

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
NÍVEL MESTRADO**

DESIRÉE DOS SANTOS

**ASSOCIAÇÃO ENTRE RESILIÊNCIA E AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE EM
ADULTOS DE SÃO LEOPOLDO, RIO GRANDE DO SUL, BRASIL.**

**SÃO LEOPOLDO
2010**

DESIRÉE DOS SANTOS

**ASSOCIAÇÃO ENTRE RESILIÊNCIA E AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE EM
ADULTOS DE SÃO LEOPOLDO, RIO GRANDE DO SUL, BRASIL.**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

Orientador:
Prof. Marcos Pascoal Pattussi

**SÃO LEOPOLDO
2010**

SUMÁRIO

PROJETO DE DISSERTAÇÃO.....	03
RELATÓRIO DE CAMPO.....	63
ARTIGO CIENTÍFICO.....	..74

PROJETO DE PESQUISA

Lista de Ilustrações

Tabela 1: Estudos brasileiros.....	5
Tabela 2: Estudos Internacionais	8
Tabela 3: Estudos com adultos envolvendo a variável resiliência	41
Tabela 4: Capital.....	42
Tabela 5: Custeio.....	43
Tabela 6: Cronograma	53

SUMÁRIO DO PROJETO DE PESQUISA

1 INTRODUÇÃO	5
2 REFERENCIAL TEÓRICO	8
2.1 Autopercepção de saúde.....	8
2.1.1 Prevalências de autopercepção de saúde.....	9
2.1.2 Fatores socioeconômicos.....	10
2.1.3 Fatores demográficos.....	11
2.1.4 Fatores comportamentais.....	12
2.1.5 Fatores de utilização de serviços de saúde e morbidades.....	13
2.1.7 Fatores psicossociais	14
2.2 Resiliência	15
2.2.1 Resiliência e saúde	16
3 JUSTIFICATIVA	41
4 OBJETIVOS E HIPOTÊSES	42
2.1 Objetivo Geral	42
2.2 Objetivos Específicos	42
5 METODOLOGIA	43
5.1 Delineamento	43
5.2 Localização geográfica e população do estudo.....	43
5.3 Estudo piloto.....	43
5.4 Seleção da amostra	44
5.5 Cálculo do tamanho da amostra.....	45
5.6 Treinamento e padronização da equipe	45
5.7 Variáveis Independentes.....	46
5.7.1 Variáveis demográficas	46
5.7.2 Variáveis socioeconômicas	46
5.7.3 Variáveis comportamentais individuais.....	46
5.7.4 Variáveis de utilização dos serviços de saúde e morbidades.....	47
5.7.5 Variável psicossocial	47
5.8 Variável Dependente	48
5.8.1 Variável de condição de saúde	48
5.9 Logística do estudo	48
5.9 Controle de qualidade	49
5.10 Aspectos éticos	49
5.11 Plano de análise dos dados	49
5.12 Divulgação dos dados	50
5.13 Recursos e cronograma	50
REFERÊNCIAS	53

1 INTRODUÇÃO

A autopercepção de saúde é um dos indicadores recomendados pela Organização Mundial de Saúde para avaliar a saúde das populações (Theme Filha, Szwarcwald e Souza Junior, 2008), mensura o estado de saúde do indivíduo de uma maneira global e tem adquirido importância para as pesquisas epidemiológicas (Alves e Rodrigues, 2005).

Uma conceituação para a saúde deve estar vinculada à maneira pela qual a sociedade se organiza, sem desconsiderar as particularidades individuais. É preciso então, tentar compreender diretamente a saúde, tal como ela é percebida e sentida pelas pessoas e quais são os determinantes (Brodersen, 1997). Cada vez mais utilizado em pesquisas epidemiológicas, a autopercepção de saúde associa-se fortemente com o estado real ou objetivo de saúde (Dachs, 2002; Santos *et al.*, 2007).

Diversas características tem sido associadas a autoavaliação de saúde, uma delas é a dimensão psicossocial (Santos *et al.*, 2007). Considerando que saúde define-se como a possibilidade de enfrentar situações novas através da margem de tolerância que cada indivíduo possui para enfrentar e superar as infidelidades do meio (Canguilhem, 2000), é saudável aquele que tolera infrações e possui a capacidade de instruir novas normas em situações novas.

Esta capacidade de reconhecer o sentido das adversidades, tolerá-las, e sair da situação fortalecido tem sido denominada de resiliência. Considerado um fator psicossocial, a resiliência tem sido apontada como uma característica da saúde mental.

Resiliência implica a presença de processos que amenizam o impacto das adversidades e reduzem ou até eliminam os danos causados por elas, tornando os seres humanos mais capazes de responder de forma satisfatória as demandas do dia a dia, apesar dos desafios enfrentados (Silva *et al.*, 2005). (Wagnild e Young, 1993) desenvolveram um instrumento para medir os níveis de resiliência, a escala desenvolvida à partir de um estudo qualitativo foi adaptada e validada para a língua portuguesa no Brasil por Pesce e colaboradores (Pesce *et al.*, 2005).

Este estudo pretende investigar a associação entre os níveis de resiliência e a autopercepção de saúde numa amostra representativa de adultos residentes na cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico será apresentado em duas seções. A primeira versa sobre autopercepção de saúde e é composta por outras subseções que pretendem apresentar o indicador, as prevalências encontradas nos estudos epidemiológicos e em seguida descrever os fatores associados à esta variável.

Na segunda seção será apresentado o conceito de resiliência e, em uma subseção, suas implicações na saúde.

2.1 Autopercepção de saúde

A autopercepção de saúde mensura o estado de saúde do indivíduo de uma maneira global e tem adquirido importância para as pesquisas epidemiológicas visto à sua associação com a mortalidade (Alves e Rodrigues, 2005; Santos *et al.*, 2007). Pessoas com pior saúde autorelatada tem menor probabilidade de sobreviver (Idler, Russell e Davis, 2000; Heistaro *et al.*, 2001; Maia *et al.*, 2006; Singh-Manoux *et al.*, 2006; Huisman, Van Lenthe e Mackenbach, 2007; Lima-Costa *et al.*, 2007; Singh-Manoux, Gueguen *et al.*, 2007; Mcfadden *et al.*, 2009b).

Cada vez mais utilizado em investigações epidemiológicas, a autopercepção de saúde associa-se fortemente com o estado real ou objetivo de saúde (Dachs, 2002; Santos *et al.*, 2007). É uma avaliação confiável e com validade equivalente a outras medidas mais complexas da situação de saúde visto que se mostrou estável ao longo do tempo e associada fortemente a morbidade e mortalidade (Manderbacka, Lundberg e Martikainen, 1999; Martikainen *et al.*, 1999).

A autopercepção de saúde contribui para os estudos epidemiológicos com informações que não são captadas pelo padrão de avaliação clínica. Seu uso também permite comparações com estudos internacionais (Idler, Russell e Davis, 2000; Theme Filha, Szwarcwald e Souza Junior, 2008).

É descrita pela OMS como “um dos principais indicadores para monitorização da saúde e qualidade de vida da população”, podendo ser aferido com uma única pergunta sobre como o indivíduo percebe seu estado geral de saúde. Esta questão deve ser realizada no início do inquérito e ter como opções de resposta no máximo cinco categorias, que geralmente variam de excelente à ruim (Bruin, Picavet e Nossikov, 1996).

Estudos transversais e coortes recentes têm evidenciado diversos fatores associados à este indicador e encontrado diferentes prevalências de autopercepção de saúde considerada favorável.

2.1.1 Prevalências de autopercepção de saúde

As prevalências de autopercepção de saúde considerada favorável (excelente / muito boa / boa), variam de 24,7% à 94,6% em estudos no Brasil e de 22,6% na Espanha à 90,2% no Japão entre estudos internacionais (Shibuya, Hashimoto e Yano, 2002; Lima-Costa, Firmo e Uchoa, 2004; Regidor *et al.*, 2006; Barros *et al.*, 2009), dependendo do método do estudo, local e população investigada.

Nas investigações epidemiológicas internacionais com delineamento transversal, a prevalência de autopercepção de saúde favorável entre adultos é de 55%, 69%, 72%, 75%, 77%, 85% e 90%, na Síria (Asfar *et al.*, 2007), no Teerã (Montazeri, Goshtasebi e Vahdaninia, 2008), na Suécia (Molarius *et al.*, 2007), na Rússia (Bobak *et al.*, 1998), em Cingapura (Lim *et al.*, 2007), no Canadá (Haines *et al.*, 2009) e no Japão (Shibuya, Hashimoto e Yano, 2002), respectivamente. Nos Estados Unidos 86,9% dos homens e 84,6% das mulheres classificam sua saúde como "excelente", "muito boa" ou "boa".

Estudos transversais de base populacional com adultos brasileiros encontraram prevalências de autopercepção de saúde favorável de 68,5% (Dachs, 2002) e 53% (Szwarcwald, Célia Landmann *et al.*, 2005), considerando favorável as classificações "muito boa" e "boa". Com o mesmo desenho e também no Brasil, porém considerando como saúde favorável a junção das categorias "excelente", "muito boa" e "boa", a prevalência encontrada variou nas diferentes regiões do país, sendo a maior (81,6%) em Porto Alegre no Rio Grande do Sul e a menor (64%) em Belém no Pará (Souza *et al.*, 2008). Nas cidades gaúchas de Rio Grande e Pelotas a prevalência de autopercepção de saúde favorável em adultos é de 80% (Mendoza-Sassi, Beria e Barros, 2003) e 74% (Capilheira e Da Silva Dos Santos, 2006), respectivamente.

Já, quando a categoria "regular" é também considerada favorável, a prevalência aumenta ficando em 95,7% (Dachs e Santos, 2006) e 94,6% (Barros *et al.*, 2009) entre adultos brasileiros.

Investigando a população idosa, estudos transversais brasileiros encontraram prevalência de autopercepção de saúde "excelente", "muito boa" ou "boa" de 24,7% em Bambuí – Minas Gerais (Lima-Costa, Firmo e Uchoa, 2004), 18% (Alves, 2004) e 46% (Louvison *et al.*, 2008) em São Paulo – São Paulo.

Em populações específicas, como entre trabalhadores da indústria catarinense, a prevalência de autopercepção de saúde favorável é de 83,4% (Hofelmann e Blank, 2007) e 85,2% (Barros e Nahas, 2001). A maioria dos adultos (51,3%) residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde no Sul e Nordeste do Brasil consideram sua "saúde excelente", "muito boa" ou "boa" (Siqueira *et al.*, 2008). Esta prevalência chega a 71,5% entre residentes da área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família em Porto Alegre, Rio Grande do Sul (Fernandes, Bertoldi e Barros, 2009). Já entre mulheres universitárias de São Paulo, a prevalência fica em 87% (Sobral, 2007).

2.1.2 Fatores socioeconômicos

De modo geral, a medida que a renda e a escolaridade diminuem, aumentam as prevalências de percepção de saúde ruim (Cott, Gignac e Badley, 1999; Alves e Rodrigues, 2005; Lorraine, Hammock e Blanton, 2005; Dachs e Santos, 2006; Dowd e Zajacova, 2007; Ramos, 2007), tanto em países desenvolvidos como nos em desenvolvimento.

Associações negativas entre autopercepção de saúde desfavorável e escolaridade (Bobak *et al.*, 1998; Cott, Gignac e Badley, 1999; Bobak *et al.*, 2000; Alves e Rodrigues, 2005; Lorraine, Hammock e Blanton, 2005; Szwarcwald, Célia Landmann *et al.*, 2005; Dachs e Santos, 2006; Kaleta *et al.*, 2006; Dowd e Zajacova, 2007; Lima-Costa *et al.*, 2007; Molarius *et al.*, 2007; Ramos, 2007; Montazeri, Goshtasebi e Vahdaninia, 2008; Barros *et al.*, 2009; Daoud, Soskolne e Manor, 2009; Delpierre *et al.*, 2009; Haines *et al.*, 2009) e renda (Kennedy *et al.*, 1998; Cott, Gignac e Badley, 1999; Dachs, 2002; Shibuya, Hashimoto e Yano, 2002; Lima-Costa, Firmo e Uchoa, 2004; Alves e Rodrigues, 2005; Lorraine, Hammock e Blanton, 2005; Dachs e Santos, 2006; Dowd e Zajacova, 2007; Lim *et al.*, 2007; Ramos, 2007; Mikolajczyk *et al.*, 2008) foram encontradas em investigações com adultos e idosos em diferentes países.

A classe social ou econômica está associada positivamente com a autopercepção de saúde favorável (Asfar *et al.*, 2007; Mcfadden *et al.*, 2008), bem como as circunstâncias econômicas associaram-se as desigualdades na autopercepção de saúde entre os 23 e 33 anos de indivíduos acompanhados por um estudo longitudinal (Power, Matthews e Manor, 1996).

Outros indicadores socioeconômicos, como privação material (Bobak *et al.*, 1998; Bobak *et al.*, 2000; Szwarcwald, C. L. *et al.*, 2005; Demirchyan e Thompson, 2008; Daoud, Soskolne e Manor, 2009), dificuldade econômica (Molarius *et al.*, 2007) e insegurança financeira (Haines *et al.*, 2009) foram associados negativamente com a percepção de saúde favorável.

No Brasil, a classificação do estado de saúde tem sua maior variação associada à escolaridade, sendo que 13% das pessoas com menos de um ano de estudo classificaram sua saúde como boa em contraste com 40% das que tem mais de 15 anos de estudo (Dachs, 2002).

2.1.3 Fatores demográficos

Do mesmo modo que na saúde objetiva, comumente nas investigações epidemiológicas, a autopercepção de saúde tem como fatores associados a idade (Bobak *et al.*, 1998; Cott, Gignac e Badley, 1999; Dachs, 2002; Alves e Rodrigues, 2005; Szwarcwald, C. L. *et al.*, 2005; Dachs e Santos, 2006; Kaleta *et al.*, 2006; Asfar *et al.*, 2007; Lim *et al.*, 2007; Lima-Costa *et al.*, 2007; Molarius *et al.*, 2007; Demirchyan e Thompson, 2008; Mcfadden *et al.*, 2008; Montazeri, Goshtasebi e Vahdaninia, 2008; Souza *et al.*, 2008; Barros *et al.*, 2009; Haines *et al.*, 2009) e o sexo ou gênero (Bobak *et al.*, 1998; Cott, Gignac e Badley, 1999; Dachs, 2002; Alves e Rodrigues, 2005; Dachs e Santos, 2006; Asfar *et al.*, 2007; Hofelmann e Blank, 2007; Lim *et al.*, 2007; Lima-Costa *et al.*, 2007; Montazeri, Goshtasebi e Vahdaninia, 2008; Alexopoulos e Geitona, 2009; Barros *et al.*, 2009; Gracia e Herrero, 2009), tanto em países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento.

Um estudo populacional estimou uma prevalência de autopercepção de saúde favorável de 79,2% e 62,8% para homens e mulheres, respectivamente. Coerente com outros estudos, que apontam uma tendência de homens e indivíduos jovens avaliarem melhor sua saúde quando comparados à mulheres e idosos (Bobak *et al.*,

1998; Cott, Gignac e Badley, 1999; Dachs, 2002; Alves e Rodrigues, 2005; Dachs e Santos, 2006; Asfar *et al.*, 2007; Lim *et al.*, 2007; Lima-Costa *et al.*, 2007; Montazeri, Goshtasebi e Vahdaninia, 2008; Barros *et al.*, 2009).

No que se refere à raça, etnia ou cor da pele, a tendência é de que as pessoas negras tenham menor saúde quando comparadas aos brancos. No Brasil, a análise dos dados coletados numa amostra de 54213 adultos mostra que, entre as mulheres, ter a cor da pele preta, parda ou morena aumenta as chances do indivíduo autotransclassificar sua saúde como ruim (Barros *et al.*, 2009).

O estado conjugal dos indivíduos também aparece como um determinante da autopercepção de saúde, sendo que os resultados dos estudos são conflitantes. Os casados aparecem tanto com maior probabilidade de relatar sua saúde como boa (Cott, Gignac e Badley, 1999), como com maior probabilidade de descrever sua saúde como ruim (Alves e Rodrigues, 2005; Asfar *et al.*, 2007; Montazeri, Goshtasebi e Vahdaninia, 2008), quando comparados aos solteiros.

2.1.4 Fatores comportamentais

Pessoas que praticam atividade física geralmente avaliam melhor sua saúde, enquanto indivíduos inativos tem maior probabilidade de classificar sua saúde como ruim (Cott, Gignac e Badley, 1999; Bailis, Segall e Chipperfield, 2003; Lorraine, Hammock e Blanton, 2005; Kaleta *et al.*, 2006; Asfar *et al.*, 2007; Hofelmann e Blank, 2007; Molarius *et al.*, 2007; Sobral, 2007; Mikolajczyk *et al.*, 2008; Barros *et al.*, 2009; Daoud, Soskolne e Manor, 2009). Num estudo com trabalhadores da indústria metalmeccânica de Santa Catarina, os indivíduos inativos tinham cerca de 2 vezes mais chances de classificar sua saúde como ruim (Hofelmann e Blank, 2007).

Similarmente, foi encontrada uma associação significativa com estado nutricional e com a prática de atividade física, sendo que as mulheres sedentárias e com sobrepeso ou obesidade tem maiores chances de classificar sua saúde como ruim (Sobral, 2007).

A qualidade da alimentação pode influenciar também na percepção de saúde, o que tem sido relatado em estudos epidemiológicos. O consumo regular de frutas e hortaliças está associado positivamente com a autopercepção de saúde favorável (Manderbacka, Lundberg e Martikainen, 1999; Barros *et al.*, 2009).

O uso regular de bebida alcoólica está associado positivamente com a autopercepção de saúde favorável, aumentando a chance do indivíduo relatar saúde boa ou muito boa (Cott, Gignac e Badley, 1999; Haseli-Mashhadi *et al.*, 2009).

Já o tabagismo, tem sido associado negativamente com a autoavaliação de saúde. Indivíduos fumantes tem menor possibilidade de classificar sua saúde como favorável quando comparados aos não-fumantes (Cott, Gignac e Badley, 1999; Manderbacka, Lundberg e Martikainen, 1999; Bailis, Segall e Chipperfield, 2003; Kaleta *et al.*, 2006; Asfar *et al.*, 2007; Lim *et al.*, 2007; Demirchyan e Thompson, 2008; Barros *et al.*, 2009; Haseli-Mashhadi *et al.*, 2009).

2.1.5 Fatores de utilização de serviços de saúde e morbidades

Estudos epidemiológicos recentes evidenciam a relação significativa entre autopercepção de saúde e utilização dos serviços de saúde. Pessoas com autopercepção de saúde ruim tendem a utilizar mais os serviços de saúde (Capilheira e Da Silva Dos Santos, 2006; Louvison *et al.*, 2008; Fernandes, Bertoldi e Barros, 2009).

Da mesma maneira, o número de consultas médicas, o número de hospitalizações (Lima-Costa, Firmo e Uchoa, 2004; Lima-Costa *et al.*, 2007) e internações hospitalares repetidas (Guerra e Ramos-Cerqueira, 2007) estiveram associados negativamente com a autoavaliação de saúde favorável em idosos brasileiros.

A autopercepção de saúde está relacionada com presença de morbidades. Indivíduos que possuam pelo menos uma morbidade tendem a avaliar pior sua própria saúde, comparados com aqueles que não possuem (Asfar *et al.*, 2007; Lim *et al.*, 2007; Ramos, 2007; Alexopoulos e Geitona, 2009; Barros *et al.*, 2009).

As doenças crônicas estão fortemente associadas com a autopercepção de saúde (Theme-Filha, Szwarcwald e Souza-Junior, 2005; Asfar *et al.*, 2007; Montazeri, Goshtasebi e Vahdaninia, 2008; Barreto e De Figueiredo, 2009), aumentando a autopercepção de saúde favorável a medida que diminui o número de doenças crônicas (Alves e Rodrigues, 2005; Lima-Costa *et al.*, 2007).

As seguintes morbidades foram associadas a autopercepção de saúde ruim: artrite (Lorraine, Hammock e Blanton, 2005; Theme-Filha, Szwarcwald e Souza-

Junior, 2005; Theme Filha, Szwarcwald e Souza Junior, 2008), diabetes (Lorraine, Hammock e Blanton, 2005; Theme-Filha, Szwarcwald e Souza-Junior, 2005; Theme Filha, Szwarcwald e Souza Junior, 2008; Haseli-Mashhadi *et al.*, 2009), hipertensão arterial (Haseli-Mashhadi *et al.*, 2009), obesidade (Svedberg *et al.*, 2006), angina, asma, depressão e esquizofrenia (Theme-Filha, Szwarcwald e Souza-Junior, 2005; Theme Filha, Szwarcwald e Souza Junior, 2008).

Além de doenças cardiovasculares, foram associados à autopercepção de saúde os biomarcadores metabólicos como, por exemplo, a insulina, o LDL, HDL e pressão sanguínea (Haseli-Mashhadi *et al.*, 2009).

2.1.7 Fatores psicossociais

Diversas características tem sido associadas a autoavaliação de saúde, uma delas é a dimensão psicossocial (Santos *et al.*, 2007).

Um estudo realizado com 5 mil brasileiros revelou uma tendência de pior autopercepção de saúde em indivíduos portadores de pelo menos uma doença crônica, sendo que as piores avaliações estão entre os portadores de psicose ou esquizofrenia (Theme-Filha, Szwarcwald e Souza-Junior, 2005).

A depressão esteve associada negativamente com a autopercepção de saúde favorável em estudantes (Zinn-Souza *et al.*, 2008), mulheres (Demirchyan e Thompson, 2008), idosos (Lima-Costa, Firmo e Uchoa, 2004) e adultos (Theme-Filha, Szwarcwald e Souza-Junior, 2005; Theme Filha, Szwarcwald e Souza Junior, 2008). Estudantes com autopercepção de saúde ruim tem cinco vezes mais chances de ter depressão do que os que relatam boa saúde (Zinn-Souza *et al.*, 2008).

A autopercepção de saúde regular ou ruim está significativamente associada com o estresse (Barros e Nahas, 2001; Svedberg *et al.*, 2006; Daoud, Soskolne e Manor, 2009), aumentando a medida que aumenta a exposição ao estresse.

Indicadores psicossociais como o apoio social (Baillis, Segall e Chipperfield, 2003; Asfar *et al.*, 2007; Daoud, Soskolne e Manor, 2009), a percepção de controle sobre a própria vida (Bobak *et al.*, 1998; Hofelmann e Blank, 2007), a auto-estima (Cott, Gignac e Badley, 1999), a satisfação com relações pessoais (Lima-Costa, Firmo e Uchoa, 2004), nunca ter sido desprezado (Molarius *et al.*, 2007), a auto-

eficácia e o senso de coerência (Mikolajczyk *et al.*, 2008), são determinantes associados com o relato de melhores condições de saúde.

Os principais estudos bem como seus detalhes metodológicos e resultados principais são descritos na tabelas 1 (estudos brasileiros) e 2 (estudos internacionais).

Tendo apresentado os fatores associados a autopercepção de saúde, segue uma seção a qual destaca o aspecto psicossocial denominado resiliência.

2.2 Resiliência

A palavra resiliência vem do latim *resiliens*, que significa recuar, encolher-se. No inglês, *resilient* significa elasticidade e rápida recuperação (Grotberg, 2005). O termo é usado na física para descrever a característica elástica do material que, durante o período de menor elasticidade, absorve energia aumentando a capacidade de rebote e dureza (Mazo, Rios e Estenoz, 2009). Na área da saúde, resiliência implica a presença de processos que amenizam o impacto das adversidades e reduzem ou até eliminam os danos causados por elas, tornando os seres humanos mais capazes de responder de forma satisfatória as demandas do dia a dia (Silva *et al.*, 2005).

A capacidade de produzir vínculos afetivos ou profissionais e de ter um sentido de vida são fundamentos básicos para a resiliência (Pinheiro, 2004; Vanistendael e Lecomte, 2004). É um processo dinâmico definido pela interação de fatores de três níveis: habilidades (eu posso), apoio social (eu tenho) e força interna (eu sou ou estou) (Grotberg, 2005).

Iniciativa, introspecção, capacidade de relacionar-se, independência, moralidade, humor, criatividade e auto-estima são atributos, observados em crianças e adolescentes resilientes (Melillo, Estamatti e Cuestas, 2005). São considerados fatores de risco para resiliência a baixa escolaridade, baixo status social dos pais, ausência de apoio social e autopercepção de uma qualidade de vida precária, sem esperanças de superação e de possibilidade de alcançar níveis de bem-estar subjetivo (Poletto e Koller, 2008).

Evidências empíricas levaram a construção de instrumentos que operacionalizam o conceito de resiliência. Uma revisão de instrumentos utilizados para identificar resiliência em adolescentes, avaliou as qualidades psicométricas de seis instrumentos e sugere que a escala de resiliência desenvolvida por Wagnild e Young é a mais indicada para o uso nessa população (Ahern *et al.*, 2006).

Esta escala foi construída a partir de um estudo qualitativo e indica dois grandes blocos de fatores, competência pessoal e autoaceitação e sentido de vida. Mostra correlações positivas com os resultados de adaptação (saúde física, moral e satisfação com a vida) e uma correlação negativa com a depressão indicando a validade e consistência interna do instrumento para medir a resiliência (Wagnild e Young, 1993). A escala foi adaptada e validada para a língua portuguesa no Brasil por Pesce e colaboradores em 2005 (Pesce *et al.*, 2005).

2.2.1 Resiliência e saúde

Indivíduos resilientes tem uma capacidade extraordinária de produzir saúde visto que a resiliência propicia a construção de uma trajetória de vida saudável (Silva *et al.*, 2005). Uma recente revisão sobre a utilização do conceito na área da saúde aponta que a resiliência afetaria o indivíduo em termos de comportamentos de saúde (Atkinson, Martin e Rankin, 2009). Assim, ligar resiliência à produção de saúde significa dar ênfase a dimensão positiva da saúde (Silva *et al.*, 2005).

Tem sido argumentado que as pessoas resilientes possuem menores níveis de estresse, ansiedade, depressão ou raiva. Neste sentido, são mais capazes de enfrentar adversidades e tem maior saúde emocional (Hiew, 2000).

A pesquisa na literatura e em base de dados mostra que a resiliência tem sido estudada em explorações teóricas sobre casos históricos e pouco tem se investigado sobre seus determinantes em estudos quantitativos com adultos em geral. No entanto, existem investigações em populações de crianças e adolescentes (Castro e Moreno-Jiménez, 2007; Regalla, Guilherme e Serra-Pinheiro, 2007), de indivíduos expostos a maus tratos (Junqueira Mde e Deslandes, 2003; Jaramillo-Velez *et al.*, 2005), em famílias de baixa renda (Yunes, 2001), em pessoas vivendo com HIV (Carvalho *et al.*, 2007), em idosos (Laranjeira, 2007) e em grupos com limitações físicas ou mentais, entre outros.

Um estudo com 997 adolescentes entre 12 e 19 anos utilizando esta escala de Wagnild e Young revelou que os mais resilientes tem maior supervisão dos pais, auto-estima elevada, melhor relacionamento com outras pessoas e maior apoio social (Pesce *et al.*, 2004). Outra pesquisa com 1923 escolares entre 11 e 19 anos de um município do Rio de Janeiro estimou que adolescentes considerados “não resilientes” tinham uma prevalência de sintomatologia depressiva 2 vezes maior que os “resilientes” (RP=2) (Avanci, Assis e Oliveira, 2008).

Também usando a escala de resiliência de Wagnild e Young , um estudo com idosos de uma comunidade rural evidenciou associação de resiliência tanto com saúde física como com saúde mental, sendo esta última um preditor mais forte de níveis de resiliência (Wells, 2009).

A baixa resiliência, medida numa pontuação dos fatores de auto-domínio, auto-estima e auto-eficácia, foi considerada preditor de saúde física ao longo do tempo em uma investigação com adultos diabéticos, mostrando também associação positiva com menos comportamentos de auto-cuidado (Yi *et al.*, 2008).

Os principais estudos realizados com população adulta envolvendo a variável resiliência estão descritos na Tabela 3.

Tabela 1. Estudos brasileiros

Referência	Local	N	População	Delineamento	Desfecho	Exposição Principal	P Autopercepção (Melhor condição)	Análise	Fatores Associados
(Barros e Nahas, 2001)	Santa Catarina – Brasil	4225	Trabalhadores da indústria	Transversal	Autoavaliação de saúde (Dicotômica: regular/ruim, ou excelente/boa)	Comportamentos de risco e percepção de estresse	85,2%	Regressão logística	Estresse, atividade física e consumo de verduras.
(Dachs, 2002)	Brasil (dados da PNAD 1998)	?	Populacional Idade acima de 15 anos	Transversal	Autoavaliação de saúde (Dicotômica: muito bom / bom ou regular / ruim / muito ruim)	Renda, escolaridade, sexo, cor da pele, área rural e informante.	68,5% Muito bom / bom (a própria pessoa)	Regressão logística	Renda, regiões do país, sexo, idade, informante.
(Mendoza-Sassi, Beria e Barros, 2003)	Rio Grande – RS - Brasil	1260	Idade acima de 15 anos	Transversal	Consultas médicas	Grupos socioeconômicos	80% Excelente / boa	Regressão de Poisson	Consultas médicas estiveram associada com autoavaliação de saúde ^a (Categórica: excelente, boa, regular ou ruim)
(Lima-Costa, Firmo e Uchoa, 2004)	Bambuí – MG - Brasil	1516	Idosos acima de 60 anos	Transversal	Autoavaliação de saúde ^b (Categórica: muito boa, boa, razoável, ruim ou muito ruim)	Sociodemográficas, função física, condições de saúde, rede de apoio, acesso e uso dos serviços de saúde e hábitos de vida.	24,7% Muito boa / boa	Regressão logística múltipla	Renda, sintomas depressivos e ansiosos, insônia, satisfação com relações pessoais, número de medicamentos usados, necessidade de consultas médicas,

									número de consultas médicas e número de hospitalizações.
(Alves, 2004; Alves e Rodrigues, 2005)	São Paulo – SP - Brasil	2135	Populacional Idade > 60 anos	Transversal	Auto percepção de saúde ^c (Dicotômica: Excelente/Muito boa/boa ou regular/ruim)	Variáveis socioeconômicas demográficas, morbidades e capacidade funcional	48,09% próprio entrevistado	Regressão logística binária múltipla	Informante, Sexo, Idade, Arranjo familiar, Estado conjugal, Escolaridade. Renda, Capacidade funcional, Número de doenças crônicas, Interação (sexo x doenças crônicas)
(Lima-Costa, Firmo e Uchoa, 2005)	Bambuí – MG – Brasil	1505	Idosos acima de 60 anos	Transversal	Autoavaliação de saúde (Categórica: muito boa/boa, regular ou muito ruim/ruim)	Renda	24,8% Muito boa / Boa	Regressão logística	Entre os mais ricos: insônia, infecção por trypanossoma cruzi, acesso ao serviço de saúde. Ambos: angústia psicológica, satisfação com rede de apoio (mais forte entre os mais pobres), número de consultas médicas e hospitalização.
(Szwarcwald, C. L. <i>et al.</i> , 2005)	Brasil	4997	Idade acima de 18 anos	Transversal	Autoavaliação de saúde ^d (Categórica: muito boa, boa,	Determinantes sociodemográficos	53% Muito boa / boa	Regressão logística	Idade, sexo, privação material e escolaridade.

					moderada, ruim ou muito ruim)				
(Szwarcwald, Célia Landmann <i>et al.</i> , 2005)	Brasil	4997	Idade acima de 18 anos	Transversal	Autoavaliação de saúde ^d (Dicotômica: muito boa/boa ou moderada/ruim/muito ruim)	Grau de escolaridade, número de bens no domicílio e situação de trabalho.	53% Muito boa / boa	Regressão logística	Idade, indicador de bens, trabalho (apenas entre os homens) e escolaridade (apenas entre as mulheres).
(Theme-Filha, Szwarcwald e Souza-Junior, 2005)	Brasil	5000	Idade acima de 18 anos	Transversal	Doenças crônicas	Autoavaliação de saúde ^d (Categórica: muito boa, boa, moderada, ruim ou muito ruim), sociodemográficas, cobertura de tratamento.		Regressão logística	Doenças crônicas estiveram associadas com autoavaliação de saúde.
(Maia <i>et al.</i> , 2006)	São Paulo – SP – Brasil	2143	Idosos acima de 60 anos	Transversal	Mortalidade	Fatores de risco para doenças.		Regressão logística	Autopercepção de saúde ruim (Dicotômica: excelente/muito boa/boa ou regular/ruim) esteve associada a morbidade e mortalidade precoce.
(Capilheira e Da Silva Dos Santos, 2006)	Pelotas – RS - Brasil	3100	Idade > 20 anos	Transversal	Consultas médicas e superutilização de consultas	Demográficas, socioeconômicas, hipertensão, diabetes, IMC, tabagismo, hospitalização e autopercepção de saúde (Categórica: excelente/muito boa, boa ou	27,9% Excelente / Muito boa 46,4% Boa	Regressão de poisson	Consultas médicas e superutilização de consultas estiveram associadas à autopercepção de saúde.

						regular/ruim)			
(Dachs e Santos, 2006)	Brasil (dados da PNAD 2003)	285669	Populacional Idade > 14 anos	Transversal	Autoavaliação de saúde (Dicotômica: muito boa/boa/regular ou ruim/muito ruim)	Renda, índice de bens duráveis, sexo, informante, área rural e escolaridade.	21,85% Muito Boa 52,3% Boa	Regressão logística	Sexo, idade, renda, informante, escolaridade, área urbana.
(Guerra e Ramos-Cerqueira, 2007)	Botucatu – SP – Brasil	305	Idosos com idade acima de 65 anos atendidos no Centro de Saúde Escola Achilles Luciano Dellevedove	Transversal	Internação hospitalar repetida	Sexo, idade, disponibilidade de um cuidador, autopercepção de saúde (Dicotômica: excelente/muito boa/boa ou média/ruim), diabetes, doença cardíaca, pernoite no hospital e consulta médica.	44% Excelente / Muito boa / boa	Regressão logística	Autopercepção de saúde ruim esteve associada a internação hospitalar repetida.
(Ramos, 2007)	São Paulo – SP – Brasil	2143	Idosos acima de 60 anos	Transversal	Indicadores de saúde: autoavaliação de saúde (Categórica: 5 pontos variando de ruim à excelente), depressão, morbidade e capacidade de memória.	<i>Status</i> socioeconômico: anos de estudo, ocupação e poder de compra.	?	Regressão linear	Anos de estudo, poder aquisitivo, morbidade, depressão e uso de medicamentos.
(Hofelmann e Blank, 2007)	Joinville – SC – Brasil	482	Trabalhadores da indústria metalmeccânica	Transversal	Autoavaliação de saúde (Dicotomizada: muito boa/boa ou regular/muito ruim/ruim)	Socioeconômicas / demográficas, ocupacionais, estilo de vida, psicossociais e situação de saúde.	83,4%	Regressão logística	Sexo, atividade física, tensão psicológica, falta de controle sobre a vida, doenças crônicas,

									doença limitante e licença saúde de curta duração.
(Sobral, 2007)	São Paulo – SP - Brasil	162	Mulheres freqüentadoras do Centro de Práticas Esportivas da Universidade de São Paulo	Transversal	Autopercepção de saúde ^c (Dicotomizada: excelente/muito boa/boa ou regular/ruim)	Socioeconômicas, demográficas, estado de saúde, estilo de vida e nutrição.	87%	Regressão logística binária	Estado nutricional e atividade física.
(Lima-Costa <i>et al.</i> , 2007)	BambuÍ – MG – Brasil (1997 - 2002) e Brasil (PNAD 1998 e 2003)	65589	Idosos de 60 anos ou mais.	Transversais e Coortes	Autopercepção de saúde ^b (Dicotomizada: muito boa/boa/regular ou muito ruim/ruim) e Mortalidade (coorte)	Autopercepção de saúde, idade e sexo, estratificado por informante.	Muito boa / boa PNAD 1998 38,1% Entrevistado 41,3% Outra Pessoa PNAD 2003 43,3% Entrevistado 44,2 Outra Pessoa BAMBUÍ 24,7% Entrevistado 18,9% Outra pessoa	Regressão logística e regressão de cox	PNAD 1998 e 2003 Ambos os grupos: faixa etária, número de condições crônicas, número de consultas médicas, sexo, escolaridade e número de hospitalizações. BAMBUÍ Base Entrevistados: Escolaridade, número de condições crônicas e número de hospitalizações. Outra pessoa: número de condições crônicas e número de hospitalização. BAMBUÍ coorte

									Ambos os grupos: Menor probabilidade de sobrevivência entre os com pior autoavaliação de saúde.
(Siqueira <i>et al.</i> , 2008)	Brasil (Regiões Sul e Nordeste)	8063	Adultos (30 – 64 anos) e idosos (acima de 65 anos) residentes na área de unidades básicas de saúde	Transversal	Sedentarismo	Socioeconômicas, autopercepção de saúde (Categórica: excelente, muito boa, boa, regular ou ruim), prescrição de atividade física.	Excelente / Muito boa / boa 51,3% Adultos 35,5% Idosos	Regressão de Poisson	Sedentarismo esteve associado com autopercepção de saúde.
(Louvison <i>et al.</i> , 2008)	São Paulo – SP – Brasil	2143	Idosos acima de 60 anos.	Transversal	Utilização dos serviços de saúde	Fatores de capacidade, necessidade e predisposição.	46% Excelente/Muito boa / boa	Regressão logística multivariada	A autopercepção de saúde (Dicotomizada: excelente/boa ou regular/má) ruim associada a maior utilização dos serviços de saúde.
(Zinn-Souza <i>et al.</i> , 2008)	São Paulo – SP – Brasil	724	Estudantes entre 14 e 18 anos	Transversal	Sintomas depressivos	Sociodemográficas e estilo de vida.		Regressão logística	A autopercepção de saúde (Categórica: escore alto, médio ou baixo) associada aos sintomas depressivos.
(Souza <i>et al.</i> , 2008)	Brasil	26424	Populacional Idade acima	Transversal	Autopercepção de saúde ^e	Socioeconômicas, demográficas,	Excelente / Muito boa / boa	?	Faixa etária, escolaridade e

			de 15 anos		(Categórica: excelente, muito boa, boa, regular ou ruim) e presença de limitação física.	estilo de vida, acesso a serviços de saúde, violência entre parceiros, morbidades, acidentes de trânsito e capacidade funcional.	Variações entre as cidades, de 64% em Belém – PA à 81,6% em Porto Alegre – RS.		regiões do país.
(Fernandes, Bertoldi e Barros, 2009)	Porto Alegre – RS - Brasil	2988	Residentes na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família	Transversal	Utilização dos serviços de saúde	Sexo, idade, cor da pele, nível socioeconômico, trabalho, cobertura de plano por plano de saúde e auto percepção de saúde.	71,5% Muito Boa / Boa	Regressão de Poisson	Auto percepção de saúde desfavorável está associada ao desfecho.
(Barreto e De Figueiredo, 2009)	Brasil	39821	Participantes do VIGITEL com idade > 30 anos	Transversal	Doenças crônicas não transmissíveis (categórica)	Comportamento de risco, percepção da própria saúde (Categórica: excelente, boa, regular ou ruim), indicadores de saúde e sociodemográficas.		Regressão logística multinomial	Percepção da própria saúde ruim esteve associada com doenças crônicas.
(Barreto, Passos e Giatti, 2009)	Brasil	14193	Participantes do VIGITEL com idade entre 18 e 29 anos	Transversal	Comportamento saudável (dicotômica)	Sociodemográficas, comportamentais e indicadores de saúde: autoavaliação de saúde (Categórica: excelente, boa, regular ou ruim).		Regressão de poisson	Autoavaliação de saúde esteve associada ao comportamento saudável.
(Barros <i>et al.</i> ,	Brasil	54213	Participantes	Transversal	Autoavaliação	Demográficas,	94,6%	Regressão	Sexo, idade,

2009)			do VIGITEL com idade > ou = 18 anos		de saúde ^f (Dicotomizada: excelente/boa /regular ou ruim)	comportamentais, IMC e morbidade referida.		de poisson	escolaridade, ocupação, região de residência, tabagismo, IMC, pratica de atividade física e morbidade referida e consumo regular de frutas e hortaliças. Somente entre os homens: número de cigarros por dia. Somente entre as mulheres: raça/cor e número de moradores no domicílio.
-------	--	--	-------------------------------------	--	--	--	--	------------	---

^a "Como foi sua saúde nos últimos 2 meses antes da entrevista?"

^b "Você diria que sua saúde é muito boa, boa, razoável, ruim ou muito ruim?"

^c "Você diria que sua saúde é excelente, muito boa, boa, regular ou ruim?"

^d "Em geral, como você classificaria sua saúde hoje?"

^e "De um modo geral, em comparação com pessoas de sua idade, como o (a) senhor (a) considera seu próprio estado de saúde?"

^f "O senhor classificaria seu estado de saúde como: excelente, bom, regular ou ruim?"

Tabela 2. Estudos Internacionais

Referência	Local	N	População	Delineamento	Desfecho	Exposição Principal	P Autopercepção (Melhor condição)	Análise	Fatores Associados
(Power, Matthews e Manor, 1996)	Grã-bretanha	17144	Nascidos na Inglaterra, Gales e Escócia entre 3 e 9 de Março de 1958.	Coorte	Autoavaliação de saúde (Categórica: excelente, boa ou regular/ruim) e diferenças sociais na autoavaliação de saúde aos 33 anos.	Mobilidade social e circunstâncias socioeconômicas	Excelente / Boa 91% Aos 23 anos 87,1% Aos 33 anos	Regressão logística	Circunstâncias socioeconômicas foram responsáveis por desigualdades na auto-avaliação da saúde.
(Ferraro, Farmer e Wybraniec, 1997)	Estados Unidos	6841	Branco e negro maiores de 15 anos	Coorte	Avaliação de saúde ^a (Categórica: excelente, muito boa, boa, regular ou ruim)	Morbidades, Deficiência física		Modelo de equações estruturais	Autopercepção de saúde está associada a morbidade futura e incapacidades funcionais futuras.
(Bobak <i>et al.</i> , 1998)	Rússia	1599	Populacional Idade > 18 anos	Transversal	Autoavaliação de saúde ^b (Dicotomizada: muito boa/boa/regular ou ruim/muito ruim) e funcionamento físico	Reação as mudanças socioeconômicas no país (fatores socioeconômicos e psicossociais).	75%	Regressão logística	Educação, Privação material, Percepção de controle sobre a vida, Idade, Sexo, Redes sociais informais.
(Kennedy <i>et al.</i> , 1998)	50 Estados dos Estados Unidos	205245	Americanos maiores de 18 anos não institucionalizados	Transversal multinível	Autoavaliação de saúde ^a (Dicotomizada: excelente/ muito boa/boa ou regular/ruim)	Renda	86,9% homens 84,6% mulheres	Regressão logística	Desigualdade na distribuição de renda conforme a classificação da saúde.
(Cott, Gignac	Canadá	13.995	Populacional	Transversal	Autoavaliação de	Doença crônica e	70% excelente /	Regressão	Fatores

e Badley, 1999)			Idade > 20 anos		saúde (Categórica: excelente/ muito boa/boa ou regular/ruim)	incapacidade	boa entre os que não tem dor 70 % entre os < 55 anos 41% entre os > 55 anos	logística multivariada nominal	demográficos (idade, sexo, situação conjugal), situação de emprego, renda, escolaridade, estilo de vida (tabagismo, consumo de álcool, atividade física), morbidades, recursos psicológicos (principalmente e auto-estima)
(Manderbacka, Lundberg e Martikainen, 1999)	Suécia	5306	Idade entre 18 – 75 anos	Transversal	Auto percepção de saúde ^c (Categórica: boa, regular ou ruim)	Hábitos alimentares, exercício de tempo de lazer, tabagismo, consumo de álcool e índice de massa corporal.	Boa 79% Homens 76% Mulheres	Regressão logística	Tabagismo, consumo de hortaliças e IMC (associações independentes).
(Bobak <i>et al.</i> , 2000)	Rússia, Estônia, Lituânia, Polônia, Hungria e República Tcheca	5330	Idade entre 20 e 60 anos	Transversal	Autoavaliação de saúde ^b (Categórica: muito boa, boa, regular, ruim ou muito ruim)	Privação Material, Controle Percebido e socioeconômicas	?	Regressão logística	Escolaridade e privação material.
(Idler, Russell e Davis, 2000)	Estados Unidos	6913	Idade entre 25-74 anos	Coorte	Mortalidade e limitações funcionais.	Auto percepção de saúde (Categórica: excelente, muito boa, boa, regular ou ruim)	80,6% Excelente / muito boa / boa entre as mulheres 83,1% entre os homens	Regressão de Cox	Auto percepção de saúde é um preditor de mortalidade em homens e limitação

									funcional em homens e mulheres,
(Heistaro <i>et al.</i> , 2001)	Finlândia Oriental	21302	Adultos economicamente ativos	Coorte	Mortalidade	Autopercepção de saúde (Categórica: muito boa, boa, regular, ruim ou muito ruim), educação, fatores de risco cardiovascular e história médica.	41,7% Muito boa/boa entre os homens 39,7% entre as mulheres	Regressão de cox	Autopercepção de saúde ruim é um forte preditor de mortalidade.
(Shibuya, Hashimoto e Yano, 2002)	Japão	80899	Populacional Indivíduos com idade acima de 15 anos	Transversal	Autoavaliação de saúde ^a (Dicotomizada: excelente/ muito boa/boa ou regular/ruim)	Rendimento individual e distribuição de renda.	90,2%	Regressão logística	Renda individual e desigualdade de renda em nível municipal.
(Bailis, Segall e Chipperfield, 2003)	Canadá	7505	Idade > 18 anos	Coorte	Mudança na autoavaliação de saúde (Categórica: excelente, muito boa, boa, regular ou ruim)			Regressão logística	Estado físico e mental, sintomas de saúde, apoio social, lazer, atividade física, tabagismo, índice de massa corporal.
(Kyffin, Goldacre e Gill, 2004)	Inglaterra	?	“Local authority areas”	Ecológico	Percentual de saúde “not good”	Taxas de mortalidade		Correlação	Taxas de mortalidade associadas com autopercepção de saúde baseadas em dados censitários.
(Lorraine, Hammock e	Texas	4091	Moradores com idade	Transversal	Autopercepção de saúde ^a	Características demográficas,	83,5% Excelente / Muito boa / Boa	Regressão logística	Renda, IMC, diabetes,

Blanton, 2005)			entre 18 – 64 anos		(Categórica: excelente, muito boa, boa, regular ou ruim)	cobertura de serviços de saúde, IMC e atividade física.		múltipla	artrite, nível educacional, atividade física, cobertura de serviços de saúde e idioma da entrevista (entre os hispânicos).
(Kaleta <i>et al.</i> , 2006)	Lodz – Polônia	598	Indivíduos economicamente produtivos	Transversal	Autopercepção de saúde ^d (Contínua: 0= pior e 100= melhor estado de saúde possível)	Atividade física	65,2% Muito boa / boa entre os homens 59,6% entre as mulheres	Regressão logística multifatorial	Geral: idade, tabagismo, tempo de lazer e atividade física; Homens: números de horas semanais trabalhadas. Mulheres: nível educacional.
(Singh-Manoux <i>et al.</i> , 2006)	Londres e França	27988	Funcionários públicos	Coorte	Autoavaliação de saúde (Categórica: Londres ^a – muito boa, boa, regular, ruim ou muito ruim. Contínua: França ^c – 1= muito boa à 8= muito ruim)	Escore de sintomas, ausência de doenças, morbidades psiquiátricas menores, doenças crônicas, número de problemas de saúde recorrentes, cansaço físico, número de problemas de saúde no último		Regressão linear	Medidas do estado de saúde físico e mental contribuem mais para a autoavaliação de saúde do que as demais medidas.

						ano, mobilidade física e número de medicamentos usados.			
(Ballard <i>et al.</i> , 2006)	Itália	1955	Aeromoças	Transversal	Auto percepção de saúde ^c (Dicotomizada: muito boa/boa ou regular/ruim/ muito ruim) e aflição psicológica	Fatores de risco relacionados ao trabalho	59,4% ex-aeromoças 53% atuais	Regressão logística múltipla	Geral: características do trabalho, dificuldades na família e exercício atual da profissão; Atuais: satisfação no trabalho e experiências recentes de assédio sexual por parte dos passageiros.
(Regidor <i>et al.</i> , 2006)	Espanha	24771 em 1987 e 14271 em 2001	População entre 20 – 74 anos	Transversal	Autoavaliação de saúde (Dicotomizada: muito boa/boa ou regular/ruim/ muito ruim)	Evolução das desigualdades socioeconômicas	Em 1987 26,5% Homens 35,1% Mulheres Em 2001 22,6% Homens 32,1% Mulheres	Regressão binomial	Diferenças entre níveis educacionais foi maior e de níveis de renda menor em 2001 que em 1987.
(Svedberg <i>et al.</i> , 2006)	Suécia	16080	Gêmeos nascidos entre 1926 - 1950	Transversal	Autoavaliação de saúde ^c (Categórica: excelente, boa, moderada, ruim ou muito ruim)	Fatores de estilo de vida, psicossociais e comportamentos de saúde.	Preditores psicossociais, fatores de estilo de vida e comportamentos de saúde.	Regressão logística	Dor, falta de exercício físico, tabagismo, obesidade, desemprego, estresse percebido e personalidade .
(Singh-Manoux,	Londres	9351	Funcionários públicos	Coorte	Mortalidade	Autoavaliação de saúde ^b	Muito boa / boa, na linha de base:	Regressão de Cox	Auto percepção de saúde

Gueguen <i>et al.</i> , 2007)						(Categórica: muito boa, boa, regular, ruim ou muito ruim)	78,6% Homens 64,8% Mulheres		prevê mortalidade fortemente a curto prazo e fraca a longo prazo.
(Chandola <i>et al.</i> , 2007)	Londres – Inglaterra	10308	Funcionários públicos com idade entre 35 - 55 anos	Coorte	Autoavaliação de saúde	Trajectoria da medida em função do tempo		?	Saúde física diminui e a mental aumentou com a idade.
(Singh-Manoux, Dugravot <i>et al.</i> , 2007)	França	20404	Funcionários públicos	Coorte	Mortalidade	Autoavaliação de saúde ^c (Contínua: 1=muito boa à 8=muito ruim) em diferentes grupos socioeconômicos		Regressão de Cox	A capacidade preditiva de mortalidade da autoavaliação de saúde é mais fraca nos grupos socioeconômicos mais altos.
(Molarius <i>et al.</i> , 2007)	Suécia	38048	Adultos entre 18 e 79 anos	Transversal	Autoavaliação de saúde ^c (Categórica: muito boa/boa, "nem boa nem má" ou ruim/muito ruim)	Condições socioeconômicas e estilo de vida.	72% Boa	Regressão logística	Experiência de ter sido desprezado, IMC, inatividade física, dificuldade econômica, apoio social, estado de emprego, nível educacional (só entre os homens), idade (só entre as mulheres), satisfação

									com o trabalho, controle sobre o trabalho e preocupação com perder o emprego.
(Lim <i>et al.</i> , 2007)	Cingapura	6236	Idade acima de 18 anos	Transversal	Autoavaliação de saúde ^c (Dicotomizada: muito boa/boa ou regular/ruim/ muito ruim)	Socioeconômicas e comportamentos de risco à saúde.	76,8%	Regressão logística	Gênero, etnia, renda familiar, idade, doença referida, tabagismo e IMC.
(Asfar <i>et al.</i> , 2007)	Aleppo - Síria	2038	Adultos 18 – 65 anos	Transversal	Saúde autorelatada ^c (categórica – excelente,/boa, normal ou ruim)	Variáveis sociodemográficas, comportamentais, apoio social e morbidades.	55,3 % (excelente)	Regressão logística	Geral: sexo, idade, morbidades crônicas, capacidade funcional. Mulheres: estado conjugal, nível socioeconômico e apoio social. Homens: tabagismo e atividade física.
(Dowd e Zajacova, 2007)	Estados Unidos	358388	Adultos, brancos e negros não hispânicos, com idade >25 anos	Coorte	Mortalidade	Autoavaliação de saúde ^a (Dicotomizada: excelente/muito boa/boa ou regular/ruim) estratificada por nível educacional	84,9% Excelente / Muito boa / Boa	Modelo de Cox	Associação entre autopercepção de saúde e mortalidade é mais forte nos níveis de socioeconômicos mais baixos.
(Huisman, Van Lenthe e	Holanda	16722	Holandeses não	Coorte	Mortalidade	Autopercepção de saúde ^c		Regressão de Cox	O poder preditivo da

Mackenbach, 2007)			institucionalizados com idade entre 15 -74 anos			(Categórica: muito boa, boa, regular, "por vezes boa, por vezes ruim" ou ruim)			autopercepção de saúde para mortalidade futura é maior em homens com alta escolaridade.
(Kwasniewska <i>et al.</i> , 2007)	Polónia	1222	Moradores de dois distritos poloneses com idade entre 20 -64 anos	Transversal	Autoavaliação de saúde ^c (Categórica: ruim, regular, boa ou muito boa)	Fatores de estilo de vida	60,9% Muito boa / boa entre as mulheres 68,4% entre os homens	Regressão logística	Estilo de vida e IMC.
(Montazeri, Goshtasebi e Vahdaninia, 2008)	Teerã-Irã	41163	Populacional Idade maior que 15 anos	Transversal	Autoavaliação de saúde ^c (Dicotomizada: excelente/ muito boa/boa ou regular/ruim)	Nível educacional	69% Boa ou melhor	Regressão logística	Idade, gênero, situação conjugal, nível educacional, doenças crônicas.
(Mikolajczyk <i>et al.</i> , 2008)	Alemanha, Bulgária e Polónia	2103	Estudantes universitários	Transversal	Autoavaliação de saúde ^c (Categórica: excelente, muito boa, boa, regular ou ruim)	Sociodemográficas, saúde física e psicológica, suporte social e relações sociais.	90,1% Excelente / Muito boa / boa	Comparação de postos e qui-quadrado médias	Queixas psicossomáticas (a mais forte), renda, número de consultas médicas, atividade física, bem estar, auto-eficácia, senso de coerência.
(Mcfadden <i>et al.</i> , 2008)	Norfolk – Reino Unido	22457	Adultos entre 39 – 79 anos	Transversal	Autoavaliação de saúde ^c (Categórica: excelente, boa, moderado ou ruim)	Classe social	Excelente / boa 82,3% Homens 81,0% Mulheres	Regressão logística	Classe social e idade.
(Demirchyan e Thompson,	Armavir Marz –	2038	Mulheres com idade	Transversal	Autoavaliação de saúde ^e	Dimensão comportamental,	61,9% em 2001 73% em 2004	Regressão logística	Privação material,

2008)	Armênia		acima de 18 anos		(Dicotomizada: ruim ou não ruim)	dimensão social e dimensão psicológica		binária	idade, tabagismo e depressão.
(Mcfadden <i>et al.</i> , 2009a)	Norfolk – Reino Unido	22457	Adultos entre 39 -79 anos	Coorte	Mortalidade	Autopercepção de saúde ^c (categórica: excelente, boa, moderada ou ruim) e Classe social	Excelente / boa Na linha de base: 82,3% Homens 81,0% Mulheres	Regressão de Cox	Autopercepção de saúde prediz mortalidade subsequente tanto em ricos quanto em pobres.
(Delpierre <i>et al.</i> , 2009)	Estados Unidos	9254	Adultos	Transversal	Autoavaliação de saúde e estado de saúde física.	Nível de educacional	?	Regressão logística multivariada	Nível educacional
(Alexopoulos e Geitona, 2009)	Grécia	1000	Idade > 17 anos	Transversal	Saúde autorelatada ^c (Dicotomizada: muito boa/boa ou moderada/ruim/muito ruim)	Variáveis socioeconômicas, demográficas, condições médicas.	79,2% Homens 62,8% Mulheres	Regressão logística	Sexo, idade, uso de medicamentos e morbidades.
(Haines <i>et al.</i> , 2009)	Calgary - Canadá	441	Adultos maiores de 18 anos	Transversal	Autoavaliação de saúde ^a (Categórica: excelente, muito boa, boa, regular ou ruim)	Segurança financeira percebida, condições socioeconômicas	85,3% Excelente / Muito Boa / Boa	Regressão logística multinomial	Idade, escolaridade, emprego, segurança financeira percebida e pobreza na área de residência.
(Daoud, Soskolne e Manor, 2009)	Israel	902	Árabes com idade entre 30 – 70 anos	Transversal	Autoavaliação de saúde (Dicotomizada: muito boa/boa ou regular/ruim/ muito ruim)	Diferentes níveis de escolaridade	63,7%	Regressão logística	Comportamentais (atividade física), psicossociais (exposição a eventos estressantes da vida, apoio social, domínio de enfrentamento

									e eficácia), participação social, condições materiais e escolaridade.
(Haseli-Mashhadi <i>et al.</i> , 2009)	Beijing e Shanghai – China	3289	Idade entre 50 – 70 anos	Transversal	Autoavaliação de saúde (Dicotomizada: muito boa/boa ou regular/ruim/ muito ruim)	Marcadores de doenças cardiometabólicas	32%	Regressão logística	Todos os grupos: Doenças cardiovasculares e qualidade de sono, biomarcadores cardiometabólicos (insulina, pressão sanguínea, LDL, HDL e outros). Homens urbanos: idade, diabetes e hipertensão. Homens rurais: beber álcool, atividade física, hipertensão e depressão. Mulheres rurais: tabagismo, hipertensão, diabetes e depressão. Mulheres urbanas: nível

									educacional, emprego, atividade física e depressão.
(Gracia e Herrero, 2009)	Espanha	709	Adultos entre 55 e 74 anos	Transversal	Autoavaliação de saúde (Dicotomizada: muito boa/boa ou regular/ruim/ muito ruim)	Uso da Internet	83,2%	Regressão logística multivariada	Uso da Internet (perdendo efeito na inclusão de classe social no modelo) e sexo.

^a "Você diria que sua saúde é excelente, muito boa, boa, regular ou ruim?"

^b "Como você classificaria sua saúde nos últimos 12 meses?"

^c "Como você descreveria seu estado geral de saúde?"

^d Escala análoga visual.

^e "Como você descreveria sua saúde no último mês?"

Tabela 3. Estudos com adultos envolvendo a variável resiliência.

Referência	Ano	Local	n	População	Delineamento	Desfecho	Exposição Principal	P Resiliência (Melhor Condição)	Análise	Fatores Associados
(Connor, Davidson e Lee, 2003)	2001	Estados Unidos	648	Adultos sobreviventes de traumas violentos (pelo menos um dos seguintes eventos: ataque violento, não-sexual; acidente, ferimento causado por outra pessoa; perda de um familiar por ato violento; sérios danos físicos ou de um tipo não-sexual de um filho causada por outra pessoa, perda de bens ou de emprego por crueldade ou negligência. estupro; incesto, agressão	Transversal	Saúde física, saúde mental, sofrimento subjetivo relacionado ao trauma e gravidade dos sintomas do estresse pós-traumático.	Resiliência (Connor-Davidson Escala de Resiliência – CD-RISC), crença espiritual geral, crença na reencarnação, perdão, ódio e raiva.	?	Regressão logística e linear	Maiores de níveis de resiliência foram associados a maior saúde física, maior saúde mental e menor gravidade dos sintomas pós-traumáticos.

				sexual a uma criança, e abuso físico ou emocional de um parceiro ou membro da família).						
(Jaramillo-Velez <i>et al.</i> , 2005)	2003	Medellín-Colômbia	199	Mulheres vítimas de maus tratos	Transversal	Resiliência (RS) e Espiritualidade	Estresse, frequência e intensidade do mal trato e severidade das lesões sofridas.		Correlação	Correlação negativa entre resiliência e sintomas de estresse, severidade dos sintomas, somatização, compulsão obsessiva, sensibilidade interpessoal, ansiedade, hostilidade, depressão, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicotismo, e positiva entre resiliência e espiritualidade.
(Lamond <i>et al.</i> , 2008)	?	San Diego - California	1395	Mulheres >60 anos	Transversal	Resiliência (CD-Risc)	Fatores de envelhecimento bem sucedido	?	Correlação	Os mais fortes preditores de CD-scores RISC foram: maior bem-estar emocional, otimismo, auto-avaliação de

										envelhecimento bem-sucedido, o engajamento social, e menos queixas cognitivas
(Mikolajczak <i>et al.</i> , 2008)			28	Estudantes Homens Adultos Não fumantes	Quase-experimento (Medidas de resiliência antes e depois da exposição à evento estressor)	Resiliência (RAS)	Estresse	?	Comparaçã o de médias	Indivíduos mais resilientes tem menor deteriorização do humor e secretam menos cortisol em resposta ao estresse.
(Rosa, 2007)	?	Barra Funda – RS – Brasil	218	Idosos >60 anos	Transversal	Depressão (Escala de Depressão de Beck)	?	?	Correlaçã o de Pearson	Correlação negativa de depressão com resiliência (RS).
(Wells, 2009)	?	Nova York	106	Idosos >65 anos Residentes na zona rural	Transversal	Resiliência (RS)	Sociodemogr áficas, redes sociais e estado de saúde (SF12v2).		Regressã o linear	Saúde física na análise bruta e saúde mental na análise ajustada.
(Yi <i>et al.</i> , 2008)	?	Boston - Estados Unidos	111	Diabéticos 18-75 anos	Longitudinal (1 ano)	Diabetes (hemoglobina glicolisada)	Resiliência (fator de resiliência = otimismo, auto-estima, auto-eficácia e autodomínio)	?	Correlaçã o	Resiliência baixa ou moderada mostrou uma forte associação entre a angústia crescente e agravamento de HbA (1c) ao longo do tempo e com menos

										comportamentos de autocuidado, quando confrontado com a angústia crescente.
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

3 JUSTIFICATIVA

O conceito de resiliência e sua aplicação estenderam-se nos últimos anos por vários países. A pesquisa na literatura e em base de dados mostra que a resiliência tem sido estudada em populações de crianças e adolescentes (Castro e Moreno-Jiménez, 2007; Regalla, Guilherme e Serra-Pinheiro, 2007), de indivíduos expostos a maus tratos (Connor, Davidson e Lee, 2003; Junqueira Mde e Deslandes, 2003; Jaramillo-Velez *et al.*, 2005), em famílias de baixa renda (Yunes, 2001), em pessoas vivendo com HIV (Carvalho *et al.*, 2007), em idosos (Laranjeira, 2007) e entre outros. No entanto, não são encontrados estudos quantitativos de base populacional, com adultos em geral, relacionando os níveis de resiliência com a condição de saúde.

Considerando a resiliência como um conjunto de fatores, um processo dinâmico ao longo da vida que aporta uma perspectiva promissora em termos de saúde e desenvolvimento humano (Silva, Elsen e Lacharité, 2003) e a necessidade de utilizar plenamente o conceito nas ações sociais, educativas e de saúde envolvendo indivíduos de todas as idades (Melillo, Estamatti e Cuestas, 2005), é de suma importância avançar na pesquisa em busca de melhor identificar a relação deste fator com as condições de saúde da população.

4 OBJETIVOS E HIPOTESIS

2.1 Objetivo Geral

Investigar a associação entre a resiliência e autopercepção de saúde em adultos de São Leopoldo, Rio Grande do Sul.

2.2 Objetivos Específicos

- Estimar a prevalência de autopercepção de saúde favorável nesta população;
- Conhecer os fatores associados com autopercepção de saúde favorável nesta população;
- Avaliar o efeito da resiliência na autopercepção de saúde, após o controle de efeitos sociodemográficos, comportamentais e de utilização de serviços.

2.3 Hipótese

Adultos com maiores níveis de resiliência possuem uma prevalência mais elevada de autopercepção de saúde favorável.

5 METODOLOGIA

5.1 Delineamento

Esta investigação faz uso dos dados do estudo sobre capital social na cidade de São Leopoldo, intitulado “Um estudo exploratório de capital social em São Leopoldo (RS)”, iniciado em 2005 e financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (Proc. 478503/2004-0), Fundação de Amparo a Pesquisa do Rio Grande do Sul (FAPERGS) (Proc. 0415621) e Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS (PP 0320). O projeto teve como objetivo principal explorar e aprofundar o conceito de capital social na população de São Leopoldo (RS).

Trata-se de um estudo transversal de base populacional com amostra representativa de adultos residentes na área urbana da cidade de São Leopoldo no Rio Grande do Sul. Foram realizadas entrevistas estruturadas com os responsáveis pelos domicílios.

5.2 Localização geográfica e população do estudo

A cidade de São Leopoldo fica situada na Região do Vale do Rio dos Sinos, no Estado do Rio Grande do Sul. No último censo demográfico, em 2000, possuía uma população igual a 193.547 habitantes, sendo 98.781 mulheres (51,07%) e 94.766 (48,93%) homens. O município conta, na sua estrutura de serviços públicos de saúde, com um hospital geral (Hospital Centenário) e 28 unidades básicas de saúde (Ibge, 2007).

A população de estudo foi composta pelos responsáveis de domicílios da área urbana da cidade de São Leopoldo.

5.3 Estudo piloto

Um estudo piloto foi realizado entre os meses de agosto a novembro de 2005, com 97 pessoas em 10 setores censitários.

Na ocasião, as entrevistas foram realizadas em duplas, objetivando:

- Qualificar os entrevistadores (aprimorar as técnicas de entrevista);
- Avaliar a qualidade dos instrumentos de coleta de dados (teste da compreensão dos questionários);
- Apreciar os métodos e a logística dos trabalhos de campo (tempo de entrevista e de deslocamento);
- Obter estimativas confiáveis para a definição do plano amostral a ser utilizado no estudo principal.

Constatou-se que cada entrevista durava, em média, 45 minutos, e que somado a este, o tempo de deslocamento, eram possíveis realizar apenas 2 entrevistas, por entrevistador, em um único turno (manhã e tarde).

5.4 Seleção da amostra

O município de São Leopoldo possui 272 setores censitários, sendo que destes, dois são classificados como rurais, os quais foram desconsiderados.

A seleção dos setores censitários para a pesquisa foi realizada através de amostragem sistemática.

O procedimento amostral previu o sorteio aleatório de 40 setores censitários dentre os 270 existentes na zona urbana da cidade de São Leopoldo. Em cada conglomerado (setor censitário) foi sorteado o quarteirão e todos os domicílios foram visitados até completar o número requerido de 38 casas, em cada conglomerado. Se, ao completar o quarteirão, não houvesse o número suficiente de domicílios, o entrevistador percorria outro quarteirão do setor, seguindo sorteio prévio.

Caso houvesse mais domicílios do que o necessário naquele quarteirão era sorteada, aleatoriamente, a esquina, a partir da qual o domicílio era identificado para o início da coleta de dados, e o início se dava pela esquerda de quem estivesse de costas para a casa inicial, e mantendo-se o sentido anti-horário, o domicílio seguinte era visitado, e o próximo não entrava na seleção.

O reconhecimento dos setores foi realizado com auxílio do coordenador da pesquisa, juntamente com os bolsistas de iniciação científica.

5.5 Cálculo do tamanho da amostra

O tamanho da amostra foi calculado com base nos dados do estudo piloto utilizando-se o método para proporções com aleatorização de conglomerados (Hsieh, 1988) e do desfecho autopercção em saúde. O tamanho foi calculado para obter 85% de poder ($1-\beta=0.85$) para detectar uma diferença de 7% na prevalência de autopercção de saúde ruim entre áreas com alto e baixo capital social com um nível de confiança de 95%.

Foram utilizados para este cálculo: prevalências de saúde referida ruim de 13,3% (baixo capital social) e 4,9% (alto capital social); coeficiente de correlação intraclasses igual a 0,05 e um número de 35 domicílios por setor. O tamanho da amostra foi aumentado em 20% no número de domicílios devido a possíveis perdas e para controlar fatores de confusão na análise dos dados, e em cerca de 10% no número de setores devido a possíveis perdas, sendo necessário um total de 1512 domicílios em 40 setores censitários.

5.6 Treinamento e padronização da equipe

Para a realização da pesquisa, foram recrutados e treinados cerca de 50 estudantes de graduação/UNISINOS.

Para tanto foi confeccionado um manual, o qual apresentava os seguintes conteúdos: objetivos, métodos e importância da pesquisa, informações sobre materiais a serem levados a campo, critérios de inclusão dos participantes no estudo, critérios para sorteio de casas, quando necessário, planilhas dos setores, informações sobre apresentação, instruções gerais para preenchimento do questionário e sobre os cartões de resposta, instruções de codificação dos questionários e chamadas especiais.

O treinamento e a padronização dos entrevistadores ocorreu em encontros realizados posteriormente e durante o período da coleta de dados, com grupos de no máximo 10 pessoas e incluiu as seguintes técnicas: apresentação e discussão dos objetivos, métodos e importância da pesquisa, leitura do manual de instruções, dramatização do questionário e discussão de dúvidas do manual.

5.7 Variáveis Independentes

5.7.1 Variáveis demográficas

- Idade: coletada em anos completos. Para análise será categorizada em grupos de 10 anos.

- Sexo: coletada como uma variável dicotômica: masculino e feminino.

- Cor da pele: coletada como uma variável politômica e avaliada através da cor da pele observada pelo entrevistador. Na análise será categorizada em branca, negra/pardo e outra.

- Situação conjugal: coletado como uma variável politômica nominal em seis categorias (solteiro, casado, em união, divorciado ou separado, viúvo ou outra situação). Na análise serão categorizadas em casado/união, solteiro e outra situação.

5.7.2 Variáveis socioeconômicas

- Renda familiar: coletada como uma variável contínua para todas as pessoas residentes no domicílio. Também são considerados outros tipos de renda como pensões e aluguéis. Será utilizada a renda familiar em salários mínimos.

- Escolaridade: coletada e analisada em anos completos de estudo do entrevistado.

5.7.3 Variáveis comportamentais individuais

- Hábito alimentar: Coletada através das seguintes perguntas: “Quantas frutas você come ou copos de suco natural de frutas você toma por dia?” e “Quantas colheres de sopa de verduras ou legumes você come por dia?” Quantas vezes por semana você costuma comer qualquer um deles?”. As duas perguntas serão somadas e posteriormente categorizadas em consumo adequado, moderado/baixo e não consome.

- Atividade física: O nível de atividade física dos participantes foi coletado mediante a aplicação do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ-8, versão curta). O IPAQ é um questionário proposto pela Organização Mundial de

Saúde para avaliação da atividade física em nível mundial e, atualmente, tem sido utilizado em 12 países. Ele contém questões sobre a duração e a intensidade de atividade física do indivíduo durante uma semana "habitual", tanto em atividades ocupacionais quanto de locomoção, lazer ou prática esportiva. Para avaliar o nível de atividade física dos participantes, foi utilizado como ponto de corte a recomendação da SEC (Sociedade Européia de Cardiologia), que é de pelo menos 150 minutos por semana de atividade física de intensidade moderada. (Haskell *et al.*, 2007)

- Hábito de fumar: coletada através da pergunta “Você já fumou ou ainda fuma?”. Será categorizada em 3 categorias (Nunca fumou/Ex-fumante/Fumante atual).

- Consumo de álcool: coletada através da pergunta “Você costuma beber freqüentemente?”. O consumo excessivo de álcool será categorizado com consumo diário acima de 40 unidades de álcool/mês para homens e 24 unidades de álcool/mês para mulheres (Silveira *et al.*, 2008).

5.7.4 Variáveis de utilização dos serviços de saúde e morbidades

- Consulta ao Médico: coletada como uma variável discreta, através da pergunta “Quantas vezes você consultou o médico no último mês?”.

- Hospitalização: coletada como uma variável dicotômica, através da pergunta “Você foi hospitalizado no último mês?”.

- Morbidades referidas: coletada através da pergunta “Algum médico já lhe disse que você tem: doença do coração, colesterol elevado, osteoporose ou diabetes”. Posteriormente, esta variável foi categorizada: Nenhuma morbidade, 1 a 2 morbidades, 3 ou mais morbidades.

5.7.5 Variável psicossocial

- Resiliência: é a exposição principal deste estudo e foi coletada através da escala de resiliência (Wagnild e Young, 1993) validada para a língua portuguesa (Pesce *et al.*, 2005). Esta escala possui 25 itens descritos de forma positiva com cinco opções de resposta variando de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). Os escores da escala oscilam de 25 a 175 pontos, com valores altos

indicando elevada resiliência. Com base nos quartis da distribuição dos dados esta variável será categorizada em alta (25% escores mais elevados), moderada (50% escores intermediários) e baixa resiliência (25% escores menores).

5.8 Variável Dependente

5.8.1 Variável de condição de saúde

O desfecho autopercepção em saúde foi coletado através da pergunta “Em geral, você diria que sua saúde está:”, com cinco opções de respostas, variando de excelente à ruim. As opções de resposta foram categorizadas em: favorável (excelente/muito boa/boa) e ruim (razoável/ruim).

5.9 Logística do estudo

A logística dos trabalhos de campo envolveu uma série de etapas descritas a seguir:

- Definição dos instrumentos;
- Seleção aleatória dos setores censitários;
- Seleção aleatória dos quarteirões;
- Treinamento, capacitação e padronização da equipe responsável pela coleta de dados;
- Estudo piloto com adultos não selecionados;
- Coleta de dados principal através de visitas domiciliares;
- Retorno até três vezes nos domicílios cujos responsáveis não se encontravam ou recusavam participar.
- Reuniões regulares realizadas com os supervisores de campo (bolsistas), com o objetivo de discutir erros de codificação e assim corrigir os questionários;
- Codificação e revisão diária dos questionários;
- Dupla entrada dos dados;
- Limpeza e análise dos dados

5.9 Controle de qualidade

Para o controle de qualidade elaborou-se um questionário simplificado com perguntas sem ou com pequena variação em relação ao tempo. Participaram do estudo cerca de 10% da amostra (n=103), sendo as entrevistas realizadas por telefone ao longo dos trabalhos de campo.

5.10 Aspectos éticos

O protocolo de pesquisa “Um estudo exploratório de capital social em São Leopoldo (RS)” foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da UNISINOS (CEP 04/034). Foi requerido o consentimento livre e esclarecido dos participantes, aos quais foram garantidos o total sigilo dos dados (Anexo 1).

5.11 Plano de análise dos dados

A entrada de dados foi realizada no programa Epi-Info 6.0, duas vezes, de modo a possibilitar a posterior comparação do banco de dados evitando-se assim possíveis erros de digitação.

A análise dos dados será conduzida utilizando-se o programa Stata 8. A associação do desfecho e da exposição de interesse com as variáveis independentes será testada através do teste do qui-quadrado. Para fornecer uma estimativa das razões de prevalências brutas e ajustadas para a autopercepção de saúde favorável e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%), será utilizada a regressão de Poisson, com controle para efeito de delineamento.

Apenas os possíveis fatores de confusão entrarão na análise multivariável. Para ser considerada como fator de confusão, a variável deverá estar associada tanto com a exposição quanto com o desfecho, considerando um nível de

significância menor que 20% ($p < 0,20$). A análise multivariável será realizada através de três modelos. No primeiro, o efeito da variável resiliência será controlado para características sociodemográficas, o segundo incluirá as variáveis comportamentais e o terceiro as variáveis de morbidade e utilização de serviços de saúde.

5.12 Divulgação dos dados

Os resultados serão divulgados através de artigo científico que será submetido a publicação na revista *Cadernos de Saúde Pública*. Cópia será enviada a Secretaria Municipal de Saúde do município de São Leopoldo.

5.13 Recursos e cronograma

Abaixo estão relacionados os itens de capital e custeio à execução do projeto “Um estudo exploratório de capital social em São Leopoldo (RS)”.

Tabela 4. Capital

Item	Quantidade	Valor (R\$)
Material bibliográfico (Mapas, cartogramas, discos de dados IBGE)	7	330,0
Aparelho Multifuncional	1	700,0
Total capital		1.030,0

Tabela 5. Custeio

Material de consumo	Quantidade	Custo unitário	Custo total
Lápis	40	0,40	16,0
Borracha	40	0,15	16,0
Apontador	20	0,80	16,0
Pasta polionda	40	1,70	68,0
Arquivo morto	20	1,95	39,0
Grampeador	1	7,90	7,90
Grampos	10 Caixa c/100	1,00	10,0
Etiquetas	6 folhas c/20	0,75	4,5

Envelope plástico	200	0,20	40,0
Envelope pardo	200	0,25	50,0
Papel A4	1 Resmas 500u	16,5	16,5
Questionários impressão	8pg. X 1800u	0,10	1.440,0
Papel ofício	1 Folha 100u	3,5	3,5
Disquetes	2 Caixas 10u	9,8	19,6
CDROM-RW	3	5,2	15,6
Cartuchos impressora	3	130	390
Tesoura	1	3,9	3,9
Pranchetas	8	1,90	15,2
Clips de papel	2 Caixas-100u	1,20	22,8
Perfurador	1	16,9	16,9
Grampeador	1	7,20	7,9
Sacolas	10	15,0	150,0
Pastas suspensas	50	1,2	60,0
Total material de consumo			2.429,3
Serviços de terceiros	Quantidade	Custo	Custo Total
Entrevistas	1.512	R\$5/entrevista	7.560,0
Transporte entrevistadores	450 (1800/4)X 4	1,70	4.284,0
Total serviços terceiros			11.844
Participação em Congresso	Quantidade	Custo	Custo Total
Diárias Congresso	6	148,45	890,7
Passagem aérea POA-RIO-	2	700	1.400,0
Total participação em congresso			2.290,7
Software		Quantidade	Valor (R\$)
Software MlwiN V.1.1 €650 (1 EUR = 3.5R\$)		1	2.275,0
Total software			2.275,0

Total de recursos necessários= Capital + Custeio = **R\$ 19.869,0**. Financiamento CNPq 47850320040; FAPERGS 0415621; e UNISINOS PP0320.

Tabela 6. Cronograma

Atividades	2009										2010						
	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul
Revisão Teórica																	
Elaboração do Projeto																	
Qualificação																	
Análise dos dados																	

REFERÊNCIAS

- Ahern, N. R., E. M. Kiehl, *et al.* A review of instruments measuring resilience. Issues Compr Pediatr Nurs, v.29, n.2, Apr-Jun, p.103-25. 2006.
- Alexopoulos, E. C. e M. Geitona. Self-rated health: inequalities and potential determinants. Int J Environ Res Public Health, v.6, n.9, Sep, p.2456-69. 2009.
- Alves, L. C. Determinantes da autopercepção de saúde dos idosos do município de São Paulo 1999/2000. Mestrado em Demografia. Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004. 89 p.
- Alves, L. C. e R. N. Rodrigues. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. Rev Panam Salud Publica, v.17, p.333-341. 2005.
- Asfar, T., B. Ahmad, *et al.* Self-rated health and its determinants among adults in Syria: a model from the Middle East. BMC Public Health, v.7, p.177. 2007.
- Atkinson, P. A., C. R. Martin, *et al.* Resilience revisited. J Psychiatr Ment Health Nurs, v.16, n.2, Mar, p.137-45. 2009.
- Avanci, J. Q., S. G. Assis, *et al.* Sintomas depressivos na adolescência: estudo sobre fatores psicossociais em amostra de escolares de um município do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública, v.24, p.2334-2346. 2008.
- Bailis, D. S., A. Segall, *et al.* Two views of self-rated general health status. Soc Sci Med, v.56, n.2, Jan, p.203-17. 2003.
- Ballard, T. J., P. Romito, *et al.* Self perceived health and mental health among women flight attendants. Occup Environ Med, v.63, n.1, Jan, p.33-8. 2006.
- Barreto, S. M. e R. C. De Figueiredo. Chronic diseases, self-perceived health status and health risk behaviors: gender differences. Rev Saude Publica, v.43 Suppl 2, Nov, p.38-47. 2009.
- Barreto, S. M., V. M. Passos, *et al.* Healthy behavior among Brazilian young adults. Rev Saude Publica, v.43 Suppl 2, Nov, p.9-17. 2009.
- Barros, M. B., L. M. Zanchetta, *et al.* Self-rated health and associated factors, Brazil, 2006. Rev Saude Publica, v.43 Suppl 2, Nov, p.27-37. 2009.
- Barros, M. V. e M. V. Nahas. [Health risk behaviors, health status self-assessment and stress perception among industrial workers]. Rev Saude Publica, v.35, n.6, Dec, p.554-63. 2001.
- Bobak, M., H. Pikhart, *et al.* Socioeconomic factors, perceived control and self-reported health in Russia. A cross-sectional survey. Soc Sci Med, v.47, n.2, Jul, p.269-79. 1998.

_____. Socioeconomic factors, material inequalities, and perceived control in self-rated health: cross-sectional data from seven post-communist countries. Soc Sci Med, v.51, n.9, Nov, p.1343-50. 2000.

Brodersen, G. Percepção popular da condição de saúde: construção de um conceito. Programa de Pós Graduação em Educação, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1997.

Bruin, A., H. S. J. Picavet, *et al.* Health Interview Surveys: towards international harmonization of methods and instruments. World Health Organization. Geneva, p.172. 1996

Canguilhem, G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Florense Universitária. 2000

Capilheira, M. F. e I. Da Silva Dos Santos. [Individual factors associated with medical consultation by adults]. Rev Saude Publica, v.40, n.3, Jun, p.436-43. 2006.

Carvalho, F. T. D., N. A. D. Moraes, *et al.* Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. Cad. Saúde Publica v.23, p.2023-2033. 2007.

Castro, E. K. D. e B. Moreno-Jiménez. Resiliencia en niños enfermos crónicos: aspectos teóricos. Psicol. estud., v.12, p.81-86. 2007.

Chandola, T., J. Ferrie, *et al.* Social inequalities in self reported health in early old age: follow-up of prospective cohort study. Bmj, v.334, n.7601, May 12, p.990. 2007.

Connor, K. M., J. R. Davidson, *et al.* Spirituality, resilience, and anger in survivors of violent trauma: a community survey. J Trauma Stress, v.16, n.5, Oct, p.487-94. 2003.

Cott, C. A., M. A. Gignac, *et al.* Determinants of self rated health for Canadians with chronic disease and disability. J Epidemiol Community Health, v.53, n.11, Nov, p.731-6. 1999.

Dachs, J. N. W. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. Ciênc. saúde coletiva, v.7, p.641-657. 2002.

Dachs, J. N. W. e A. P. R. D. Santos. Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. Ciênc. saúde coletiva, v.11, p.887-894. 2006.

Daoud, N., V. Soskolne, *et al.* Educational inequalities in self-rated health within the Arab minority in Israel: explanatory factors. Eur J Public Health, v.19, n.5, Oct, p.477-83. 2009.

Delpierre, C., V. Lauwers-Cances, *et al.* Using self-rated health for analysing social inequalities in health: a risk for underestimating the gap between socioeconomic groups? J Epidemiol Community Health, v.63, n.6, Jun, p.426-32. 2009.

Demirchyan, A. e M. E. Thompson. Determinants of self-rated health in women: a population-based study in Armavir Marz, Armenia, 2001 & 2004. Int J Equity Health, v.7, p.25. 2008.

Dowd, J. B. e A. Zajacova. Does the predictive power of self-rated health for subsequent mortality risk vary by socioeconomic status in the US? Int J Epidemiol, v.36, n.6, Dec, p.1214-21. 2007.

Fernandes, L. C., A. D. Bertoldi, *et al.* Health service use in a population covered by the Estrategia de Saude da Familia (Family Health Strategy). Rev Saude Publica, v.43, n.4, Aug, p.595-603. 2009.

Ferraro, K. F., M. M. Farmer, *et al.* Health trajectories: long-term dynamics among black and white adults. J Health Soc Behav, v.38, n.1, Mar, p.38-54. 1997.

Gracia, E. e J. Herrero. Internet use and self-rated health among older people: a national survey. J Med Internet Res, v.11, n.4, p.e49. 2009.

Grotberg, E. Introdução: novas tendências em resiliência. In: A. O. Melillo, E.N.S. (Ed.). Resiliência: descobrindo suas próprias fortalezas. Porto Alegre: ARTMED, 2005. Introdução: novas tendências em resiliência., p.16-23

Guerra, I. C. e A. T. D. A. Ramos-Cerqueira. Risco de hospitalizações repetidas em idosos usuários de um centro de saúde escola. Cad Saude Publica, v.23, p.585-592. 2007.

Haines, V. A., J. Godley, *et al.* Socioeconomic disadvantage within a neighborhood, perceived financial security and self-rated health. Health Place, v.15, n.1, Mar, p.383-9. 2009.

Haseli-Mashhadi, N., A. Pan, *et al.* Self-Rated Health in middle-aged and elderly Chinese: distribution, determinants and associations with cardio-metabolic risk factors. BMC Public Health, v.9, p.368. 2009.

Haskell, W. L., I. M. Lee, *et al.* Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Med Sci Sports Exerc, v.39, n.8, Aug, p.1423-34. 2007.

Heistaro, S., P. Jousilahti, *et al.* Self rated health and mortality: a long term prospective study in eastern Finland. J Epidemiol Community Health, v.55, n.4, Apr, p.227-32. 2001.

Hiew, C. C. J. Measurement of resilience development: preliminary results with a state-trait resilience inventory. Journal of Learning and Curriculum Development v.1, p.111-117. 2000.

Hofelmann, D. A. e N. Blank. [Self-rated health among industrial workers in Southern Brazil]. Rev Saude Publica, v.41, n.5, Oct, p.777-87. 2007.

Hsieh, F. Y. Sample size formulae for intervention studies with the cluster as unit of randomization. Stat Med, v.7, n.11, Nov, p.1195-201. 1988.

Huisman, M., F. Van Lenthe, *et al.* The predictive ability of self-assessed health for mortality in different educational groups. Int J Epidemiol, v.36, n.6, Dec, p.1207-13. 2007.

Ibge. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. I. Cidades 2007.

Idler, E. L., L. B. Russell, *et al.* Survival, functional limitations, and self-rated health in the NHANES I Epidemiologic Follow-up Study, 1992. First National Health and Nutrition Examination Survey. Am J Epidemiol, v.152, n.9, Nov 1, p.874-83. 2000.

Jaramillo-Velez, D. E., D. E. Ospina-Munoz, *et al.* [Resilience, spirituality, distress and tactics for battered women's conflict resolution]. Rev Salud Publica (Bogota), v.7, n.3, Sep-Dec, p.281-92. 2005.

Junqueira Mde, F. e S. F. Deslandes. [Resilience and child abuse]. Cad Saude Publica, v.19, n.1, Jan-Feb, p.227-35. 2003.

Kaleta, D., T. Makowiec-Dabrowska, *et al.* Physical activity and self-perceived health status. Int J Occup Med Environ Health, v.19, n.1, p.61-9. 2006.

Kennedy, B. P., I. Kawachi, *et al.* Income distribution, socioeconomic status, and self rated health in the United States: multilevel analysis. Bmj, v.317, n.7163, Oct 3, p.917-21. 1998.

Kwasniewska, M., D. Kaleta, *et al.* Lifestyle index and self-rated health status. Int J Occup Med Environ Health, v.20, n.4, p.349-56. 2007.

Kyffin, R. G., M. J. Goldacre, *et al.* Mortality rates and self reported health: database analysis by English local authority area. Bmj, v.329, n.7471, Oct 16, p.887-8. 2004.

Lamond, A. J., C. A. Depp, *et al.* Measurement and predictors of resilience among community-dwelling older women. J Psychiatr Res, v.43, n.2, Dec, p.148-54. 2008.

Laranjeira, C. A. S. D. J. Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer: revisão de literatura. Psic.: Teor. e Pesq, v.23, p.327-332. 2007.

Lim, W. Y., S. Ma, *et al.* Gender, ethnicity, health behaviour & self-rated health in Singapore. BMC Public Health, v.7, p.184. 2007.

Lima-Costa, M. F., J. O. Firmo, *et al.* [The structure of self-rated health among older adults: the Bambui health and ageing study (BHAS)]. Rev Saude Publica, v.38, n.6, Dec, p.827-34. 2004.

_____. Differences in self-rated health among older adults according to socioeconomic circumstances: the Bambui Health and Aging Study. Cad Saude Publica, v.21, n.3, May-Jun, p.830-9. 2005.

Lima-Costa, M. F., S. V. Peixoto, *et al.* [The influence of proxy respondents on health perception among older adults: a study based on the Brazilian National Household Survey (1998, 2003) and the cohort study in Bambui, Minas Gerais State, Brazil]. Cad Saude Publica, v.23, n.8, Aug, p.1893-902. 2007.

Lorraine, P. J., R. L. Hammock, *et al.* Predictors of self-rated health status among Texas residents. Prev Chronic Dis, v.2, n.4, Oct, p.A12. 2005.

Louvison, M. C., M. L. Lebrao, *et al.* [Inequalities in access to health care services and utilization for the elderly in Sao Paulo, Brazil]. Rev Saude Publica, v.42, n.4, Aug, p.733-40. 2008.

Maia, F. D. O. M., Y. A. O. Duarte, *et al.* Fatores de risco para mortalidade em idosos. Rev Saude Publica, v.40, p.1049-1056. 2006.

Manderbacka, K., O. Lundberg, *et al.* Do risk factors and health behaviours contribute to self-ratings of health? Soc Sci Med, v.48, n.12, Jun, p.1713-20. 1999.

Martikainen, P., A. Aromaa, *et al.* Reliability of perceived health by sex and age. Soc Sci Med, v.48, n.8, Apr, p.1117-22. 1999.

Mazo, P., L. A. Rios, *et al.* Síntesis y caracterización de espumas flexibles de poliuretano obtenidas a partir de aceite de castor maleinizado: scielo. 19: 149-154 p. 2009.

Mcfadden, E., R. Luben, *et al.* Social inequalities in self-rated health by age: cross-sectional study of 22,457 middle-aged men and women. BMC Public Health, v.8, p.230. 2008.

_____. Does the association between self-rated health and mortality vary by social class? Soc Sci Med, v.68, n.2, Jan, p.275-80. 2009a.

_____. Self-rated health does not explain the socioeconomic differential in mortality: a prospective study in the EPIC-Norfolk cohort. J Epidemiol Community Health, v.63, n.4, Apr, p.329-31. 2009b.

Melillo, A., M. Estamatti, *et al.* Alguns fundamentos psicológicos do conceito de resiliência. In: A. Melillo e E. N. S. Ojeda (Ed.). Resiliência: descobrindo suas próprias fortalezas. Porto Alegre: ARTMED, 2005. Alguns fundamentos psicológicos do conceito de resiliência., p.59-72

Mendoza-Sassi, R., J. U. Beria, *et al.* Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. Rev Saude Publica, v.37, n.3, Jun, p.372-8. 2003.

Mikolajczak, M., E. Roy, *et al.* Resilience and hypothalamic-pituitary-adrenal axis reactivity under acute stress in young men. Stress, v.11, n.6, p.477-82. 2008.

Mikolajczyk, R. T., P. Brzoska, *et al.* Factors associated with self-rated health status in university students: a cross-sectional study in three European countries. BMC Public Health, v.8, p.215. 2008.

Molarius, A., K. Berglund, *et al.* Socioeconomic conditions, lifestyle factors, and self-rated health among men and women in Sweden. Eur J Public Health, v.17, n.2, Apr, p.125-33. 2007.

Montazeri, A., A. Goshtasebi, *et al.* Educational inequalities in self-reported health in a general Iranian population. BMC Res Notes, v.1, p.50. 2008.

Pesce, R. P., S. G. Assis, *et al.* [Cross-cultural adaptation, reliability and validity of the resilience scale]. Cad Saude Publica, v.21, n.2, Mar-Apr, p.436-48. 2005.

_____. Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. Psic.: Teor. e Pesq, v.20, p.135-143. 2004.

Pinheiro, D. P. N. A resiliência em discussão. Psicologia em Estudo, v.9, p.67-75. 2004.

Poletto, M. e S. H. Koller. Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. Estudos de Psicologia, v.25, p.405-416. 2008.

Power, C., S. Matthews, *et al.* Inequalities in self rated health in the 1958 birth cohort: lifetime social circumstances or social mobility? Bmj, v.313, n.7055, Aug 24, p.449-53. 1996.

Ramos, M. Impact of socioeconomic status on Brazilian elderly health. Rev Saude Publica, v.41, n.4, Aug, p.616-24. 2007.

Regalla, M. A., P. R. Guilherme, *et al.* Resiliência e transtorno do déficit de atenção/hiperatividade. J. bras. psiquiatr., v.56, p.45-49. 2007.

Regidor, E., D. Martinez, *et al.* Trends of socioeconomic inequalities and socioeconomic inequalities in self-perceived health in Spain. Gac Sanit, v.20, n.3, May-Jun, p.178-82. 2006.

Rosa, P. V. D. Estudo sobre fatores associados à depressão em idosos da comunidade de Barra Funda - RS, Brasil. Pós Graduação em Gerontologia Biomédica, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007. 81 p.

Santos, S. M., D. Chor, *et al.* [Association between contextual factors and self-rated health: a systematic review of multilevel studies]. Cad Saude Publica, v.23, n.11, Nov, p.2533-54. 2007.

Shibuya, K., H. Hashimoto, *et al.* Individual income, income distribution, and self rated health in Japan: cross sectional analysis of nationally representative sample. Bmj, v.324, n.7328, Jan 5, p.16-9. 2002.

Silva, M. R. S. D., I. Elsen, *et al.* Resiliência: concepções, fatores associados e problemas relativos à construção do conhecimento na área. Paidéia, v.13, p.147-156. 2003.

Silva, M. R. S. D., V. L. Lunardi, *et al.* Resiliência e promoção da saúde. Texto contexto-enferm., v.14, p.95-102. 2005.

Silveira, C. M., C. C. Silveira, *et al.* Epidemiologia do beber pesado e beber pesado episódico no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. Revista de Psiquiatria Clínica, v.35, p.31-38. 2008.

Singh-Manoux, A., A. Dugravot, *et al.* The association between self-rated health and mortality in different socioeconomic groups in the GAZEL cohort study. Int J Epidemiol, v.36, n.6, Dec, p.1222-8. 2007.

Singh-Manoux, A., A. Gueguen, *et al.* Self-rated health and mortality: short- and long-term associations in the Whitehall II study. Psychosom Med, v.69, n.2, Feb-Mar, p.138-43. 2007.

Singh-Manoux, A., P. Martikainen, *et al.* What does self rated health measure? Results from the British Whitehall II and French Gazel cohort studies. J Epidemiol Community Health, v.60, n.4, Apr, p.364-72. 2006.

Siqueira, F. V., L. A. Facchini, *et al.* [Physical activity in young adults and the elderly in areas covered by primary health care units in municipalities in the South and Northeast of Brazil]. Cad Saude Publica, v.24, n.1, Jan, p.39-54. 2008.

Sobral, C. R. M. Determinantes da autopercepção de saúde entre mulheres frequentadoras do centro de práticas esportivas da Universidade de São Paulo. Mestrado em Nutrição Humana Aplicada, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. 108 p.

Souza, M. C., U. B. Otero, *et al.* [Self-rated health and physical disabilities due to health (corrected) problems]. Rev Saude Publica, v.42, n.4, Aug, p.741-9. 2008.

Svedberg, P., C. Bardage, *et al.* A prospective study of health, life-style and psychosocial predictors of self-rated health. Eur J Epidemiol, v.21, n.10, p.767-76. 2006.

Szwarcwald, C. L., M. D. C. Leal, *et al.* Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde, 2003. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant, v.5, p.s11-s22. 2005.

Szwarcwald, C. L., P. R. Souza-Junior, *et al.* Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. Cad Saude Publica, v.21 Suppl, p.54-64. 2005.

Theme-Filha, M. M., C. L. Szwarcwald, *et al.* Socio-demographic characteristics, treatment coverage, and self-rated health of individuals who reported six chronic diseases in Brazil, 2003. Cad Saude Publica, v.21 Suppl, p.43-53. 2005.

Theme Filha, M. M., C. L. Szwarcwald, *et al.* [Measurements of reported morbidity and interrelationships with health dimensions]. Rev Saude Publica, v.42, n.1, Feb, p.73-81. 2008.

Vanistendael, S. e J. Lecomte. Resiliencia y sentido de vida. In: A. Melillo, E. N. S. Ojeda, *et al* (Ed.). Resiliencia y subjetividad. Buenos Aires: Paidós, 2004. Resiliencia y sentido de vida, p.91-101

Wagnild, G. M. e H. M. Young. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. J Nurs Meas, v.1, n.2, Winter, p.165-78. 1993.

Wells, M. Resilience in rural community-dwelling older adults. J Rural Health, v.25, n.4, Fall, p.415-9. 2009.

Yi, J. P., P. P. Vitaliano, *et al.* The role of resilience on psychological adjustment and physical health in patients with diabetes. Br J Health Psychol, v.13, n.Pt 2, May, p.311-25. 2008.

Yunes, M. A. M. A questão triplamente controvertida da resiliência em famílias de baixa renda. Doutorado em Psicologia da Educação, Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001. 168 p.

Zinn-Souza, L. C., R. Nagai, *et al.* Factors associated with depression symptoms in high school students in Sao Paulo, Brazil. Rev Saude Publica, v.42, n.1, Feb, p.34-40. 2008.

ANEXO 1
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

ANEXO 2
INSTRUMENTO DE PESQUISA: QUESTIONÁRIO