processo. As pesquisas sobre a resiliência se adensam ao final da década de 1970 e início da década de 1980, em um contexto sociocultural e histórico que converge o interesse sobre o indivíduo e sua relação com a adversidade. A experimentação se mantém no campo das ciências naturais, sendo que se aplicam métodos para medir a resiliência em pessoas, para aplicá-la em diversos contextos. Dessa prática surgem questionamentos sobre o que de fato é a resiliência e para que serve. Nesse contexto, o presente estudo busca, com base na teoria marxista, compreender esse fenômeno em sua perspectiva histórica e social ao tentar verificar se existe um conceito de resiliência e também discutir as possibilidades desse fenômeno em mudar ou manter os processos de saúde e doença. Para isso foi realizada uma pesquisa documental da qual resultaram duas vertentes sob o qual o conceito se constrói: a adversidade e a resposta a ela. Sendo que a adversidade é o que causa o risco, entendemos ser ela o próprio risco, moldado e transformado socialmente com bases materiais no modo de produção capitalista, que rege a forma com o ser humano se relaciona com a sociedade. Disso se abstrai ainda que as ações e adaptações são atribuídas ao indivíduo, ao passo que ele deve modificar sua atitude diante do risco para minimizar os efeitos nocivos do mesmo. Entendendo-se que a presença no risco é necessária e não é intenção da resiliência modificá-lo, fica claro que a exposição se torna crônica, frequente e perene, caracterizando a manutenção dos processos que geram e determinam o adoecimento. O termo transposto torna-se em vários aspectos insuficiente, não sendo a resposta que se busca para diminuir os riscos a que as pessoas estão sujeitas na sociedade capitalista que é força motriz que mantém a realidade social.

Palavras chaves: resiliência, determinação social do processo saúde doença, materialismo histórico dialético.

ABSTRACT

In the expectation of finding answers that clarify why some people are exposed to risks and traumatic events and do not present dysfunctional responses, as can be expected in these cases (with illness, loss of functionality), we initially sought to understand this phenomenon and the variables involved, experiencing various concepts that translated the complexity of the same, and finally comes the term resilience, transposed of the natural sciences, to denominate this process. Research on resilience has grown in the late 1970s and early 1980s, in a sociocultural and historical context that converges interest in the individual and its relation to adversity. Experimentation remains in the field of natural sciences, and methods are applied to measure resilience in people, to apply it in different contexts. From this practice questions arise about what resilience really is and what it is for. In this context, this study seeks, based on Marxist theory, to understand this phenomenon in its historical and social perspective in trying to verify if there is a concept of resilience and also discuss the possibilities of this phenomenon in changing or maintaining health and disease processes. Therefore, a documentary research was carried out, which resulted in two aspects under which the concept is constructed: adversity and the answer to it. Since adversity is what causes the risk, we understand that it is risk itself, molded and socially transformed on a material basis in the capitalist mode of production, which governs the way human beings relate to society. From this it is further abstracted that actions and adaptations are attributed to the individual, whereas he must modify his attitude towards risk to minimize the harmful effects of it. Understanding that presence in risk is necessary and it is not the intention of resilience to modify it, it becomes clear that exposure becomes chronic, frequent and perennial, characterizing the maintenance of the processes that generate and determine the illness. The term transposed becomes in many respects insufficient, not the answer that is sought to diminish the risk people are subject to capitalist society which is the driving force that maintains social reality.

Key words: resilience, social determination of the disease health process, dialectical historical materialism.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. RESILIÊNCIA: DA TENSÃO MATERIAL À TENSÃO SOCIAL	10
2.1. EXPANDINDO DA FÍSICA PARA O ECOSISTEMA	11
2.2. A DÉCADA DE 1970: O ADVENTO DA PÓS-MODERNIDADE	14
2.3. SAÚDE: A ELASTICIDADE DOS SUJEITOS	18
3. SAÚDE E RESILIÊNCIA NA PRÁTICA	23
3.1. A BUSCA EMPÍRICA DO TERMO RESILIÊNCIA	23
3.2. RESILIÊNCIA: O USO DO TERMO	24
3.3. A RESILIÊNCIA COMO RESPOSTA AO RISCO	36
4. A RESILIÊNCIA COMO MANUTENÇÃO DO SOCIAL	42
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS	51

1. INTRODUÇÃO

O termo resiliência tem-se tornado objeto de estudo e intervenção em diversos cenários, inclusive na área da saúde nos últimos 40 anos. A sua origem, divergente entre vários estudos (YUNES, 2003; CASTELLANO-TEJEDOR, 2014; BROLESE, 2017), tem consenso quanto a etimologia do Latim: *resilio*, *resilire*, que significa voltar ao estado anterior. De acordo com Yunes (2003), o surgimento, ou reconhecimento do termo foi mais recentemente incluído em diversas línguas com definições variadas, conforme a perspectiva histórica e social relacionada a cada contexto.

As pesquisas sobre o tema ocorrem desde a década de 1950, com Rutter (1985) e Garmenzy (1991), e se adensam ao final da década de 1970 e início da década de 1980, em um contexto sociocultural e histórico que converge o interesse sobre o indivíduo e sua relação com a adversidade.

O crescimento econômico e as tecnologias associados a mudança de valores morais e de comportamento da sociedade, agora mais individualista, puseram em evidência crises sociais e enfatizaram os fatores individuais de exposição e resposta. Procuravam-se, então, explicações para a existência de pessoas saudáveis a despeito da pobreza e riscos presentes na época. (BRANDÃO, 2011)

Segundo Brandão (2011, p. 267), a emergência de publicações relacionadas ao tema faz parte de um “momento específico da história em que, inconscientemente, um conjunto de opiniões forma o pensamento de todos os que vivem determinado contexto”. Fala-se, portanto, de uma mudança no pensamento “expresso por palavras como resiliência, força do ego, resistência ao estresse [que] foram se tornando cada vez mais frequentes na linguagem científica”.

Werner e Smith (1989) foram um dos precursores investigando fatores relacionados à resiliência, inicialmente chamada de invencibilidade¹, entre crianças expostas à alto risco de traumas no desenvolvimento.

Essa invencibilidade era vista como uma anomalia, uma vez que a tendência de toda exposição ao risco é o dano. Ainda assim, algumas crianças pareciam não

¹ “Os precursores do termo resiliência na Psicologia são os termos invencibilidade ou invulnerabilidade, ainda bastante referidos na literatura. Em 1974, o psiquiatra infantil E. J. Anthony introduziu o termo invulnerabilidade na literatura da psicopatologia do desenvolvimento para descrever crianças que, apesar de prolongados períodos de adversidades e estresse psicológico, apresentavam saúde emocional e alta competência” (Werner e Smith, 1992, p. 4, apud Yunes, 2003, p. 77).

serem afetadas como as outras, apresentando um comportamento adaptado, um tipo de ajustamento social (Brandão, 2011).

Martineu (1999 apud YUNES, 2003, p. 78)² apresenta o estudo realizado por Werner e Smith da seguinte forma:

esse estudo não tinha como proposta inicial estudar a questão da resiliência, mas investigar os efeitos cumulativos da pobreza, do estresse perinatal e dos cuidados familiares deficientes no desenvolvimento físico, social e emocional das crianças³.

Anteriormente a essa e outras pesquisas na área da saúde, outras ciências já utilizavam o termo para caracterizar materiais – na física e engenharia, refere-se até hoje a propriedade que os materiais têm de suportar determinada carga de energia e, após cessada a força estressora, retornarem ao estado original; na biologia, a ecologia atribui resiliência a capacidade das comunidades de suportarem condições adversas; nas diversas ciências humanas e sociais relaciona-se comumente à capacidade de sobrepor-se ou adaptar-se a circunstâncias estressoras, embora, segundo Yunes (2003) e Piña Lopes (2015), tal termo apresente divergências e mesmo contradições.

Naturalmente, a utilização de um mesmo termo em diversas ciências apresenta limites e necessidade de reflexões sobre a possibilidade de apropriação de conceitos e transposição em situações metaforicamente semelhantes, mas realisticamente distintas.

Este é o caso da resiliência relacionada a complexidade dos fenômenos humanos, que difere daquela encontrada na física ou biologia, e implica dificuldade em sua conceituação, o que justifica a imprecisão, incompreensão e divergência de definição entre pesquisadores (YUNES, 2003; BRANDÃO, 2011).

Segundo Yunes (2003), essas definições resultam na descrição de características comuns, e por vezes antagônicas, entre pessoas ou grupos expostos a diferentes fatores estressores, em diferentes condições sociais, biológicas e econômicas, e que apresentam um desfecho favorável a despeito das adversidades.

² MARTINEAU, S. **Rewriting resilience: a critical discourse analysis of childhood resilience and the politics of teaching resilience to “kids at risk”**. Tese de Doutorado, The University of British Columbia, 1999.

³ A pesquisa realizada em Kauai, Havaí, iniciou em 1955. Acompanhou 698 crianças até os 32 anos e investigou 72 delas que, apesar de serem expostas a pelo menos quatro fatores de risco (pobreza, baixa escolaridade dos pais, estresse perinatal ou baixo peso no nascimento, ou ainda a presença de deficiências físicas), não desenvolveram problemas de aprendizagem ou comportamento (Yunes, 2003 p. 79).

Martineau (1999 *apud* YUNES, 2003, p. 79)⁴, apresenta no discurso coloquial a expressão de algumas divergências quando

peessoas famosas são consideradas resilientes pela mídia tanto por tolerarem como por terminarem seus casamentos. Pessoas ou coisas (desde pneus de carros até cremes para a pele) que tanto resistem como provocam mudanças também são descritas como resilientes nos comerciais de jornais ou TV. Em diálogos informais, as pessoas classificam-se como resilientes ou não resilientes.

Conforme explica Piña López (2015), vários autores que definem resiliência apresentam limites relacionados a compreensão do conceito, que não esclarece questões relacionadas a sua origem, detecção e aferição: se inata ou adquirida, latente ou relativa, processual ou resultante. Além disso, apresentam contradição no uso de termos relacionados ou explicações incoerentes.

Para Brandão (2011), as diferenças relacionadas a contexto de origem resultam em usos diferentes, ora relacionados a resistência dos indivíduos e focadas no estímulo a fatores protetores como forma de prevenir o dano, ora relacionados a terapêutica buscando-se a superação e recuperação daqueles que já sofreram o dano.

Ciente dessas possíveis divergências e imprecisões, o que se busca neste trabalho não é ressaltar as contradições e diferenças, nem, por certo excluir a verdade ou realidade objetiva pertinente a cada caso, mas encontrar a base subjacente a cada forma de utilização do termo resiliência. Buscam-se identidades que expressem sua universalidade, ou seja, segundo Silva, Schraiber e Mota (2019), generalizações da realidade objetiva no pensamento que expliquem a gênese e a função social de determinado objeto concreto e, a partir desse objeto pensado, discutir as possibilidades de produzir mudança ou manutenção do processo saúde-doença.

Para Netto (2009), a linguagem expressa a consciência da prática que é produto de um ser social. Para sua compreensão, portanto, não basta a constatação de um fenômeno, mas se faz necessária reflexão acerca de sua existência, suas contradições e relações históricas e sociais. Deste processo de abstração, decomposição e construção, resulta a *práxis*, como atividade intencional e consciente,

⁴ MARTINEAU, S. *Rewriting resilience: a critical discourse analysis of childhood resilience and the politics of teaching resilience to “kids at risk”*. Tese de Doutorado, The University of British Columbia, 1999.

crítica, que extrapola a atividade intuitiva, sem, no entanto, negar sua realidade objetiva.

Nesse sentido, o uso de descrições ou definições sem apreensão de sua totalidade, que não resultem da abstração e retorno a realidade (concreto pensado), implicam em confusões metodológicas, assim como práticas e interpretações superficiais ou insuficientes.

No caso da resiliência, Yunes (2003) expõe um possível risco para vários pesquisadores ao descrevê-la como condição do indivíduo, sem uma análise crítica adequada, culpabilizando as vítimas e impondo sobre ela a responsabilidade pela resiliência ou não resiliência.

Esse risco se torna evidente quando Brolese (2017, p. 2) expõe características individuais adequadas e esperadas de profissional em ambiente de trabalho em saúde mental e, ainda que considere as exposições a estressores como problemas organizacionais e sistemáticos relacionados a falta de recursos humanos, falta de insumos, entre outros, afirma que a partir do autoconhecimento o trabalhador é capaz de “minimizar parcial ou totalmente os estressores desnecessários”.

Portanto, o refinamento teórico em torno do conceito é parte de um processo de qualificação das práticas. Não tem por objetivo reduzir o universo de produção de conhecimento a partir da experiência, mas dar subsídios para reflexão e propiciar a análise crítica das ações e dos resultados encontrados no cotidiano. Este refinamento não se presta a conceituar e definir um elemento sob uma perspectiva positivista com objetivo de enunciar uma verdade absoluta, mas intenta provocar uma reflexão que permita expor as diversas possibilidades e riscos relacionados a resiliência.

Nesse processo, questiona-se mais amplamente o conceito apresentado desde sua origem histórica até sua finalidade em induzir mudança ou preservação nos processos de determinação da saúde, uma vez que, à primeira vista, baseia-se no desenvolvimento de habilidades comportamentais, adaptações de estilos de vida; intervenções individuais para dar novo sentido ao fator estressor sem necessariamente atuar sobre o mesmo.

Tem-se como referencial teórico o marxismo, que é um conjunto de obras heterogêneas, mas que possui em seu cerne a defesa da classe trabalhadora, o entendimento de que existe uma verdade – a correspondência entre o pensamento e a realidade objetiva que existe fora e independentemente de nossa consciência –, que, embora mutável historicamente, é possível de ser apreendida pelo pensamento

(NETTO, 2009).

Tal método parte da apreensão do concreto, que é objeto da pesquisa e é independente do pensamento, para posterior abstração, através da análise crítica da realidade histórica e materialista desse objeto que é produto social (SILVA, SCHRAIBER E MOTA, 2019).

Dessa abstração surge a elaboração técnico científica do objeto, que permite a compreensão do contexto que o envolve e que permite também compreender a sociedade, analisando a sua totalidade, explicitando as contradições em sua complexidade e encerrando num processo de mediação entre as bases conceituais e as relações sociais que o constituem. Nesse processo dialético, faz-se o retorno do abstrato a mesma realidade concreta na construção do concreto pensado (PAULO NETTO, 2009).

Coimbra e Morais (2015, p. 59) aponta a necessidade de “partir de um conhecimento vigente sobre um tema específico, para só então buscar a antítese dessas produções por meio da crítica.”

No caso específico de nosso trabalho, partimos do entendimento histórico do uso do termo resiliência no campo das ciências exatas e sua transposição para o campo das ciências humanas e sociais. Após isso, analisa-se o contexto histórico e social em que surge ou se modifica o uso do termo na área da saúde, visando o encontro de bases universais, explorando-se contradições e concordâncias e posteriormente, verificando a correspondência desse novo construto na realidade que se apresenta.

2. RESILIÊNCIA: DA TENSÃO MATERIAL À TENSÃO SOCIAL

Para contextualizar-se e compreender-se o fenômeno da resiliência, inicia-se pelo estudo de sua origem histórica, contexto de surgimento e evolução ao longo do tempo, relação outras áreas de pesquisa assim como a relação com a sociedade, a política e a economia nesse período.

De sua história tem-se que a resiliência começou a ser usada amplamente primeiro nas ciências exatas, mais especificamente na física de materiais, na qual, segundo Rogers (2016, p. 14, tradução nossa), “refere-se à quantidade de energia por unidade de volume absorvível por um material quando sujeito a tensão e também o valor da tensão no limite elástico do material”.

Conhecido como um dos precursores do tema na física e engenharia, Thomas Young, em 1987, realizou experimentos em barras de diferentes materiais observando os limites de tensão e compressão para estabelecer uma relação entre força e deformação assim como um método para calcular essa variável.

Considerada, portanto uma propriedade dos materiais, a resiliência foi introduzida inicialmente no módulo da elasticidade e posteriormente no módulo de resistência.

Nos materiais, portanto, o módulo de resiliência pode ser obtido em laboratório através de medições sucessivas ou da utilização de uma fórmula matemática que relaciona tensão e deformação e fornece com precisão a resiliência dos materiais. É importante ressaltar que diferentes materiais apresentam diferentes módulos de resiliência (TIMOSHENKO, 1983 apud TAVARES 2001, p. 43)⁵.

Outra definição encontrada na literatura é a de Nash (BRANDÃO, 2011), que fala sobre a capacidade de um material de absorver energia na região elástica, sendo essa capaz de voltar à forma original, quando finda a causa de sua deformação, sugerindo-se que o ponto central da resiliência é a elasticidade.

A resiliência estaria também relacionada à capacidade de receber a energia sem se modificar, que também pode ser expressa na física pela propriedade da resistência. Porém a última não sofre alterações frente a estímulos estressores, até

⁵ TIMOSHENKO, S. P. **Resistência dos materiais** Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1983.

um certo limite, quando o material subitamente se rompe e perde suas propriedades (BRANDÃO, 2011).

Esse limite identificado pode se alterar devido a diferentes condições. Por exemplo a elasticidade: num material sob determinada tensão esta propriedade pode se modificar frente a fatores estressores associados, como frio e calor.

É objetivo da física e engenharia calcular a resiliência dos materiais, para conhecer a energia máxima que o mesmo pode absorver sem ser modificado (resistência) ou, deformando-se temporariamente, sem se romper (elasticidade). Assim, para que um dado material se deforme, sem se romper, é necessário que absorva a energia do impacto. Através desses enunciados, define-se assim, as possibilidades de uso para cada material (BRANDÃO, 2011).

Vemos, assim, que a resiliência no campo da física e engenharias refere-se à necessidade própria dessas ciências em identificar características objetivas e mensuráveis para análise de propriedades e aplicabilidades.

No caso dessas ciências, a ocorrência de múltiplas variáveis tende a ser conhecida, considerando-se que há viabilidade de testá-las e aferi-las em condições variadas, produzidas artificialmente, em intervalos precisos de segurança e confiabilidade e com procedimentos de segurança adequados, para o alcance dos melhores resultados.

A partir desse breve estudo histórico apreendem-se algumas características atribuídas ao conceito em estudo, e que influenciaram a aplicação do termo resiliência na área da saúde.

Essa transposição não é única da física para saúde, mas atinge outras ciências, associando-se a novos enunciados e aplicações como veremos também nas ciências humanas e sociais.

2.1. EXPANDINDO DA FÍSICA PARA O ECOSISTEMA

O estudo de como surge o tema resiliência na área da saúde encontra outras áreas que, da mesma forma, a interpretam na tentativa de encontrar respostas para problemas encontrados em cada uma delas, em um momento histórico de grande significado. As mudanças no contexto econômico, político e social refletem-se na cultura e modo de viver em geral, nas ciências e na saúde. A expansão e posterior

transposição do termo resiliência transita por contextos relacionados a equilíbrio e adaptação de sistemas.

Segundo Rogers (2016, p. 15, tradução nossa), o uso do termo foi expandido, em 1973, por Holling, que definiu resiliência como “o tempo necessário para um ecossistema retornar ao equilíbrio ou um estado estacionário após uma perturbação”, usando assim o termo para ecossistemas.

Essa expansão se dá em um momento histórico socioeconômico e político crítico, explicitado numa crise socioambiental, ambos revelando uma “crise de sentido da lógica profunda que condiciona a evolução da sociedade industrial-tecnológica” (PASSOS, 2012, p. 24). O conceito de sustentabilidade aparece aliado a preocupação com a exploração pelo homem do meio ambiente e recursos naturais. Passa-se a discutir a necessidade de resiliência dos ecossistemas definida por Passos (2012, p. 23) como:

capacidade de um sistema ecológico de absorver perturbações externas, sem, contudo, alterar-se qualitativamente, mesmo que as variáveis não se mantenham constantes e nem se aproximem de um equilíbrio determinado. Na ultrapassagem da resiliência, busca-se um outro estado homeostático, de outra qualidade.

Na saúde, a crise do sistema era marcada pela incapacidade de resposta às questões emergentes relacionadas a transição epidemiológica, custos elevados e medicalização social expressos por Lefevre (2004 apud PASSOS, 2012, p. 17 e 18)⁶ através de:

(i) o aumento tendencial das doenças crônico-degenerativas em consequência do aumento da expectativa de vida; (ii) o aumento do rol de doenças resultantes das transformações sociais e culturais do mundo pós-moderno, decorrentes de um modo de vida que em nada favorece a saúde das pessoas e das comunidades como a violência, o estresse, o crescente uso de drogas, as depressões, as insônias, as iatrogenias etc.; e (iii) o aumento do número de mortes em decorrência da obesidade, ultrapassando as mortes evitáveis pelo uso do tabaco; (iv) o aumento do número de crianças obesas, sobretudo em famílias de baixa renda; e (v) os níveis crescentes de desnutrição causada sobretudo por deficiências de ferro, em crianças matriculadas em creches e pré-escolas municipais, pesquisadas em 20 capitais brasileiras.

⁶ LEFÈVRE, F., LEFÈVRE, A.M.C. **Promoção de saúde: a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent; 2004.

Brandão (2011), ao citar Masten e Coatsworth (1998), relata que as condições socio históricas ameaçavam o desenvolvimento infantil saudável, por isso tornava-se de extrema relevância estudos que apontassem uma alternativa ou modelo que explicasse como se poderia sobrepor as ameaças e riscos impostos socialmente. Para eles,

entre outras questões, o aumento de casos de divórcio, de gravidezes na adolescência, de abuso de crianças e de problemas como abuso de drogas e violência representava um pouco dos riscos aos quais as crianças estavam submetidas... o mundo vivenciou um período de crise em que houve desemprego em massa, a pobreza e as desigualdades sociais e econômicas se aguçaram. (MASTEN E COATSWORTH, 1998 apud BRANDÃO, 2011, p. 264)⁷

A partir disso, o termo passa a ser utilizado amplamente em diversas áreas do conhecimento, principalmente dentro da psicologia e, conseqüentemente, dentro da área da saúde. Segundo Chandler e Coaffee (2016, p. 3, tradução nossa):

Defensores e críticos discordam sobre muitos aspectos da resiliência: se é uma nova abordagem, capaz de redirecionar discussões de políticas internacionais ou só um jargão sem sentido; se é uma descentralização e redistribuição de autoridade ou mantém as atuais estruturas de poder; se abre possibilidades para uma crítica radical e transformação ou somente reproduz entendimentos neoliberais de auto responsabilidade; se é sobre manter estabilidade e o status quo ou encorajar correr riscos e mudar; se as conceptualizações baseadas em processo e sistema da ecologia são adequadas analogias para uma vida política e social; se medidas e métricas podem ou deveriam ser desenvolvidas para permitir comparações através de tempo e espaço, ou se resiliência é contextualmente e relacionalmente específica; e assim por diante.

Apesar de todas essas divergências, estes mesmos autores argumentam que existiria um mundo anterior e um mundo posterior à resiliência e que a característica principal do mundo anterior era a de um mundo com muita confiança na capacidade dos Estados e governos de segurar e controlar eventos, o que teria causado uma aparência de que o conhecimento e o entendimento poderiam crescer e de que os problemas do mundo poderiam ser aprendidos de forma universal, ou seja, de que esse conhecimento poderia ser generalizado e aplicado em outros lugares. Já o novo mundo, o mundo da resiliência, seria menos confiante na capacidade de um agente

⁷ MASTEN, A. S., & COATSWORTH, J. D. (1998). **The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children.** *American Psychology*, 53(2), 205-220

segurador e também do conhecimento e generalização. Segundo os autores, “é um mundo que parece menos certo e mais complexo ou contingente” (CHANDLER E COAFFEE, 2016, p. 4, tradução nossa).

Entretanto, entendemos que essa classificação de mundos distintos tem como base um momento histórico específico do capitalismo contemporâneo, que causou diversas mudanças na forma de gestão dessa sociedade, mas que não mudou suas bases, permanecendo as mesmas. Portanto, o que esses autores consideram como um novo mundo, o mundo da resiliência, surge em um contexto específico que permitiu que propriedades dos materiais, estudados pelas ciências naturais, fossem transpostos para as ciências sociais e humanas e usados como explicação para as relações sociais humanas, mas que não necessariamente conseguem cumprir esse objetivo. É o advento da pós-modernidade nas ciências sociais e humanas.

2.2. A DÉCADA DE 1970: O ADVENTO DA PÓS-MODERNIDADE

Conforme apresentado, o momento histórico em que a resiliência desponta num universo de possibilidades relaciona-se com as décadas de 70 e 80, quando surgem também as primeiras publicações sobre o tema na área da saúde. Assim, faz-se necessária uma síntese sobre esse período para apontar possíveis contradições que possam estar relacionadas a sua emergência e que possam explicar seu conceito e seu uso.

A década de 1970 inicia com uma grande crise do capitalismo, devido à grande queda nas taxas de lucro médias, que ocorreu, segundo Kliman (2012), pelo aumento dos salários e pela diminuição do emprego de capital variável em relação ao capital constante durante *Os Trinta Anos Gloriosos* (Hobsbawm, 2011) do capitalismo – de meados da década de 1940 até o final da década de 1960; crise que também é consequência do esgotamento do padrão de acumulação taylorista e fordista, devido à incapacidade de responder à retração do mercado; e maior concentração de capitais (monopólios e oligopólios), fazendo com que a taxa de lucro média se encontrasse abaixo do necessário para a própria reprodução do capital.

De acordo com Kliman (2012), nesse momento se fez necessário destruição de capital para existir espaço para um novo crescimento das taxas de lucro. Entretanto, como não se queria que ocorressem revoltas de trabalhadores como na

Grande Depressão de 1929, foram realizadas políticas monetárias e fiscais, o que explica porque as crises subsequentes não foram tão severas e também porque as taxas de lucro nunca se recuperaram desde então.

Esse contexto leva, então, a duas outras mudanças no capitalismo: na organização do Estado e na organização da produção. O Estado passa a ser organizado a partir do neoliberalismo, que, segundo Anderson (1995), age para que o Estado seja forte o suficiente para enfraquecer a luta dos trabalhadores, e mínimo em gastos sociais, para que existam reservas monetárias suficientes para

investimentos nas grandes empresas capitalistas e garantir estabilidade monetária. E na produção, tem início o toyotismo (que não é único, mas de grande expressão), que, segundo Antunes (2009), busca uma flexibilização, tanto do processo quanto do trabalhador, permitindo que uma mesma indústria possa atuar em diferentes segmentos ou diferentes etapas da produção, para que dessa forma consiga garantir um aumento nas taxas de lucro.

A lógica individualista, resultante das transformações sociais relacionadas ao rápido crescimento econômico da chamada *Era de ouro* e ao acesso crescente a tecnologias como televisão, telefone, internet favoreciam os processos de atomização da sociedade. Segundo Brandão (2011), esse movimento fortalecido por sistemas de previdência e seguridade generosos constituiu ponto crucial para a desmobilização social.

Nesse momento histórico, em que o Estado passa a ser neoliberal, com repressão das lutas sociais e retirada de direitos – que, ao final da década de 1980, aliado à queda do muro de Berlim (e a desilusão vivenciada pelo chamado *socialismo real*), vai favorecer a ideia do fim da história, da vitória absoluta do capitalismo como o máximo que a humanidade poderia alcançar – leva ao surgimento do movimento conhecido como pós-moderno. Quando se declara o fim da Era Moderna, das expectativas da cultura ocidental, perda da fé no avanço da razão e da liberdade (assim como suas principais ideologias – o liberalismo e o socialismo), entrando em colapso as explicações de mundo até então (WOOD, 1999).

Para Rodrigues (2006), o pós-modernismo seria a expressão cultural do capitalismo do final do século XX, com a própria cultura – principalmente a cultura da classe trabalhadora – se transformando acentuadamente em mercadoria. Esse argumento é reforçado pelos produtos dessa expressão que são oriundos “do

mercado das comunicações e da indústria cultural” (ADORNO, 1980), da arte de massas (VÁZQUEZ, 1978) e da pseudoarte (LUKÁCS, 2010) apud Paes, 2012.⁸

Todas essas modificações, segundo Paim e Almeida Filho (1998; 1999), teriam colocado em xeque as antigas previsões e premissas que a modernidade havia traçado no campo das ciências ou, em outras palavras, o paradigma⁹ científico – que, dentre outros, seria a base do campo de prática da saúde – teria se esgotado, fazendo com que surgissem demandas por novos paradigmas.

Segundo Rodrigues (2006, p. 198), o pós-modernismo enquanto forma hegemônica de fazer ciência só se consolidou no âmbito das ciências humanas e sociais, pois “a cultura pós-moderna se manteve e se manterá residual nas ciências naturais, uma vez que as condições para a predominância e aprofundamento da antiontologia neorracionalista na ciência em geral é mais restrita do que supõem os intelectuais que advogam pela transição paradigmática”. Dessa forma, consideramos que ao mesmo tempo que é positiva a introdução de disciplinas dessas áreas na área da saúde, como um auxílio na crítica ao positivismo e ao biologicismo, é também a forma pela qual ocorreu a introdução do pós-modernismo na área.

Como diz Netto (2010), existem diferentes teorias pós-modernas, entretanto, constituídas de traços comuns, como a aceitação da imediaticidade, levando a supressão da distinção entre essência e aparência; recusa da categoria de totalidade; uma semiologização da realidade social, com privilégio quase exclusivo das dimensões simbólicas (como o discurso); pluralismo metodológico (ecletismo); um relativismo que leva ao fim a concepção de verdade; e uma concepção idealista do mundo social. De acordo com Sokal e Bricmont (2014, p. 15), o pós-modernismo seria

uma corrente intelectual caracterizada pela rejeição mais ou menos explícita da tradição racionalista do Iluminismo, por discursos teóricos desconectados de qualquer teste empírico, e por um relativismo cognitivo e cultural que encara a ciência como nada mais que uma “narração”, um “mito” ou uma construção social entre muitas outras.

⁸ ADORNO, T W. **O fetichismo na música e a regressão na audição**. Coleção Os Pensadores. São Paulo, Nova Cultural, 1980.

LUKÁCS, Gyorgy. **Marxismo e teoria da literatura**. São Paulo. Expressão Popular. 2010a.

VAZQUEZ, A S. **As ideias estéticas de Marx**. Rio de Janeiro. Paz e Terra. 1978

⁹ Cabe destacar que, de acordo com Netto (2004, p. 232), até mesmo Thomas Kuhn, em *A estrutura das revoluções científicas*, de 1972, responsável pela divulgação do conceito de paradigma para as ciências naturais, era muito cético quanto ao uso deste nas ciências sociais. E é a partir deste conceito que Boaventura de Sousa Santos elabora sobre o paradigma da ciência moderna, na qual “praticamente toda construção teórica (insista-se nesta qualificação: teórica) do século XIX, e não só, é subsumida na razão puramente instrumental” e deixa de ser aceita pela sensibilidade pós-moderna.

Segundo Rodrigues (2006, p. 21), é a partir da década de 1970 que emerge o vocábulo pós-moderno, juntamente com uma “perspectiva filosófica explicitamente irracionalista e a uma posição política ambivalente que dilui a distinção entre esquerda e direita”.

Rodrigues (2006) mostra que os filósofos da década de 1960, época considerada o fim da história, da vitória do capitalismo, da oposição binária democracia x socialismo (este último considerado sinônimo de totalitarismo), eram anti-humanistas, pois classificavam o humanismo com o sujeito do capitalismo – violento e selvagem; esses filósofos eram contra esse humanismo, buscando uma emancipação humana, portanto, suas críticas podem ser consideradas radicais. Ao mesmo tempo, essa negação do sujeito moderno permite o surgimento de “um Eu fluido, sem identidade fixa, e vazio de toda substância, que ecoa nos anos [19]80” (Rodrigues, 2006, p. 114). Isso leva a favorecer o surgimento de um Eu que é “compatível com o culto dos indivíduos aleatórios, desunificados e de vontades vacilantes” (Rodrigues, 2006, p. 115).

Devido à influência do pós-modernismo, segundo o qual a sociedade passou a ter o conhecimento como principal força de produção, sem conflito de classes, se constituindo enquanto rede de comunicações linguísticas, com a falência das metanarrativas e a ciência se tornando um jogo de linguagem sem se pautar na busca pela realidade concreta da vida (Rodrigues, 2006), deixou-se em segundo plano a análise das condições materiais e a relação entre teoria e prática social, delegando grande poder à educação como forma de transformação da sociedade; entretanto, não qualquer educação, mas uma educação com redução da base teórica e ênfase na prática.

Nesse bojo histórico inicia-se a tendência à extrapolação de conceitos das ciências naturais para as ciências sociais e humanas, entretanto, em sua grande maioria, “sem dar a menor justificativa conceitual ou empírica”, utilizando a terminologia científica “sem se incomodar muito com o que as palavras realmente *significam*”, ostentando uma “erudição superficial” com “termos técnicos num contexto em que eles são totalmente irrelevantes”, manipulando “frases e sentenças que, na verdade, não têm sentido” (Sokal e Bricmont, 2014, p 18, grifos no original).

Esse uso das ciências naturais (principalmente matemática e física) ocorrerá de diversas formas, algumas vezes de forma radical e outras vezes de forma sutil.

Entretanto, na área da saúde, isso permite que as teorias sobre o processo saúde-doença possam internalizar as causas e consequências nos sujeitos, apartando-se de discussões que envolvam as causas e consequências sociais desse processo. Nesse escopo está o uso do termo resiliência para descrever o comportamento dos sujeitos.

Para Brandão (2011, p. 264), a resiliência tem uma perspectiva individualista desde o início e trata-se de uma transposição imprecisa de um termo. Quando ele se dirige a pessoas que suportam a pressão sem apresentarem abalos psicopatológicos irreversíveis estaria relacionado a resistência; se dirigido a como as pessoas recuperam ou superam o estresse, estariam relacionados à elasticidade dos materiais.

Entretanto, em nenhum dos casos a utilização do termo pode ser comparada ao entendimento da resiliência dos materiais, tampouco consegue expressar a totalidade do fenômeno que se pretende compreender na área da saúde, gerando uma explicação reducionista e biologicista de um fenômeno que possui bases não só biológicas, mas principalmente sociais.

Nesse movimento pós-moderno, a resiliência constitui mais um vocábulo que reproduz as características históricas e sociais vigentes, elaborado a partir da prática e da experiência, assumindo o ecletismo como resposta as complexidades humanas a partir de uma visão descontextualizada da realidade concreta, com foco sobre o indivíduo apartado de sua realidade concreta.

2.3. SAÚDE: A ELASTICIDADE DOS SUJEITOS

Conforme exposto, é na história recente do capitalismo que começaram a surgir explicações para questões sociais baseadas em conhecimentos das ciências naturais. Esse surgimento tem como base o advento da pós-modernidade, na qual, de forma geral, o mundo se encontra na linguagem e, portanto, é possível transpor a linguagem que explica em uma área para outra.

Segundo Yunes (2003), Castellano-Tejedor (2014) e Zerbetto (2017), o tema resiliência surge em discussões e propostas estratégicas de enfrentamento a situações de risco ou condições desfavoráveis, considerando o questionamento crescente sobre como algumas pessoas enfrentam estresse intenso sem apresentar, no entanto, sofrimento equivalente.

Os primeiros trabalhos sobre o tema são da década de 1940 e 1950 e ganham

maior ênfase nas décadas de 1970 e 1980, em países norte americanos e na Inglaterra, sendo considerados Garnezy (1991), Rutter (1985) e Werner e Smith (1982) os pioneiros. Posteriormente este termo também foi incorporado pelos países latino americanos, com características próprias, relacionadas ao contexto social emergente.

De acordo com Brandão (2011), inicialmente, este termo, restrito a cultura anglo-saxônica, referia-se à capacidade ou competência das pessoas se manterem saudáveis apesar de serem expostas a situações extremas classificadas na literatura como fatores estressores ou adversidades, buscando dados quantificáveis relacionados ao comportamento dos indivíduos.

Após 1980, o termo passa a ser discutido em países latino-americanos que enfoca mais em estratégias sociais para promover uma resposta adequada do sujeito frente as adversidades, considerando a abordagem comunitária como estratégia de fortalecimento ou construção dessa competência (BRANDÃO, 2011).

Ainda nesse caso, os pesquisadores começam a dialogar com as ciências exatas – física e engenharia – para, partindo de analogias e associações, sugerir características, explicações e possibilidades, trazendo a definição da física da resiliência de materiais que expressa a capacidade de um material receber uma energia de deformação sem sofrê-la de modo permanente (TABOADA E LEGAL, 2006; ORTUNIO, 2016).

Na saúde, o estudo do tema possibilitaria a identificação de fatores relacionados a resultados positivos e assim a elaboração de estratégias de enfrentamento do estresse cotidiano. A partir de uma competência ou capacidade humana seria possível evitar ou prevenir o adoecimento resultante do sofrimento, ampliando-se a característica do indivíduo, tornando-o mais resistente e/ou elástico, prevenindo o dano ou favorecendo a recuperação diante de uma pressão (TABOADA E LEGAL, 2006; CARVALHO, 2010; BRANDÃO, 2011).

Os conceitos atribuídos ao termo mais prevalentes, de superação e adaptação, são discutidos por Taboada e Legal (2006). Segundo os autores, o esforço em manter o indivíduo em equilíbrio reflete a perspectiva de resiliência como adaptação; e a crença de que o olhar sobre uma crise pode promover uma resposta diferenciada em um novo momento, desta vez mais adaptado ao que seria esperado socialmente, reflete a perspectiva da resiliência como superação.

Baseada na 'teoria do estresse', a resiliência como adaptação seria útil em contextos individuais ou coletivos, exercendo um efeito de amortecimento de fatores estressores que condicionam o processo de adoecimento e aumento da resistência ou da capacidade de absorver ou reagir aos fatores estressores (TABOADA E LEGAL, 2006).

A resiliência enquanto modo de superação seria a capacidade de o sujeito mudar o significado da adversidade ou da situação de risco através de uma interpretação mais eficiente da mesma, transformando uma experiência potencialmente nociva em uma vantagem no sentido de fortalecer o indivíduo e dar-lhe subsídio para o enfrentamento exitoso de novo estresse.

Essa transformação ocorreria no campo das ideias, segundo o movimento antiontológico característico do pós-modernismo, afastando o sujeito da realidade que vive e projetando nele próprio a capacidade de viver a realidade baseada em uma perspectiva futura idealizada (TABOADA E LEGAL, 2006).

Sob o ponto de vista histórico e social, a emergência de estudos relacionados a resiliência na cultura norte-americana relacionam-se a busca por fenômenos ou características capazes de manter o indivíduo saudável ou garantir-lhe o sucesso futuro, frente as novas crises da sociedade moderna, entre elas as mudanças nos núcleos familiares, aumento de abuso de drogas e violência, desemprego, pobreza e outros aproximando-se das perspectiva acima explicadas (BRANDÃO, 2011).

Esses fenômenos por vezes são identificados como características inatas do sujeito, e outras vezes apontadas como competências a serem adquiridas ou fortalecidas na atenção e cuidado a saúde. A primeira hipótese considera a possibilidade de identificação de indivíduos predispostos a tolerar o sofrimento - imunes a fatores de risco ou dotados de fatores protetivos. Na segunda, a resiliência passa a ser uma construção de competência, a fim de capacitar o sujeito para superar abalos existentes e prepará-lo para tolerar novas crises que venham a ocorrer, favorecendo e fortalecendo fatores protetivos, frente a danos estabelecidos ou potenciais (ALMEIDA-FILHO, 2004; TABOADA, 2006; BRANDÃO, 2011).

Segundo Brandão (2011), precisamos ainda considerar que a origem etimológica do termo pode sofrer influências culturais, e embora não seja o tema de estudo, pode oferecer limite as diferentes visões proporcionadas pela cultura na interpretação da linguagem e sua aplicação no cotidiano. A exemplo, podemos explicitar o pragmatismo norte-americano em elencar habilidades comportamentais e

estratégias para treino das mesmas e desenvolvimento de respostas socialmente aceitáveis e desejáveis frente as adversidades. Em contraposição, à cultura latino-americana, mais subjetiva, ocupa-se de elaborar mecanismos de recuperação e superação frente aos mesmos, numa perspectiva de transformação do meio a partir da reflexão em torno do sofrimento atual e geração de respostas adaptativas mais saudáveis, preparando-os para novos abalos.

Nesse universo de desenvolvimento de competências, os fatores protetores e fatores de risco presentes no contexto sociocultural seriam responsáveis pelo fortalecimento ou vulnerabilização do indivíduo, e os mesmos fatores poderiam ser utilizados na ressignificação do sofrimento e construção de uma nova perspectiva de enfrentamento. Alguns fatores considerados protetores seriam: autonomia, autoestima, atividade e sociabilidade, inteligência e lócus interno de controle, coesão familiar, rede de apoio e de um sistema de crenças que as ajudam a encontrar alternativas de ação frente a situações de estresse; entre fatores de risco (também chamados de vulnerabilidades) que poderiam ser de ordem social, econômica e psicológica citamos: por baixa renda, baixa escolaridade, morbidades, pessimismo, rigidez, fragilidade de vínculos familiares e sociais (CHAVES, 2000; TABOADA, 2006; BRITO, 2006; CARVALHO, 2010).

Yunes e Szymanski (2003), ao estudarem os fenômenos relacionados a emergência do tema, apontam os interesses relacionados à ideologia hegemônica em identificar ou construir um indivíduo competente, de acordo com convenções e normas sociais, utilizando assim, de estratégias com enfoques prioritariamente comportamentais. Para eles essa abordagem seria uma forma superficial de intervir nos problemas, mantendo os indivíduos dentro de padrões arbitrários de normalidade que não excluem a existência de processos patológicos, mas mantém a perspectiva de funcionalidade própria da ideologia capitalista. Assim sendo, a resiliência teria um sentido de ressignificar a situação estressora sem atuar sobre ela, partindo-se do pressuposto que o sofrimento depende da forma como um abalo é percebido pelo indivíduo.

Ortunio (2016) faz uma revisão do conceito que ora se apresenta como competência (processo de enfrentamento ao estresse), ora como resultado positivo obtido. No último caso, independente dos mecanismos utilizados no enfrentamento, valoriza-se o resultado ou a percepção da experiência como algo positivo. Entende-se, portanto, que o estresse pode ser superado por negação ou aceitação do problema

ou porque a reação á ele produz estratégias eficientes para enfrentamento do mesmo, sem modificar a condição geradora da adversidade.

Na tentativa de explicar esse conceito transposto das ciências naturais, essa breve inspeção de conceitos atribuídos a resiliência nos sugere uma polivalência, por vezes antagônica e contraditória, se apreciadas em sua aparência de maneira descontextualizada. À medida que se estuda o termo resiliência e a diversidade de contextos em que ela se apresenta, os discursos aparentemente apontam alguma imprecisão e mesmo divergência. Isso porque a base teórica sobre a qual ele se constrói é vazia, ao ponto que é a partir da prática que se elabora seu significado.

Por isso, faz-se necessário recorrer a um método de estudo que considere o cenário histórico e social sob o qual o tema se constitui e aponte uma base teórica universal sob a qual esse conceito possa ser analisado e posteriormente aplicado de maneira a verificar sua validade.

3. SAÚDE E RESILIÊNCIA NA PRÁTICA

Entendido todo o contexto da transposição do termo resiliência das ciências naturais para as ciências sociais e humanas e, conseqüentemente, também para as ciências da saúde, buscamos analisar esses usos para verificar se existe uma base universal que permita compreender qual a função, para a prática em saúde, do desenvolvimento de resiliência nos indivíduos.

A partir de nossa análise, buscamos responder se os diferentes usos do termo se constituem em diferentes conceitos atribuídos ao mesmo termo ou se podemos verificar a existência de um único conceito utilizado de formas diversas.

3.1. A BUSCA EMPÍRICA DO TERMO RESILIÊNCIA

Para o estudo, foi realizada uma revisão de literatura na base de dados Scielo em torno do tema proposto, utilizando-se como único descritor o termo resiliência, sem restrição de língua e incluindo somente artigos publicados na área da saúde, que se referissem ao termo em seu título, palavra chave ou resumo e que, de alguma forma, descrevessem o seu significado, seu uso ou mencionassem a conceituação do mesmo. Por fim, foram selecionados os artigos que conceituavam resiliência no resumo ou apresentavam como objetivo do trabalho (geral ou específico) a sua conceituação. Como critério de exclusão na pesquisa foi adotado o tipo de publicação, excluindo-se os editoriais e artigos de opinião.

A busca iniciou pela procura de referências relacionadas ao descritor resiliência, sem quaisquer restrições inicialmente. Obteve-se como resultado 886 artigos, sendo selecionados em uma primeira fase 286, por serem da área da saúde. Destas 286 publicações, 12 foram excluídas por tratarem-se de artigos de opinião e editoriais. Nos 274 artigos restantes foi feita uma busca daqueles que tivessem o termo resiliência no resumo, resultando em 74 artigos. A etapa seguinte consistiu na leitura integral dos resumos, selecionando-se aqueles que conceituavam o termo ou propunham-se a discutir seu conceito ao longo do trabalho.

Assim, a busca resultou em 34 artigos da área da saúde, englobando aqueles trabalhos que se propunham discutir o conceito de resiliência e também aqueles que

definiam resiliência como etapa no desenvolvimento da pesquisa. Do total, 6 publicações tinham como objetivo central a discussão do termo, e os 28 restantes avaliavam outros aspectos ou fenômenos relacionados a resiliência, mas para isso, enunciavam ou descreviam o termo, sem, no entanto, discutir a conceituação.

Os 34 artigos que foram lidos integralmente pertenciam às subáreas de Psicologia, Psiquiatria, Saúde Coletiva e Enfermagem, abrangendo os periódicos *Texto & Contexto Enfermagem; Acción Psicológica; Acta Paulista de Enfermagem; Anal de Psicologia; Arquivos de Neuro-Psiquiatria, Cadernos de Saúde Pública; Ciência & Saúde Coletiva; Ciência y enfermería; Comunidad Y Salud; Cuadernos de Psicología del Deporte; Escritos de Psicología; Index de Enfermagem; Jornal Brasileiro de Psiquiatria; Psichosocial Interventio; Psicologia, Saúde & Doenças; Revista Brasileira de Enfermagem; Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia; Revista Cubana de Salud Publica; Revista da Escola de enfermagem da USP; Revista de Salud Publica; Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental; Revista Salud Uninorte; Salud Mental; Saúde Coletiva; Saúde e Sociedade; Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, com publicações abrangendo desde o ano 2005 até o ano 2017.

As publicações encontram-se homoganeamente distribuídas quanto ao ano de publicação e entre os periódicos citados, apresentando ainda diversidade de línguas (português, espanhol e inglês) e países de publicação (Brasil, Colômbia, Portugal, Estados Unidos da América, Cuba, Espanha).

3.2. RESILIÊNCIA: O USO DO TERMO

Para a busca da base subjacente a cada forma de utilização do termo resiliência, os seus diversos usos foram extraídos de enunciados contidos nos artigos que fizeram parte da revisão. As diversas explicações apresentavam apontamentos tanto da definição quanto da descrição de finalidade do conceito, justificativa para seu uso e instruções para sua aplicação a partir da prática.

Zerbetto (2017, p. 1253) procura conhecer a percepção da resiliência pelas Agentes Comunitárias em Saúde (ACS) em famílias com problemas associados a dependência química. Para tanto utiliza como conceito de resiliência

potencial de resistência, reestruturação, recuperação e crescimento em famílias que enfrentam adversidades e graves desafios da vida.

Meseguer-de-Pedro (2017, p. 713, tradução nossa) considera a resiliência como “capacidade dinâmica de se auto-regenerar após enfrentar diferentes contextos de risco e opostos - produzindo um capital psicológico (perfil capaz de influenciar as organizações de maneira positiva), pontos fortes individuais”, sendo avaliado quantitativamente e presumindo “riscos associados a saúde mental e potencialidades de produção de comportamento positivo capaz de modificar o ambiente de trabalho”, possibilitando assim, “mudanças e adaptações nos ambiente laboral”.

Brolese (2017, p. 2) investiga como se constrói a resiliência entre trabalhadores de saúde em um hospital psiquiátrico baseado em características pessoais que permitem ao indivíduo “suportar um ritmo de trabalho desgastante, as pressões e responsabilidades relativas a ele”. Na pesquisa refere-se a 3 conceitos que considera complementares:

1. capacidade do indivíduo manter-se bem diante de situações desgastantes e conflitantes
2. potencial de uma pessoa ou grupo de pessoas de se construir ou se reconstruir positivamente mesmo em um ambiente adverso e desfavorável.
3. resultado de fatores de risco *versus* proteção

Oñate (2017, p. 94, tradução nossa), tem por objetivo uma avaliação qualitativa ao “conhecer fatores individuais, econômicos e sociais de resiliência” que enuncia como “um processo que leva a uma adaptação positiva a uma situação considerada adversidade”. Este processo considera não somente os estressores, mas os fatores protetores relacionados ao contexto do indivíduo ou família que se relacionam com pessoas com deficiência intelectual. Neste caso, a resiliência serviria para amortecer o estresse imposto, minimizar o impacto negativo através da aceitação do problema.

Teche (2017, p. 117, tradução nossa) por sua vez, estuda a resiliência em contextos de violência urbana e sua associação ao transtorno do estresse pós-traumático. Para definição do termo descreve um “processo de negociação, manuseio ou adaptação a um evento estressante” que é “multifatorial e inclui o perfil psicológico e neurobiológico do indivíduo, características ambientais como história pessoal de trauma ou falta de apoio social”. No estudo aponta a possibilidade de prevenção de transtorno mental a partir do conhecimento mais profundo desse processo e seus

fatores.

Silva (2016, p. 42) aponta a possibilidade de prevenção de *burnout* através da “apropriação de sua realidade e transformação da mesma, transformando, conseqüentemente, o indivíduo num movimento dialético”. Refere-se a um fator de proteção ou evolução ao “aumentar o número de aspectos positivos, fortalecer ou promover recursos internos, visando a promoção de um ambiente de trabalho saudável e a recuperação do equilíbrio ao aprender com a experiência”. Sintetiza o conceito “a capacidade humana para enfrentar, vencer e sair fortalecido ou transformado”

A perspectiva um indivíduo ou grupos de minimizarem os efeitos nocivos da adversidade para superá-los é apresentada por Ortunio (2016, p. 100, tradução nossa) num contexto em que “o indivíduo percebe que não possui as ferramentas necessárias para alcançar um resultado positivo, levando-se em conta obstáculos que vão além do indivíduo... juntamente com o sistema”, permitindo um “desenvolvimento [adequado dentro das perspectivas sociais] apesar de viver em um contexto de risco”.

Relacionada a adaptação a dor crônica, Sturgeon (2016, p.16, tradução nossa) apresenta como definição de resiliência

um processo dinâmico que envolve 3 fases: sustentabilidade, recuperação e crescimento, utilizando características estáticas do indivíduo e fatores contextuais [a fim de] obter atitudes mais tolerantes, [a medida que os indivíduos] mantenham níveis maiores de esforço comportamental e estados emocionais positivos durante momentos de adversidades [a partir da] identificação [de] objetivos pessoais relevantes e ajuste [de] seus esforços de enfrentamento de acordo com a dificuldade.

Dias (2016, p. 971, tradução nossa) tenta estabelecer uma relação entre fatores sociodemográficos e resiliência em cuidadores e aponta a “capacidade de se recuperar de eventos negativos” e “adaptação bem-sucedida” como “características do indivíduo resiliente que podem ser abordados em grupos de apoio para favorecerem a adaptação”.

“A capacidade humana de superar as adversidades, construir sobre elas e emergir fortalecido” é apresentada por Lemos (2016, p. 104, tradução nossa) como um “recurso de personalidade frequentemente associado a resiliência infantil” que pode ser utilizado para “prevenção e promoção positiva do desenvolvimento humano”.

Manzini (2016, p. 703), estuda fatores associados ao desenvolvimento da resiliência em situação de privação ou adversidade relacionados a famílias com

portadores de demência e enuncia resiliência como “capacidade de indivíduos ou grupos de superarem adversidades sem apresentarem transtornos físicos ou mentais, ou até tornarem-se melhores frente a condições desfavoráveis”.

Figueiredo (2016, p. 2446) analisa a “função de proteção social envolvida em projetos educacionais [e sua possibilidade] de oferecer oportunidades para a vida baseado na premissa de que existem múltiplas variáveis relacionadas as oportunidades de desenvolvimento humano” em 3 níveis em situações de vulnerabilidade.

Nível individual - Resiliência constitucional (características biológicas); Sociabilidade Inteligência e atributos pessoais.; Nível familiar - basicamente ajuda e apoio familiar; Nível de ambiente social - status socioeconômico; a experiência escolar e o apoio da comunidade.

O estudo em questão aponta a resiliência como uma forma de

influenciar o desenvolvimento subjetivo dos jovens e impactar na qualidade de vida nas favelas, desenvolver mudanças de atitude e construir novas possibilidades de vida apesar da vulnerabilidade social e promover mudanças na visão de mundo dos jovens, provocar o desejo de mudança de suas condições de vida e aprimorar seus projetos futuros (FIGUEIREDO, 2016, p. 2437)

Arrogante (2015, p. 233) em sua pesquisa relacionada ao cuidado na área de enfermagem, busca uma definição para o conceito de resiliência que forneça “evidências empíricas para descrever os principais programas e intervenção para o desenvolvimento humano”, entendendo-a como adaptação positiva a adversidade atribuída à "exposição contínua ao sofrimento humano e às condições estressantes de trabalho”.

Outro estudo avalia a resiliência, objetivando correlacioná-la com pacientes portadores de Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Para Regalla (2007, p. 48), poder-se-iam sugerir novas estratégias terapêuticas para o transtorno a partir da quantificação de variáveis que influenciam o modo como indivíduos enfrentam e superam dificuldades. O conceito de resiliência definido por ela seria “a habilidade de lidar com a adversidade sem sucumbir ou ser aleijado por ela [...] é mais elástico e incorpora os conceitos de fatores de risco e proteção de uma forma mais dinâmica, interativa e pessoal”.

Fontes (2015, p. 1476) refere-se a um “padrão de funcionamento adaptativo [...] frente aos riscos atuais e acumulados ao longo da vida”, ao estudar conceitos de resiliência psicológica em idosos.

Para Matos (2015, p. 36), o termo refere-se à “superação de situações difíceis, a adaptação positiva e saudável da pessoa [...] quando em contato com situações adversas” ao estudar sua influência sobre a violência entre pares.

Em uma revisão sistemática sobre o tema, Dias (2015, p. 4, tradução nossa) aponta como determinantes biológicos e psicossociais: a flexibilidade, o bem star psicológico, a força, a vida saudável, a sobrecarga, a rede social e a satisfação com o apoio social recebido. O autor apresenta entre as definições de resiliência “uma adaptação positiva para enfrentar adversidades”.

Garcia Secades (2014) acredita ser possível otimizar os resultados em modalidades esportivas a partir da resiliência, definida por ser a capacidade de lidar e se adaptar, de forma positiva, a situações altamente estressantes, ao realizar uma revisão de literatura e discorrer sobre fundamentos teóricos, instrumentos de avaliação.

Em uma revisão de literatura, Castellano-Tejedor (2014, p.865, tradução nossa) propõe-se a discutir o conceito de resiliência a partir da análise de sua origem e das distintas definições e diferenciar de crescimento pós-traumático entre outros objetivos. Inicia sua revisão falando sobre o surgimento do termo no dicionário, discute sua origem a partir da física e aponta que a “definição exata depende da disciplina em que é usada”.

Em seu trabalho, o autor discorre sobre os primeiros estudos acerca do tema. Segundo o autor, Castellano-Tejedor (2014, p. 865, tradução nossa), Garmezy declarou a resiliência como uma “competência desenvolvida por crianças, apesar de sua exposição a situações extremamente estressantes”. O fator necessário para desenvolvimento dessa competência é o estresse.

Talvez pudesse ser a partir da existência de uma fonte única e específica de estresse extremo (estresse agudo) - por exemplo, desastres naturais ou a morte de pessoas muito próximas -; ou talvez através do acúmulo sucessivo de fatores estressantes significativos (estresse crônico), por exemplo, situações de extrema pobreza, guerra ou doença extremamente grave GARMEZY, 1993 apud CASTELLANO-TEJEDOR, 2014, p. 865, tradução nossa)¹⁰.

¹⁰ GARMEZY, N. **Children in poverty: Resilience despite risk.** *Psychiatry*, v. 56, n. 1, p. 127-136, 1993.

Werner (1982 apud CASTELLANO-TEJEDOR, 2014, p. 866, tradução nossa)¹¹ em estudo semelhante, atribuiu essa competência a “fontes externas de apoio e a um certo temperamento inerente.”

Castellano-Tejedor (2014) continua sua pesquisa descrevendo 3 fases de pesquisa sobre a resiliência em psiquiatria e psicologia:

em primeiro lugar, tentando compreender e explicar diferentes processos dos quais a resiliência surge (segunda geração de pesquisadores); em segundo lugar, a resiliência poderia ser promovida por meio de diferentes intervenções? (terceira geração de pesquisadores); e, por fim, como a resiliência funciona ao longo da vida de um indivíduo, desde os níveis micro e individual até o macro e sócio-cultural (quarta geração de pesquisadores); (CASTELLANO-TEJEDOR, 2014, p. 866, tradução nossa).

Além das fontes científicas de pesquisa, o autor aponta escritos humanistas relacionados ao tema de autores sobreviventes de campos de concentração nazistas que refletiram sua experiência de sobrevivência e defendem que “as pessoas podem encontrar sentido para sua existência, mesmo nas situações mais extremas de desumanização e sofrimento” (CASTELLANO-TEJEDOR, 2014, p. 866, tradução nossa).

Castellano Tejedor (2014) argumenta ainda que, embora muitas contradições sejam observadas (“traço de personalidade versus padrão comportamental, processo versus resultado, competência inata versus interação indivíduo-ambiente. e uma longa lista de discrepâncias” (LUTHAR, CICCHETTI E BECKER, 2000 apud CASTELLANO-TEJEDOR, 2014, p.866, tradução nossa)¹², também existem algumas semelhanças entre diferentes abordagens. Para ele,

as definições consideradas apresentam duas constantes: por um lado, a presença de um risco de adversidade, ameaça ou situação estressante tensa, cuja característica fundamental é uma alta probabilidade que leva os indivíduos a desajustes; por outro lado, adaptação positiva, geralmente definida como uma competência manifestada cognitivo-comportamental em relação a um problema específico ou a capacidade de se recuperar de um trauma. Ambas as características constituem a essência da construção da resiliência. (CASTELLANO-TEJEDOR, 2014, p.866, tradução nossa)

¹¹ WERNER E. E.e SMITH, R. S. **Vulnerable but invincible: a longitudinal study of resilient children and youth**. New York: McGraw-Hill, 1982.

¹² LUTHAR, S. S., CICCHETTI, D., & BECKER, B. **The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work**. Child Development, v. 71, n. 3, p. 543-562, 2000.

No estudo apresentado, ainda se define o fenômeno de adaptação positiva ou superação da adversidade (parte da definição da resiliência) como “o estado em que um indivíduo estabelece uma relação equilibrada, com falta de conflitos em relação ao seu contexto psicossocial (também conhecido como ajustamento psicológico)”. Tal afirmação difere da expectativa de ausência de desajuste. (CASTELLANO-TEJEDOR, 2014, p. 866, tradução nossa)

Piña López (2015, p. 751, tradução nossa), em sua análise sobre o conceito da resiliência, dando ênfase a autores ibero-americanos, considera que o mesmo não é “útil nem pertinente a psicologia”. O autor parte da argumentação de que

a linguagem ordinária permite múltiplas interpretações, usos e significados relacionados a contextos e circunstâncias diversas, porém para a ciência, a linguagem técnica deve ser unívoca e ter um único significado quando usada como conceito em uma teoria.

O autor atenta, portanto, para o risco de utilizar termos imprecisos sugeridos a partir da experiência, do viver cotidiano. Em suas palavras: “não se pode emprestar os termos da linguagem comum e fazer uso deles como se fossem termos técnicos”, sendo necessário um refinamento teórico capaz de identificar os “erros e as confusões categóricas resultantes da transmutação da linguagem comum” (PIÑA LOPES, 2014, p. 751, tradução nossa).

Resiliência adquiriu um status especial como um tipo de conceito curinga e polivalente, que é confundido com outros conceitos ou expressões, como empatia, senso de humor, coping, autoeficácia, perseverança, competência, religiosidade, otimismo, tenacidade, controle pessoal, personalidade “resistente” e assim por diante. (PIÑA LOPES, 2015, p 751, tradução nossa)

Para Gaxiola, (2013 apud PIÑA LÓPEZ 2015, p. 752, tradução nossa)¹³ há um consenso que implica uma adaptação efetiva. Mas para o autor, o conceito não passa de uma confusão lógica que ocorre quando se dá por certo um fenômeno a partir da linguagem ordinária. Para demonstrar essa confusão, em sua revisão, Piña López (2015) aplica alguns questionamentos as definições encontradas na literatura

1. A resiliência é um processo ou um resultado? 2. É um atributo pessoal

¹³ GAXIOLA, J. C., PÉREZ, R. F. Y GONZÁLEZ, S. **Resiliencia, autorregulación, factores protectores y calidad de vida en personas con diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial.** En J. C. Gaxiola y J. Palomar (Coords.), Estudios de resiliencia en América Latina. v. 2, p. 107120, 2013.

3. Tem bases biológicas completamente identificadas? 4. O indivíduo é resiliente ou se torna resiliente no processo de desenvolvimento? 5. A resiliência encontra-se no sistema de relações, isto é, como interação da pessoa com objetos, eventos ou outras pessoas nos ambientes físico-químicos, ecológicos e / ou sociais? (PIÑA LÓPEZ, 2015, p.753, tradução nossa)

e aponta as lacunas encontradas em cada conceito.

Encontra como “denominador comum uma resposta adaptativa quando uma pessoa enfrenta condições adversas” (PIÑA LOPES, 2015, p. 753, tradução nossa), porém defende que se trata de uma construção hipotética baseada na linguagem comum que não tem correlação com a linguagem técnica após realizada a devida análise conceitual.

Amar (2012, 128), define resiliência como a “capacidade humana de enfrentar, sobrepujar e ser fortalecido e transformado pela experiência adversa”.

Refere-se a diferenças individuais que as pessoas geralmente mostram quando estão expostos a vários graus de risco... e envolve dois componentes: resistência à destruição (capacidade de proteger a integridade contra (pressão de deformação) e a capacidade de construir comportamentos positivos na vida (AMAR, 2012 p.127, tradução nossa).

O termo aplica-se a “manutenção do funcionamento efetivo, assim como a recuperação do mesmo em certas condições” e acrescenta que permite ao indivíduo “lutar com o estresse da vida diariamente e com situações difíceis, sem necessariamente [sofrer um dano do qual necessite] se recuperar” (AMAR, 2012, p. 128, tradução nossa).

A manutenção e recuperação apontada por Amar (2012, p.129, tradução nossa) seria alcançada “pelo indivíduo ou sistema social a medida que vive bem e se desenvolve de forma positiva e socialmente aceitável”. Ele ainda afirma que esse conceito “ênfatisa o potencial humano e apela à esperança e responsabilidade coletiva na promoção da mudança social”.

Ao defender que é um conceito dinâmico, argumenta que é o “o resultado de um processo igualmente dinâmico, com variações dependendo da natureza do trauma, o contexto e o estágio da vida em que ocorre, o que também pode manifestar-se de várias maneiras, de acordo com a cultura”. (AMAR, 2012, p. 129, tradução nossa)

Barcelata Eguiarte (2012, p. 513, tradução nossa) inicia seu estudo acerca da avaliação subjetiva dos eventos da vida em adolescentes, afirmando que

não se pode falar sobre resiliência sem a presença de estresse, por isso também é chamada de resistência ao estresse para descrever a manutenção de comportamento adaptado à presença de condições de risco ou de estresse significativo, como eventos vitais.

Monroy Cortés (2011, p. 238, tradução nossa) realiza uma revisão com vistas a responder se a resiliência pode ser medida, e utiliza o conceito elaborado por Rutter para defini-la como “resistência relativa às experiências psicossociais de risco” na pesquisa psicossocial, e como “capacidade de um ecossistema ou organismo de recuperar sua estabilidade após sofrer uma alteração nas ciências biológicas”. No estudo ele defende que

uma pessoa tem um perfil resiliente se seus níveis de dehidroepiandrosterona (DHEA), neuropeptídeo Y, galanina, testosterona, receptor de serotonina 1^a (5HY1A) e receptores benzodiazepínicos estiverem aumentados no momento em que o eixo pituitário-adrenal (HPAA) e as funções do sistema locus coeruleus estão diminuídas. [afirmando que] fatores biológicos associados ao estresse agudo e crônico podem ser considerados uma medida de resiliência. (MONROY CORTÉS, 2011, p. 237, tradução nossa)

A revisão sistemática intitulada *Resiliência na velhice*, de Cárdenaz-Jiménez (2011), encontra “31 definições diferentes de resiliência, [entre] oito disciplinas, principalmente de áreas relacionadas à saúde”. E analisa que

todas as definições de resiliência encontradas possuem uma estrutura comum, caracterizada pela presença de quatro elementos: o tipo de atributo como colocado por cada definição, suas manifestações, as dimensões da vida na qual ela é evidenciada e as demandas ambientais diante das quais isso se mostra. (CÁRDENAZ-JIMÉNEZ, 2011, p. 532, tradução nossa)

Sobre o tipo de atributo, apontam que a maioria dos estudos a “concebe como habilidade ou capacidade pessoal” (CÁRDENAZ-JIMÉNEZ, 2011, p. 532, tradução nossa). Em relação as manifestações, define 4 grupos a saber: “conservação de recursos, recuperação dos recursos alterados, modificados ou perdidos, resultados positivos que os indivíduos podem construir a partir da adversidade e processos através dos quais seria possível alcançar os resultados.” (CÁRDENAZ-JIMÉNEZ, 2011, p. 533, tradução nossa)

Entre as dimensões da vida em que a resiliência é evidenciada [a autora cita]: estado físico e / ou emocional, funcional, capacidades, equilíbrio, envelhecimento bem sucedido e qualidade de vida. [E entre as

demandas ambientais encontram-se] várias experiências negativas:... adversidade, eventos adversos, transtornos de saúde em geral e doenças, limitações físicas ...perdas de vida, estresse, danos potenciais, a ameaça acumulada, os desafios, as experiências difíceis e as risco. (CÁRDENAZ-JIMÉNEZ, 2011, p. 533)

Cortés Recaball (2010) apresenta em sua pesquisa 8 definições de resiliência ao longo da história e julga a mais adequada a atribuída a Luthar *in* Melillo (2001 apud CORTÉS RECABALL 2010, p. 28, tradução nossa)¹⁴ que define a resiliência como "um processo dinâmico que resulta em adaptação positiva em contextos de adversidade". Segundo o autor,

esta definição distingue três componentes essenciais que devem estar presentes no conceito de resiliência: 1. A noção de adversidade, trauma, risco ou ameaça ao desenvolvimento humano. 2. Adaptação positiva ou superação de adversidades. 3. O processo que considera a dinâmica entre os mecanismos emocionais, cognitivos e socioculturais que influenciam o desenvolvimento humano. (CORTÉS RECABALL 2010, p. 28, tradução nossa)

Naranjo Álvarez (2010) aponta a importância de conhecer a resiliência frente a falta de resposta da sociedade a problemas como pobreza, falta de acesso à educação, desgaste do meio ambiente. Considera que os recursos humanos devem estar capacitados para o enfrentamento de desastres.

Ele define o termo como "a capacidade a capacidade psicológica das pessoas de superar episódios de dor emocional ou grandes reveses". Diferencia essa definição no contexto acadêmico como "o resultado de múltiplos processos mentais que neutralizam situações prejudiciais", sinônimo de "tenacidade cognitiva" resultante da interação entre neurotransmissores, hormônios em resposta ao estresse. (NARANJO ÁLVAREZ, 2010, p. 273)

"A capacidade humana de fazer frente às adversidades da vida, superá-las e sair delas fortalecidos e, inclusive, transformados" é a definição apresentada por Alvarez (2009, p. 259) no relato de experiência em que descreve a interação social transformadora entre um professor e moradores de rua.

A perspectiva de uso da resiliência para promover a saúde é proposta por Noronha (2009, p. 497). O conceito por ele citado refere-se à "capacidade de um indivíduo construir-se positivamente frente às adversidades", propondo a seguir a que

¹⁴ MELILLO A, SUÁREZ N, OJEDA E (comp). **Resiliencia descubriendo las propias fortalezas**. Buenos Aires: Paidós; p. 35-41, 2001.

através dele seria possível a “ampliação da capacidade dos indivíduos de apropriarem-se dos determinantes das condições de saúde”.

Para Silva (2009, p. 93), é uma

capacidade manifestada por alguns seres humanos de amenizar ou evitar os efeitos negativos que certas situações consideradas com elevado potencial de risco podem produzir sobre a saúde e o desenvolvimento das pessoas, das famílias ou mesmo das comunidades.

E acrescenta que se trata de uma “trajetória construída gradativamente, a partir de uma sequência de processos proximais, desde o início da vida”, para “o enfrentamento dos desafios em sua vida de maneira positiva” ao explorar o tema em um estudo de caso.

Ao estudar pessoas que convivem com HIV, Carvalho (2007, p. 2024) discute a necessidade de reestruturação da vida, conceituando a resiliência como o “potencial saudável que alguns indivíduos apresentam em situações de possibilidade de doença” e investiga “fatores de proteção relacionados à [sua] promoção”, No aprofundamento do conceito utiliza também o conceito proposto por Junqueira (2003 apud CARVALHO 2007, p. 2025)¹⁵ e versa: “é uma reafirmação da capacidade humana de superar adversidades e situações potencialmente traumáticas”.

Regalla (2007, p. 45), delimita o termo estudado como “capacidade do indivíduo de uma vez exposto a estresse, resistir e vencê-lo” em sua pesquisa, objetivando uma revisão sobre o conceito e aplicação no transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. Acrescenta as dimensões processuais de proteção que englobam quatro funções:

(1) reduzir o impacto dos riscos; (2) reduzir as reações negativas em cadeia que seguem a exposição do indivíduo à situação de risco; (3) estabelecer e manter a auto-estima e auto-eficácia, por meio de relações de apego seguras e o cumprimento de tarefas com sucesso; (4) criar oportunidades para reverter os efeitos do estresse (RUTTER, 1987, apud REGALLA, 2007, p. 46)¹⁶.

Lacharité (2005, p. 73, tradução nossa) discute as definições de resiliência sob 2 pontos de vista, o estruturalista e o fenomenológico. O primeiro, mais objetivo,

¹⁵ JUNQUEIRA, M. F. P. S., DESLANDES, S. F. **Resiliência e maus tratos à criança**. Cad Saúde Pública, v. 19, p. 22735, 2003.

¹⁶ RUTTER M. **Psychosocial resilience and protective mechanisms**. Am J Orthopsychiat, v. 57, n. 3, p. 316-31, 1987.

define como “aquela que aumenta a probabilidade de resultado positivo específico na presença de um dado risco” e relaciona-se a “mecanismos de proteção que podem atuar permitindo que um indivíduo ou grupo desenvolva estratégias efetivas para enfrentar os riscos”. O segundo, é, “necessariamente, outra coisa (ou algo mais) do que um simples ajuste ou simples adaptação à adversidade”.

A abordagem [fenomenológica ou] experiencial diz que as situações de resiliência se referem ao acoplamento processos de ação envolvidos nas situações de vulnerabilidade e certas condições no ambiente imediato da pessoa ou do grupo que permitem que seus esforços sejam reconhecidos, validados, reforçados e reinterpretados. (LACHARITÉ, 2005, p. 74, tradução nossa)

Ainda, para o autor, esses conceitos estão particularmente associados ao desenvolvimento de iniciativas governamentais para gerenciar e controlar populações, ao advento da prevenção no campo da medicina e aos esforços para prever o comportamento humano usando modelos matemáticos.

Por fim, Silva (2005, p. 96) relaciona o termo em estudo a promoção a saúde, defendendo a possibilidade de produzir saúde em ambientes adversos ao considerar que a resiliência é “processo centrado nas potencialidades da família, que orienta as ações de intervenção neste sentido, mas sem ignorar seus problemas”.

Resiliência refere-se à capacidade de um ser humano (indivíduo, família ou mesmo uma comunidade) de construir uma trajetória de vida positiva/saudável, apesar de viver em um contexto adverso. Trata-se de um fenômeno complexo e dinâmico que se constrói de forma gradativa, a partir das interações vivenciadas pelo ser humano e seu ambiente, as quais podem promover a capacidade de enfrentar com sucesso situações que representam ameaça ao seu bem estar. (SILVA, 2005, p. 97)

Pode-se perceber que o conceito de resiliência está diretamente relacionado a contexto de adversidade e a expectativa de encontrar-se uma resposta positiva em decorrência da constatação da existência ou da possibilidade de construção dele. À medida que os estudos avançam e se adensam, sugerem-se novas possibilidades de intervenção a partir do termo e avaliam-se diferentes contextos, desde situações individuais de exposição a exposições coletivas. Advoga-se sua aplicação em níveis micro e macroestruturais, ainda que de maneira insuficiente, já que as propostas de intervenção estão dirigidas a mudanças de estilo de vida de indivíduos, pequenos grupos.

A partir da leitura integral destes artigos, observou-se que, apesar de utilizar termos variados quanto ao que seria resiliência, apresentarem-se diferentes contextos, dimensões e processo todo se constitui enquanto algo mais homogêneo que heterogêneo, com definições que se aproximam entre si e que tendem a um uso mais ou menos parecido na área da saúde.

Propõe-se duas categorias de análise quando a definição e a prática que serão abordadas a seguir.

3.3. A RESILIÊNCIA COMO RESPOSTA AO RISCO

Como vimos na análise do material empírico, a definição do termo resiliência aparece como a capacidade do ser humano de enfrentar situações adversas. Em geral, essas circunstâncias, na área da saúde, representam risco ao desenvolvimento de uma doença. Assim como a exposição a certos fatores de risco determinam o adoecimento, através, desse estudo, pode-se concluir que um dano pode ser relacionado a uma exposição à uma situação adversa em determinadas condições.

Essa relação causa-efeito, fator de risco e dano é expressa pelo paradigma de risco pontado como Breilh, 2006. Segundo ele:

A tese central da teoria [...] é que, em cada sociedade, existem comunidades, famílias e indivíduos com maior probabilidade de sofrer transtornos, doenças ou problemas, e que, por conseguinte, são mais vulneráveis. [...] atribuem [a vulnerabilidade] características essencialmente individuais (biológicas, genéticas, ambientais, psicossociais, etc) que interagem entre si [...] A teoria reconhece os chamados riscos coletivos, comunitários [...] mas a doença aparece como entidade própria, desprovida de uma explicação e interpretação integradas. (BREILH, 2006 p. 194)

Para Cowan, Cowan e Schultz, (1996) apud Coimbra e Morais (2015, p. 89)¹⁷ “os fatores de risco são compreendidos como eventos negativos de vida que aumentam a probabilidade de a pessoa apresentar problemas físicos, sociais ou emocionais”. No entanto, nem todo o evento negativo gera uma crise, um transtorno ou um desequilíbrio suficiente para resultar em problemas. Masten e Coastworth

¹⁷ COWAN, P; COWAN, C. SCHULZ, W. **Thinking about risk and resilience in families**. In E. Hetherington, Blechman. Stress, coping, and resilience in children and families. Mahwah: Lawrence Erlbaum, p. 1-38, 1996)

(1998) apud Coimbra e Morais (2015, p. 89)¹⁸ definem o risco de dano a partir da:

- a) crônica exposição a condições sociais adversas
- b) exposição a eventos traumáticos ou severa adversidade, ou
- c) uma combinação de estado de risco e experiência traumática

Para Coimbra e Morais (2015, p. 90) qualquer crise pode ser tratada como adversidade, as crises normativas (aquelas esperadas e relacionadas ao desenvolvimento neuropsicomotor e ao ciclo vital familiar) e as não normativas ou imprevisíveis. As não-normativas tem um potencial maior de gerar dano, no entanto, as crises normativas normalmente não são consideradas risco, exceto em contextos específicos de privação ou escassez de recursos ou crise normativa fora do período previsto.

Dito isso, entende-se a necessidade de compreensão da relação entre resiliência e risco conforme apresentada por Barcelata Eguiarte (2012, p. 513, tradução nossa) que introduz sua pesquisa com a hipótese de que a “perspectiva psicopatológica do desenvolvimento levanta uma relação complexa entre estresse, risco, psicopatologia e resiliência, construtos ligados ao processo de adaptação”. Para isso, buscaram-se informações sobre as características das adversidades estudadas nesta revisão que possibilitem essa análise e permitam estabelecer conexões com o conceito de resiliência.

Zerbetto (2017, p.1251), estuda o consumo de substâncias psicoativas como adversidade ou risco ao mau-desenvolvimento, pois oferecem o risco de abalar a “funcionalidade familiar pelas situações repentinas ou persistentes de crise e estresse” não pressupondo a ausência da exposição como forma de enfrentamento. Logo, o uso de drogas seria um fator de risco e as medidas adotadas pelo indivíduo ou pela família para manutenção de sua funcionalidade seriam a resposta a ele.

Meseguer-de Pedro (2017, p. 714, tradução nossa), reforça essa afirmação ao buscar características que determinam o capital psicológico de uma empresa, afirmando que a resiliência é um comportamento adaptativo ao risco - “desafios e tarefas difíceis” - presentes no trabalho ou inerentes a ambientes laborais.

O ambiente de trabalho também é estudado por Brolese (2017) e considerado como fonte de estresse para profissionais de saúde que trabalham com portadores de

¹⁸ MASTEN, A. S., & COATSWORTH, J. D. (1998). **The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children.** *American Psychology*, 53(2), 205-220

transtornos mentais. “Os trabalhadores são expostos a uma série de cargas de trabalho físicas e psíquicas, as quais acarretam desgastes, sofrimentos e estresse ocupacional”. (BROLESE, 2017, p. 2) A exposição ao risco poderia contribuir para angústia e adoecimento por doenças funcionais. Para ela

os trabalhadores de saúde têm sido constantemente apontados como um grupo de risco para o adoecimento físico e mental. No seu cotidiano de trabalho, os profissionais de saúde deparam-se com pessoas ou grupos que estão em situações limites e complexas, por exemplo, violência sexual, fome, abandono, miséria, entre outras, [...] Além disso, há uma série de fatores organizacionais que impactam as condições de trabalho em saúde, como escassez de profissionais, falta de autonomia, assédio e violência. Todos esses fatores contribuem para a formação de um ambiente de trabalho que pode ser considerado hostil, abusivo e pouco gratificante (Brolese, 2017, p. 2).

Brosele (2017, p. 2) considera que “além disso, também há dificuldades em relação a questões organizacionais, como a insuficiência de recursos humanos e materiais para um cuidado adequado”, numa perspectiva multicausal.

Outro artigo que investiga a resiliência em ambientes de trabalho em saúde é o de Silva (2016, p. 41) que descreve o trabalho da enfermagem como um fator de risco para o desenvolvimento do *burnout*.

[O trabalho em saúde é um] ambiente de trabalho fértil em fatores que favorecem o aumento dos níveis de estresse no trabalho, tais como: prolongamento de turnos de trabalho, redução de recursos humanos, cumprimento de objetivos institucionais, relações de poder e hierárquicas extremamente demarcadas, exposição a agentes biológicos e químicos, entre outros,

Teche (2017, p. 117, tradução nossa) estuda a resiliência em contextos de violência e entende que a população brasileira está “altamente exposta a violência urbana, [...] sujeita a desenvolver em decorrência disso, vários transtornos mentais”. A intervenção baseada na resiliência seria uma proteção ao indivíduo exposto a esse meio.

Lemos (2016, p. 102, tradução nossa), inicia seu artigo argumentando que a resiliência pode ser usada como ferramenta de prevenção e promoção da saúde e defende seu estudo ao expor situações ou condições de risco a que crianças podem ser expostas durante seu desenvolvimento: “sobrecarga de responsabilidades, maus-tratos físicos e psicológicos, falta de atenção médica, marginalização, situação de pobreza extrema”.

Barcelata Eguate (2012, p. 514, tradução nossa) promove um estudo semelhante ao anterior para grupos de adolescentes, considerando riscos específicos ao desenvolvimento normativo (esperado para essa faixa etária). Determina como riscos as “experiências como maus-tratos físicos, conflitos familiares, divórcios dos pais, história pessoal de abuso sexual [...], marginalização, baixo nível socioeconômico, violência familiar”, entre outros.

Cárdenaz-Jimenez (2010) e Fontes (2015), estudam a resiliência em um contexto de envelhecimento por meio de revisões de literatura. Cárdenaz-Jimenez (2011, p. 529, tradução nossa) aponta a velhice como “um período de desafios adaptativos dada a mudança gradual das condições de saúde física e mental, dificuldades para o desenvolvimento de atividades da vida diária e restrições à participação social”, corroborando para o argumento de que as crises normativas podem representar riscos se analisadas pela perspectiva individual.

Estudando a resiliência no contexto clínico, há vários estudos que consideram doenças como fontes de estresse ou fatores de risco para outros transtornos. Sória (2009, p. 704) enfatiza os riscos de apresentarem-se transtorno psiquiátrico associados ao diagnóstico de câncer em uma revisão de literatura sobre o tema. Carvalho (2007, p. 2024) atenta para o potencial uso da resiliência diante do diagnóstico de HIV, que representa um risco não só para outros o desenvolvimento de outros transtornos, mas para o próprio controle e tratamento da doença que envolve medidas de proteção sexual e adesão terapêutica.

Para Sturgeon (2016, p. 16, tradução nossa) a dor crônica é exposição que coloca o indivíduo sob o risco de ansiedade, depressão, perda funcional, e está relacionada a uma longa lista de fatores psicológicos, sociais e demográficos que desempenham um papel significativo nas experiências e respostas à dor.

Para Regalla (2007, p. 46) o evento adverso estudado é o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade pelo importante impacto sobre a vida pessoal, social, familiar e acadêmica do indivíduo.

Dias (2016, p. 970, tradução nossa) estuda a resiliência em 58 cuidadores de pacientes com demência em uma amostra por conveniência. Entende que o cuidado a pessoas com demência é um fator de estresse associado à ansiedade e depressão e, em seus resultados, não encontra diferenças em relação aos fatores sociodemográficos dos cuidadores, concluindo que a resiliência é de fato uma capacidade relacionada ao indivíduo.

Oñate (2017, p. 97, tradução nossa) em um estudo com grupo semelhante (cuidadores de portadores de deficiência cognitiva) encontra, na análise qualitativa/quantitativa com 32 participantes, uma relação positiva com apoio social, considerado-o como um fator externo de promoção a resiliência individual.

Também avaliando cuidadores de portadores de demência, Manzini (2016, p. 712) e Dias (2015) fazem revisões de literatura. O primeiro obtém como resultado variáveis relacionadas a resiliência: características do cuidador (idade, sexo, etnia), características referentes ao receptor de cuidados (sintomas comportamentais, nível de dependência e sintomas cognitivos) e relativos ao contexto do cuidado (apoio social, financeiro, tempo de cuidado, suporte profissional).

Dias (2015, p. 4, tradução nossa) encontra associação entre resiliência e fatores sociais. Ainda argumenta que a resiliência é um processo dinâmico que envolve a exposição a fatores biológicos e sociais classificados como protetores ou de risco.

Monroy Cortéz (2011, p. 245, tradução nossa) defende que há uma interação entre fatores biológicos, genéticos e ambientais e conclui que a avaliação dessa interação poderia ser realizada a partir da avaliação de sistemas reguladores do organismo (cardiovascular, metabólico, neurológico, imune), apesar de considerar suas limitações em avaliar a interação com o ambiente.

Para Naranjo Álvarez (2010, p. 270, tradução nossa), promover a resiliência é uma forma de prevenir consequências negativas para desastres resultantes da ação do homem ou de forças da natureza. Ele propõe a promoção de uma resposta individual adaptativa como método para transcender o social.

Ortunio (2016, p. 100, tradução nossa) afirma que o conhecimento das condições de risco ou situações adversas que ameaçam o desenvolvimento e dos mecanismos de resposta positiva ao estresse, permitiria o estudo da etiologia e psicopatologia envolvida nesse processo. Como apresentado acima, tal conhecimento possibilitaria a proteção do indivíduo do adoecimento frente a uma exposição.

Quanto às características do fator estressor (o risco apontado acima), parece haver uma homogeneidade de que ele é fortemente influenciado por características do meio, tanto do ponto de vista biológico (constituição do individual, expressão biológica e desenvolvimento em etapas do ciclo vital), quanto do ponto de vista social. Figueiredo (2016, p. 2440, tradução nossa), estudando a resiliência em contextos de

pobreza e privação social argumenta que o “bloqueio ou decomposição das relações participativas na sociedade e da economia” expõem o sujeito a condições de vida desfavoráveis ao seu desenvolvimento, levando-os a situação de vulnerabilidade. Essas condições de vida estariam, portanto, relacionadas a inserção ocupacional, escolaridade, acesso a bens e serviços e participação da vida pública.

Em todas essas situações, o risco atende ao significado apresentado por Breilh (2006, p. 194) e a resiliência seria então uma resposta ao risco, presente ou elaborada no nível individual.

Dias (2015, p. 2, tradução nossa), define a resiliência como “um constructo complexo, pois envolve a interação entre eventos adversos da vida e fatores individuais internos e externos”. Essa afirmação traduz o pensamento hegemônico do paradigma de risco, ao qual cabe a crítica de que analisa os fatores de risco individualmente – biológicos, genéticos, psicossociais – logo, eles aparecem descontextualizados e horizontalizados. “As questões sociais do indivíduo são abordadas de maneira idêntica aos fatores genéticos e biológicos” (TERRA, 2018, p. 71). Ainda que se considere que o risco pode se apresentar em um coletivo ou comunidade, essa abordagem não estabelece explicações ou análises mais integradas sobre eles. Por tratar-se de um método reducionista de análise, perde-se a perspectiva da totalidade que é processual e histórica.

Para Breilh (2006, p. 201), essa avaliação do risco é capaz de expor apenas “fragmentos contingentes de um provável processo destrutivo”, e que por serem parciais, possibilitam apenas a atenuação ou controle dos efeitos, a adaptação funcional.

Ao conceito de resiliência foi atribuído a necessidade de exposição ao risco para surgimento de uma adaptação. Ou seja, é a partir da exposição à adversidade que as características individuais e os fatores protetores se expressam na elaboração de uma resposta positiva.

À medida que esse risco é percebido de forma fragmentada, baseada na perspectiva do indivíduo, reduzido a um fator de risco em contraposição a fatores protetores, as respostas geradas configuram-se em meras adaptações a um processo de determinação do adoecimento, que se reproduz histórica e socialmente.

4. A RESILIÊNCIA COMO MANUTENÇÃO DO SOCIAL

Assim como as definições apresentadas acima, as práticas na área de saúde estiveram frequentemente associadas ao desenvolvimento de uma resposta adaptativa pelo indivíduo, fortalecida pela atuação profissional. Os termos adaptação e superação estiveram frequentemente associados ao tipo de resposta que se produz ou se deseja produzir frente a um risco ou agressão de qualquer natureza que possa ter impacto sobre a saúde dos indivíduos. E, em geral, essa resposta se dá ao nível individual, ou seja, estão focadas em disposições pessoais ou de pequenos grupos para o bom desenvolvimento apesar do meio em que estão inseridos.

Podemos tomar alguns exemplos nesse sentido: Zerbetto (2017, p. 1251) diz que há “necessidade de cuidar das famílias, de enfatizar e fortalecer os aspectos positivos de suas vidas e de seu funcionamento, mesmo em contextos de adversidades”. Silva (2016, p. 42), em sua pesquisa sobre trabalhadores de turno rotativo diz que “não é apenas uma questão de reduzir o número de aspectos negativos, pois, em algumas situações não há muito que se possa fazer”.

Para Coimbra e Morais (2015, p. 66) essas perspectivas têm caráter estigmatizante, responsabilizando o indivíduo pela sua condição, “culpabilizam os pobres, individualizam os fenômenos sociais e defendem a sua psicologização”.

Baseado em Laurell (1982, p. 10-11), os fatores associados a exposição e a resposta, sejam de caráter físico, biológico, social, econômico e cultural, se enfrentados como fatores de risco ou proteção a partir da perspectiva individual, desprezam a importância do social na etiologia do adoecimento. Existem lacunas produzidas nesse enfrentamento individual que subestima os riscos e sua capacidade de determinação nos processos de adoecimento. Para ela, isso acontece porque a expressão social da doença é “mais clara ao nível da coletividade do que do indivíduo”.

Sendo o enfoque da resiliência baseado na análise do comportamento e da resposta individual, ainda que se considerem os fatores sociais na etiologia das doenças, as propostas de enfrentamento, recaem sobre o indivíduo em seu estilo de vida, responsabilizando-o pelo resultado positivo ou negativo a despeito de sua história social que condiciona sua biologia (LAURELL, 1982), o que pode ser verificado no discurso de Brolese (2017, p. 2) quando argumenta que é necessário que o

trabalhador “reconheça suas limitações para que possa minimizar parcial ou totalmente os estressores desnecessários”.

Para a análise adequada dos processos relacionados ao adoecimento nesses casos, seria necessária a construção de grupos a partir de suas características sociais. Assim, o perfil patológico do grupo permitiria a compreensão da determinação social no processo saúde-doença (LAURELL, 1982).

O oposto foi observado nos estudos acima apresentados (SÓRIA, 2009; FONTES, 2015; DIAS, 2015; DIAS, 2016; OÑATE, 2017; SILVA, 2016), que definem um grupo por exposição (adversidade que enfrenta) e posteriormente traçam um perfil sociodemográfico da amostra, cuja análise é inviável ou insuficiente. Segundo Laurell (19, p. 14), ocorre uma “redução da realidade complexa a uma série de fatores que não se distinguem em qualidade”.

Na expectativa de contrapor-se a essa visão individualista, outros autores, passam a conceber a influência do contexto social ao definir resiliência.

Silva (2009, p. 93) reconhece a resiliência como um

fenômeno complexo que assume notável importância, principalmente num contexto em que macro adversidades sociais, políticas e econômicas, aparentemente de difícil solução em curto prazo, como os altos índices de violência e criminalidade nos aglomerados urbanos e as condições de pobreza extrema das populações, se agravam cada vez mais, ao redor do mundo, especialmente, em algumas regiões menos favorecidas.

Para Mondini (2011, p.165 apud Coimbra e Morais, 2015, p. 67)¹⁹, “ainda que [esses estudos] considere[m] os aspectos ambientais, essa perspectiva carece de materialidade, uma vez que naturaliza a resiliência e atribui ao indivíduo a sua promoção, ignorando as limitações impostas pelo contexto social.”

Mesmo aqueles estudos que abordam a resiliência como processual e com forte influência do ambiente, ainda a naturalizam como uma característica pessoal passível de expressão se houverem fatores protetivos suficientes. A exemplo citamos Noronha (2009, p. 503) que define a resiliência como um “conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam o desenvolvimento de uma vida sadia, mesmo vivendo em um ambiente não sadio”.

¹⁹ MONDINI, C. E. C. M. **Resiliência e medidas socioeducativas: Síntese dialética de múltiplas determinações**. (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Mato Grosso do Sul., Corumbá). Recuperado de <http://ppecpan.sites.ufrns.br/wp-content/blogs.dir/14/files/2013/08CLAUDIOAELIZABETEDACOSTAMORAESMONDINI.pdf>.

Ainda que os estudos considerem os fatores protetores em níveis sociais, abordam as intervenções e aplicações práticas para indivíduos e grupos expostos a agravos específicos ao nível individual, sem se comprometerem com a mudança do risco, do evento adverso e menos ainda dos processos que mantém o risco presente.

Essa perspectiva surge quando a autora aponta a resiliência como uma “possibilidade de que as pessoas se desenvolvam bem, mesmo vivendo em ambientes com alto potencial de risco” (SILVA, 2009, p. 93) e argumenta que

não significa que os seres humanos não experimentem o estresse, ou que não se sintam atingidos pela situação adversa, nem tampouco que a situação de risco tenha que ser afastada. Pelo contrário, o sujeito resiliente conserva as marcas da adversidade que enfrentou[...] encontra o suporte que o ajuda a prosseguir, delineando uma trajetória que, do ponto de vista social e cultura, pode ser considerada positiva.

A mudança observada é individual e reacional, acrítica, uma mudança de comportamento em resposta ao risco. Falar em adaptação positiva é ainda mais crítico, se considerar-se o significado, o valor do que é positivo para a sociedade atual. Coimbra e Morais (2015, p. 69) defendem que a resiliência como fenômeno tem sua essência assentada nas determinações do capitalismo”. Mesmo a literatura mais crítica tem limitação ao perceber a totalidade desse fenômeno e indicar intervenções adequadas que prescindem de transformações do Estado, pois a intervenção baseada em uma realidade fragmentada ou incompleta, impede a atuação na realidade no sentido de transformá-la.

No contexto estudado, a resiliência promoveria a mudança de comportamento de indivíduos ou grupos vulneráveis em relação aos riscos sem, no entanto, romper com as bases materiais que determinam o risco, o modo de produção.

Nesse sentido, Terra (2018, p. 71) colabora ao afirmar que “enquanto os indivíduos e coletivos se abstêm de intervir nos processos que os tornam vulneráveis ao adoecimento e sofrimento, os riscos os subordinam a se comportar de determinadas maneiras ditadas pelo mercado.”

A partir dessa aplicação, os objetivos na utilização da resiliência não estariam relacionados a percepção da realidade social para sua transformação, conforme proposto por Silva (2016), mas a percepção de uma realidade subjetiva e mitigada que modula a resposta do indivíduo e oferece uma sensação ilusória de mudança.

Esta última contribui para a manutenção dos processos de determinação social ao passo que fragiliza a identidade social e coletiva, transformando-a em um encontro de diversidades fragmentadas e hedônicas.

Entretanto, a mudança nos processos causadores do adoecimento não pode acontecer no plano da consciência, mas na ação coletiva, de forma material e não apenas subjetiva. E se existe uma determinação social do processo saúde-doença, que é hierarquicamente superior a outras determinações, essa mudança precisa necessariamente de mudanças sociais.

“Proteger as pessoas, evitando ou atenuando os efeitos negativos dos riscos e criando condições para que elas respondam às demandas da vida cotidiana, apesar das adversidades que as cercam” conforme proposto por Silva (2009, p. 54) é de fato um mecanismo de manutenção da humanidade garantindo-lhe a sobrevivência, que pode ser algo positivo, porém insuficiente, assim como o tema estudado.

O efeito de amortecimento do risco mantém o indivíduo vivo e capaz de realizar o que a sociedade espera. Assim a resiliência seria um mecanismo de manutenção da realidade social, a sensação de tranquilidade, a ausência de conflito, a adaptação necessária para manter o modo de produção e o status da sociedade pós-moderna.

Segundo Silva (2016), o pressuposto da resiliência seria uma estratégia de promoção da saúde. Porém, a ideia de que, ao elevar o grau de resiliência dos indivíduos no trabalho isso se converteria em cultura organizacional, com criação de ambientes de trabalho saudáveis e maior comprometimento profissional, caracteriza uma justaposição paradoxal ao considerar as variáveis de risco na relação de trabalho atual, sem no entanto admitir a hierarquização e domínio impostos pela lógica do mercado, que reduzem de maneira evidente a percepção do indivíduo sobre a sua atividade e sua autonomia nos processos de produção.

Terra (2018) discorre sobre as novas relações de trabalho neoliberais baseadas no trabalho em equipe, na polivalência, competição, multifuncionalidade, estímulo a competências, como “expressões da reorganização do capital, com vistas a retomada do seu patamar de acumulação e de seu projeto global de dominação” (ANTUNES, 2002 apud TERRA, 2018, p. 37)²⁰. Para a autora, dão a aparência de

²⁰ ANTUNES, R. *As novas formas de acumulação de capital e as formas contemporâneas do estranhamento (alienação)*. Caderno CRH, v. 37, p. 22, 2002

maior envolvimento, maior comprometimento e responsabilizam o profissional pela qualidade ou não do ambiente laboral. Dessas relações de trabalho, surgem as demais relações sociais e a resiliência estaria neste bojo.

Na educação isso se apresenta através da fala de Ortunio (2016, p. 97, tradução nossa), quando argumenta que a resiliência é uma “fonte de poder para o estudante em formação”, pois possibilita a formação de profissionais mais qualificados e eficazes. Assim como a expansão do ensino superior ocorre a partir das demandas do mercado de trabalho, direcionando os cursos, as vagas e os custos de acordo com as necessidades da força de trabalho, para que o indivíduo esteja apto para entrar nesse mercado ele precisa estar preparado para tolerar o estresse gerado por ele, “adaptar-se em função das demandas do ambiente” ou meio de produção.

A violência urbana é outro fator de risco que está relacionado a este modo de produção. É mais que um evento ou ruptura discreta na vida cotidiana quando se considera sua gravidade e que mais de 80% da população já foi exposta pelo menos uma vez na vida (TECHE, 2017). Essa situação é resultante da desigualdade, das hierarquias e relações de poder fortemente influenciadas pela industrialização e globalização, que se expressa nos ambientes de trabalho e além deles através de uma ideologia dominante de consumismo, hedonismo, individualismo, egocentrismo e imediatismo. (Minayo, 2006 apud Figueiredo, 2016)²¹

Meseguer-de Pedro (2017, p. 714, tradução nossa) expõe essa ideologia ao justificar o uso da resiliência considerando que as “incertezas e mudanças contínuas no mercado de trabalho exigem que os trabalhadores tenham recursos psicológicos que aumentem sua eficácia pessoal e profissional.”

O conceito de eficácia surge nesse contexto validando que o indivíduo resiliente é, na verdade, aquele que produz resultados positivos, mantendo-se capaz e produtivo em suas atividades profissionais, enfrentando as demandas organizacionais próprias do modo de produção vigente. (DIAS, 2016; ORTUNIO, 2016; MEGUERER-DE PEDRO, 2017)

O conceito de resiliência, portanto, está relacionado a sua finalidade expressa por Brolese (2017), como a possibilidade de suportar, por Manzini (2016) como aprender a lidar com condições desfavoráveis, por Fontes (2015) como a contenção de resposta negativas, manutenção da funcionalidade, do bem-estar subjetivo, do

²¹ Minayo MC. Violência e Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

senso de ajustamento, da motivação para a atividade. Segundo Coimbra e Morais (2015, p. 75), “é o reflexo imediato da adaptabilidade ao contexto social”.

Não há argumentos que justifiquem a diminuição da vulnerabilidade proposta por Garcia Secadez (2014), uma vez que os riscos não são inerentes ao indivíduo, mas relacionados à forma como este se insere do modo de produção, rejeitando-se a possibilidade de produção de indivíduos invencíveis. Compreendendo-se a vulnerabilidade em um contexto ampliado de marginalização e exclusão social, entende-se que para o fortalecimento dos grupos vulneráveis, antes é preciso garantir-lhe os direitos humanos, de cidadania, educação e vida.

Segundo Coimbra e Morais (2015, p. 75), a resiliência estaria “um degrau abaixo da emancipação”, que só pode ser alcançada por um “processo de tomada de consciência, bem como pela superação das atuais relações sociais.” Para Piña Lopez (2015), a resiliência é um conceito alheio a psicologia e pode ser considerado alheio também a saúde, uma vez que engloba dimensões e fatores que vão além desse campo. Parte de uma entropia científica que miscigena várias ciências, buscando estabelecer uma relação lógica entre elas, ainda que não haja argumentos lógicos que as sustentem.

Ainda que Piña Lopez (2015) defenda o abandono desse conceito, há que se considerar que pode ser um recurso para manutenção da vida, apenas não sendo suficiente para garantir o desenvolvimento humano saudável ou mudar o status social. Entende-se, portanto, que é uma estratégia possível, porém parcial no enfrentamento das adversidades atuais. (COIMBRA E MORAIS, 2015, p. 74)

Argumenta-se ainda, que “não podemos nos contentar com apenas à superação momentânea das adversidades”, sem conceber o risco de manutenção dos processos sociais e históricos que determinam a saúde e a doença. (COIMBRA E MORAIS, 2015, p. 72)

Ademais, ainda que fosse possível ampliar a visão da resiliência para um processo com bases materiais nas relações sociais, na qual os sujeitos tornam-se conscientes de sua condição material, se organizam em coletivos e promovem tensão social, chegaríamos ao conhecido conceito de luta de classes. Qual seria o sentido de atribuímos um novo nome, no atual contexto histórico, senão extrair-lhe sua essência e expressar sua aparência adaptada à ideologia dominante?

Para Coimbra e Morais (2015, p. 56), a transposição e difusão do conceito de resiliência ocorre de maneira acrítica e assentada nas premissas da ideologia do

capitalismo, serve a ele e, portanto, mantém os processos de adoecimento, pois os mesmos têm sua base no modo de produção.

Assim, quanto ao objetivo desse estudo em discutir as possibilidades de mudança ou manutenção dos processos de adoecimento, pode-se dizer que, sendo uma estratégia dirigida ao indivíduo em resposta ao risco que é produto social, sem, no entanto, afastá-lo ou modificá-lo, por si só ela não seria capaz de mudar o status social.

Este estudo não encerra-se na crítica *per se* a adoção do termo resiliência na saúde, mas aponta ainda a necessidade de reverem-se práticas que também reproduzem os processos geradores do adoecimento, além de discutirem novas estratégias que sejam capazes de modificar o status social, motor da condição de vida em nossa sociedade e aponta o estudo mais profundado da luta de classes como potencial base para a discussão nesse contexto.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sobre o estudo da resiliência proposto, podemos ver que sua origem e evolução se dão em uma perspectiva histórica e social de crise e reafirmação do capitalismo, encontrando espaço na construção pós-moderna para transpor-se e expandir-se como estratégia de resposta aos problemas sistematicamente produzidos por essa sociedade – sem, necessariamente, dar conta de fazê-lo.

A contextualização de cada adversidade discutida permitiu a percepção de processos sociais relacionados a forma como um determinado evento ou condição se constitui em risco ao desenvolvimento humano.

O risco é a situação adversa em seus mais variados contextos e tem suas bases nas relações sociais. Ainda que expressos em um universo individual e com fatores biológicos inalienáveis associados a sua causalidade, estão sujeitos ao modo de produção, portanto o risco é um produto social.

A resposta positiva varia na descrição entre os autores, desde o não sucumbir, manter-se bem e equilibrado e mesmo superar-se como exposto acima. Ainda assim, entende-se que essas variações estão relacionadas às abordagens metodológicas variadas, ao grupo ou adversidade analisados e não alteram o conceito de adaptação expresso por uma resposta positiva.

No presente estudo, ainda que houvessem diferenças importantes em relação ao risco (adversidade) e ao contexto de aplicação da resiliência, a aplicação permitiu o encontro de uma base universal para se aproximar do conceito e avaliar seus desdobramentos. A existência de incongruências e supostas discordâncias em relação ao termo resiliência não foi encontrada, uma vez que duas perspectivas se tornaram constantes: a necessidade de exposição ao risco e a resposta adaptativa a esse risco.

O potencial estressante de um evento é o que de fato indica a resposta. A existência de uma resposta desproporcional ao evento não é indício de saúde, mas da existência de fatores protetores suficientes para amortecer seu impacto, que se apresenta em situação de exceção em nosso modo de produção.

Sendo a resposta positiva na resiliência aquela que adapta o indivíduo ao risco, mantendo sua funcionalidade, dentro de padrões sociais de normalidade, não há mudança do risco, mas sim, a manutenção das condições materiais que o geram.

Não se pode trabalhar a teoria da resiliência dissociada do enfrentamento adequado aos riscos, superando o modelo de mudança comportamental e estilos de vida, objetivando a construção de políticas estruturais no combate e eliminação de processos que ameaçam o desenvolvimento humano e vulnerabilizam os indivíduos.

Ainda, vale ressaltar que há fatos, eventos e condições que notadamente fazem parte da natureza humana como o nascer, envelhecer e morrer, que provocam estresse e impactam na forma como a sociedade vive. No entanto, violência, pobreza e desigualdade são produtos da sociedade contra os quais sempre se deve lutar.

REFERÊNCIAS

ADORNO, Theodor W. **O fetichismo na música e a regressão na audição**. Coleção Os Pensadores. São Paulo, Nova Cultural, 1980.

ALMEIDA-FILHO, N. **Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis**. Ciência e Saúde Coletiva, v. 9, n. 4, p. 865-884, 2004.

ALVAREZ, A. M. S.; ALVARENGA, A. T.; DELLA RINA, S.C.S. A. **Histórias de vida de moradores de rua, situações de exclusão social e encontros transformadores** - Saúde e Sociedade, v. 18, n. 2, p. 259-272, 2009-06.

AMAR, J.; MARTÍNEZ GONZÁLEZ, M.; UTRIA UTRIA, L. **NUEVO abordaje de la salud considerando la resiliencia** - Revista Salud Uninorte, v. 29, n.1, p. 124-133, 2013-01.

ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (Org.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995, pp. 09-23.

ANTUNES, R. **As novas formas de acumulação de capital e as formas contemporâneas do estranhamento (alienação)**. Caderno CRH, v. 37, p. 22, 2002.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. 2.ed. 10.reimpr. rev. e ampl. São Paulo: Boitempo, 2009.

ARROGANTE, Óscar. **Resiliencia en Enfermería: definición, evidencia empírica e intervenciones**. Index de Enfermería; v. 24, n. (4), p. 232-235, 2015-12.

BARCELATA EGUIARTE, B. E.; DURÁN PATIÑO, C.; LUCIO GÓMEZ-MAQUEO, E. **Valoración subjetiva de los sucesos de vida estresantes en dos grupos de adolescentes de zonas marginadas** - Salud mental, v. 35, n. 6, p. 513-520, 2012-12.

BRANDÃO, J. M., MAHFOUD, M., e GIANORDOLI-NASCIMENTO, I. F. **A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens**. Paidéia, maio-ago. 2011. 21(49), 263-271.

BREILH, J. **Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

BRITO, H. S. **Estresse, resiliência e vulnerabilidade: comparando famílias com filhos adolescentes na escola**. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. v.16, n. 2, p. 25-37, 2006.

BROLESE, Débora Felipe; LESSA, Greice; SANTOS, José Luís Guedes dos, et al.- **Resilience of the health team in caring for people with mental disorders in a psychiatric hospital**. Revista da Escola de Enfermagem da USP; 51;08, 2017.

CÁRDENAS-JIMÉNEZ, A; LÓPEZ-DÍAZ, A. L. **Resiliencia en la vejez**. Revista de Salud Pública, v. 13, n. 3, p. 528-540, 2011-06.

CARVALHO, F, T.; MORAIS, N. A.; KOLLER, S. H.; PICCININI, C. A. **Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS** - Cadernos de Saúde Pública; v. 23. n. 9, p. 2023-2033; 2007

CARVALHO, R. G., POCINHO, M.; SILVA, C. **Comportamento Adaptativo e Perspectivação do Futuro: Algumas Evidências nos Contextos da Educação e da Saúde**. Psicologia: Reflexão e Crítica, v. 23, n. 3, p. 554-561, 2010.

CASTELLANO-TEJEDOR, Carmina; BLASCO-BLASCO, Tomás; PÉREZ-CAMPDEPADRÓS, Marta; CAPDEVILAA, Lluís. - **Making sense of resilience: a review from the field of paediatric psycho-oncology and a proposal of a model for its study** - *Anales de Psicología*; 30(3); 865-877; 2014-10.

CHANDLER, David; COAFFEE, Jon. Introduction: contested paradigms of international resilience. In: CHANDLER, David; COAFFEE, Jon (editores). **The Routledge Handbook of International Resilience**. Londres: Routledge, 2016, p. 3-9.

CHAVES E. C. **Coping: significados, interferência no processo saúde-doença e relevância para a enfermagem**. Rev. ESc. Enf USP, v. 34, n. 4, p. 370- 375, dez 2000.

COIMBRA, R. M e MORAIS, N. A. **A Resiliencia em questão: perspectivas teóricas, pesquisa e intervenção**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

COUTINHO C N. **O estruturalismo e a miséria da razão**. 2.ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

COWAN, P; COWAN, C. SCHULZ, W. **Thinking about risk and resilience in families**. In E. HETHERINGTON, Blechman. Stress, coping, and resilience in children and families. Mahwah: Lawrence Erlbaum, p. 1-38, 1996)

CORTÉS RECABALL, J. **La resiliencia: una mirada desde la enfermera**. Ciencia Y enfermería, v. XVI, n. 3, 2010.

DIAS, R.; SIMÕES-NETO, J. P.; SANTOS, R. L; SOUSA, M. F. B.; BAPTISTA, M. A. T.; LACERDA, I. B.; KIMURA, N. R. S.; DOURADO, M. C. N. **Caregivers' resilience is independent from the clinical symptoms of dementia**. Arquivos de Neuro-Psiquiatria; v. 74, n. 12, p. 967-973, 2016-12.

DIAS, R.; SANTOS, R. L.; SOUSA, M. F. B.; NOGUEIRA, M. M. L.; TORRES, B.; BELFORT, T.; DOURADO, M. C. N. **Resilience of caregivers of people with dementia: a systematic review of biological and psychosocial determinants**. Trends in Psychiatry and Psychotherapy; v. 37, n. 1, p. 12-19; 2015-01.

FIGUEIREDO, G. O. **Los jóvenes en favelas de Rio de Janeiro, Brasil: de la vulnerabilidad social a las oportunidades para el desarrollo humano** - *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 8, p. 2437-2450, 2016-08.

FONTES, A. P.; NERI, A. L. **Resilience in aging: literature review** - *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 5, p. 1475-1495, 2015-05.

FOUCAULT, M. **As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas**. 8.ed. 2.reimpr. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

GARCÍA SECADES, X.; MOLINERO, O.; RUÍZ BARQUÍN, R.; SALGUERO, A.; VEGA, R.; MÁRQUEZ, S. **La resiliencia en el deporte: fundamentos teóricos, instrumentos de evaluación y revisión de la literatura** - *Cuadernos de Psicología del Deporte*, v. 14, n. 3, p. 83-98, 2014-10

GARMEZY N. **Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty**. *American Behavioral Scientist*, 1991; (31): 416-430.

GARMEZY, N. **Children in poverty: Resilience despite risk**. *Psychiatry*, v. 56, n. 1, p. 127-136, 1993

GAXIOLA, J. C., PÉREZ, R. F. Y GONZÁLEZ, S. **Resiliencia, autorregulación, factores protectores y calidad de vida en personas con diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial**. En J. C. Gaxiola y J. Palomar (Coords.), *Estudios de resiliencia en América Latina*. v. 2, p. 107120, 2013.

HOBSBAWM, Eric J. **Era dos extremos: o breve século XX (1914-1991)**. 2.ed. 45.reimpr. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

JUNQUEIRA, M. F. P. S., DESLANDES, S. F. **Resiliência e maus tratos à criança**. *Cad Saúde Pública*, v. 19, p. 22735, 2003.

KLIMAN, Andrew. **The failure of capitalist production: underlying causes of the Great Recession**. London: Pluto Press, 2012.

LACAZ, F A C. **O sujeito n(d)a saúde coletiva e pós-modernismo**. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, p. 233-242, 2001.

LACHARITÉ, CARL. **From risk to psychosocial resilience: conceptual models and avenues for family intervention**. *Texto & Contexto – Enfermagem*, n. 14(spe), p. 71-77, 2005.

LAURELL, A. S. **A saúde- doença como processo social**. Trad: E. D. Nunes. *Revista Latinoamericana de Salud*, n. 2, p. 7-25, 1982.

LEFÈVRE, F., LEFÈVRE, A.M.C. **Promoção de saúde: a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent; 2004.

LEMOS, V.; KRUMM, G.; GUTIERREZ, M.; ARÁN-FILIPPETTI, V. **Desarrollo de una escala para evaluar recursos de personalidad asociados a la resiliencia infantil**.

Acción Psicológica; v. 13, n. 2, p.101-11, 2016-12.

LUKÁCS, Gyorgy. **Marxismo e teoria da literatura**. São Paulo. Expressão Popular. 2010a.

LUTHAR, S. S., CICCETTI, D., & BECKER, B. **The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work**. Child Development, v. 71, n. 3, p. 543-562, 2000.

MANZINI, C. S. S.; BRIGOLA, A. G.; PAVARINI, S. C. I.; VALE, F. A. C. **Factors associated with the resilience of family caregivers of persons with dementia: a systematic review**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 19, n. 4, p. 703-714; 2016-08.

MARTINEAU, S. **Rewriting resilience: a critical discourse analysis of childhood resilience and the politics of teaching resilience to “kids at risk”**. Tese de Doutorado, The University of British Columbia, 1999.

MASTEN, A. S., & COATSWORTH, J. D. (1998). **The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children**. American Psychology, 53(2), 205-220

MATOS, F, MARTINS, H.; JESUS, S.N.; VISEU, J. **Prevenção da violência através da resiliência dos alunos**. Psicologia, Saúde & Doenças, v. 16, n. 1, p. 35-43, 2015.

MELILLO A, SUÁREZ N, OJEDA E (comp). **Resiliencia descubriendo las propias fortalezas**. Buenos Aires: Paidós; p. 35-41, 2001.

MESEGUER-DE PEDRO, M; SOLER-SANCHEZ, M. I.; FERNANDEZ-VALERA, M. M. M.; GARCIA-IZQUIERDO, M. **Measurement of Psychological Capital in Spanish workers: OREA questionnaire**. Anal. Psicol. [online], v.33, n.3, pp.714-721, 2017.

MINAYO MC. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

MONDINI, C. E. C. M. **Resiliência e medidas socioeducativas: Síntese dialética de múltiplas determinações**. (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Mato Grosso do Sul,, Corumbá). Recuperado de <http://ppecpan.sites.ufrns.br/wp-content/blogs.dir/14/files/2013/08CLAUDIOAELIZABETEDACOSTAMORAESMONDINI.pdf>.

MONROY CORTÉS, B. G.; PALACIOS CRUZ, L. **Resiliencia: ¿Es posible medirla e influir en ella?** Salud mental; v.34, n. 3, p. 237-246, 2011-06.

NARANJO ÁLVAREZ, R. J. **Neurología de la resiliencia y desastres**. Revista Cubana de Salud Pública, v. 36, n. 3, p. 270-274, 2010-09.

NASH, W. A. **Resistência dos materiais** (G. E. O. Giacageia, Trad., 2a ed.). São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1982.

NETTO, José Paulo. **Marxismo impenitente**: contribuição à história das idéias

marxistas. São Paulo: Cortez, 2004.

NETTO, J. P. **Introdução ao método na teoria Social**. In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/Abepss, 2009.

NETTO, José Paulo. Posfácio. In: COUTINHO, Carlos Nelson. **O estruturalismo e a miséria da razão**. 2.ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

NORONHA, M. G. R. C. S; CARDOSO, P. S; MORAES, T. N. P.; CENTA, M. L. **Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família?** Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, n. 2, p. 497-506, 2009-04.

OÑATE, L.; CALVETE, E. **Una aproximación cualitativa a los factores de resiliencia en familiares de personas con discapacidad intelectual en España** - Psychosocial Intervention, v. 26, n. 2, p. 93-101, 2017-08.

ORTUNIO C; MAGALY S; HAROLD GUEVARA R. **Apróximació teórica al constructo resiliencia**. Comunidad y Salud, v. 14, n. 2, pp. 96-105, jul-dez 2016

PAES, P. C. **Arte contemporânea e indústria cultural: o capitalismo como determinante estético**. VII CEMARX - Colóquio internacional Marx e Engels Unicamp, Campinas, v. 1, n.1, 2012.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas?** Rev. Saúde Pública, v. 32, n. 4, pp. 299-316, 1998.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en latinoamerica**. Cuad. méd. soc. (Ros.), v. 75, pp. 5-30, 1999.

PASSOS, H, CUTOLO, L R A. **Enfoque ecossitemico da Saúde**. Saúde & Transformação Social; 2012, 3 (2), p. 4-16.

PIÑA LOPEZ, Julio Alfonso. - **Un análisis crítico del concepto de resiliencia en psicología** - Anales de Psicología, v. 31, n. 3, p. 751-758, 2015.

RODRIGUES, M. **Michel Foucault sem espelhos: um pensador proto pós-moderno**. Tese de doutorado (Doutorado em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

ROGERS, Peter. The etymology and genealogy of a contested concept. In: CHANDLER, David; COAFFEE, Jon (editores). **The Routledge Handbook of International Resilience**. Londres: Routledge, 2016, p. 13-25.

REGALLA, M. A.; GUILHERME, P.; AGUILERA, P.; SERRA-PINHEIRO, M. A.; MATTOS, P. **Attention deficit hyperactivity disorder is an independent risk factor for lower resilience in adolescents: a pilot study**. Trends in Psychiatry and Psychotherapy, v. 37, n. 3, p. 157-160, 2015-09.

RUTTER, M. **Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder**. British Journal of Psychiatry, 147, 598-611, 1985.

RUTTER M. **Psychosocial resilience and protective mechanisms**. Am J Orthopsychiat, v. 57, n. 3, p. 316-31, 1987.

SILVA, M. R. S; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W, D; TAVARES, K. O. **Resiliência e promoção da saúde** - Texto & Contexto - Enfermagem; n. 14(spe), p. 95-102, 2005.

SILVA, M. R. S.; LACHARITÉ, C.; SILVA, P. A.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D. **Processos que sustentam a resiliência familiar: um estudo de caso** - Texto & Contexto - Enfermagem; v. 18, n. 1, p. 92-99; 2009-03.

SILVA, S. M; BORGES, E; ABREU, M; QUEIRÓS, C; BAPTISTA, P. C. P.; FELLI, V. E. A. **Relação entre resiliência e burnout: Promoção da saúde mental e ocupacional dos enfermeiros** - Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental; n.16, p. 41-48; 2016-12

SILVA, M J S, SCHRAIBER, L B, MOTA, A. Das possibilidades de um conceito de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, n. 1, p. 1-22, 2019.

SOKAL, Alan; BRICMONT, Jean. **Imposturas intelectuais**. Rio de Janeiro: BestBolso, 2014.

SÓRIA, D. A. C.; BITTENCOURT, A. R. R.; MENEZES, M. F. B.; SOUSA, C. A, C; SOUZA, S, R. **Resiliência na área da Enfermagem em Oncologia**. Acta Paulista de Enfermagem, v. 22, n. 5, p. 702-706, 2009-10.

STURGEON, J A.; TAUB, C J.. **Pain Resilience: issues of Modeling Dynamic Adaptation in Chronic Pain** - Escritos de Psicología (Internet);v. 9, n. 3, p. 15-27, 2016-12.

TABOADA NG, LEGAL EJ, MACHADO N. **Resiliência: em busca de um conceito**. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum, v. 16, n. 3, p. 104-113. 2006.

TAVARES, J. (2001). **A resiliência na sociedade emergente**. Em J. Tavares (Org.), *Resiliência e educação* (pp.43-76). São Paulo: Cortez.

TECHE, S. P.; BARROS, A. J. S.; ROSA, R. G; GUIMARÃES, L. P.; CORDINI, K. L.; GOI, J. D.; HAUCK, S.; FREITAS, L. H. **Association between resilience and posttraumatic stress disorder among Brazilian victims of urban violence: a cross-sectional case-control study**. Trends in Psychiatry and Psychotherapy. v. 39, n. 2, p. 116-123, 2017-06.

TERRA, Lilian. **O médico alienado: reflexões sobre a alienação do trabalho na atenção primária a saúde**. São Paulo, Hucitec, 2018.

TIMOSHENKO, S. P. **Resistência dos materiais** Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1983.

VAZQUEZ, A S. **As ideias estéticas de Marx**. Rio de Janeiro. Paz e Terra. 1978.

WERNER E. E.e SMITH, R. S. **Vulnerable but invincible: a longitudinal study of resilient children and youth**. New York: McGraw-Hill, 1982.

WERNER, E. E., & SMITH, R. S. **Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth**. New York: Adams, Bannister, Cox, 1989

WOOD, Ellen Meiksins. O que é a agenda “pós-moderna? In: WOOD, Ellen Meiksins; FOSTER, John B. **Em Defesa Da História - Marxismo e Pós Modernismo**. 1999

YUNES M A M. **Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família**. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 8 (esp), p. 75-84, 2003.

ZERBETTO, S R; GALERA, S A F e RUIZ, B O. **Family resilience and chemical dependency: perception of mental health professionals**. Rev. Bras. Enferm. [online]. vol.70, n.6, p.1184-1190, 2017.