

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

JULIANA CRISTINA LESSMANN RECKZIEGEL

**RESILIÊNCIA E ADESÃO AO TRATAMENTO DO DIABETES
MELLITUS EM MULHERES**

Florianópolis
2014

JULIANA CRISTINA LESSMANN RECKZIEGEL

**RESILIÊNCIA E ADESÃO AO TRATAMENTO DO DIABETES
MELLITUS EM MULHERES**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Linha de pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

Orientadora: Profa. Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva.

Florianópolis
2014

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Reckziegel, Juliana Cristina Lessmann

Resiliência e adesão ao tratamento do diabetes mellitus
em mulheres / Juliana Cristina Lessmann Reckziegel ;
orientadora, Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva -
Florianópolis, SC, 2014.

200 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Diabetes mellitus. 3. Resiliência
psicológica. 4. Mulheres. 5. Adesão. I. Silva, Denise Maria
Guerreiro Vieira da. II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III.
Título.

JULIANA CRISTINA LESSMANN RECKZIEGEL

RESILIÊNCIA E ADESÃO AO TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS EM MULHERES

Esta Tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

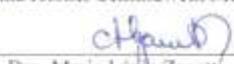
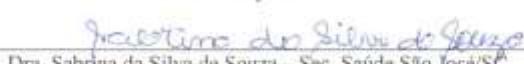
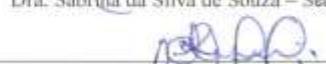
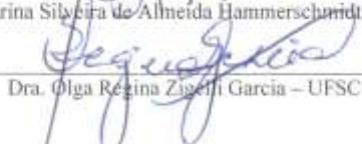
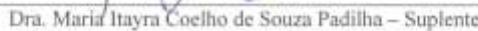
DOUTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada em 25 de junho de 2014, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de concentração: Filosofia e Cuidado em Enfermagem e Saúde.



11 Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:


Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva - Presidente
Dra. Betina Hörrieff Schlindwein Meirelles – UFSC
Dra. Maria Lúcia Zanetti – USP
Dra. Sabrina da Silva de Souza – Sec. Saúde São José/SC
Dra. Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt – UFSC
Dra. Olga Regina Ziegler Garcia – UFSC
Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha – Suplente
Dra. Luzia W. Santana da Silva – Univ. Est. Sud. Bahia- Suplente

*Eis aqui meu segredo,
que não poderia ser mais simples;
só se vê bem com o coração;
o essencial é invisível aos olhos
(Saint-Exupéry)*

Dedico esta Tese...

...e todo o meu amor à minha filha Laura Lessmann Reckziegel, princesinha que nasceu durante o doutorado e tornou minha vida mais emocionante. Laura, sem você meu mundo não seria completo.

...e minhas conquistas ao meu amado marido Robson Reckziegel, meu companheiro, meu amigo, meu grande incentivador. Agradeço a Deus por ter colocado você em minha vida. Amo você!

...e toda a minha vida ao meu pai Carlos Alberto Lessmann e à minha mãe Dorléia Aparecida Cherubini Lessmann, sem vocês nada disso seria possível.

...e minha gratidão à minha Orientadora Dra. Denise Guerreiro. Tudo que construí também é seu.

AGRADECIMENTOS

Há anos aguardo o momento de redigir esses agradecimentos, pois marcam o fim de um longo ciclo em minha vida. Foram anos de estudo, dedicação, empenho, descobertas, alegrias, tristezas, solidão, amparo, vida, amor... Comparo a uma longa viagem em mar aberto, com momentos de navegação tranquila, alternando-se com tempestades e redemoinhos.

Durante esta jornada, muitas pessoas estiveram em minha vida, auxiliando em momentos pontuais ou em longas passagens. Acredito que todos contribuíram para a construção do que sou hoje e, por isso, agradeço muito, em destaque:

A Deus pela vida, pelos amores, pela família e por estar sempre ao meu lado. Sou muito grata a Deus por presenciar o milagre da vida e por receber o maior presente do mundo, minha linda filha Laura.

À Laura Lessmann Reckziegel, amor da minha vida, agradeço por presentear-me com sua existência. Você mostrou-me o que é amor verdadeiro, puro e sincero. Fez-me ver da vida o que vale a pena. Amo você.

Ao amado esposo, Robson Reckziegel, agradeço pela força, dedicação e paciência com que você *cuidou* de mim durante minha trajetória acadêmica. Você acompanhou meus passos nos últimos doze anos e acredito que sem você eu não estaria aqui hoje. Também agradeço por ser um ótimo pai para nossa Laura.

Ao meu pai Carlos e à minha mãe Dorléia agradeço pela vida, pelos ensinamentos, pela dedicação, pelo carinho, pela torcida e por tudo o que vocês fizeram e fazem por mim. Amo vocês do fundo do meu coração.

Ao meu primeiro amigo, meu irmão Klaus Ginter Lessmann, agradeço por dividir sua vida comigo, por alegrar minha infância, por me apoiar na adolescência e, mais recentemente, por trazer para a família sua linda esposa Grazielle e nossa pequena Ana Lídia, minha afilhada e sobrinha amada.

Agradeço aos meus avós Mario Cherubini (*in memoriam*); Alberto Lessmann (*in memoriam*) e Irene Lessmann (*in memoriam*) pela

linda companhia, pelo amor, pelas lições de vida e pela saudade, pois é ela que faz do passado uma lembrança valiosa. Sempre os amarei.

Agradeço à minha avó Nelis Cherubini pelo amor, carinho, companhia, torcida, pelas ligações carinhosas durante todo o doutorado e por estar ao meu lado no dia da defesa desta Tese. Amo você minha vizinha querida.

Também agradeço aos meus familiares, em especial à minha amada afilhada Katherine, aos meus sogros Maria e Arnoldo, aos meus cunhados Kelin e Eloi, à minha comadre Priscila, aos primos Lany e Oliver, às minhas tias Schnike e Rosa pela torcida e paciência.

Agradeço ao meu querido primo Manfred Lessmann (*in memoriam*) pela amizade e carinho. Sempre sentirei saudades de você.

À minha orientadora Dra. Denise Guerreiro pela dedicação, pelos momentos de orientação, pelo incentivo, pelo apoio, pelo auxílio, pela paciência e por investir seus conhecimentos em minha formação profissional. Serei eternamente grata por toda a sua dedicação.

Ao NUCRON e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela acolhida, pela oportunidade e pelos ensinamentos, mas principalmente pela possibilidade de conhecer pessoas especiais como Julia E. W. Boel, Veridiana C. Tavares, Débora Poletto, Soraia C. Rozza, Elisangela Franco, Cidinha Salsi, Gabriela M.M. Lanzoni, Patrícia Klock e Francisca Georgina Macedo. Mais que companheiras de estudo, são amigas do coração!

À Lara Vandresen por me auxiliar na coleta de dados qualitativa e à Julia Estela Willrich Boel por me acompanhar em todo o processo desta pesquisa, desde o Mestrado até o término do Doutorado.

À Profa Dra. Silvia Modesto Nassar, por me ensinar muito sobre pesquisa quantitativa e à Profa. Dra. Mercedes Trentini pelo auxílio com os estudos sobre a Pesquisa Convergente Assistencial.

Aos membros da banca examinadora pela dedicação na análise desse estudo, em especial à Maria Lúcia Zanetti pelo carinho e atenção nas correções.

Às mulheres que participaram desse estudo e compartilharam suas vidas comigo, agradeço pela confiança, pelo carinho e pela paciência. Foram seus valiosos relatos que proporcionaram tantas descobertas.

À Universidade Federal de Santa Catarina, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, a todos os docentes e técnico-administrativos pela dedicação e pelo empenho.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Ministério da Educação pela bolsa de estudos e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico pelo apoio financeiro aos projetos de pesquisa dos quais esse estudo faz parte.

Muito Obrigada!

RESUMO

Introdução: O Diabetes Mellitus é uma doença crônica caracterizada por alterações metabólicas e endócrinas, que acometem grande número de mulheres em todo o mundo. Traz necessidades de adaptação no estilo de vida, incluindo: a realização de atividade física, do controle da glicemia, o uso de medicamentos, o seguimento de um plano alimentar e a inclusão de novas práticas em saúde, que, nem sempre são incorporadas com facilidade ao cotidiano das mulheres. Porém, vivenciar situações difíceis também pode conduzir ao surgimento do desejo de superação de problemas, passando a reconhecer as potencialidades e os fatores de proteção em seus contextos sócio-histórico-culturais e ambientais. Assim, toma-se a resiliência, reconhecida como a *capacidade de suportar, de adaptar-se e conviver de forma harmônica desenvolvida frente às situações de adversidade e/ou estresse*, como uma possibilidade para o viver melhor de mulheres com diabetes mellitus. **Objetivo:** O estudo teve como objetivo geral: Compreender a resiliência como constructo teórico para a qualificação do cuidado em enfermagem e saúde e para a ampliação da adesão ao tratamento do diabetes mellitus em mulheres atendidas na atenção básica de Florianópolis. **Método:** Trata-se de um estudo elaborado utilizando método misto de investigação, combinando abordagem quantitativa e qualitativa por meio da estratégia explanatória sequencial. *A fase quantitativa foi do tipo observacional transversal probabilística*, com amostra estratificada composta por 412 mulheres com diabetes, sendo coletados dados em domicílio entre 2009 e 2010. Foram investigadas variáveis sociodemográficas, biométricas, de hábitos de vida e saúde, além da aplicação das escalas de resiliência e de estresse percebido. A análise estatística descritivas e inferenciais ocorreu com o uso da ferramenta computacional on-line SestatNet®, cujos resultados nortearam o delineamento da segunda fase do estudo. Nela foi realizado *estudo qualitativo utilizando a Pesquisa Convergente Assistencial* como referencial metodológico e a Resiliência como referencial teórico. Desenvolvida em um Centro de Saúde da cidade de Florianópolis, Brasil, entre 2011 e 2012, contemplando dez reuniões de grupo de convivência e entrevistas em profundidade pré e pós-grupo, das quais participaram nove mulheres com diabetes. As entrevistas e reuniões de grupo tiveram o áudio gravado, sendo integralmente transcritos. Também foram realizadas notas de campo, memorandos teóricos e metodológicos visando ampliar o *Corpus* da pesquisa e a densidade dos dados. A análise dos dados textuais desenvolveu-se com o uso do

software ATLAS.ti 7.1[®], seguiu os pressupostos da Pesquisa Convergente Assistencial e da a “análise de conteúdo dirigida”, na qual foram realizadas avaliações do conteúdo da pesquisa considerando os conhecimentos sobre resiliência, gênero e diabetes. A apreensão ocorreu com a leitura textual atenta e exaustiva, sendo que a síntese e a teorização operacionalizaram-se por meio da “codificação linha por linha”, seguida da aglutinação de códigos afins, elaboração de pré-categorias, subcategorias e categorias. Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo aprovada sem restrições nos processos 193/2009 para a fase quantitativa e 2056/2011 para a qualitativa.

Resultados e discussões: Foram sistematizados em três manuscritos. No primeiro, intitulado *Resiliência e adesão ao tratamento do diabetes mellitus em mulheres*, desenvolvido com método quantitativo, foi observado que as mulheres apresentam baixa adesão ao tratamento relacionada ao seguimento do plano alimentar, realização de atividade física e monitorização da glicemia capilar. Porém, verificamos que as mulheres com maiores escores de resiliência aderem melhor à prática de atividade física, apresentam maior assiduidade na realização do plano alimentar e possuem menores escores de estresse. Nesse manuscrito apresentam-se argumentações sobre as variáveis e os possíveis impactos na resiliência e na adesão ao tratamento, destacando que a promoção da resiliência torna-se uma possibilidade para a melhor adesão à terapêutica do diabetes. O segundo manuscrito, intitulado *Influência de fatores de proteção e de risco na resiliência e na adesão ao tratamento do diabetes mellitus em mulheres*, foi desenvolvido com abordagem qualitativa interpretativa. Destaca que elementos positivos fortalecem a resiliência e a maior adesão ao tratamento do diabetes, assim como ampliam a percepção de satisfação consigo e com o cotidiano, favorecendo o cuidado de si, a manutenção das atividades sociais e a autonomia. Já os fatores de risco, evidenciados pela desmotivação, descuido de si, exposição à violência, à discriminação e às questões normativas de gênero, interferem negativamente na resiliência e dificultam a adesão ao tratamento. Fortalecer os fatores de proteção e auxiliar na redução dos impactos negativos dos fatores de risco, visando à ampliação da resiliência, tornam-se estratégias de cuidado em enfermagem e saúde inovadoras e com grande potencial para a geração de impactos positivos na adesão ao tratamento do diabetes mellitus. O terceiro manuscrito, *Grupo de convivência: promovendo a resiliência para o viver melhor de mulheres com diabetes mellitus*, trouxe resultados da Pesquisa Convergente Assistencial no grupo de

convivência. Apontou que o suporte social, a aceitação do processo de viver/ envelhecer e o conhecimento sobre a condição de saúde/doença são elementos que proporcionam o desenvolvimento da resiliência e de habilidades de cuidado de si e do diabetes, favorecendo o viver saudável e feliz. Promover a resiliência, fortalecendo fatores de proteção e auxiliando na ressignificação dos fatores de risco favorece a compreensão do processo de saúde-doença, a autonomia, o desenvolvimento de habilidades de cuidado de si e do diabetes.

Conclusão: Esse estudo evidenciou que aderir ao tratamento do diabetes é algo complexo e não está relacionado apenas ao desejo de cuidar de si, existindo fatores de risco e de proteção que se interconectam, auxiliado ou dificultando esse processo. Assim, a resiliência surge como um novo pilar para a assistência em enfermagem e saúde centrada no reconhecimento das diferenças entre as mulheres em seus diversos contextos, sendo uma estratégia inovadora e com grande potencial para gerar influências positivas no cuidado integral e de qualidade.

Palavras-chave: Diabetes mellitus. Mulheres. Doença crônica. Resiliência psicológica. Adesão. Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Diabetes mellitus is a chronic disease characterized by metabolic and endocrine changes that affect a large number of women worldwide. It brings lifestyle adaptation needs that include physical activity practice, glycemic control, use of medication, adoption of a food plan and the inclusion of new health practices, which are not always easily incorporated to the everyday routine of women. However, experiencing difficult situations can also lead to the desire to overcome problems, coming to recognize the strengths and protective factors in their socio-historical-cultural and environmental contexts. There is the aspect of resilience, recognized as the *capacity to bear, adapt and harmoniously coexist, developed in face of situations of adversity and/or stress*, as a chance for a better living for women with diabetes mellitus.

Objective: This study aimed to understand resilience as a theoretical construct for the qualification of care in nursing and health, and for increasing the adherence to treatment for diabetes mellitus in women seen in the primary care service of Florianópolis. **Method:** A mixed research method was used in this study, combining quantitative and qualitative approaches through the sequential explanatory strategy. The *quantitative phase was of probabilistic cross-sectional observational type*, with a stratified sample of 412 women with diabetes and data collection in the households between 2009 and 2010. The following variables were investigated: demographic, biometric, lifestyle habits and health; and the resilience scale and perceived stress scale were applied. The online tool of SestatNet[®] was used for descriptive and inferential statistical analysis, whose results guided the design of the second phase of the study. In such phase, the *interpretive qualitative study was carried out using the convergent-care research* as a methodological framework, and resilience as a theoretical framework. It was conducted in a Health Center in the city of Florianópolis, Brazil, between 2011 and 2012, covered ten meetings of the social group, and in-depth interviews pre and post-group, attended by nine women with diabetes. The interviews and group meetings were audio recorded and fully transcribed. Field notes and theoretical and methodological memos were also done to extend the corpus of research and data density. The ATLAS.ti 7.1[®] software was used for the analysis of textual data, according to the assumptions of convergent-care research and the 'directed content analysis', in which were carried out reviews of the research content, considering the knowledge on resilience, gender and diabetes. Apprehension was reached after careful and thorough textual

reading, considering that synthesis and theorizing were operationalized by 'coding line by line', followed by the grouping of related codes, preparation of pre-categories, subcategories and categories. This research was approved by the Research Ethics Committee of Human Subjects of the Federal University de Santa Catarina under process number 193/2009 for the quantitative phase, and number 2056/2011 for the qualitative phase. **Results and discussions:** Were systematized in three manuscripts. In the first, entitled *Resilience and adherence to treatment of diabetes mellitus in women* and developed with quantitative method, it was observed that women have poor adherence to treatment in relation to the following of a diet plan, physical activity practice and blood glucose monitoring. However, we found that women with higher resilience scores have better adherence to physical activity practice, follow the food plan with higher attendance and have lower stress scores. This manuscript presents arguments about the variables and possible impacts on resilience and adherence to treatment, highlighting that promoting resilience becomes a possibility for better adhesion to the diabetes therapy. The second manuscript, entitled *Influence of protective and risk factors on resilience and adherence to treatment of diabetes mellitus in women*, was developed with interpretive qualitative approach. It highlights that positive elements strengthen the resilience and greater adherence to treatment of diabetes, as well as broaden the perception of satisfaction with oneself and daily life, encouraging self-care, maintenance of social activities and autonomy. The risk factors on their turn, evidenced by lack of motivation, lack of self-care, exposure to violence, discrimination and normative gender issues, impact negatively on resilience and make adherence to treatment difficult. The strengthening of protective factors and the help with reducing the negative impacts of risk factors, aimed at increasing the resilience, become innovative strategies of nursing care and health with great potential for having positive impacts on adherence to diabetes mellitus treatment. The third manuscript, *Support group: promoting resilience for the better living of women with diabetes mellitus*, brought results of the Convergent-care research in the support group. It pointed out that social support, acceptance of the living / aging process and knowledge about the health / disease condition are elements that provide the development of resilience and skills of self-care and care of diabetes, encouraging a healthy and happy living. Promoting resilience, strengthening protective factors, and assisting in the resignification of risk factors leads to the understanding of the health-disease process, autonomy and the developing of skills for self-care and care of diabetes.

Conclusion: This study showed that adherence to diabetes treatment is complex and not related only to the desire of self-care, but also with risk and protective factors that interconnect, helping this process or making it more difficult. Thus, resilience emerges as a new pillar for nursing and health care centered on the recognition of differences among women in their various contexts, being an innovative strategy with high potential for generating positive influences for full care of quality.

Keywords: Diabetes mellitus. Women. Chronic disease. Psychological resilience. Adherence. Nursing.

RESUMEN

Introducción: La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que se caracteriza por los cambios metabólicos y endocrinos que afectan a un gran número de mujeres en todo el mundo. Trae necesidades de adaptación en el estilo de vida, incluyendo: la actividad física, el control glucémico, el uso de medicamentos, el seguimiento de un plan de alimentación y la inclusión de nuevas prácticas de salud, que no siempre son fácilmente incorporadas en la vida cotidiana de las mujeres. Sin embargo, la experiencia de situaciones difíciles también pueden conducir al surgimiento del deseo de superación de los problemas, pasando a reconocer las potencialidades y factores de protección en sus contextos socio-histórico-culturales y ambientales. Así, se convierte en resiliencia, reconocida como la capacidades de soportar, de adaptarse y convivir armoniosamente desarrollada frente a las situaciones de adversidad y / o estrés, como una oportunidad de una vida mejor para las mujeres con diabetes mellitus. **Objetivo:** El estudio tuvo como objetivo general: Comprender la resiliencia como constructo teórico para la calificación de la atención de enfermería y de la salud y para aumentar la adhesión al tratamiento de la diabetes mellitus en mujeres atendidas en la atención primaria de Florianópolis. **Método:** Se trata de un estudio elaborado utilizando un método de investigación mixto, combinando el enfoque cuantitativo y cualitativo a través de la estrategia explicativa secuencial. La fase cuantitativa fue de tipo observacional transversal probabilística, con una muestra estratificada de 412 mujeres con diabetes, siendo los datos recolectados en domicilios entre 2009 y 2010. Fueron investigados las variables sociodemográficas, biométrica, hábitos de estilo de vida y la salud, además de la aplicación de las escalas de resiliencia y de estrés percibido. El análisis estadístico descriptivo e inferenciales se produjo con el uso de herramientas computacional en línea SestatNet®, cuyos resultados han guiado el diseño de la segunda fase del estudio. En el estudio cualitativo interpretativo se realizó utilizando la Investigación Convergente Asistencial como un marco metodológico y la resiliencia como un marco teórico. Desarrollado en un Centro de Salud en la ciudad de Florianópolis, Brazil, entre 2011 y 2012, contemplando diez reuniones de grupo convivencia y entrevistas en profundidad pre y post-grupo, al que participaron nueve mujeres con diabetes. Las entrevistas y reuniones de grupo tuvieron audio grabado y transcritas en su totalidad. También fueron realizadas notas de campo, memorando teóricos y metodológicas con el fin de ampliar el corpus de la investigación y la

densidad de los datos. El análisis de los datos textuales se desarrolló utilizando el software ATLAS.ti 7.1®, siguió los presupuestos de la investigación Convergente Asistencial, y el "análisis de contenido dirigido" en la cual fueron realizados evaluación del contenido de la investigación teniendo en cuenta los conocimientos sobre resiliencia, el género y la diabetes. La incautación se produjo con una lectura textual cuidadosa y exhaustivo, siendo que la síntesis y la teorización operacionalizado por medio de "codificación de línea por línea", seguida de la agrupamiento de los códigos correspondientes, elaboración de pre-categorías, subcategorías y categorías. Esta investigación fue sometida al Comité de Ética en Investigación con seres Humanos de la Universidad Federal de Santa Catarina, siendo aprobada sin restricciones en los procesos 193/2009 para la fase cuantitativa y la fase cualitativa para 2056/2011. **Resultados y discusión:** Fueron sistematizados en tres manuscritos. En el primero, titulado *La resiliencia y la adhesión al tratamiento de la diabetes mellitus en mujeres*, desarrollado con el método cuantitativo, fue observado que las mujeres presentan baja adhesión al tratamiento relacionada seguimiento del plan alimentar, la realización de actividad física y la monitorización de la glucosa en sangre. Sin embargo, encontramos que las mujeres con puntuación más alta resiliencia se adhieren mejor a la práctica de actividad física, presentan una mayor asistencia en la realización del plan alimentar y tienen niveles de estrés más bajos. En este manuscrito presentamos argumentaciones acerca de las variables y los posibles impactos y la adhesión al tratamiento, destacando la promoción de la resiliencia se torna una posibilidad para una mejor adhesión a la terapia de DM. El segundo manuscrito, titulado *Influencia de factores protección y de riesgo en la resiliencia y en la adhesión al tratamiento de la diabetes mellitus en mujeres*, fue desarrollado con enfoque cualitativo interpretativo. Se destaca que elementos positivos que mejoran la capacidad de resiliencia y una mayor adhesión al tratamiento de DM, así como también amplían la percepción de satisfacción con la vida diaria, fomentando el autocuidado, el mantenimiento de las actividades sociales y la autonomía. Ya los factores de riesgo, evidenciado por la falta de motivación, descuido de sí mismo, la exposición a la violencia, la discriminación y cuestiones normativas de género, interfieren negativamente en la resiliencia y dificultan a la adhesión al tratamiento. Fortalecen los factores de protección y ayudan en la reducción de los impactos negativos de los factores de riesgo, con el objetivo de aumentar la resiliencia, se torna estrategias de cuidados en enfermería y la salud innovadoras y con gran potencial para lograr un

impacto positivo sobre la adhesión al tratamiento de la diabetes mellitus. El tercer manuscrito: *Grupo de convivencia: promoviendo la resiliencia para el vivir mejor de mujeres con diabetes mellitus*, trajo resultados de Investigación Convergente Asistencial en el grupo de convivencia. Señaló que el soporte social, la aceptación del proceso de vivir/envejecimiento y el conocimiento sobre el estado de salud / enfermedad son elementos que proporcionan el desarrollo de la resiliencia y habilidades de autocuidado y la diabetes, fomentando una vida sana y feliz. Promover la resiliencia, fortaleciendo los factores de protección y auxiliando en la reformulación de los factores de riesgo favorece a la comprensión del proceso salud-enfermedad, la autonomía, el desarrollo de habilidades para el autocuidado y la diabetes. **Conclusión:** Este estudio mostró que adherirse al tratamiento de la diabetes es complejo y no se relaciona únicamente con el deseo de cuidar de sí mismos, existiendo factores de riesgo y de protección que se interconectan, ayudado o dificultando este proceso. Por lo tanto, la resiliencia emerge como un nuevo pilar para la atención en enfermería y la salud centrado en el reconocimiento de las diferencias entre las mujeres en sus diversos contextos, siendo una estrategia innovadora y con grande potencial para generar influencias positivas para la atención integral y de calidad.

Palabras clave: Resiliencia psicológica. Diabetes mellitus. Adhesión. Enfermería. Enfermedades crónicas.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Representação esquemática das notas de campo desenvolvidas durante a pesquisa.	79
Quadro 2	Temáticas e estratégias abordadas nas reuniões de grupo de convivência com mulheres com diabetes. Florianópolis, 2014.	82
Quadro 3	Representação esquemática da aglutinação de códigos afins.	86
Quadro 4	Representação da elaboração de categorias.	88
Manuscrito 1		
Quadro 1	Estratificação dos escores de resiliência em elevada, regular e baixa, segundo a média e o desvio padrão do escore de resiliência no G1 e G2.	99
Manuscrito 2		
Quadro 1	Fatores de proteção e de risco relacionados à resiliência e à adesão ao tratamento do diabetes mellitus em mulheres. Florianópolis, 2014.	122
Manuscrito 3		
Quadro 1	Estratégias e temáticas abordadas nas reuniões de grupo de convivência de mulheres com diabetes. Florianópolis, 2014.	147

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Estratificação dos escores de resiliência em elevada, regular e baixa, segundo G1 e G2.	70
Tabela 2	Média e Desvio padrão dos escores de resiliência segundo localidade. Florianópolis, 2010.	75

Manuscrito 1

Tabela 1	Dados sociodemográficos de mulheres com diabetes mellitus. Florianópolis, 2014.	100
Tabela 2	Controle do DM em mulheres, segundo o uso ou não de insulina. Florianópolis, 2014	102
Tabela 3	Correlação entre resiliência e seguimento do plano alimentar, atividade física e estresse, segundo grupo de mulheres com DM. Florianópolis, 2014.	103
Tabela 4	Realização de atividade física e seguimento do plano alimentar em mulheres com DM, segundo estratificação do escore de resiliência. Florianópolis, 2014.	104

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Representação gráfica do processo metodológico do estudo.	60
Figura 2	Processo de coleta de dados da etapa qualitativa.	74
Figura 3	Principais datas da coleta de dados qualitativos.	78
Figura 4	Pressupostos para a realização do grupo de convivência com mulheres com diabetes mellitus. Florianópolis, 2014.	81
Figura 5	Codificação dos dados utilizando o Atlas.Ti.	85
Figura 6	Descrição de códigos utilizando o Atlas.Ti.	85
Figura 7	Elaboração da pré-categoria – Compreendendo o DM.	87

Manuscrito 3

Figura 1	Pressupostos para a realização do grupo de convivência com mulheres com diabetes mellitus. Florianópolis, 2014.	146
Figura 2	Categorias evidenciadas no processo de análise de dados proveniente de um grupo de convivência com mulheres com diabetes mellitus. Florianópolis, 2014.	150

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitárias de Saúde
ACTH	Hormônio Adrenocorticotrófico
ADA	<i>American Diabetes Association</i>
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CD-RISC	Escala de Resiliência de Connor e Davidson
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRF	Fator Liberador de Corticotrofina
CS	Centro de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DP/ ±	Desvio padrão
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EUA	Estados Unidos da América
FID/ IDF	Federação Internacional de Diabetes / <i>International Diabetes Federation</i>
G1	Grupo 1: composto por mulheres que usam insulina
G2	Grupo 2: composto por mulheres que não usam insulina
HbA1c	Hemoglobina glicada
HGT	Hemoglicoteste
HIV/Aids	Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
IGN	Ingorado
IMC	Índice de massa corporal
IRC	Insuficiência Renal Crônica
Kg	Quilogramas
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MDM	Metas de Desenvolvimento do Milênio
MEC	Ministério da Educação
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
mg/dL	Miligrama por decilitro
MS	Ministério da Saúde
NA	Não se aplica
NUCRON	Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde às Pessoas em Condição Crônica
OMS/WHO	Organização Mundial de Saúde / <i>World Health Organization</i>

ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PCA	Pesquisa Convergente Assistencial
PEN	Programa de Pós-graduação em Enfermagem
PNAISM	Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher
REUNI	Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais Brasileiras
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SIAB	Sistema de Informação Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
VHC	Vírus da hepatite C

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	29
1.1 APROXIMAÇÕES COM A TEMÁTICA	33
1.2 QUESTÃO DE PESQUISA	37
1.3 OBJETIVO GERAL	37
1.3.1 Objetivos específicos.....	37
2. SUSTENTAÇÃO TEÓRICA	39
2.1 RESILIÊNCIA	39
2.1.1 Concepções sobre a resiliência	39
2.1.2 Resiliência e fatores de risco	42
2.1.3 Resiliência e fatores de proteção	44
2.1.4 Resiliência e cronicidade.....	46
2.1.5 Resiliência, diabetes e adesão ao tratamento.....	50
2.2 GÊNERO, MULHERES E SAÚDE	54
3. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	59
3.1 DEFINIÇÃO DO ESTUDO	59
3.2 FASE QUANTITATIVA	60
3.2.1 Tipo de estudo	60
3.2.2 Local de estudo.....	61
3.2.3 População e amostra do estudo	61
3.2.4 Coleta de dados	62
3.2.5 Descrições das variáveis.....	64
3.2.5.1 Variáveis sociodemográficas.....	64
3.2.5.2 Variáveis relacionadas aos hábitos de vida e de saúde.....	66
3.2.5.3 Variáveis biométricas	67
3.2.5.4 Variáveis psicométricas: estresse e resiliência	68
3.2.6 Processamento e análise dos dados	69
3.3 FASE QUALITATIVA	71
3.3.1 Etapa de Concepção - Tipo de estudo	71
3.3.2 Etapa de Instrumentação - Local de estudo	74
3.3.3 Etapa de Instrumentação - Participantes do estudo	76
3.3.4 Etapa de Perscrutação - Coleta de dados	78
3.3.4.1 Entrevistas individuais pré-grupo.....	78
3.3.4.2 Grupo de Convivência.....	80
3.3.4.3 Entrevistas individuais pós-grupo	84

3.3.5 Etapa de perscrutação - Processamento e análises dos dados	84
3.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	88
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES	91
4.1 MANUSCRITO 1 – RESILIÊNCIA E ADESÃO AO TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS EM MULHERES.....	93
4.2 MANUSCRITO 2 – INFLUÊNCIA DE FATORES DE PROTEÇÃO E DE RISCO NA RESILIÊNCIA E NA ADESÃO AO TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS EM MULHERES	116
4.3 MANUSCRITO 3 – GRUPO DE CONVIVÊNCIA: PROMOVEDO A RESILIÊNCIA PARA O VIVER MELHOR DE MULHERES COM DIABETES MELLITUS	141
5. CONCLUSÃO	161
REFERÊNCIAS	165
APÊNDICE A: Instrumentos de pesquisa	184
APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Fase Quantitativa.....	188
APÊNDICE C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Fase Qualitativa	190
ANEXO A: Escala de Resiliência	193
ANEXO B: Escala de Estresse Percebido	196
ANEXO C: Certificado Comitê de Ética - Fase Quantitativa.....	198
ANEXO D: Certificado Comitê de Ética – Fase Qualitativa	199

1. INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica caracterizada por alterações metabólicas e endócrinas que acometem grande número de pessoas em todo o mundo, trazendo necessidades terapêuticas farmacológicas, comportamentais e de cuidado para o viver cotidiano. Muitos sistemas corporais são afetados pelo DM, sendo que os olhos, as terminações nervosas periféricas, o sistema vascular e o coração são os mais suscetíveis (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2014).

O DM também é fator de risco importante para o desenvolvimento de outras doenças, como o acidente vascular encefálico, o infarto agudo do miocárdio e a insuficiência renal crônica, sendo algumas das principais causas de mortalidade. Também é fator de risco para o desenvolvimento de condições potencialmente incapacitantes, como a perda da visão e as amputações de membros, relacionadas às lesões neurológicas e vasculares comuns a essa doença (ADA, 2014; INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2013). Assim, o DM torna-se responsável direto e indireto por grande número dos atendimentos ambulatoriais e hospitalares e pela ampliação dos gastos com serviços de saúde em todo o mundo (ADA, 2014; SIMÃO et al., 2009; SBD, 2013; IFD, 2013).

Um estudo da Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO, 2006) colocou que, em 2000, existiam cerca de 171 milhões de pessoas com DM no mundo, sendo que a Federação Internacional de Diabetes (IDF, 2013) apontou que, atualmente, existem cerca de 382 milhões de pessoas com DM, o que demonstra o intenso crescimento no número de casos nos últimos anos.

No Brasil, um estudo realizado pelo Ministério da Saúde (MS), estimou que 7,4% da população brasileira (8,1% das mulheres e 6,5% dos homens) reconheciam ter diabetes no ano de 2012 (BRASIL, 2013). Porém, por ser uma doença de evolução lenta e, frequentemente silenciosa, muitas pessoas desconhecem sua existência, havendo retardo no estabelecimento do diagnóstico, fazendo com que os valores percentuais acima descritos possam ser muito superiores (BRASIL, 2013). Nessa perspectiva, o DM tem sido reconhecido como um problema de saúde pública em nível mundial, que vem acometendo pessoas cada vez mais jovens e expressando impacto crescente no número de mortes (IFD, 2013).

Essa doença tem grande influência no metabolismo corporal devido à alteração na produção e/ou resistência celular à insulina, tendo

três formas específicas de classificação: o DM tipo 1, que ocorre na infância, adolescência ou em adultos jovens, caracterizado pela destruição das células β do pâncreas por origem genética, autoimune ou idiopática (ADA, 2014); O DM tipo 2, que ocorre, frequentemente, em adultos e idosos, representando cerca de 90% do total de pessoas com DM, no qual acontecem reduções na produção de insulina, na ação da insulina e/ou na sensibilidade das células corporais a ela (ADA, 2014; ADA, 2010); e o DM gestacional, que tem sua ocorrência marcada pelo ciclo gravídico com ganho excessivo de peso e gordura corporal (RANA et al., 2007; ADA, 2013).

Independentemente do tipo, essa doença gera necessidades contínuas de adaptação no estilo de vida e mudanças nos hábitos alimentares, no ritmo de realização de exercícios físicos e na inclusão de novas práticas em saúde, como avaliações periódicas da glicemia e o uso de medicamentos, que nem sempre são incorporadas com facilidade ao cotidiano das pessoas (SBD, 2013; LESSMANN, 2009; ADA, 2014). As alterações nos planos alimentares, baseados na restrição do consumo de carboidratos e gorduras, comumente, necessitam do envolvimento de familiares e/ou pessoas próximas para o preparo, elaboração e condução da dieta restrita, o que nem sempre ocorre de forma harmoniosa (PEREZ; FRANCO; SANTOS, 2008).

Frequentemente surgem dificuldades para a adesão à terapêutica do DM, que podem estar relacionadas às características restritivas e contínuas do tratamento, assim como às dificuldades emocionais e psicológicas que permeiam o processo de viver/ser saudável e adoecer (LESSMANN, SILVA, NASSAR, 2011; YI-FRAZIER et al., 2012; MALERBI, 2011). Destacamos que a adesão ao tratamento do DM, apesar de ser difícil de ser alcançada e ser amplamente relatada na literatura como pouco frequente, torna-se imprescindível para o viver saudável e para evitar as complicações dessa doença (PONTIERI, BACHION, 2010; ADA, 2014; SBD, 2013; IDF, 2013; DENISCO, 2011; HILLIARD, HARRIS, WEISSBERG-BENCHELL, 2012; BOAS et al., 2011).

O termo adesão ao tratamento remete às palavras em inglês *adherence* e *compliance*, que apresentam significados distintos. *Adherence* refere-se à adesão voluntária de conduta terapêutica recomendada por profissionais de saúde estando vinculada ao sentido de autonomia e desenvolvimento de habilidades para a gestão de sua vida e de sua saúde (AHMED, ASLANI, 2014; GOULART, 2011). O termo *compliance* apresenta-se relacionado ao seguimento ou cumprimento da prescrição, no qual o indivíduo tem baixo poder de decisão sobre o que

deve ser realizado (AHMED, ASLANI, 2014; GOULART, 2011). Assim, o termo *adherence* vincula-se com maior precisão à perspectiva acerca da adesão ao tratamento do DM abordada nesse estudo, que considera as mulheres em seu contexto social-histórico-cultural, ambiental e de gênero, respeitando suas deliberações relacionadas ao seu viver cotidiano. O estudo também reconhece que a adesão ao tratamento do DM pode ser ampliada por meio da realização do cuidado de enfermagem integral e de qualidade, que auxilia na tomada de decisões sobre a terapêutica, na adoção e manutenção de hábitos saudáveis capazes de repercutir positivamente no estado de saúde e no viver cotidiano.

O cuidado de enfermagem, essência da profissão, materializa-se enquanto processo, produto, tecnologia, arte, criatividade, ética, corresponsabilidade, interação e complexidade, contemplando a troca de saberes e fazeres, objetivando o bem estar e o viver melhor nas diferentes etapas do ciclo vital (BACKES et al., 2006). Esse cuidado torna-se integral ao contemplar a totalidade dos seres humanos que dele fazem parte, reconhecendo-os em suas multiplicidades e multidimensionalidades, sendo sensível, dinâmico, simbólico, seguro, dialógico, ecológico, singular e coletivo, completo e complexo. O cuidado integral traz consigo a necessidade de ser de qualidade, sendo que essa “qualificação” caracteriza-se por sua resolutividade, especificidade, segurança, comprometimento, adequação técnico-científica, sensibilidade, respeito e ética (BACKES et al., 2006). Nessa perspectiva, realizar o cuidado de enfermagem integral e de qualidade às mulheres, visando ampliar a adesão ao tratamento do DM, torna-se uma possibilidade para a promoção do viver melhor e mais saudável, tendo em vista que as complicações do DM são potencialmente incapacitantes (ADA, 2014; SBD, 2013; IDF, 2013).

Alguns estudos que focalizam o DM indicam que mulheres cuidam menos de si¹, têm pior controle glicêmico e qualidade de vida

¹ O “cuidado de si” é um termo proveniente da obra de Michel Foucault intitulada “História da Sexualidade”, sendo que o mesmo coloca que “por essa expressão é preciso entender que o princípio do cuidado de si adquiriu um alcance bem geral: o preceito segundo o qual convém ocupar-se consigo mesmo [...]; que também tomou forma de uma atitude, de uma maneira de se comportar, impregnou formas de viver; desenvolveu-se em procedimentos, em práticas e em receitas que eram refletidas, aperfeiçoadas e ensinadas; ele constituiu assim uma prática social, dando lugar às relações interindividuais, a trocas e

quando comparadas aos homens. Há vários aspectos apontados como capazes de influenciar no cuidado de si em mulheres com DM, tendo destaque para histórias de sofrimento e questões normativas de gênero como a violência, a submissão, a dependência financeira, as brigas familiares, a elevada carga de trabalho doméstico e a responsabilidade pelo cuidado dos membros da família em detrimento de seu próprio cuidado (SILVA, HEGADOREN, LASUIK, 2012; MCCOLLUN et al., 2005; WHITHEMORE, MELKUS, GREY, 2004).

O conceito de gênero remete à obra de Butler (2006, p.70), ao colocar que *“él género es el aparato a través del cual tiene lugar la producción y la normalización de lo masculino y de lo femenino junto con las formas intersticiales hormonales, cromosómicas, psíquicas y performativas que el género asume [...]”*; e à obra de Scott (1995, p.115) que entende gênero como “o discurso da diferença entre os sexos, que se refere não apenas às ideias, mas também às instituições, às estruturas, às práticas cotidianas, como também aos rituais e a tudo que constitui as relações sociais”. Considerar essas diferenças retoma o reconhecimento de desigualdades entre os gêneros, que normativamente remetiam ao masculino as atribuições públicas e de dominação; e ao feminino as atribuições do âmbito privado, como a realização de atividades domésticas, e a submissão (COELHO, 2005; ARAÚJO, SIMONETTI, 2013; PLATAFORMA DHESCA BRASIL, 2012; SCOTT, 1995). Ao longo da história, as atribuições normativas de gênero causaram impactos negativos no viver cotidiano das mulheres, restringindo seu acesso à educação, ao mercado de trabalho, à saúde, a direitos e a oportunidades (COELHO, 2005; ARAÚJO, SIMONETTI, 2013; PLATAFORMA DHESCA BRASIL, 2012; SCOTT, 1995).

Dessa forma, reconhecer as questões de gênero como parte do ser em seu processo de viver, ser saudável e adoecer aponta para perspectivas nas quais as mulheres “possam ter igualdade de direitos e de oportunidades” (ARAÚJO; SIMONETTI, 2013, p.9), possam ser reconhecidas em sua totalidade e tenham possibilidades de desvincular-se de “padrões preconizados na sociedade” (ARAÚJO; SIMONETTI, 2013, p.9).

Assim, focar a adesão ao tratamento, o cuidado de si e do DM em mulheres requer dos profissionais de enfermagem e da saúde uma abordagem envolvendo mais do que a famosa tríade do tratamento: dieta, exercícios físicos e medicação. Há que se pensar em fortalecer

comunicações, e até mesmo a atribuições; ele proporcionou, enfim, um certo modo de conhecimento e a elaboração de um saber” (FOUCAULT, 2002, p.50).

suas habilidades para o enfrentamento da multiplicidade de aspectos do seu viver, sendo que o desenvolvimento da resiliência surge como uma possibilidade de superação das condições adversas em que muitas mulheres com DM vivem (LIVISTONE; MORTEL; TAYLOR, 2011).

A resiliência está ligada à capacidade de adaptar-se às demandas sociais, de saúde e culturais que envolvem alterações significativas no processo de viver, relacionar-se, ser saudável e adoecer. É a junção de movimentos em direção à adaptação ou ao desenvolvimento de habilidades emocionais e físicas em resposta à ocorrência de fenômenos sociais ou de saúde desfavoráveis (BECONÁ, 2006; PESCE et al., 2005; OLIVEIRA et al., 2007; ANGST, 2009; SOUZA, CERVENY, 2006; OLIVEIRA et al., 2008). A literatura aponta que abalos relacionados à doença são precursores do desenvolvimento da resiliência e consequente ampliação da adaptação e adesão aos processos terapêuticos (ANGST, 2009; SOUZA, CERVENY, 2006; OLIVEIRA et al., 2008).

Desse modo, ampliar o conhecimento acerca da resiliência pode conduzir ao estabelecimento de alternativas de cuidado mais efetivas e congruentes com a realidade de vida das mulheres com DM, promovendo a redução de danos, a melhor adaptação e maior adesão ao tratamento. Porém, é reconhecido que resiliência é um referencial em processo de construção devido a sua natureza ampla e complexa (BARREIRA; NAKAMURA, 2006), sendo que o presente estudo pretende contribuir para o avanço na compreensão e aplicação do mesmo na atenção à saúde de mulheres com DM.

1.1 APROXIMAÇÕES COM A TEMÁTICA

O estudo utilizou como um de seus referenciais metodológicos a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), e por isso tenho² a oportunidade de colocar-me enquanto pesquisadora e ser humano, descrevendo um pouco da minha trajetória e sentimentos.

Meus estudos sobre a resiliência, com mulheres, iniciaram em 2008, quando ingressei no Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde às Pessoas em Condições Crônicas (NUCRON) e

² Optou-se por escrever esse item da introdução utilizando o tempo verbal na primeira pessoa do singular, por compreender que será exposta a trajetória pessoal da autora. Essa ação vai ao encontro dos pressupostos do referencial metodológico da etapa qualitativa, a Pesquisa Convergente Assistencial (TRENTINI; PAIM, 2004, p.12), que considera o pesquisador como parte do processo de “fazer e pensar a prática assistencial”.

comecei a participar das pesquisas coordenadas por minha orientadora, Dra. Denise M. Guerreiro Vieira da Silva. A escolha por estudar mulheres decorreu de nossas percepções empíricas de que, para as mulheres, era mais difícil aderir ao tratamento, uma vez que seu foco não era seu próprio cuidado, estando muito mais voltadas para o cuidado de suas famílias.

Iniciamos discutindo teoricamente e, na sequência, começamos a aplicar nossos conhecimentos em um projeto de extensão universitária, quando realizávamos consultas de enfermagem às pessoas com diabetes e hipertensão arterial em um Centro de Saúde (CS) de Florianópolis. Nesse mesmo ano iniciei o Curso de Mestrado em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sendo realizada uma pesquisa quantitativa dando ênfase para o estudo das relações entre o estresse e o DM em mulheres, desenvolvida em paralelo com o macro projeto “Mulheres em Condição Crônica: estresse e resiliência” (SILVA et al., 2008).

Foram experiências muito ricas, sendo que ao longo dessas atividades, percebi que a resiliência é um processo que pode desenvolver-se em cada ser humano que vivencia situações de risco, movendo as pessoas a resistirem e continuarem suas vidas. Ao ouvir os relatos das mulheres compreendi que é a vontade de continuar que faz com que mães que perderam seus filhos sobrevivam. É a vontade de respirar que faz com que mulheres com depressão sigam em busca de mais um nascer do sol. É essa mesma vontade que move tantas mulheres a superarem obstáculos, sobreviver à violência, ao preconceito, à dor, às doenças e à solidão. Sim, a resiliência.

Quando entendi a resiliência, percebi que ela está presente em todas as pessoas, mas em certos momentos de suas vidas ela fica fortalecida, em outros diminui ou se anula. O verbo em latim “resilir”, que dá origem ao termo, traz a ideia de “saltar para trás” (BRANDÃO; MAHFOUD; GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2011), remetendo à possibilidade de uma pessoa viver um evento adverso, sobreviver e saltar para o estado anterior ao fato. Acredito que as mulheres possam saltar, mas não esqueço que sempre existirão cicatrizes. Reconheço que as mulheres possam sobreviver, mas sei que em alguns dias irão chorar.

Penso que a resiliência pode ser caracterizada como a capacidade de suportar, de adaptar-se, de viver com, de esticar-se e não romper-se, de sobreviver e existir dignamente, permitindo que as mulheres desempenhem suas atribuições no cuidado de si, na família, na sociedade e no mundo.

Mas o que é resiliência então? Sei que é algo potente, vivo e que está dentro de cada um de nós. Que floresce e desenvolve-se, que utiliza da ajuda da família, dos amigos, da sociedade, das instituições que formam uma rede de apoio e auxiliam na jornada.

Minha trajetória enquanto estudante mostrou-me um pouco do que é a resiliência, quando ao realizar visitas domiciliares às mulheres, tive a oportunidade de escutar suas histórias. Algumas mulheres estavam sozinhas e vivenciavam as dificuldades da vida e do envelhecimento sem apoio. Outras estavam em situação de extrema pobreza e fragilidade social, mas seguiam com um sorriso largo no rosto.

Conversei com mulheres que reclamavam de tudo e outras que não se queixavam de nada; algumas tinham todo o apoio e outras viviam completamente sós; algumas tinham acesso às necessidades básicas como moradia digna, alimentação adequada e serviços de saúde, ao passo que outras viviam com quase nada. Cada entrevista uma história, cada história com suas lágrimas e seus sorrisos, sendo que percebi que a escuta sensível permitiria um aflorar de sentimentos e que seria possível desenvolver algumas estratégias para promover a resiliência visando o viver melhor.

Esses conhecimentos foram fundamentais para enriquecer minha atuação profissional enquanto enfermeira e docente junto ao Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC (atuei no ensino em período contínuo desde 2008 até o presente momento, porém com diferentes vínculos com a Universidade, dos quais destaco: Professora substituta; Estagiária de docência; Bolsista de apoio ao ensino na graduação junto ao Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais Brasileiras – Reuni; Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES; Tutora no ensino à distância; e Orientadora de trabalhos de conclusão de curso de especialização na modalidade à distância). Observando os acadêmicos compreendi que os profissionais são peças-chave no estabelecimento de cuidados de enfermagem e de saúde integrais e de qualidade, sendo que sua atuação torna-se determinante para promoção da resiliência e da adesão ao tratamento do DM.

Reconheço que a resiliência é um referencial muito importante e que os profissionais da saúde podem incorporá-la em suas práticas. Essa inclusão favorece a melhor compreensão das mulheres com DM que passam por adversidades, auxiliando no fortalecimento de fatores de proteção e no desenvolvimento de estratégias para a redução do impacto

negativo dos fatores de risco, favorecendo o cuidado de si e de sua condição crônica.

Assim, decidi mergulhar nessa temática e desenvolver essa Tese de Doutorado por acreditar que a resiliência apresenta-se como uma possibilidade para o cuidado de enfermagem integral às mulheres com DM, centrado nas necessidades de cada indivíduo e conectado com sua realidade sócio-histórico-cultural, comprometido com o vínculo e com a escuta sensível, humanizada e de qualidade.

Considerando os argumentos supracitados, essa Tese de Doutorado, vinculada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PEN) da UFSC e ao NUCRON, focaliza sua atenção na saúde das mulheres com DM, investigando como realizam o cuidado de si e estabelecendo contrapontos com a resiliência na perspectiva da ampliação da adesão ao tratamento do DM.

É composta por um capítulo de sustentação teórica, no qual são expostos os fundamentos da resiliência, abordando o surgimento e a evolução do constructo teórico ao longo dos últimos 30 anos; explanando acerca dos fatores de proteção e de risco, da resiliência e da cronicidade, do DM e da adesão ao tratamento e sobre as questões de gênero em saúde.

No capítulo seguinte, que descreve a trajetória metodológica, são apresentadas as decisões, os procedimentos e as ações que nortearam o desenvolvimento dessa pesquisa, que consiste em um estudo de método misto. Os resultados e discussões são apresentados em um capítulo específico, composto por três manuscritos, a saber:

- 1) Resiliência e adesão ao tratamento do diabetes mellitus em mulheres.
- 2) Influência de fatores de proteção e de risco na resiliência e na adesão ao tratamento do diabetes mellitus em mulheres.
- 3) Grupo de convivência: promovendo a resiliência para o viver melhor de mulheres com diabetes mellitus.

Por fim são apresentadas as considerações acerca de todo o processo, fundamentando e defendendo a seguinte Tese:

A resiliência influencia positivamente na adesão ao tratamento do Diabetes Mellitus em mulheres e sua promoção torna-se uma possibilidade para o cuidado de enfermagem integral e de qualidade.

1.2 QUESTÃO DE PESQUISA

Como a resiliência pode contribuir para a qualificação do cuidado em enfermagem e saúde e ampliação da adesão ao tratamento do diabetes em mulheres?

1.3 OBJETIVO GERAL

Compreender a resiliência como constructo teórico para a qualificação do cuidado em enfermagem e saúde e para a ampliação da adesão ao tratamento do diabetes mellitus em mulheres atendidas na atenção básica de Florianópolis.

1.3.1 Objetivos específicos

- Analisar a resiliência de mulheres com diabetes mellitus e sua relação com o segmento do plano alimentar, atividade física e estresse.
- Compreender os fatores de proteção e de risco no cotidiano de mulheres na perspectiva da resiliência e da adesão ao tratamento do diabetes mellitus.
- Compreender a contribuição do grupo de convivência como estratégia para o fortalecimento da resiliência e da adesão ao tratamento do diabetes em mulheres.

2. SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

Para que se compreenda a resiliência enquanto constructo teórico, faz-se necessário explanar sobre sua origem, reconhecendo-a enquanto processo que se desenvolve por meio do enfrentamento de adversidades do viver cotidiano, sendo influenciada por fatores de risco e de proteção que incitam respostas de adaptação.

Assim, será apresentado um panorama geral elaborado com base na literatura científica (bibliográfica e disponível em bases de dados eletrônicas) no qual abordaremos as concepções sobre a resiliência e suas intersecções com fatores de proteção, fatores de risco, cronicidade, diabetes mellitus e adesão ao tratamento. Também daremos enfoque às questões de gênero em saúde pela especificidade do estudo desenvolvido com mulheres.

2.1 RESILIÊNCIA

2.1.1 Concepções sobre a resiliência

Os estudos sobre a resiliência iniciaram recentemente, sendo que o constructo teórico vem evoluindo ao longo do tempo a partir das descobertas científicas. As primeiras pesquisas na área da saúde que utilizaram o termo foram publicadas a partir das décadas de 1970 e 1980, dando ênfase ao estudo de pessoas que vivenciaram situações traumáticas de grande intensidade, como guerras, assassinatos, grandes catástrofes urbanas e da natureza, dentre outras, e que não desenvolviam doenças psíquicas (SOUZA, CERVENY, 2006; ANGST, 2009; OLIVEIRA et al., 2008).

Inicialmente, dava-se ênfase ao estudo de crianças que vivenciavam vulnerabilidades e fatores de risco ao serem expostas à violência física, à violência psicológica, às doenças genéticas, doenças mentais de seus cuidadores, dentre outras, e não apresentavam alterações no desenvolvimento cognitivo. Essas crianças foram chamadas de “invulneráveis” e os estudos buscavam desvendar as habilidades de lidar com as situações de extremo estresse (SOUZA,

CERVENY, 2006; ANGST, 2009; OLIVEIRA et al., 2008; RUTTER, 1999).

Em princípio os estudos focalizavam a “invulnerabilidade” às situações adversas e aos fatores de risco, sendo que foram evoluindo para uma conotação mais positiva, com a abordagem dos fatores de proteção. Com o passar do tempo, o termo “invulnerabilidade” foi considerado como incapaz de contemplar a riqueza dos fenômenos em questão, sendo amplamente difundido o uso do termo resiliência (BRANDÃO, MAHFOUD, GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2011; SOUZA, CERVENY, 2006; ANGST, 2009; OLIVEIRA et al., 2008; INFANTE, 2005, p.24).

Estudos de revisão apontam que as primeiras publicações brasileiras sobre resiliência datam de 1996, abordando temas relacionados à resiliência em crianças que vivenciaram situações de risco (SOUZA, CERVENY, 2006; ANGST, 2009). Somente a partir de 2000 pesquisadores brasileiros publicaram estudos cujos sujeitos das pesquisas eram adultos e/ou idosos (SOUZA; CERVENY, 2006).

Frequentemente, observa-se na literatura brasileira que os pesquisadores atribuem a origem do termo resiliência às ciências físicas, mais especificamente à disciplina de resistência dos materiais, estando relacionado à capacidade de materiais suportarem “tensões” mecânicas e manterem sua estrutura original, sendo que o conceito foi adaptado para referir-se à resistência psicológica dos indivíduos aos eventos traumáticos (BRANDÃO, MAHFOUD, GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2011; BRANDÃO, 2009; SOUZA, CERVENY, 2006; ANGST, 2009; OLIVEIRA et al., 2008).

A revisão de literatura elaborada por Brandão, Mahfoud e Gianordoli-Nascimento (2011) questiona essa origem, alegando que o significado de resiliência para as ciências exatas não é compatível com a conotação dada em estudos nas ciências da saúde e sociais. Colocam que, quando o termo passou a ser utilizado no contexto brasileiro, já era amplamente difundido na língua inglesa, e que os pesquisadores de referência no tema, que conduziram suas pesquisas nesse idioma, pouco ou nada mencionam acerca da origem do termo relacionado à física. Alegam que a palavra resiliência vem da língua inglesa e tem sua origem no “latim *resilio*, *resilire*”, significando “voltar para trás, voltar saltando” (BRANDÃO; MAHFOUD; GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2011, p.265).

Existem duas grandes correntes de estudos em relação às concepções sobre a resiliência, uma delas denominada “primeira geração”, que entende a resiliência como um conjunto de competências

inatas ou “qualidades pessoais que permitem superar adversidades”, e ocorre em indivíduos que permanecem sadios em meio às situações de extremo risco para o desenvolvimento de doenças (INFANTE, 2005, p.24).

A segunda geração de estudos considera a resiliência como processo que se desenvolve em situações de adversidade e permite que a pessoa adapte-se positivamente frente ao risco (INFANTE, 2005). Os estudos mais recentes tendem a seguir o paradigma da segunda geração, porém não há um consenso formado acerca do conceito de resiliência (OLIVEIRA et al., 2008; BRANDÃO, 2009), fato que motiva uma discussão com base nas publicações. Convém destacar que nesta Tese de Doutorado seguiremos a linha da segunda geração de pesquisas na área.

Nesta perspectiva, o artigo de reflexão teórica de Yunes (2003) coloca a resiliência como processo atrelado à ocorrência de adversidade, a qual motiva o desenvolvimento humano em direção à superação. Na mesma linha de pensamento, os autores Pesce et al. (2004, p.135) conceituam a resiliência como “conjunto de processos sociais e intrapsíquicos, que possibilitam o desenvolvimento de uma vida sadia, mesmo vivendo em um ambiente não sadio”.

Souza e Cerveny (2006, p.124) colocam em uma revisão de literatura que “resiliência é um constructo construído socio-historicamente, impregnado de valores e significados próprios da cultura em que ele se insere”. Também acrescentam que “o significado do que é resiliência, fatores protetores e de risco, podem ser diferentes para diferentes populações, da mesma forma que as pesquisas são um retrato dos problemas enfrentados em cada país e/ou região”.

Oliveira et al. (2008, p.763-764) declaram em sua revisão de literatura que a resiliência é um “fenômeno que diz respeito à capacidade humana de superar, recuperar e adaptar-se frente à adversidade de maneira positiva”. Colocaram que a resiliência tem como característica marcante a noção de processo, que se desenvolve no indivíduo “na presença de riscos e fatores de proteção, ou seja, ela pode ser promovida ao longo do ciclo vital.” (OLIVEIRA et al., 2008, p.763-764).

Na revisão de literatura desenvolvida por Infante (2005, p.25), a autora coloca que a “resiliência tenta promover processos que envolvam o indivíduo e seu ambiente social, ajudando-o a superar a adversidade (e o risco), adaptar-se à sociedade e ter melhor qualidade de vida”.

Outra revisão de literatura desenvolvida por Angst (2009, p.254) destaca que a resiliência “relaciona as experiências positivas que levam a sentimentos de autoestima, de autoeficácia e de autonomia que

capacitam a pessoa a lidar com as mudanças e adaptações, obtendo um repertório para a solução de problemas”.

Em uma pesquisa qualitativa desenvolvida por Labronici (2012, p.630) com mulheres vítimas de violência foi exposto que a resiliência fornece bases para a “resistência à destruição, que se relaciona à capacidade de proteger sua integridade sob fortes pressões, e à capacidade de se construir, de criar uma vida digna de ser vivida, apesar das circunstâncias adversas”. Essa mesma autora afirma que a resiliência “pode ser estimulada, mantida e construída por diferentes atores sociais” (LABRONICI, 2012, p.630).

O interesse por pesquisar a resiliência na área da saúde, entre outras, vem ampliando-se, fator que conflui com as demandas do ser humano, que “passam constantemente por adversidades como o desemprego, a violência urbana, a miséria, o abandono, as perdas, entre outros” (OLIVEIRA et al., 2008, p.765). Assim, ampliar os conhecimentos sobre a resiliência pode auxiliar na compreensão dos elementos necessários para o viver mais saudável apesar das adversidades vivenciadas.

No presente estudo, com base nos autores supracitados, formulamos uma síntese do conceito de resiliência:

Capacidade de suportar, de adaptar-se e conviver de forma harmônica, desenvolvida frente às situações de adversidade e/ou estresse.

2.1.2 Resiliência e fatores de risco

A resiliência traz em sua essência o enfrentamento de adversidade, que é influenciada por fatores de risco que podem contribuir para a desestabilização do processo de viver e ser saudável, ou seja, os fatores de risco aumentam a possibilidade de não adaptação da pessoa diante de uma situação adversa.

Os estudos sobre resiliência apontam que fatores de risco são capazes de abalar a forma como as pessoas enfrentam a adversidade, sendo que esses fatores podem ser intrínsecos ou extrínsecos ao ser humano. Exemplos de fatores intrínsecos são os sentimentos de tristeza, de derrota, de baixa autoestima e de baixa autoimagem (OLIVEIRA et al., 2008; SOUZA, CERVENY, 2006; ANGST, 2009; BRANDÃO, MAHFOUD, GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2011; INFANTE, 2005;

BRANDÃO, 2009; YUNES, 2003; PESCE et al., 2004; LABRONICI, 2012).

Alguns dos fatores de risco extrínsecos ou sociais são: inexistência ou fragilidade nas redes de apoio social; ocorrência de catástrofes naturais e sociais; exposição à violência urbana, sexual ou moral; maus tratos e abandono; doenças agudas ou crônicas; deficiências físicas; privação de recursos básicos para a sobrevivência como moradia, alimentação e segurança; preconceito e desrespeito à diversidade humana; exposição às drogas e à marginalização social (OLIVEIRA et al., 2008; SOUZA, CERVENY, 2006; ANGST, 2009; BRANDÃO, MAHFOUD, GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2011; INFANTE, 2005; BRANDÃO, 2009; YUNES, 2003; PESCE et al., 2004; LABRONICI, 2012).

Os fatores de risco, independentemente de sua origem, são capazes de desestabilizar a homeostase vital e causar abalos psíquicos e/ou físicos nas pessoas que os vivenciam. Uma pessoa pode reconhecer um mesmo fator de risco de diferentes formas, de acordo com a avaliação que faz de seu momento e de seu contexto de vida, sendo que a forma como reagem a eles é determinante para o processo de ajustamento ou desestabilização (SOUZA, CERVENY, 2006).

Ter uma doença crônica como o DM pode ser considerado um fator de risco quando associado às situações de grande estresse, proveniente das mudanças no estilo de vida e nos hábitos socioculturais, das tentativas de implementação das recomendações terapêuticas, do medo do desconhecido, dos enfrentamentos diários necessários para um viver saudável e da nova condição de saúde-doença (SAMUEL-HODGE et al., 2000; PÉREZ, FRANCO, SANTOS, 2008; LESSMANN, SILVA, NASSAR, 2011). Destaca-se que durante a exposição aos fenômenos estressores ocorrem alterações na produção de cortisol, glucagon, catecolaminas, hormônio do crescimento e renina, que são capazes de interferir na ação da insulina, e conseqüentemente, no controle do DM (GUYTON; HALL, 2011).

Guyton e Hall (2011) elucidam que a exposição às situações de estresse induz à produção do Fator Liberador de Corticotrofina (CRF) e demais neuropeptídeos pelo hipotálamo, no cérebro, sendo que cada um deles desencadeia uma resposta específica. Descrevem que o CRF estimula a hipófise a produzir o hormônio adenocorticotrófico (ACTH), que ativa a secreção de cortisol pelas glândulas suprarrenais. O cortisol é um glicocorticoide endógeno, que produzido em excesso estimula a mobilização de ácidos graxos das extremidades para a região visceral, o que exacerba a resistência à insulina em pessoas com DM (GUYTON;

HALL, 2011). A modificação prolongada do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal também diminui a atuação da serotonina, neuropeptídeo envolvido no processo de memória emocional, além de provocar maior liberação noradrenérgica (GUYTON; HALL, 2011; MARGIS, KAPCZINSKI, 2003).

A disfunção na produção desses neuropeptídeos pode levar a ocorrência de tristeza crônica, sentimentos de pânico e alteração de humor. Outra característica marcante da exposição prolongada às situações estressoras é a hipervigilância e a impulsividade decorrentes do “aumento da sensibilidade de receptores dopaminérgicos” (MARGIS; KAPCZINSKI, 2003, p.313).

Assim, estar exposto a fatores de risco, causadores de estresse, pode acarretar no comprometimento intenso das neurotransmissões envolvidas com a regulação do humor, podendo estar associado às sensações de sofrimento prolongado (GUYTON, HALL, 2011; MARGIS, KAPCZINSKI, 2003; KING, HEGADOREN, 2006). Essas situações podem influenciar no processo de viver, além de exacerbarem a resistência à insulina, acarretando em maiores dificuldades de controle do DM.

Por outro lado, vivenciar situações estressantes pode conduzir ao surgimento do desejo de superação, motivando o desenvolvimento de estratégias que as fortaleçam. Assim, pode-se dizer que a resiliência é desenvolvida frente à exposição às situações de adversidades e/ou aos fatores de risco, auxiliando na busca por soluções e formas de viver melhor. Essa abordagem remete à conotação de enfrentamento positivo ou mesmo de superação da adversidade e permanência sadia frente ao risco (CASTRO, 2009).

2.1.3 Resiliência e fatores de proteção

Estudar resiliência também remete ao reconhecimento da existência de fatores de proteção, que são considerados como “influências que modificam ou melhoram a resposta de uma pessoa a algum perigo que predispõe a um resultado não adaptativo e que parecem mudar ou reverter circunstâncias potencialmente negativas” (ANGST, 2009, p.255).

Ou seja, os fatores de proteção ajudam a vivenciar os problemas e favorecem a adaptação positiva. Cada pessoa reconhece seus fatores de proteção e confere características subjetivas e particulares a cada um deles. Assim, o que pode ser um fator de proteção para um, não

necessariamente exerce tal influência em outro indivíduo (CASTRO, 2009; SOUZA, CERVENY, 2006).

Os fatores de proteção são frequentemente classificados em três tipos:

- Individuais: sentimentos ou características da personalidade, como por exemplo: autoestima elevada, autoeficácia, autocontrole, esperança e otimismo, flexibilidade, autoimagem positiva, autonomia, sentimentos de empatia, religiosidade, crença e fé, propensão à adaptação, dentre outros (SALES, SOUGEY, 2012; PESCE et al., 2004; LARANJEIRA, 2007; SAPIENZA, PEDROMÔNICO, 2005; MAIA, WILLIAMS, 2005; YUMES, 2003; INFANTE, 2005).
- Familiares: afetividade, estabilidade de relacionamentos, respeito mútuo, ausência de discórdia e negligência, ausência de violência física, sexual e psicológica, comunicação, flexibilidade, propensão à reconciliação e mobilização para fornecer apoio (SALES, SOUGEY, 2012; PESCE et al., 2004; LARANJEIRA, 2007; YUMES, 2003; MAIA, WILLIAMS, 2005; CASTRO, 2009; INFANTE, 2005).
- Suporte Social: rede assistencial social e de saúde acessíveis, relacionamentos positivos com seus pares, suporte cultural, presença e atuação de instituições religiosas e de organizações não governamentais, bom relacionamento com vizinhos e/ou colegas de trabalho, engajamento em associações e grupos de convivência (SALES, SOUGEY, 2012; PESCE et al., 2004; LARANJEIRA, 2007; YUMES, 2003; MAIA, WILLIAMS, 2005; CASTRO, 2009; TAVARES et al., 2011; LABRONICI, 2012; INFANTE, 2005).

Assim, não há regra relacionada ao número de fatores de proteção que um indivíduo deve possuir, mas a qualidade e efetividade da influência positiva na vida são consideradas significativas. Os fatores de proteção favorecem o enfrentamento positivo da adversidade e auxiliam no processo adaptativo.

2.1.4 Resiliência e cronicidade

Para conhecer os estudos sobre a resiliência enfocando a cronicidade foi realizada busca em bases de dados, utilizando os descritores “Psychological resilience” and “Chronic disease”. Como estratégias de refinamento utilizamos: os artigos revisados por pares, publicados de janeiro de 2006 a dezembro de 2012³, nos idiomas português, inglês e espanhol, nas coleções SciELO[®] Brasil (Scientific Electronic Library Online), LILACS[®] (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Medline[®] (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) e na base de dados de referências e citações Scopus[®]. Foram excluídos os artigos de revisão teórica, revisão de literatura e todos os que não versavam sobre a resiliência e a cronicidade. Destaca-se que esses elementos apenas nortearam a elaboração desse texto, que não tem o propósito de sumarizar resultados, tampouco abordar a totalidade de publicações científicas da área.

Essa busca permitiu encontrar estudos que versam sobre a resiliência enfocando doenças crônicas específicas como: espondilite anquilosante, hepatite viral, dor crônica, câncer, doença de Parkinson, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e insuficiência renal crônica (IRC); destacando o efeito benéfico da promoção da resiliência para a melhor adaptação às necessidades decorrentes das doenças crônicas. Numa síntese dos resultados, apontam que fortalecer fatores de proteção individuais, familiares e de suporte social auxiliam na identificação de novas perspectivas para o cuidado e para o viver, favorecendo o enfrentamento das adversidades e o aflorar de sentimentos positivos, sendo que os principais achados de cada estudo serão apresentados a seguir:

O estudo quantitativo transversal prospectivo com amostra não probabilística, desenvolvido nos Estados Unidos da América (EUA) por BRIONEZ et al. (2009), foi realizado com 294 pessoas com *espondilite anquilosante*, o qual analisaram os resultados obtidos em uma escala que avaliou o índice funcional por meio de variáveis sociodemográficas, imunológicas, genéticas, de enfrentamento passivo e ativo, depressão e resiliência. Para mensurar a resiliência foi aplicada a escala “*Brief Resiliente Coping Scale*”, com pontuação de 0 a 20, sendo que maiores escores indicaram maior resiliência. Nas avaliações realizadas, os autores perceberam que baixos níveis de resiliência tinham correlação estatisticamente significativa com escores elevados na escala de

³ A seleção dos artigos ocorreu nos dias 9 a 11 de maio de 2013.

avaliação funcional, o que indica pior estado geral (BRIONEZ et al., 2009).

Estudando a *infecção pelo vírus da hepatite C (VHC)*, a depressão e fatores protetivos para a saúde mental, Erim et al. (2010) desenvolveram uma pesquisa na Alemanha, com método observacional transversal e amostra intencional, do qual participaram 81 pessoas com infecção pelo VHC, que não tinham coinfeção pelo vírus da hepatite B ou pelo Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV/Aids) e que não faziam uso da medicação antiviral Interferon[®]. Nesse estudo, observou-se que as pessoas com VHC apresentam escores elevados de depressão e estresse emocional. Colocam que a perspectiva da resiliência foi útil para a compreensão dos desafios decorrentes da cronicidade da doença e que permitiu o reconhecimento das necessidades de educação em saúde para maior adesão ao tratamento do VHC.

Ainda enfocando pessoas que convivem cronicamente com o VHC, um estudo desenvolvido na Austrália, com metodologia qualitativa exploratória, entrevistou 20 pessoas buscando identificar as formas de enfrentamento dos efeitos colaterais do tratamento medicamentoso (HOPWOOD; TRELOAR, 2008). Participaram do estudo oito pessoas que adquiriram o VHC através do uso de drogas injetáveis, seis pessoas que adquiriram em procedimentos médicos e seis em comportamento inseguro. A maioria das pessoas que usavam drogas injetáveis não tinha parceiro ou redes amplas de apoio, fator que dificultou o enfrentamento dos efeitos colaterais e consequente redução da adesão ao tratamento. A presença de um parceiro foi importante para o auxílio e o suporte das reações adversas do tratamento, assim como a realização de atividades que reduzissem o estresse e promovessem a resiliência. Destacaram que o estímulo para a redução das horas diárias de trabalho, a realização de técnicas de relaxamento, o acesso aos serviços da comunidade como conselhos e grupos, além do suporte da família ou amigos foram ações importantes para a redução do estresse. Acrescentaram que realizar intervenções que promovam a resiliência pode trazer resultados benéficos, recomendando a avaliação da capacidade individual para buscar ajuda e a identificação de questões sociais que dificultem a adaptação positiva ao uso da terapia medicamentosa (HOPWOOD; TRELOAR, 2008).

Alguns estudos enfocaram a resiliência como possibilidade para conviver melhor com a *dor crônica*. Um deles foi a pesquisa desenvolvida nos EUA, com característica quantitativa transversal probabilística, na qual participaram 95 pessoas, das quais 72 eram

mulheres e 23 eram homens que foram recrutados em uma lista na atenção primária (ONG; ZAUTRA; REID, 2010). Os participantes foram entrevistados e receberam um diário para a realização de anotações de aspectos do dia a dia, questões emocionais e características da dor durante 14 dias, devolvendo o material de pesquisa por correio depois de preenchido. Para avaliar a resiliência utilizaram a escala “The Ego-Resiliency Scale”, com 14 itens e coeficiente α de Cronbach 0,78. Os autores relataram que pessoas com menor renda declararam maior dor; que as mulheres apontaram maior dor que os homens; e que as mulheres relataram com maior frequência que as emoções positivas influenciaram na redução da dor. Acrescentaram que existia relação entre resiliência e dor, que ter emoções positivas favoreceu o alcance de maiores escores de resiliência e pôde reduzir a presença de pensamentos que potencializam a dor (ONG; ZAUTRA; REID, 2010).

Outro estudo enfocando a dor crônica, realizado nos EUA, entrevistou por telefone 544 pessoas que já faziam parte de um estudo prévio, no qual foram separadas, levando em consideração os escores elevados e baixos de resiliência, e comparadas entre si. Observaram que no grupo com escores de resiliência mais elevados, os indivíduos tinham maior escolaridade e relataram níveis e duração menores da dor. Já o grupo com menores escores de resiliência apresentou menor tolerância à dor e menor capacidade de aceitação da cronicidade (KAROLY; RUEHLAN, 2006).

Nessa mesma temática, um estudo qualitativo desenvolvido na Austrália investigou a resiliência em 10 pessoas com dor crônica. Colocaram que o desenvolvimento da resiliência proporcionou uma maior aceitação da dor crônica, possibilitando a elaboração de estratégias para o viver melhor e para a valorização das coisas positivas da vida, além de identificar formas para buscar e aceitar a ajuda oferecida durante o processo de conviver com a dor crônica (WEST et al., 2012).

Enfocando o *câncer*, um estudo com abordagem mista, com amostragem por conveniência realizado em Taiwan, entrevistou 98 pessoas que sobreviveram ao câncer na adolescência, sendo que 49 tiveram leucemia e 49 tiveram tumor cerebral. Os entrevistados tinham de 18 a 21 anos e realizaram terapia para o câncer há cerca de cinco anos. Foi aplicada uma escala para avaliar a resiliência, sendo que os resultados não apontaram diferença entre os dois grupos, porém os sobreviventes de tumor cerebral tiveram escores de resiliência mais elevados nos itens que abordavam a disponibilidade de orientação/apoio. Relataram que a parte qualitativa do estudo permitiu identificar a

importância de fatores de proteção como a autoestima, autoeficácia, ser amado e ser valorizado, o incentivo da família, de amigos e de profissionais de saúde. Esses fatores de proteção auxiliaram no enfrentamento das adversidades do tratamento e no controle do medo da recidiva do câncer. Colocaram que os profissionais podem atuar no fortalecimento dos fatores de proteção, visando a melhor adaptação e consequente melhor qualidade de vida dessa população (CHOU; HUNTER, 2009).

Um estudo transversal com amostra por conveniência, realizado nos EUA com 83 pessoas com *doença de Parkinson* correlacionou a resiliência com a qualidade de vida, gravidade da doença, incapacidades e sintomas não motores da doença. Apontaram que maiores escores de resiliência estiveram acompanhados de melhor qualidade de vida, menor deficiência, menor incapacidade e sintomas reduzidos de apatia, ansiedade e fadiga (ROBOTTON et al., 2012)

Com relação à resiliência e a *Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica*, um estudo observacional transversal não probabilístico, realizado na Colômbia com 40 pessoas com essa doença crônica, objetivou avaliar as relações entre resiliência, compreensão da doença, crenças e qualidade de vida. Para isso aplicaram vários instrumentos psicométricos, dentre eles a “Escala de Resiliência RS” criada por Wagnild e Young em 1993, contendo 25 itens com resposta estilo *likert* e pontuação variando de 1 a 7 para cada item. Nesta escala, maiores pontuações revelaram maior resiliência. Também utilizaram a escala de Resiliência Breve CD-RISC2, elaborada por Vaishnavi, Connor e Davidson (2007), sendo uma versão com duas questões que derivam da Escala de Resiliência de Connor e Davidson (CD-RISC) (2003) com 25 itens. Como resultados destacaram que foram encontrados escores elevados em ambas as escalas e correlações positivas com a avaliação de saúde geral e saúde mental. Apontaram que a resiliência favoreceu a adaptação às adversidades da doença por meio do desenvolvimento de habilidades como autoconfiança, independência, empoderamento e aceitação de si mesmo (VINACCIA; QUICENO, 2011).

Outro estudo desenvolvido na Colômbia pelo mesmo grupo de pesquisa dos autores supracitados, com metodologia quantitativa observacional transversal não probabilística, também abordou a resiliência em 40 pessoas com *insuficiência renal crônica*, 41 pessoas com *artrite reumatoide* e 40 pessoas com DPOC. Foram aplicadas as mesmas escalas e avaliações do estudo supracitado. Os escores totais de resiliência ficaram muito próximos, levando-se em consideração que os valores na “Escala de Resiliência RS” variam de 25 a 175. A média do

escore de resiliência na escala RS foi de 149,4 ($\pm^{4}18,3$) para pessoas com artrite reumatoide, 148,9($\pm 14,4$) para pessoas com IRC e 147,3($\pm 23,5$) para pessoas com DPOC. Comparando o escore de resiliência de todo o grupo, perceberam correlação com a percepção da doença, colocando que escores maiores de resiliência e a melhor adaptação às demandas da doença estavam diretamente relacionados ao conhecimento que a pessoa tinha acerca do que vivenciava (VINACCIA; QUICENO; REMOR, 2012).

2.1.5 Resiliência, diabetes e adesão ao tratamento

Conviver com uma doença crônica como o DM demanda adaptar vários elementos do viver cotidiano, sendo que essas mudanças nem sempre são fáceis de gerenciar e principalmente de manter, tendo em vista que não há um ponto de finalização no tratamento (ADA, 2013; SBD, 2013, MALERBI, 2011).

O caráter intermitente, a complexidade das ações, a necessidade de novos aprendizados, as constantes alterações nas terapêuticas, a ocorrência de crises agudas, o ônus financeiro e o próprio desgaste emocional envolvidos no controle diário da doença são alguns dos elementos apontados como geradores de frustração, cansaço e descontentamento, favorecendo a descontinuidade e baixa adesão ao tratamento (ADA, 2013; SBD, 2013; MALERBI, 2011; PERES et al., 2007; PONTIERI, BACHION, 2010; REINERS et al., 2008).

A adesão ao tratamento vai além do cumprimento da prescrição de medicação, envolvendo mudanças nos hábitos de vida relacionados à prática de exercício físico, ao plano alimentar e à monitorização da glicemia capilar (ADA, 2013; SBD, 2013), sendo que a literatura acrescenta que o controle do estresse também torna-se imprescindível na manutenção de níveis estáveis de glicemia (LESSMANN, SILVA, NASSAR, 2011; LLOYD, SMITH, WEIGNER, 2005; SAMUEL-HODGE et al., 2000).

A adesão ao tratamento do DM engloba um conjunto de movimentos pessoais, familiares e institucionais para a inclusão de práticas de cuidado que comumente são distintas do que era realizado em período anterior à descoberta da doença. Destaca-se que o seguimento das terapêuticas necessita de comprometimento e do desejo

⁴ O símbolo \pm corresponde ao Desvio Padrão (DP).

individual de participar ativamente do cuidado de si visando à redução de complicações decorrentes da doença (GUSMÃO; MION, 2006).

Existem elementos que influenciam na adesão ao tratamento como a capacidade de compreender as recomendações, a empatia com os profissionais e serviços de saúde, o acesso e a sensação de ser bem atendido nos serviços de saúde, a crença no tratamento prescrito e na sua real importância (CAMARGO-BORGES, JAPUR, 2008; GUSMÃO, MION, 2006). Os fatores sociais, históricos, culturais e de saúde também exercem influências diretas e indiretas na opção por realizar ou não a terapêutica recomendada (PERES et al., 2007; ALVES, CALIXTO, 2012). Aderir ao tratamento torna-se resultado da conexão de múltiplos elementos, sendo um movimento é complexo e de difícil realização, fato elucidado pela baixa adesão ao tratamento do DM documentada na literatura (ADA, 2013; SBD, 2013; MALERBI, 2011; PERES et al, 2007; PONTIERI, BACHION, 2010; REINERS, 2008).

Nesta perspectiva, descreveremos a seguir alguns estudos⁵ que abordam a resiliência e o DM. Em síntese os estudos apontaram que a resiliência surge como uma possibilidade para ampliar a realização de práticas saudáveis de cuidado de si, por meio do fortalecimento de fatores de proteção que podem auxiliar na melhor adesão ao tratamento do DM, na busca pela superação dos impactos negativos de fatores de risco e de situações de vulnerabilidade no viver cotidiano.

O estudo desenvolvido na Austrália por Livistone, Mortel e Taylor (2011) de abordagem qualitativa utilizando a teoria fundamentada nos dados, realizou entrevistas com cinco pessoas que sofreram amputações decorrentes do diabetes e seus parceiros ou cuidadores. Colocaram que as amputações trouxeram mudanças significativas na vida das pessoas com DM, além de sofrimento oriundo da alteração do corpo, do medo da piora e da ocorrência de novas amputações. Acrescentaram que a resiliência tornou-se fundamental para o viver com o DM e para a adaptação aos impactos físicos e sociais da amputação, permitindo a ampliação do controle da doença.

⁵ Realizada a partir da busca em bases de dados previamente descrita, na qual encontramos apenas cinco estudos que abordaram a resiliência e o DM, sendo três estudos internacionais e dois estudos nacionais. Devido à escassez de pesquisas indexadas nas bases de dados selecionadas, realizamos uma busca livre em 29 de setembro de 2013 utilizando as palavras “Resilience AND Diabetes” na ferramenta Google Acadêmico. Além dos artigos encontrados anteriormente, captamos uma tese de doutorado defendida nos EUA, porém desenvolvida na China e uma dissertação de mestrado brasileira.

No estudo sobre a Resiliência e o DM, com abordagem quantitativa observacional não probabilística, desenvolvido nos EUA com 71 mulheres de origem africana, foi verificada a resiliência utilizando a “Escala de Resiliência RS” e comparada com variáveis sociodemográficas e valores de hemoglobina glicada (HbA1c). Como resultados verificaram que escores de resiliência tiveram associação inversamente proporcional aos valores de HbA1c, ou seja que escores elevados de resiliência suscitam escores baixos de HbA1c, indicando melhor controle do DM. Também apontaram correlação significativa entre renda e resiliência, sendo que mulheres com menor renda apresentaram menores escores de resiliência (DENISCO, 2011).

O estudo quantitativo observacional transversal de Jaser e White (2011) desenvolvido nos EUA incluiu 30 adolescentes com DM tipo 1 com idade entre 10 e 16 anos e suas mães, sendo que os adolescentes não tinham outros problemas de saúde e conheciam o diagnóstico de DM há, no mínimo, seis meses. Foram aplicados questionários para mensurar o estresse, as competências dos adolescentes (um questionário para eles e outro para as mães), a qualidade de vida, e avaliada a HbA1c descrita em prontuário nas últimas 8-12 semanas considerando que valores inferiores a 8% eram aceitáveis para essa faixa etária. A resiliência foi abordada como um atributo mais amplo, no qual faziam parte a qualidade de vida, o manejo do estresse, as competências para a autogestão e o enfrentamento de problemas. Colocaram que maiores habilidades para lidar com emoções somadas a capacidade de enfrentar problemas de forma objetiva e controlar os níveis de estresse influenciaram positivamente na qualidade de vida e no controle metabólico. Acrescentaram que “estratégias negativas de enfrentamento, como a evasão e negação, foram associadas a menores escores de resiliência, evidenciando níveis mais baixos de competência e controle metabólico” [tradução nossa] (JASER; WHITE, 2011, p. 339). Concluíram o estudo destacando ser importante conversar e usar exemplos sobre as formas de incorporar estratégias de enfrentamento adaptativo no cotidiano dos adolescentes, tendo em vista que essas ações aumentavam a probabilidade de serem incorporadas boas práticas de cuidado do DM ao cotidiano dos adolescentes.

A tese de doutorado de Huang (2009) defendida nos EUA apresentou reflexões teóricas sobre a resiliência e, em um dos capítulos, descreveu uma pesquisa observacional transversal que versou sobre a resiliência e o DM. Desta participaram 345 pessoas com DM que aguardavam por atendimento em ambulatório de endocrinologia de três hospitais de Taiwan. Foram aplicadas oito escalas que avaliaram os

sintomas do diabetes, o convívio com estressores específicos do DM, a prática de exercícios físicos, as estratégias de enfrentamento, o suporte social, a qualidade de vida, o autocuidado relacionado ao DM, a escala de resiliência CD-RISC, além dos valores de HbA1c e dados sociodemográficos. O estudo correlacionou fatores de risco e de proteção com escores de resiliência, apontando que pessoas com maior resiliência tenderam a apresentar melhor suporte social, melhores estratégias de enfrentamento do DM, melhor saúde mental e maior qualidade de vida. Destacaram que escores elevados de resiliência foram associados a maior frequência de prática de atividade física, melhores cuidados com o plano alimentar e com os pés, porém não encontraram associação com valores de HbA1c. Concluíram que a resiliência tornou-se importante no processo de ajustamento, controle e autocuidado relacionado ao DM.

Quanto aos estudos brasileiros, destacamos que um deles foi desenvolvido em Florianópolis pelas autoras Tavares, Barreto, Lodetti, Silva e Lessmann (2011). Com abordagem quantitativa observacional transversal não probabilística, realizado com 60 pessoas com DM assistidas em um hospital universitário, sendo que 20 estavam recebendo atendimento na emergência, 20 no ambulatório e 20 em unidades de internação médica ou cirúrgica. As autoras investigaram dados sociodemográficos e aplicaram a escala CD-RISC. Observaram diferença estatisticamente significativa (p-valor 0,0061) entre o escore de resiliência nos três grupos, sendo escore médio de 84,35 ($\pm 7,67$) na emergência, 77,60 ($\pm 13,41$) em unidades de internação e 71,95 ($\pm 13,03$) no ambulatório. Apontaram que pessoas que vivenciaram a piora dos sintomas do DM e buscaram “atendimento em uma unidade de emergência mobilizaram maior resiliência para o enfrentamento dessa condição” (TAVARES et al., 2011, p.755). Outro dado relevante apontado no artigo foi que a média geral de resiliência no grupo de 60 pessoas foi de 77,96 ($\pm 12,56$), e ficou próximo ao escore de 80,4 encontrado na população geral que se submeteu à validação da escala CD-RISC (CONNOR; DAVIDSON, 2003), colocando que conviver com uma doença crônica como o DM necessita do desenvolvimento da resiliência (TAVARES et al., 2011).

O segundo estudo brasileiro foi publicado na língua inglesa, sendo desenvolvido em São Paulo com 85 adolescentes e jovens adultos com diabetes tipo 1, com idades entre 11 a 22 anos (SANTOS et al, 2013). Com metodologia observacional transversal não probabilística utilizaram a Escala de Resiliência RS, uma escala para avaliar o conhecimento sobre o diabetes, uma para avaliar a depressão e a

ansiedade, além dos níveis de HbA1c, considerando como aceitáveis os valores abaixo de 7,5% para essa faixa etária (SANTOS et al., 2013). Observaram que 23,5% da amostra do estudo apresentou controle glicêmico aquém do esperado, apontando para a necessidade de ações de educação em saúde que sensibilizem para a compreensão dos fatores que influenciam no controle glicêmico e das possíveis complicações do DM. Colocaram que a resiliência apresentou correlação significativa com HbA1c, recomendando que a promoção da resiliência fosse “incorporada em programas para essa população abordando temas como: sono ideal, atividade física, escolhas alimentares adequadas, monitoramento da glicose sanguínea, adesão aos medicamentos, autoeficácia e suporte social” [tradução nossa] (SANTOS et al., 2013, p.4).

Uma dissertação de mestrado desenvolvida no Rio Grande do Sul por Perez (2013), composta por três estudos, dos quais apenas um abordou a resiliência e o DM. Constituiu um estudo de caso com três adolescentes de 13 a 14 anos, sendo realizadas entrevistas semiestruturadas, busca de dados em prontuários e desenvolvido um mapa das redes de apoio para identificar os fatores de risco e proteção que estavam envolvidos no processo de resiliência de cada caso. Constatou que fatores de proteção, como o otimismo e a habilidade para resolver problemas, foram importantes para a promoção da resiliência e para a melhor adaptação às necessidades decorrentes do DM, sugerindo que as equipes de saúde atuem na promoção dos fatores de proteção e fortalecimento da resiliência (PEREZ, 2013).

2.2 GÊNERO, MULHERES E SAÚDE

Os estudos das questões de gênero tiveram maior destaque com os movimentos feministas, deflagrados em resposta às diferenças normativas socioculturais entre homens e mulheres, quando homens tinham maior poder decisório e maior valorização de seus saberes/fazerem enquanto as mulheres ocuparam papéis secundários e desvalorizados (COSTA, 2010; GROSSI, 2010).

Essas diferenças causaram impactos diretos e indiretos na vida das mulheres, sendo que muitas delas foram privadas do acesso à educação e ao trabalho digno e remunerado (GROSSI, 2010); estiveram expostas à violência moral, conjugal, sexual, física e psicológica sendo submetidas a atitudes desumanas, violentas, segregadoras e preconceituosas sem a devida possibilidade de resposta ou defesa. Em

muitas culturas, as mulheres não tinham o direito de escolher seus parceiros, sendo vendidas, cedidas, “prometidas” por seus familiares em troca de bens materiais, status ou vantagens de diversas naturezas. Também foram exploradas ao exercerem o trabalho doméstico em troca de parca remuneração, que frequentemente consistia em subsídios mínimos para o seu sobreviver. As mulheres não votavam, não opinavam, ou participaram de qualquer tomada de decisão, seja no âmbito domiciliar, como nas esferas públicas. Em algumas culturas não podiam sequer expor partes do corpo como braços e pernas sem serem estigmatizadas e segregadas. Além dessas e outras dificuldades, ainda ocorriam situações em que mulheres eram culpabilizadas por seus infortúnios, nos quais sociedades preconceituosas alegavam, por exemplo, que a mulher foi vítima de violência por não “obedecer” seu marido. Essas e tantas outras injustiças ocorreram e ocorrem em menor ou maior escala em todos os “cantos” do mundo. São violências explícitas ou veladas que repercutiram na construção histórica das atribuições normativas de gênero (COSTA, 2010; GROSSI, 2010; ARAÚJO, SIMONETTI, 2013; BRASIL, 2004; SANTOS et al., 2010; VILLELA, SANEMATZU, 2003; COELHO, 2005; CARNEIRO, 2003; PLATAFORMA DHESCA BRASIL, 2012; SCOTT, 1995).

Motivadas pelo descontentamento com essas realidades, mulheres envolveram-se em lutas feministas pela busca por igualdade de gênero, de direitos, por maior acesso ao trabalho, à educação, às decisões políticas e à saúde (GROSSI, 2010). No Brasil “a partir da década de 1970, foi intensa a mobilização das mulheres na retomada do processo de democratização e reconhecimento dos direitos, inclusive no Movimento de Reforma Sanitária que conduziu à aprovação e implementação do Sistema Único de Saúde” (ARAÚJO, SIMONETTI, 2013, p.9).

Essas reivindicações e movimentos almejavam a mudança no paradigma relacionado à saúde das mulheres, que inicialmente era mais restritivo às questões biológicas voltadas para a reprodução, com ênfase na gravidez e parto, ignorando as demais necessidades e etapas do ciclo vital (BRASIL, 2004; COSTA, 2010). Em resposta a essas movimentações ocorreram mudanças nas políticas de saúde brasileiras, sendo que somente em 1984 foi lançado pelo Ministério da Saúde o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que previa:

Ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no

pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984⁶, apud BRASIL, 2004, p.17).

Essas ações começaram a ser desenvolvidas apenas com a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, que propôs a municipalização da gestão e fomentou a implementação de algumas das indicações do PAISM, por meio das ações do Programa Saúde da Família⁷ (BRASIL, 2004).

No final da década de 90 observou-se que ainda existiam muitas lacunas na atenção à saúde das mulheres, sendo necessário reavaliar as políticas, adequando-as às novas características da população e visando consolidar a assistência à saúde das mulheres em todas as etapas do ciclo vital (PAZ, SALVARO, 2011; SANTOS et al., 2010). Nessa época, as mulheres ainda estavam muito expostas à violência física, sexual e moral, no qual o agressor, na maioria dos casos, era integrante de sua família; adoeciam e faleciam por causas preveníveis como os cânceres de colo de útero e de mama, por doenças decorrentes do parto e pela prática do abortamento inseguro; estavam mais expostas à infecção pelo HIV, que crescia entre mulheres por estarem mais suscetíveis a vulnerabilidades; dentre outros problemas de saúde (VILLELA, SANEMATZU, 2003; COELHO, 2005; ARAÚJO, SIMONETTI, 2013).

Assim, em 2004 foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que foi construída pelo governo brasileiro em parceria com universidades e os movimentos sociais, sendo que o documento previa as seguintes linhas de atuação:

Incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com

⁶ Destacamos que o texto original do Ministério da Saúde de 1984 não estava disponível para consulta nas bibliotecas virtuais, em bases de dados ou em sites da internet, fato que obrigou a realização da citação indireta.

⁷ Após a ampliação Política Nacional de Atenção Básica, regulamentada pela Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, passou a ser denominada Estratégia Saúde da Família.

ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/Aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades (BRASIL, 2004, p.5).

No âmbito internacional, as questões de gênero em saúde tiveram destaque a partir de 2002, com a elaboração das Metas de Desenvolvimento de Milênio (MDM) pela Organização das Nações Unidas (ONU), que focalizavam grupos vulneráveis e reforçavam a necessidade de implementação de políticas e ações mais efetivas para a redução de iniquidades. Das oito metas traçadas, a terceira previa a “igualdade entre sexos e valorização da mulher”, a quinta buscava “melhorar a saúde das gestantes”, e a sexta visava “combater o HIV/Aids, a malária e outras doenças”. Essas trouxeram à tona a necessidade de focar a saúde das mulheres e as questões de gênero, colocando-as em destaque na agenda mundial de ações sociais e de saúde (ONU, 2010).

O estudo de Correa e Alves (2005) criticou as MDM, apontando que foram elaboradas sem a larga participação da sociedade civil e dos movimentos sociais, além de reduzirem necessidades amplas de atuação enfocando gênero e saúde aos tópicos de mortalidade materna e infecção pelo HIV/Aids (CORREA; ALVES, 2005). Colocaram que a elaboração da terceira MDM é pouco ambiciosa e, de certa forma, aquém das necessidades destacadas pelos movimentos feministas nas décadas de 80 e 90; e que as questões de gênero foram restritas às metas três, cinco e seis, o que apontou para a manutenção do estigma de ‘mulheres-mães-vítimas’ e desconsiderou a complexidade das necessidades relacionadas à promoção da igualdade de gêneros (CORREA; ALVES, 2005).

Apesar das políticas, metas, recomendações e intenções de alterar a realidade social e de saúde das mulheres, ainda existem grandes obstáculos que necessitam ser superados (BRASIL, 2004; STREY, NOGUEIRA, AZAMBUJA, 2010; SANTOS et al., 2010). A ampliação dos estudos e da prática assistencial enfocando gênero e saúde, considerando as mulheres em seus contextos sócio-histórico-cultural, ambiental e sexual, com suas dificuldades, suas necessidades e

potencialidades possibilita transcender às barreiras biologicistas e sexistas, promovendo a assistência em saúde e o cuidado de enfermagem de qualidade.

3. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1 DEFINIÇÃO DO ESTUDO

O estudo foi elaborado utilizando método misto de investigação, combinando abordagem quantitativa e qualitativa por meio da Estratégia Explanatória Sequencial. A Estratégia Explanatória Sequencial foi proposta por Creswell (2008; 2010) sendo caracterizada “pela coleta e análise de dados quantitativos em uma primeira fase da pesquisa, seguidas de coleta e análise de dados qualitativos em uma segunda fase, que é desenvolvida sobre os resultados quantitativos iniciais” (CRESWELL, 2010, p.247). O autor aponta que as etapas da pesquisa são conectadas e produzem resultados interligados.

Creswell (2010, p.238) aponta que a combinação de métodos qualitativos e quantitativos conduz a uma possibilidade de aprofundamento acerca do fenômeno investigado e “proporciona maior compreensão dos problemas de pesquisa”. O método misto é composto por etapas que se interconectam e confluem em resultados que se complementam.

A escolha do método misto foi em decorrência da necessidade de ampliar os conhecimentos sobre a resiliência em mulheres com DM e suas possíveis conexões com a adesão ao tratamento, transcendendo as barreiras metodológicas decorrentes da aplicação de um tipo de pesquisa isolado. Também possibilitou conhecer o fenômeno em suas múltiplas expressões, além de apreender os diferentes elementos do cotidiano dessas mulheres.

O presente estudo foi composto por **uma fase quantitativa**, de desenho observacional transversal probabilístico com amostra estratificada, seguido de **uma fase qualitativa**, na qual foi desenvolvido um grupo de convivência e realizadas entrevistas individuais pré e pós-grupo.

Essa sequência foi determinada em decorrência do objeto de estudo, sendo que a fase quantitativa proporcionou explorar o fenômeno de forma mais abrangente, tendo em vista que foram entrevistadas 412 mulheres com DM, sendo analisados os dados e identificados os pontos relevantes em relação às experiências das mulheres e sua resiliência. Assim, os resultados da fase quantitativa conduziram a novos

questionamentos que necessitaram de uma fase qualitativa para a obtenção de respostas.

As fases desse estudo foram desenvolvidas sequencialmente (Figura 1), sendo que a coleta de dados quantitativa foi iniciada em março de 2009⁸ e finalizada em agosto de 2010; e a coleta de dados qualitativos desenvolveu-se de outubro de 2011 a abril de 2012. Ambas tiveram Resiliência como referencial norteador das atividades de coleta, análise, síntese e teorização de dados.

Figura 1: Representação gráfica do processo metodológico do estudo.



Fonte: Adaptado de Creswell⁹ (2010)

3.2 FASE QUANTITATIVA

3.2.1 Tipo de estudo

A fase quantitativa foi do tipo **observacional transversal probabilística, com amostra estratificada** e fez parte do macro projeto intitulado “Mulheres com diabetes mellitus tipo 2: estresse e resiliência”, que recebeu apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Foi coordenado pela Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva e executado pela doutoranda Juliana Cristina Lessmann Reckziegel e demais membros do NUCRON.

⁸ A fase quantitativa foi iniciada pela pesquisadora durante o Mestrado em Enfermagem, sendo elaborada dissertação intitulada “Estresse em mulheres com diabetes mellitus tipo 2”, na qual foram incluídas as 147 entrevistas iniciais. As demais entrevistas foram realizadas durante o período do Doutorado.

⁹ A determinação gráfica das estratégias de pesquisa utilizando método misto é proposta por Creswell (2010), colocando que as setas dão conotação sequencial aos passos e o emprego de letras maiúsculas indica a prioridade metodológica na pesquisa.

3.2.2 Local de estudo

Foi desenvolvido na cidade de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina/Brasil, junto à Rede de Atenção Básica à Saúde vinculada ao Sistema Único de Saúde.

No período da coleta de dados havia 47 Centros de Saúde no município, que estavam divididos territorialmente em cinco distritos sanitários: Centro, Continente, Leste, Norte e Sul (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2009). Foi determinado a priori que seriam sorteados 19 CS, sendo no mínimo, dois de cada distrito sanitário. Os CS sorteados foram:

- **Distrito Sanitário Leste:** Lagoa, Canto da Lagoa, Barra da Lagoa, Córrego Grande, Pantanal, Itacorubi, Saco Grande.
- **Distrito Sanitário Sul:** Campeche, Saco dos Limões, Rio Tavares.
- **Distrito Sanitário Norte:** Ingleses, Jurerê, Santo Antônio de Lisboa, Rio Vermelho.
- **Distrito Sanitário Centro:** Trindade, Agronômica, Centro.
- **Distrito Sanitário Continente:** Balneário, Estreito.

3.2.3 População e amostra do estudo

A população do estudo foi constituída de 1.820 mulheres com DM cadastradas no CS selecionados, conforme registros do Sistema de Informação Atenção Básica (SIAB) da Rede de Municipal de Saúde, em janeiro de 2009 (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2009).

O cálculo da amostra estratificado considerou o intervalo de confiança de 95%, sendo valor mínimo equivalente a 317, porém foi ampliado chegando à **amostra de 412 mulheres com DM**,

O acesso às participantes ocorreu por meio de listas cadastrais de pessoas com DM de cada CS, contendo as seguintes informações: nome do usuário (mulheres e homens), número do cadastro, data de nascimento e número de telefone. Essas listas foram atualizadas, retirando-se as crianças, os adolescentes, os homens e os óbitos. A atualização das listas ocorreu em reuniões com as Enfermeiras e as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) de cada CS, destacando que não foram consultados prontuários.

Após a verificação das informações, as mulheres de cada CS foram listadas em ordem alfabética e numeradas em ordem crescente, sendo calculado o número de mulheres que deveriam ser entrevistadas em cada CS. Foi utilizada a ferramenta computacional SestatNet[®] (NASSAR et al., 2009) para o cálculo da amostra e para a elaboração de rotina numérica aleatória para a seleção das mulheres.

Foram estabelecidos os seguintes **critérios de inclusão**: ter idade superior a 18 anos; ter diagnóstico médico de DM estabelecido há, no mínimo, um ano; possuir condições de se comunicar verbalmente, sendo esse critério avaliado subjetivamente pelas entrevistadoras; e manter período de restrição alimentar igual ou superior a 120 minutos anteriores à coleta de dados.

Os **critérios de exclusão** foram: não ter mantido a recomendação de restrição alimentar por cerca de 120 minutos, após o terceiro agendamento de entrevista; não apresentar telefone, endereço ou forma de localização correta; impossibilidade de localização após a terceira tentativa de contato telefônico ou presencial.

As mulheres com DM sorteadas foram contatadas individualmente por meio de ligação telefônica ou presencialmente, sendo realizada conversa preliminar explanando sucintamente a proposta da pesquisa e questionando os critérios de inclusão. Caso esses fossem atendidos, era agendada uma visita domiciliar de acordo com a conveniência das participantes.

As mulheres que não atenderam aos critérios de inclusão, que foram excluídas, ou não desejaram participar do estudo foram substituídas por outras, sendo escolhida a seguinte da lista geral das mulheres integrantes do estudo, que não havia sido sorteada previamente.

3.2.4 Coleta de dados

Após o contato inicial, as mulheres sorteadas e que atenderam aos critérios de inclusão foram visitadas em seus domicílios, sendo então efetuada a coleta dos dados. Essa flexibilidade de agendamento, somada à necessidade de restrição alimentar por cerca de 120 minutos e a distância territorial entre os CS e entre os domicílios estenderam o período de coleta de dados, que ocorreu de março de 2009 a agosto de 2010.

Os passos de coleta de dados foram os seguintes:

a) No domicílio, as participantes eram novamente questionadas acerca dos critérios de inclusão e exclusão. Na ausência de impedimentos, seguia-se para o próximo passo;

b) Era oferecida cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que era lido em voz alta e esclarecidos os itens que não tivessem sido compreendidos pelas entrevistas. Após a concordância, o mesmo era assinado em duas vias pela entrevistadora e entrevistada;

c) Aplicação de instrumentos de coleta contendo: informações sociodemográficas, inquérito sobre hábitos de vida, saúde e perfil biométrico - glicemia capilar, aferição de peso, estatura e cálculo do índice de massa corporal (IMC) (APÊNDICE A); Escala de Resiliência de Connor e Davidson (2003) (ANEXO A); e Escala de Estresse Percebido de Cohen, Karmark e Mermelstein (1983), traduzida e validada por Luft et al.(2007) (ANEXO B).

Os procedimentos de coleta de dados foram padronizados, sendo elaborados protocolos de atuação. A glicemia capilar foi verificada com a participante em posição sentada, sendo realizada coleta de sangue digital para a análise em equipamento eletrônico portátil da marca Optium™ Xceed™ da Abbott®. Todos os materiais utilizados na coleta de sangue para a verificação da glicemia capilar eram esterilizados e de uso único, sendo respeitados todos os requisitos de biossegurança na preparação, execução e finalização do procedimento, assim como no descarte do material. O procedimento para a verificação da glicemia seguiu as normas dispostas pela *American Diabetes Association* (2008).

Para a verificação do peso a participante era convidada a retirar os sapatos, casacos pesados ou acessórios e ficar em posição ortostática, posicionando-se sobre uma balança eletrônica digital portátil com capacidade máxima de 150 quilogramas (Kg), aferidos em intervalos de 100 gramas. Na sequência era verificada a medida da circunferência abdominal utilizando fita métrica maleável, posicionada sobre a cicatriz umbilical.

Após, a entrevistada era convidada a permanecer em pé e aproximar-se de uma parede na qual era disposta uma fita métrica semirrígida, sendo apoiada uma régua acrílica sobre a cabeça da participante, determinando assim a medida da estatura junto à fita. Para mulheres com impedimentos físicos era questionado se conheciam seu peso e estatura, sendo anotados os valores referidos.

A coleta de dados foi executada por uma equipe composta por cinco alunas do Curso de Graduação em Enfermagem e pela Doutoranda Juliana (Enfermeira). Todas receberam materiais de coleta, uniformes, crachás de identificação e protocolos de ação amplamente discutidos em cinco sessões de treinamento para a coleta de dados. Foram realizadas reuniões periódicas para a troca de experiências, avaliação de registros e determinação de ações. O processo de coleta de dados foi organizado e supervisionado pela doutoranda Juliana, sob orientação da Dra. Denise M. Guerreiro.

3.2.5 Descrições das variáveis

A seguir estão descritas e classificadas as variáveis utilizadas¹⁰.

3.2.5.1 Variáveis sociodemográficas

- Idade (quantitativa contínua): constitui o período de vida das mulheres, calculado tendo como base a data de nascimento e a data da entrevista.
- Cor ou Raça¹¹ (qualitativa nominal): característica de cor da pele ou origem étnica declarada pelas pessoas de acordo com as seguintes categorias: branca, negra, amarela, parda, indígena ou outras (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008).
- Religião (qualitativa nominal): pertencer a um grupo com um conjunto de valores individuais e coletivos acerca de crenças relacionados ao sobrenatural, sagrado ou divino: Católica, Evangélica, Espírita, outras religiosidades ou sem religião (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

¹⁰ Esclarecemos que foram descritas apenas as variáveis utilizadas na tese de doutorado, sendo que o macro projeto intitulado “Mulheres com diabetes mellitus tipo 2: estresse e resiliência”, do qual esse estudo faz parte, apresenta abordagem mais ampla, contemplados maior número de variáveis, que encontram-se descritas em outros estudos do NUCRON.

¹¹ Essa terminologia foi empregada conforme disponibilizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2008) em Nota técnica intitulada: “Histórico da investigação sobre cor ou raça nas pesquisas domiciliares do IBGE”.

- Estado marital (qualitativa nominal): considera o estado civil, união formal ou informal das mulheres com parceiro/a, considerando as seguintes categorias: solteira, casada/união estável, viúva, divorciada ou outros.
- Número de Filhos (quantitativa discreta): número de filhos vivos da mulher. Também serão considerados como filhos os enteados vivos que estiverem sob sua tutela ou em convívio com as mulheres.
- Pessoas residentes no domicílio (quantitativa discreta): quantidade de pessoas que residem no mesmo domicílio das mulheres com DM.
- Escolaridade (qualitativa ordinal): foi considerada a última série concluída com aprovação, frequentada na rede oficial de ensino no Brasil. Categorizada em:
 - Séries do ensino fundamental: 1ª, 2ª, 3ª, 4ª, 5ª, 6ª, 7ª, 8ª;
 - Séries do ensino médio: 1ª, 2ª, 3ª;
 - Anos do ensino superior: completo ou incompleto;
 - Pós-graduação: Especialização, Mestrado, Doutorado.
- Atividade econômica (qualitativa nominal): exercício de atividade laboral oficial ou informal remunerado. O dado foi obtido por meio de relato verbal das entrevistadas. Categorias: Não possui trabalho remunerado; possui trabalho remunerado; aposentada ou pensionista.
- Rendimento da mulher (quantitativa contínua): rendimentos mensais recebidos pelas mulheres, em salários mínimos.
- Rendimento familiar (quantitativa contínua): conjunto dos rendimentos mensais de todos os integrantes da família que residem no domicílio, em salários mínimos.
- Tipo de domicílio (qualitativa nominal): material com que a moradia foi construída, podendo ser de madeira, alvenaria ou outros. O dado foi obtido por meio da observação do ambiente pelo pesquisador.
- Propriedade do domicílio (qualitativa nominal): indica a posse do local onde a família reside, podendo ser: alugado, próprio ou outros.

3.2.5.2 Variáveis relacionadas aos hábitos de vida e de saúde

- Tempo de diagnóstico do DM (quantitativa discreta): período em anos após o recebimento do diagnóstico da doença, ou seja, tempo em que as mulheres têm ciência que possuem DM. O dado será mensurado em anos e obtido por meio de relato verbal acerca da data aproximada do recebimento do diagnóstico.
- Exercício físico (qualitativa nominal): prática de atividade corporal com a finalidade de cuidado ao corpo, não exigida à caracterização de uma modalidade de exercício específica, porém deve ser reconhecida pelas mulheres como atividade física realizada. Essa variável forneceu informações acerca da realização ou não de exercício físico.
- Frequência semanal do exercício físico (quantitativa discreta): traz a frequência de sua realização, podendo ser: 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou 7 vezes por semana, obtido por relato verbal.
- Tempo de atividade física (quantitativa discreta): tempo em minutos no qual as mulheres praticam atividade física em um dia.
- Plano alimentar (qualitativa ordinal): compreende o plano alimentar prescrito ou orientado por profissional de saúde, individualizado e peculiar a cada indivíduo. Essa variável não considera o que compõe o plano alimentar, mas se a frequência com que a recomendação foi seguida. Conforme as seguintes opções: nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre, sempre.
- Uso de insulina: refere-se ao uso regular ou não de algum tipo de insulina para o controle do diabetes.
- Local de verificação da glicemia capilar (qualitativa nominal): local que é realizada a verificação da glicemia capilar com maior frequência em seu cotidiano, podendo ser: em casa, no Centro de Saúde, no laboratório, em outro local ou não realiza a verificação.
- Frequência da verificação da glicemia (qualitativa ordinal): traz a frequência de sua realização, podendo ser: diário, semanal, mensal, semestral, anual ou não se aplica.

- Acontecimento do último mês (qualitativa nominal)¹²: evento marcante ocorrido na vida da mulher nos últimos 30 dias: Não; está doente; familiar doente, acidente com familiares; morte de familiar/amigo; nervoso, preocupação; solidão, tristeza, afastamento.
- Outros acontecimentos no último mês (qualitativa nominal)¹³: não se aplica (NA); não; ignorado (IGN); questões financeiras; nascimento, casamento, encontro com familiares; passeio, viagem, festa, felicidade; problemas no trabalho, trabalho excessivo; violência urbana, assalto.
- Outras doenças (qualitativa nominal): presença ou não de outras doenças referidas pela entrevistada. Variável sem a determinação prévia de categorias, sendo que as respostas foram categorizadas após o término da coleta de dados, visando contemplar todas as doenças referidas pelas participantes do estudo.

3.2.5.3 Variáveis biométricas

- Glicemia capilar (quantitativa contínua): quantidade de glicose circulante na corrente sanguínea, mensurada por aparelho glicosímetro e representado em miligramas por decilitro (mg/dL). O valor máximo detectado pelo aparelho equivale a 500 mg/dL. Os valores referência para a glicemia pós-prandial são considerados “desejáveis” até 140mg/dL e “toleráveis” até 180mg/dL, sendo que valores superiores são considerados alterados (ADA, 2009). Para a medição quantitativa da glicose no sangue total periférico, ou hemoglicoteste (HGT), foi utilizado aparelho marca Optium® produzido pela Abbott® e suas respectivas tiras reagentes.
- Peso: (quantitativa contínua) peso corporal em quilogramas (Kg). Aferido por balança digital portátil fornecendo resultados divididos a cada 100 gramas.

¹² Os resultados desta variável foram utilizados apenas para nortear a elaboração do grupo de convivência.

¹³ Os resultados desta variável foram utilizados apenas para nortear a elaboração do grupo de convivência.

- Estatura (quantitativa contínua): altura corporal em metros, identificado pela medição utilizando fita métrica semirrígida.
- Índice de Massa Corporal (quantitativa contínua): divisão entre o peso corporal em quilogramas e a altura em metros quadrados, identificado pela fórmula ($IMC = \text{Peso} / \text{altura}^2$). Foram considerados como valores de referência para o IMC: Baixo peso: $IMC < 18.5 \text{ Kg/m}^2$; Normal: 18.5 a 24.9 Kg/m^2 ; Sobrepeso: 25.0 a 29.9 Kg/m^2 ; Obesidade classe I: 30.0 a 34.9 Kg/m^2 ; Obesidade classe II: 35.5 a 39.9 Kg/m^2 ; Obesidade classe III: $IMC \geq 40.0 \text{ Kg/m}^2$ (ADA, 2009; ADA, 2013)

3.2.5.4 Variáveis psicométricas: estresse e resiliência

- Estresse: para a avaliação do estresse foi utilizada a Escala de Estresse Percebido produzida por Cohen, Karmark e Mermelstein (1983), traduzida e validada por Luft et al. (2007). O processo de tradução incluiu a tradução reversa e revisão técnica, com índice de confiabilidade Alfa de Cronbach de 0,82 (LUFT et al., 2007, p.01). O instrumento, similar ao original em inglês, é composto por 14 questões fechadas com cinco possibilidades de resposta. Cada resposta possui uma pontuação que é somada ao final da realização do questionário. O valor obtido pode variar de 0 a 56. As respostas possíveis e seus respectivos valores são: 0 = Nunca; 1= Quase nunca; 2= Às vezes; 3= Quase sempre, 4= Sempre. Os autores acrescentam que existem as questões 4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13 possuem conotação positiva e por esse motivo os resultados assumem valor inverso ao especificado pela resposta escolhida, ou seja: “0=4, 1=3, 2=2, 3=1, 4=0” (COHEN; KARMARCK; MERMELSTEIN, 1983, p.387). Caracterizam que somatórias inferiores a 25 indicam níveis toleráveis de estresse e valores acima de 25 níveis elevados, porém Luft et al. (2007) acrescentam que os valores obtidos na somatória não têm a necessidade de serem submetidos ao corte acima especificado, podendo ser classificados estatisticamente segundo o resultado obtido. As respostas foram anotadas na Escala de Estresse Percebido, identificada com o número de cada participante do estudo. Para a análise dos dados foi utilizado apenas o resultado final da somatória sem a submissão ao corte acima especificado.

- **Resiliência:** Para a avaliação da resiliência foi utilizada a escala de Connor e Davidson (2003), com tradução livre por Trentini e Silva em 2008, sendo que apenas em 2011 foi validada para a realidade brasileira por Solano, Bracher, Pietrobon e Carmona, sem haver mudanças no conteúdo da mesma. É composta por 25 itens, cada qual avaliado em uma escala de 0 a 4 pontos com escores mais altos refletindo maior resiliência: 0 = num um pouco verdadeiro; 1 = raramente verdadeiro; 2 = às vezes verdadeiro; 3 = frequentemente verdadeiro; 4 = Quase sempre verdadeiro. A escala foi avaliada com relação à confiabilidade e à validade (consistência interna, teste/ reteste, validade convergente e validade discriminante) e ao fator estrutural e foi considerada como tendo boas propriedades psicométricas, permitindo distinguir entre pessoas com maior ou menor resiliência (CONNOR; DAVIDSON, 2003). A escala original foi testada na população em geral e em pessoas com problemas clínicos (doenças mentais), sugerindo que seu uso pode ser bastante amplo (CONNOR; DAVIDSON, 2003).

3.2.6 Processamento e análise dos dados

Os dados foram duplamente digitados, comparados e corrigidos utilizando o programa Microsoft Excel 2010[®], e tratados estatisticamente por meio da ferramenta computacional SestatNet (NASSAR et al., 2010-2013).

O cálculo da renda familiar mensal *per capita* considerou os valores da renda familiar mensal, em reais, dividido pelo número de moradores do domicílio, sendo resultado convertido ao equivalente em salários mínimos conforme valor vigente no momento da coleta de dados. Essa medida visou reduzir perdas relacionadas à desvalorização da moeda ao longo do tempo, além de homogeneizar a amostra, dado o longo período de coleta de dados.

Foram efetuadas estatísticas descritivas (médias, medianas, desvio padrão, quartis, amplitude mínima e máxima) para as variáveis quantitativas contínuas e discretas. Quanto às variáveis qualitativas nominais e ordinais foram efetuadas análises de frequência absoluta e relativa.

Para a análise dos dados relacionados aos hábitos de vida e saúde as entrevistadas foram separadas segundo a variável “uso de insulina”,

cuja opção de resposta era sim ou não. Assim se formaram dois grupos, o Grupo 1 (G1) composto por mulheres que utilizavam insulina como forma de tratamento medicamentoso e o Grupo 2 (G2) com as mulheres que não utilizavam insulina. Essa separação foi efetuada, pois a Associação Americana de Diabetes (2013) e a Sociedade Brasileira de Diabetes (2013) fazem distinções no tratamento não medicamentoso segundo o uso ou não de insulina. Dessa forma a separação em grupos (G1 e G2) permitiu a avaliação mais precisa dos padrões de adesão à terapêutica do DM.

Na análise inferencial entre as variáveis quantitativas “escore de resiliência e estresse” foi realizado o teste de correlação de Spearman devido a não normalidade dos dados. O teste entre a variável quantitativa “escore de resiliência” e a variável “atividade física”, qualitativa nominal com duas categorias, necessitou do teste U de Mann-Whitney devido a não adesão à curva normal. Na correlação entre “escore de resiliência” e a variável “plano alimentar” (qualitativa ordinal com cinco categorias), foi realizado o teste Anova de Kruskal-Wallis no G1 devido a não normalidade dos dados, já no G2 foi realizado o Anova teste F, pois os dados apresentavam adesão à curva normal e homocedasticidade em todas as categorias.

Também foi realizada a estratificação do escore de resiliência, assumindo-se a média no G1 ($77,48 \pm 14,04$) e no G2 ($80,82 \pm 12,41$) como pontos de referências. A distância entre os desvios padrão e a média em cada grupo constituiu o nível regular de resiliência, e os escores abaixo e acima desses valores foram considerados como níveis baixos e elevados (LESSMANN; SILVA; NASSAR, 2011), conforme Tabela 1.

Tabela 1: Estratificação dos escores de resiliência em elevada, regular e baixa, segundo G1 e G2.

	Escore de Resiliência	
	G1	G2
Resiliência elevada	≥ 92	≥ 94
Resiliência regular	64 a 91	69 a 93
Resiliência baixa	≤ 63	≤ 68

3.3 FASE QUALITATIVA

3.3.1 Etapa de Concepção - Tipo de estudo

Trata-se de um estudo **qualitativo interpretativo**, utilizando a Pesquisa Convergente Assistencial como referencial metodológico. Desenvolvida junto ao macro projeto do NUCRON intitulado “Mulheres com diabetes mellitus tipo 2: convivendo com o estresse e desenvolvendo resiliência para o cuidado”, financiado pelo CNPq, coordenado pela Dra. Denise M. Guerreiro e executado pela doutoranda Juliana.

A PCA é um referencial metodológico de autoria de Trentini e Paim (2004), desenvolvida com vistas à elaboração de estratégias para relacionar a prática profissional ao ato de pesquisar, sendo norteadas pelos seguintes pressupostos:

- O contexto da prática assistencial suscita inovação, alternativas de soluções para minimizar ou solucionar problemas cotidianos em saúde e renovação de práticas em superação, o que requer comprometimento dos profissionais em incluir a pesquisa nas suas atividades assistenciais unindo o saber fazer ao saber pensar.
- O contexto da prática assistencial é potencialmente um campo fértil de questões abertas a estudos de pesquisa.
- O espaço das relações entre pesquisa e a assistência vitaliza simultaneamente o trabalho vivo no campo da prática assistencial e no da investigação científica.
- A PCA implica o compromisso de beneficiar o contexto assistencial durante o processo investigativo, ao tempo em que se beneficia com o acesso franco às informações procedentes desse contexto.
- O profissional da saúde é potencialmente um pesquisador de questões com as quais lida cotidianamente, o que lhe possibilita uma atitude crítica apropriada à crescente dimensão intelectual no trabalho que realiza (TRENTINI; PAIM, 2004, p.27-28).

Essa modalidade de pesquisa não tem o intuito de elaborar generalizações, ao contrário, ela reconhece a importância das particularidades e especificidades do objeto de estudo em seu contexto específico (BONETTI, SILVA, TRENTINI, 2013; PAIM et al., 2008). Combinando o pesquisar ao agir, a PCA prevê todas as etapas necessárias a um método de investigação comprometido com o rigor científico.

Na etapa de **concepção** é prevista a elaboração do projeto de pesquisa com todos os detalhes e requisitos necessários, como a definição de tema, questão de pesquisa, objetivos gerais e específicos, estratégias de ação, definição de apoio teórico para dar “sustentação à formulação do problema de pesquisa e a interpretação, análise e discussão dos achados” (TRENTINI; PAIM, 2004, p.49). Também é prevista a elaboração de argumentação acerca dos motivos de realizar o estudo e das possíveis associações entre a pesquisa e a prática profissional.

Na etapa de **Instrumentação** é definido em detalhes o método do estudo, dentre os quais citamos os seguintes itens: tipo de estudo, local de estudo, sujeitos de estudo e formas de participação na prática assistencial, registro de dados e aspectos éticos (TRENTINI; PAIM, 2004).

A etapa de **Perscrutação** privilegia a coleta de dados em si e todas as suas especificidades (TRENTINI; PAIM, 2004, p.84). Na PCA esta etapa pode ser mais complexa devido à proximidade existente entre o pesquisador e o sujeito, permitindo “a associação do sentimento, da espiritualidade e da arte, vivenciados nesse tipo de entrevista pelo encontro dialógico entre seres humanos orientados pelos fios do assistir com o pesquisar” (TRENTINI; PAIM, 2004, p.88).

Esse referencial metodológico tem suas raízes no estudo de Morse e Field (1995) para subsidiar a elaboração das diretrizes para a **análise dos dados**, sendo apontados os processos de “*apreensão, síntese, teorização e recontextualização*”. A *apreensão* consiste na “organização do relato das informações”, quando o pesquisador sistematiza a forma de registrar os dados obtidos. A partir desta é iniciado o processo de leitura e imersão nos dados, marcado pela busca por significados, similaridades e divergências que permitem a elaboração da codificação, “que significa reconhecer, no relato das informações, palavras, frases, parágrafos ou temas chaves, os quais persistem nos relatos dos participantes” (TRENTINI; PAIM, 2004, p.94). Ao término da codificação é realizada a “leitura vertical e transversal, a partir de cada código, a fim de unir as informações

comuns relatadas por vários participantes e também as relatadas por cada um em diferentes momentos” (TRENTINI; PAIM, 2004, p.94). Esta leitura permite o reconhecimento dos códigos relevantes, que baseados em seus “pontos de convergência” darão origem às categorias (TRENTINI; PAIM, 2004).

Na *síntese* são realizadas novas análises dos dados visando encontrar a “subjetividade das associações e variações das informações” (TRENTINI; PAIM, 2004, p.95). Nessa fase, o pesquisador retorna aos seus dados por meio de leituras e repetições visando à compreensão completa do fenômeno que se apresenta. Na *teorização* são realizadas interligações dos dados com o referencial teórico do estudo e com as referências da literatura. Por fim, a análise encerra-se com a *transferência ou recontextualização*, quando ocorre a socialização dos achados tanto relacionados aos objetivos do estudo quanto à assistência de enfermagem.

Optamos por realizar uma PCA pela possibilidade de unir a pesquisa em Enfermagem à prática assistencial, reconhecendo que os pré-requisitos para a sua execução foram atendidos e que a sua realização proporciona o retorno imediato dos resultados às participantes do estudo (TRENTINI, BELTRAME, 2006; TRENTINI, PAIM, 2004). Além disso, esse referencial metodológico favoreceu o desenvolvimento de um grupo de convivência com ênfase na adesão ao tratamento do DM e na promoção da resiliência, respondendo à necessidade social de atenção em saúde e enfermagem.

O processo de execução da fase qualitativa dessa Tese de Doutorado durou seis meses e teve a seguinte dinâmica: inicialmente foram realizados os procedimentos para a captação e seleção de 12 participantes, que após a ciência dos objetivos e métodos consentiram em participar da pesquisa. Estas mulheres foram entrevistadas individualmente em seus domicílios e posteriormente participaram de 10 reuniões de grupo de convivência. Após o término das atividades de grupo foram novamente entrevistadas individualmente, conforme Figura 2.

A amostragem da pesquisa foi de nove participantes, pois três mulheres solicitaram seu desligamento durante o processo de coleta de dados.

Figura 2: Processo de coleta de dados da etapa qualitativa.



3.3.2 Etapa de Instrumentação - Local de estudo

O estudo foi desenvolvido no CS Córrego Grande, localizado na cidade de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina. Essa unidade de serviços de saúde realiza assistência multidisciplinar na Estratégia Saúde da Família, estando vinculada à Secretaria Municipal de Saúde e ao Sistema Único de Saúde.

A escolha do local de pesquisa foi embasada nos resultados da etapa quantitativa desta Tese de Doutorado, ao considerar a média do escore de resiliência por localidade, sendo que as participantes do Córrego Grande apresentaram o menor valor, conforme Tabela 2.

Tabela 2: Média e Desvio padrão dos escores de resiliência segundo localidade. Florianópolis, 2010.

	Localidade	n	<u>Resiliência</u> Média (DP*)
1	Itacorubi	18	89,55(08,18)
2	Jurerê	10	88,50(08,39)
3	Centro	32	86,06(11,71)
4	Estreito	16	85,93(09,07)
5	Balneário	25	84,72(10,36)
6	Canto Lagoa	07	82,28(17,86)
7	Pantanal	11	81,36(11,37)
8	Ingleses	34	80,85(12,50)
9	Barra da Lagoa	05	79,20(04,81)
10	Trindade	52	79,57(13,29)
11	Campeche	23	78,73(13,83)
12	Lagoa	44	78,43(08,91)
13	Santo Antônio	05	77,80(10,42)
14	Rio Vermelho	12	77,50(12,65)
15	Saco dos limões	26	77,30(10,86)
16	Saco Grande	24	77,12(15,34)
17	Rio Tavares	12	76,41(23,67)
18	Agronômica	39	73,12(11,53)
19	Córrego Grande	17	70,05(14,77)

*Desvio padrão

Ao analisar as 17 entrevistas da fase quantitativa, percebemos que essas mulheres apresentavam pouca adesão ao tratamento do DM, sendo que muitas citaram problemas que seriam a causa da falta de motivação para o cuidado de si, dos quais destacamos: alcoolismo de filhos, a morte de esposo e/ou filhos, a preocupação com netos, acidentes com familiares, distanciamento dos filhos, preocupação com familiares doentes e/ou operados, problemas no casamento e separações, cuidado de familiares idosos, preocupação com outras doenças e tristeza intensa.

Percebemos que as mulheres com DM dessa comunidade necessitavam de assistência em saúde voltada para o viver melhor com o DM, enfocando a resiliência como uma oportunidade de desenvolvimento de habilidades de cuidado, sendo que o processo de pesquisar – cuidar constitui um dos pressupostos da PCA.

3.3.3 Etapa de Instrumentação - Participantes do estudo

As participantes foram mulheres com DM que recebem assistência em saúde no Centro de Saúde Córrego Grande, observando-se os seguintes critérios:

Critérios da inclusão:

- Conhecer o diagnóstico de DM há mais de um ano;
- Ter acuidade cognitiva para responder aos questionários, reconhecida subjetivamente pela observação da pesquisadora e indicação da enfermeira do CS;
- Ser mulher com idade superior a 18 anos;
- Ter disponibilidade e referir estar em condições físicas e emocionais de participar das reuniões do grupo;
- Reconhecer-se e referir-se como uma mulher que vivenciou ou passa por dificuldades na vida;
- Ter resultado de exames alterados (glicemia ou hemoglobina glicada aumentados) A obtenção dessa informação ocorreu com a solicitação de resultados de exames de glicemia de jejum ou hemoglobina glicada que a participante havia realizado no último ano e que possuía cópia em seu domicílio ou registro em sua caderneta de saúde para a verificação. Também foram consideradas anotações de valores de glicemia capilar em cadernetas de saúde e fichas de controle glicêmico de uso das participantes. Não foram realizadas buscas em prontuário.

Critério de exclusão:

- Referir ter algum tipo de dificuldade de acesso ao local de realização das atividades.

Para a **determinação do número de participantes** desta etapa da pesquisa levou-se em consideração a realização do grupo, sendo estipulada a participação de no mínimo seis e no máximo 12 mulheres. Esse número foi determinado, pois números inferiores ou superiores aos estabelecidos poderiam comprometer a qualidade dos dados e/ou dificultar a condução das atividades no grupo (MINICUCCI, 2002; SILVA et al., 2003; SOUZA, SILVA, 2007; TORRES et al., 2011).

Na **captação das participantes** da pesquisa foram abordadas as mulheres que estavam aguardando pelo atendimento no CS Córrego

Grande, mulheres que buscavam medicamento na Unidade (insulina e hipoglicemiantes orais), além de serem realizadas visitas domiciliares juntamente com as ACS para efetuar convite ao maior número possível de mulheres cadastradas. Convém lembrar que foi assegurado que as pesquisadoras realizaram o contato, diálogo e demais interações com as participantes da pesquisa. Os ACS apenas indicaram o endereço.

Foi realizada uma conversa prévia com todas as mulheres abordadas, na qual a pesquisa foi descrita preliminarmente, sendo questionados os critérios de inclusão e exclusão. Caso tais critérios fossem atendidos era efetuado convite formal e oferecido o TCLE, que era lido em voz alta pela pesquisadora. Após a assinatura do TCLE eram iniciados os procedimentos para a coleta (agendamento de entrevistas e demais ações).

Os dados do SIAB apontavam que havia 37 mulheres com DM cadastradas, porém a enfermeira da unidade colocou que além dessas, 20 mulheres com DM utilizavam a unidade apenas para a obtenção de medicação. Assim, consideramos o universo de 57 mulheres, das quais convidamos 43 e não conseguimos contato com 10, porém apenas 12 concordaram em participar do estudo e atenderam aos critérios de inclusão.

Assim, foram incluídas 12 mulheres na pesquisa, porém houve três desistências durante o processo, sendo que não foi possível efetuar a substituição, pois as reuniões já estavam ocorrendo e a inclusão de novas pessoas poderia dificultar o andamento do grupo. Conforme acordado no TCLE, as informações cedidas pelas participantes em período anterior à desistência foram excluídas da pesquisa.

Como **justificativas para as desistências** destaca-se que a primeira mulher a solicitar desligamento participou das atividades até a terceira reunião de grupo, alegando impossibilidade de continuar por problemas familiares e falta de tempo. A segunda participou até o quarto encontro, sendo que sofreu um infarto agudo do miocárdio e ficou com a saúde abalada por longo tempo, impedindo-a de participar das reuniões. A terceira faltou nas quatro reuniões iniciais, sendo que a cada contato telefônico ou pessoal ela reforçava suas intenções de participar. Às vésperas da quinta reunião, a mesma entrou em contato e pediu o desligamento da pesquisa, pois seu filho (adulto, com deficiência física e extremamente dependente de cuidados) estava doente e por isso ela não conseguia ausentar-se do lar.

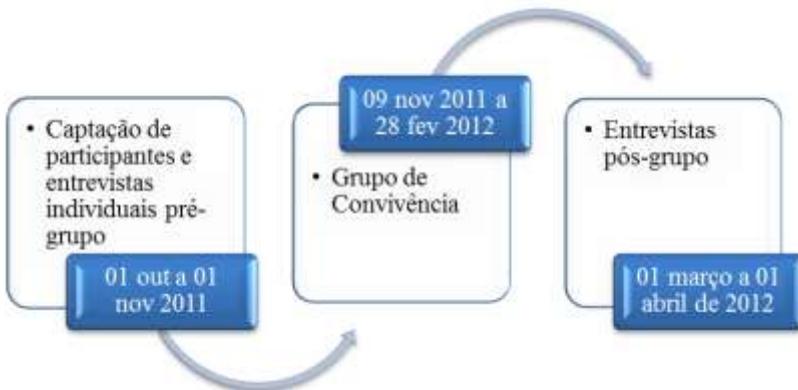
As **estratégias para a manutenção da participação na pesquisa** foram: distribuição de lembretes com as datas das atividades; realização de ligações telefônicas com dois dias de antecedência das

reuniões de grupo; quando ocorriam faltas eram realizadas visitas domiciliares na semana seguinte, sempre com horário escolhido pelas participantes, sendo abordados os temas e as discussões que ocorriam no grupo.

3.3.4 Etapa de Perscrutação - Coleta de dados

A coleta de dados da fase qualitativa teve caráter processual e longitudinal, desenvolvendo-se por meio de atividades que se complementavam e retroalimentavam-se, ocorrendo num período de seis meses, sendo que as principais datas estão descritas na Figura 3.

Figura 3: Principais datas da coleta de dados qualitativos.



3.3.4.1 Entrevistas individuais pré-grupo

Nessa etapa da coleta de dados foi realizada uma entrevista em profundidade com cada participante do estudo, ocorrendo no domicílio de cada uma delas. As entrevistas tiveram o diálogo e a conversa livre como principal elemento norteador, sendo focalizado o relato do viver e conviver com o DM, destacando as estratégias de cuidado, controle e gestão do DM, assim como sentimentos e percepções sobre a vida e suas trajetórias anteriores e possibilidades futuras. Também foram abordados sentimentos e percepções de cada mulher sobre si mesmas, suas famílias e componentes de suas redes de relações.

Não havia um roteiro pré-estabelecido para a condução da entrevista, sendo memorizadas pela pesquisadora algumas perguntas

norteadoras e geradoras de diálogo, dentre as quais destacamos: Como você reconhece seu estado de saúde? Como você percebe a sua vida e o DM? Como o DM repercute na sua vida e em seu trabalho? Como você se sente em relação ao seu estado de saúde (corpo e mente)? Como você tem se sentido ultimamente? Como você percebe seu estado emocional? A senhora acha que seu estado emocional influencia no seu diabetes? Como está a sua vida em relação às finanças, segurança e respeito aos seus direitos? Como é seu acesso aos serviços de saúde? Além de outros questionamentos que surgiram conforme a necessidade e intensidade do diálogo.

As entrevistas em profundidade tiveram duração de 60 a 130 minutos, sendo o áudio gravado e posteriormente transcrito. Imediatamente após o término de cada entrevista eram realizadas notas em diário de campo (caderno), destacando os principais aspectos ocorridos e as percepções da pesquisadora, sendo posteriormente digitados no programa Atlas.Ti® versão 7.1.

No dia seguinte a cada entrevista a pesquisadora efetuava a leitura das notas de campo e ouvia as gravações em áudio, sendo acrescentadas reflexões às notas de campo e, quando necessário, elaboradas notas teórico-metodológicas, além de serem pontuados destaques para as entrevistas subsequentes. Dessa forma, as entrevistas tiveram seu conteúdo norteador ampliado ao longo do período de coleta de dados, visando a maior compreensão dos fenômenos e aumento da densidade dos dados. No Quadro 1 apresentamos as notas de campo de uma das entrevistas, apenas para exemplificar.

Quadro 1: Representação esquemática das notas de campo desenvolvidas durante a pesquisa.

Notas de campo: Há pouco saí da casa da Senhora M7 e a entrevista transcorreu com tranquilidade. Inicialmente, ela foi contando a história de sua vida e apresentando-se como uma pessoa forte, falando bastante que pode cuidar-se, que não tem problemas e que sua família é unida e feliz. Porém, após alguns minutos de entrevista, ela começou a se abrir verdadeiramente. Quando pedi para contar sobre seu casamento e sobre como conheceu seu esposo, ela começou a chorar. Disse que cresceu em uma família carinhosa e quando se casou não sabia que seu marido seria rude com ela, e que teria que abrir mão de coisas que achava importante, como os estudos e o trabalho, para ficar em casa cuidando da família. Contou que tem uma relação um pouco distante com os filhos, mesmo morando próxima a eles. Disse que os filhos preocupam-se pouco com

ela e com o cuidado do seu DM. Ela diz ter uma vida economicamente estável, porém diz que se sente só, triste e pouco valorizada em sua família; que tem medo de morrer por causa do DM, assim como sua mãe e alguns familiares. Coloca que não sabe como mudar sua perspectiva acerca de seus problemas e de sua vida.

Notas teóricas/ metodológicas: Esse foi o primeiro contato com a Sra M7, e consegui estabelecer o vínculo necessário para que houvesse o diálogo e o compartilhar de vivências e experiências pessoais. Destaco que, nessa entrevista, foram elencados elementos fortalecedores da adesão ao tratamento do DM vinculados ao acesso aos serviços de saúde, surgindo à necessidade de verificar a perspectiva das demais participantes sobre a temática. Nos relatos, a entrevistada colocou que utiliza insulina e só realiza o HGT com a frequência recomendada, pois recebe o material do CS (glicosímetro, fitas reagentes e lancetas). A partir dessa observação ampliarei a busca por informações sobre as repercussões do acesso ao serviço de saúde na adesão ao tratamento do DM.

Com relação à Resiliência, reforçarei nas entrevistas subsequentes, a investigação sobre a relação marital e os sentimentos acerca do casamento.

3.3.4.2 Grupo de Convivência

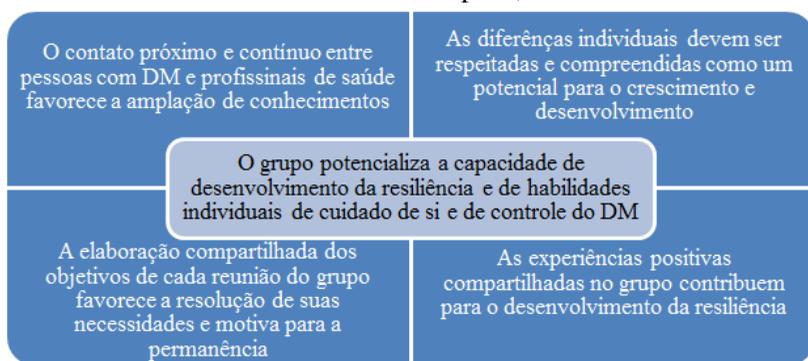
A operacionalização do grupo de convivência seguiu as recomendações descritas por Silva et al. (2003; 2005) em suas pesquisas sobre a temática. Levou em consideração a comunicação aberta, circular e em complementaridade (MINICUCCI, 2002; MINICUCCI, 2007), com ênfase no desenvolvimento da resiliência para o manejo de problemas individuais e coletivos relacionados ao processo de viver, ser saudável e envelhecer com uma doença crônica.

Para sua construção também utilizamos a proposta de Paulo Freire acerca dos Círculos de Cultura, que se qualificam pela aproximação de pessoas com objetivos em comum e com o propósito de estabelecer um processo de ensino-aprendizagem a partir de elementos culturais e/ou educacionais (FREIRE, 2011a,b,c). Os Círculos de Cultura destacam-se pela troca de saberes, pela valorização do conhecimento de todos os participantes, sendo motivado pelo processo horizontal e dinâmico entre ensinar-aprender, considerando que seus integrantes “podem pesquisar, pensar, praticar, refletir, sentir, deliberar,

ser, plantar, agir, cultivar, intervir e avaliar o seu fazer, num movimento permanentemente dialógico” (PADILHA, 2007, p.1). No Círculo de Cultura as temáticas abordadas emergem do grupo e são trabalhadas pelos educadores, que empenham seus conhecimentos e sua dedicação para promover a construção coletiva de conhecimento (FREIRE, 2011a,b,c; PADILHA, 2007).

Nessas perspectivas, os pressupostos que nortearam a realização do grupo de convivência estão descritos na Figura 4.

Figura 4: Pressupostos para a realização do grupo de convivência com mulheres com diabetes mellitus. Florianópolis, 2014



As reuniões ocorreram semanal ou quinzenalmente, conforme agendamento segundo a disponibilidade das participantes, na sala de reuniões do CS Córrego Grande, em período vespertino, com duração aproximada de duas horas por reunião. Foram conduzidas pela pesquisadora principal, com a participação de uma acadêmica de graduação em enfermagem, que realizou atividades de apoio e registro manual das falas, que posteriormente foram inseridos ao *corpus* de dados, além disso, foram efetuadas gravações de áudio posteriormente transcritas.

A dinâmica de condução foi norteada pela realização de perguntas que incitavam a produção coletiva de conhecimento. O primeiro encontro foi de reconhecimento onde foram estabelecidos os acordos de sigilo e participação, sendo levantadas as principais problemáticas a serem abordadas nas reuniões subsequentes.

Convém destacar que foram realizadas algumas atividades de nivelamento de conhecimentos, que consistiam em discussões sobre particularidades do diabetes, sua influência no metabolismo corporal,

seguimento de plano alimentar, atividade física, alongamentos, disponibilidade de serviços para o atendimento às pessoas com diabetes na Rede Municipal de Saúde, questões de gênero e promoção da resiliência. Nestas discussões também ocorreram, em momentos pontuais, a participação de profissionais da equipe multidisciplinar (Enfermeira, Nutricionista, Médica e Educadora Física), fato que ampliou a riqueza das interações e oportunizou a resolução de dúvidas sobre o cuidado de si e do DM.

As reuniões do grupo de convivência foram norteadas por temas geradores definidos previamente, com base nos resultados da fase quantitativa e das entrevistas qualitativas individuais pré-grupo.

As atividades de grupo centraram-se no exercício do cuidado de enfermagem com ênfase no diálogo e na troca horizontal de saberes/fazer, sendo que para sua operacionalização foram elaborados cartazes com imagens e esquemas simples, recortes de revistas, questões e afirmações que eram lidas e discutidas coletivamente, quando cada participante do grupo discorria sobre suas perspectivas acerca do tema abordado. No Quadro 2 estão descritas as temáticas e estratégias empregadas em cada reunião do grupo de convivência.

Quadro 2: Temáticas e estratégias abordadas nas reuniões de grupo de convivência com mulheres com diabetes. Florianópolis, 2014.

Data	Tema	Descrição
1º 09/11/2011	Conhecendo-se e reconhecendo-se como mulheres com DM	Apresentações. Discussão: Como vivemos com o DM? Somos mulheres e temos DM. Mensagem de motivação. Acordos do grupo.
2º 16/11/2011	Cuidado de Si: corpo e mente	Relato da semana. Discussão: O que faço para cuidar de mim: corpo e mente? Como nos vemos nos próximos 5, 10, 15, 20 anos. O que faremos para alcançar as metas de vidas. Mensagem de motivação
3º 23/11/2011	Conhecendo o DM	Relato da semana. Discussão: O que é o DM? Pensando mais sobre o DM. Manejo do tratamento. Superando dificuldades e traçando novos rumos. Mensagem de motivação.

4º 30/11/2011	Desenvolvendo habilidades resilientes: autoestima e cuidado da mente	Relato da semana. Discussão: Discutindo sobre a vida e identificando os pontos positivos e negativos do viver cotidiano. Refletindo sobre a resiliência e identificando os pontos centrais para viver feliz e saudável. Mensagem de motivação.
5º 14/12/2011	Avaliando o autocuidado e estabelecendo metas	Relato da semana. Discussão: Avaliando o cuidado e estabelecendo metas para o viver com DM. Desvelando condutas resilientes. Mensagem de motivação.
6º 24/01/2012	Alimentação saudável	Relato da semana. Discussão: conhecendo os alimentos e a forma de preparo ideal para o controle do DM. Mensagem de motivação.
7º 31/01/2012	Praticando exercício físico.	Relato da semana. Discussão: Como o exercício pode fazer parte do dia a dia e o que é recomendado para a pessoa com DM. Importância do exercício e como realizá-lo. Mensagem de motivação.
8º 07/02/2012	Relaxando e reduzindo o estresse	Relato da semana. Discussão: relaxando e reduzindo o estresse. Conversa temática: Técnicas e exercícios de relaxamento. Mensagem de motivação.
9º 14/02/2012	Buscando apoio para viver melhor.	Relato da semana. Discussão: Identificando as redes e refletindo sobre as possibilidades de apoio no serviço de saúde, na família, nos amigos e na comunidade. Mensagem de motivação.
10º 28/02/2012	Planejando a vida, estabelecendo metas e vivendo	Relato da semana. Discussão: Identificando os objetivos e metas da vida. Estabelecendo compromissos

	feliz.	para o autocuidado. Mensagem de motivação. Fechamento do grupo.
--	--------	-----------------------------------------------------------------

3.3.4.3 Entrevistas individuais pós-grupo

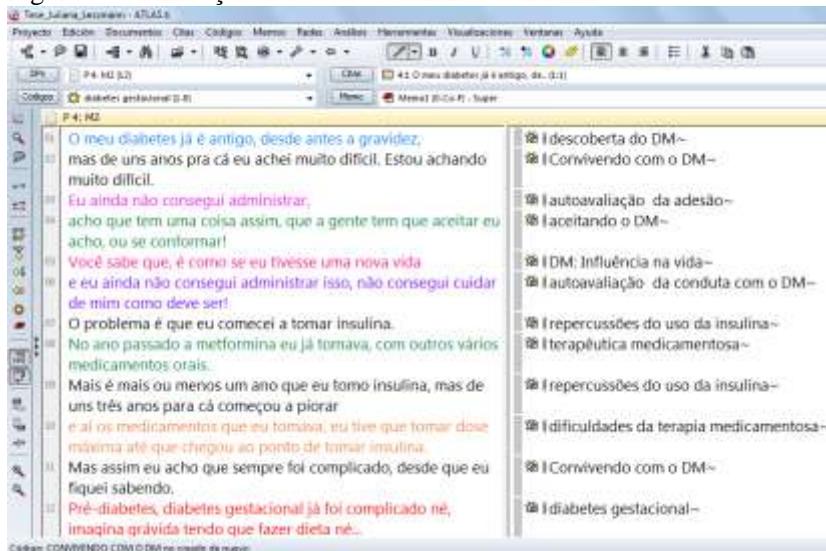
A segunda entrevista individual foi realizada no domicílio das participantes visando à obtenção de dados para avaliar o processo de desenvolvimento da resiliência a partir do grupo de convivência e as evoluções no controle do DM. Foram norteadas pelas seguintes questões: Como você está se sentindo ultimamente? Como está o seu diabetes? O que você tem feito em relação ao cuidado do diabetes? Como é a sua alimentação? Como é sua rotina de exercício físico? Como está seu estado emocional? Aconteceu algo marcante em sua vida desde as reuniões do grupo? Como você avalia as reuniões do grupo em relação a sua vida? Além de mais questionamentos que surgiram conforme a necessidade.

3.3.5 Etapa de perscrutação - Processamento e análises dos dados

A análise dos dados textuais seguiu os pressupostos da PCA, desenvolvendo-se com o uso do software Atlas.ti 7.1® e seus processos operacionais. A **aprensão** ocorreu por meio da leitura atenta e exaustiva dos dados visando desvelar estruturas de relevância que contribuíram para a compreensão da resiliência no processo de adoecer/ser saudável com DM. Também foram analisadas as notas de campo, os registros, os cartazes utilizados/construídos durante os grupos de convivência, os memorandos teóricos e metodológicos desenvolvidos durante o período de coleta de dados, visando aumentar o volume e densidade dos dados primários.

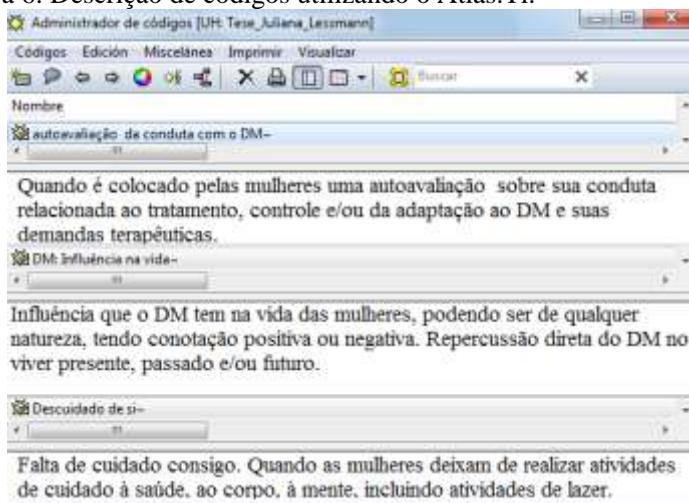
A interpretação, composta pela **síntese e teorização** (TRENTINI; PAIM, 2004) operacionalizou-se por meio da “codificação linha por linha” (GIBBS, 2009), que consiste em “dar nome ou codificar cada linha do texto” (GIBBS, 2009, p.74). Nesta etapa o pesquisador efetua a leitura atenta e “intensa” das transcrições, visando compreender o que está dito e identificar estruturas com relevância teórica e analítica (GIBBS, 2009, p.63). A Figura 5 apresenta um exemplo de codificação utilizando o Atlas.Ti.

Figura 5: Codificação dos dados utilizando o Atlas.Ti



Para cada código foi elaborada uma nota contendo descrições breves sobre suas características e formas de interpretação, visando favorecer a contextualização e explicar o raciocínio envolvido em sua elaboração (GIBBS, 2009, p.62), conforme exemplo na Figura 6.

Figura 6: Descrição de códigos utilizando o Atlas.Ti.



Os passos seguintes fundamentaram-se na “análise de conteúdo dirigida”, na qual são realizadas avaliações do conteúdo da pesquisa considerando um referencial pré-selecionado, no caso a resiliência, com o intuito de “validar ou estender conceitualmente um quadro teórico ou teoria” [tradução nossa] (HSIEH; SHANNON, 2005, p. 1279). Assim, a organização dos códigos em estruturas mais amplas foi norteado pelos conhecimentos sobre a resiliência, gênero e sobre o DM.

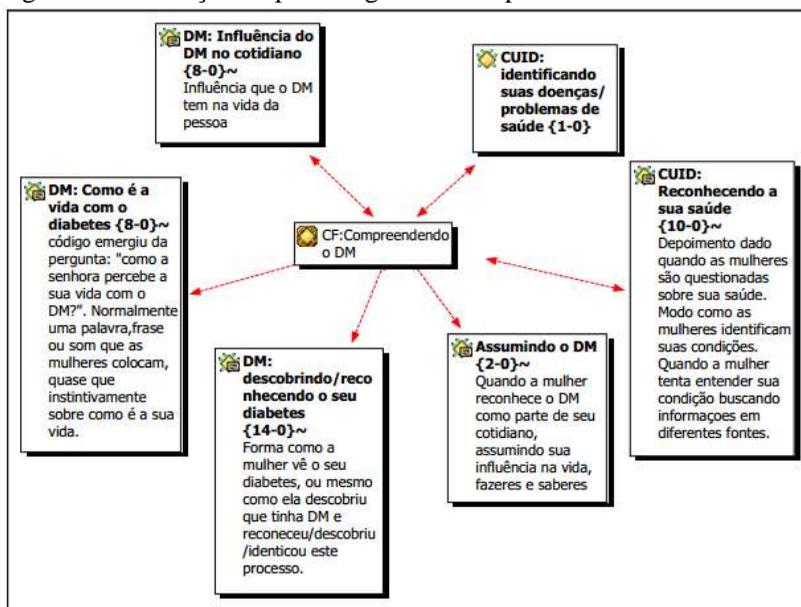
Realizamos a aglutinação de códigos afins (exemplo no Quadro 3), seguindo para a elaboração de pré-categorias compostas por códigos com temáticas similares (exemplo na Figura 7), sendo analisados teoricamente, conjugados e estabelecidas relações e a hierarquia entre elas (GIBBS, 2009; TRENTINI, PAIN, 2004).

Quadro 3: Representação esquemática da aglutinação de códigos afins.

Categorias iniciais	Códigos-afins
Cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Baixa adesão aos tratamentos e cuidados de saúde; • Buscando respostas que queremos sobre a doença; • Negação da doença; • Cuidado muito oneroso financeiramente; • Cuidando de outros, descuidando de si; • Cuidando de familiares; • Desajustamento no cuidado; • Descuidado de si • Finanças atrapalhando o cuidar/ viver bem; • Identificando as doenças/ problemas de saúde; • Reconhecendo a sua saúde; • Saúde modulando a vida
Diabetes Mellitus	<ul style="list-style-type: none"> • A espera da cura do DM; • Autoavaliação da conduta frente ao DM; • Como é a vida com o diabetes; • Complicações do DM; • Descobrimdo/reconhecendo o seu diabetes; • Diabetes gestacional; • Emocional e o DM; • Estratégias para o controle do DM;

	<ul style="list-style-type: none"> • Exercício físico; • Fatos que alteram o DM; • Hemoglobina Glicada hipoglicemia; • Identificando evento desestabilizador do DM; • Influência do DM no cotidiano; • Não adesão tratamento; • O DM interferindo na saúde; • O DM restringindo a alimentação livre; • Peso e estratégias de controle; • Assumindo o DM; • Terapêutica medicamentosa; • Teste de glicose; • Realizando a dieta conforme recomendado; • Alimentando-se em excesso.
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Figura 7: Elaboração da pré-categoria – Compreendendo o DM.



Posteriormente foram refinadas e novamente analisadas (exemplo no Quadro 4) com o intuito de realizar comparações e

teorizações, visando buscar por “padrões e gerar explicações” (GIBBS, 2009, p.103; POLIT, CHERYL, BECK, 2011; TRENTINI, PAIN, 2004). A lógica de construção da apresentação das categorias também foi influenciada pela elaboração dos resultados no formato de manuscritos, que necessitaram de uma composição própria, independente da tese e dos demais, levando a um novo olhar sobre os dados para a definição de cada um deles.

Quadro 4: Representação da elaboração de categorias

Categoria: Sendo saudável com o DM	
Subcategorias	
<p>Compreendendo o DM e estabelecendo cuidados necessários:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Significado e repercussões do DM; • Influência do DM no cotidiano; • Cuidando da dieta; • Realizando exercícios físicos; • Usando a medicação conforme prescrição; • Controlando o Estresse. 	<p>Reconhecendo e enfrentando dificuldades para cuidar de si</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborando estratégias de enfrentamento • Fazendo substituições alimentares; • Mantendo a glicose estável; • Elaborando estratégias para manter o corpo saudável; • Reduzindo o estresse e ampliando a resiliência; • Ampliando a adesão ao tratamento.

Esse processo de reflexão aprofundada possibilitou a compreensão dos elementos do fenômeno estudado, assim como a identificação da saturação dos dados, que constituiu o ponto em que ocorreram repetições que indicaram a possibilidade de resposta às perguntas de pesquisa e para a compreensão do fenômeno sem a necessidade de novas entrevistas para a complementação.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Durante o processo de coleta e análise dos dados foram assegurados os aspectos éticos, que garantiram sigilo e impessoalidade previstos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e complementares. Considerando que esta Resolução 196/96 foi

substituída pela Resolução 466/2012 do CNS, a mesma foi apreciada somente na elaboração dos resultados.

Para a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina enviamos primeiramente o projeto da etapa quantitativa, sendo aprovado sem restrições no Processo nº 193/2009 (ANEXO C). Posteriormente submetemos o projeto da etapa qualitativa, que foi aprovado sem restrições sob Parecer nº 2056/2011 (FR432556) (ANEXO D). Destaca-se que cada etapa tem um TCLE específico (APÊNDICES B e C).

Para manter o sigilo dos dados, o nome das participantes da etapa qualitativa foi suprimido das publicações elaboradas, sendo substituído pela letra M, seguido de um número que variou de um a nove, determinado aleatoriamente. Destaca-se que essa substituição ocorreu apenas na etapa de socialização dos achados, pois devido à proximidade entre pesquisadora-participantes foi impossível realizar a exclusão das identidades dos relatos. Fato que não ocorreu na etapa quantitativa, na qual as participantes recebiam uma numeração conforme a localidade de residência e os instrumentos de pesquisa eram anônimos, sendo a identidade apresentada apenas no TCLE.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Esse estudo gerou grande volume de dados, dos quais foram selecionados os conteúdos dos três manuscritos que compõem a presente Tese, atendendo a Resolução Normativa 10/PEN/2011¹⁴, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Ressaltamos que a definição dos três manuscritos seguiu uma linha de vinculação com a resiliência e a adesão ao tratamento do DM em mulheres, compreendendo que esse conhecimento tem seu valor pelo ineditismo e possibilidade de contribuição inovadora para o cuidado em enfermagem e saúde.

No primeiro manuscrito, intitulado *Resiliência e adesão ao tratamento do diabetes mellitus em mulheres*, desenvolvido com método quantitativo, observamos que as mulheres apresentam baixa adesão relacionada ao plano alimentar, realização de exercícios físicos e monitorização da glicemia capilar. Também verificamos que as mulheres com maiores escores de resiliência aderem melhor à prática de exercício físico, apresentam maior assiduidade na realização do plano alimentar e possuem menores escores de estresse. Nesse manuscrito traçamos argumentações sobre as variáveis e os possíveis impactos na resiliência e na adesão ao tratamento, destacando que a promoção da resiliência torna-se uma possibilidade para a melhor adesão à terapêutica do DM.

O segundo manuscrito, intitulado *Influência de fatores de proteção e de risco na resiliência e na adesão ao tratamento do diabetes mellitus em mulheres*, foi desenvolvido com abordagem qualitativa. Destaca que elementos positivos fortalecem a resiliência e a maior adesão ao tratamento do DM, assim como ampliam a percepção de satisfação consigo e com o cotidiano, favorecendo o cuidado de si, a manutenção das atividades sociais e a autonomia. Já os fatores de risco, evidenciados pela desmotivação, descuido de si, exposição à violência, à discriminação e às questões normativas de gênero, interferem negativamente na resiliência e dificultam a adesão ao tratamento. Destacamos que fortalecer os fatores de proteção e auxiliar

¹⁴ A instrução normativa 10/PEN/201, de 15 de junho de 2011, regulamenta os “critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem” no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC, considerando que “as teses e dissertações deverão conter artigos/manuscritos de autoria do discente, em coautoria com o orientador” (PEN, 2011, p.1).

na redução dos impactos negativos dos fatores de risco, visando à ampliação da resiliência, tornam-se estratégias de cuidado inovadoras e com grande potencial para a geração de impactos positivos na adesão ao tratamento do diabetes mellitus.

O terceiro manuscrito, *Grupo de convivência: promovendo a resiliência para o viver melhor de mulheres com diabetes mellitus*, trouxe resultados de uma Pesquisa Convergente Assistencial.

Apontou que o suporte social, a aceitação do processo de viver/envelhecer e o conhecimento sobre a condição de saúde/doença são elementos que proporcionam o desenvolvimento da resiliência e de habilidades de cuidado de si e do DM, favorecendo o viver saudável e feliz. Nesse manuscrito foram apontadas possibilidades para a promoção da resiliência, destacando que ser relevante fortalecer fatores de proteção e auxiliar na ressignificação dos fatores de risco por meio de discussões sobre temas como: envelhecimento, questões de gênero, problemas familiares, eventos traumáticos e situações geradoras de sofrimento. No estudo foi observado que a troca de saberes e fazeres, a exposição de sentimentos e a escuta de depoimentos e opiniões favorecem a elaboração de novas perspectivas para o viver cotidiano, fomentando a descoberta de possibilidades para a ampliação da adesão ao tratamento e para o conviver melhor com o DM.

4.1 MANUSCRITO 1 – RESILIÊNCIA E ADESÃO AO TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS EM MULHERES.

RESILIÊNCIA E ADESÃO AO TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS EM MULHERES¹⁵

Juliana Cristina Lessmann Reckziegel¹⁶
Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva

Resumo: A adesão ao tratamento é fundamental para o controle do diabetes mellitus, sendo influenciada por múltiplos fatores, dentre os quais a resiliência **Objetivo:** Analisar a resiliência de mulheres com diabetes e sua relação com o seguimento do plano alimentar, atividade física e estresse. **Método:** Estudo quantitativo transversal, prospectivo, probabilístico, com amostra estratificada, realizado em Florianópolis, Brasil, entre 2009 e 2010, entrevistando 412 mulheres com diabetes. **Resultados:** Na maioria dos casos observou-se baixa adesão ao tratamento, porém as mulheres com maiores escores de resiliência apresentaram menor estresse, aderiram melhor à prática de exercício físico e apresentaram maior assiduidade na realização do plano alimentar. **Discussões:** A resiliência destacou-se como possibilidade para a promoção da adesão ao tratamento, estando ligada à capacidade de adaptar-se às demandas envolvidas no processo de viver com uma doença crônica. **Conclusões:** A promoção da resiliência torna-se relevante para o viver melhor e mais saudável com o diabetes.

Palavras-chave: Diabetes mellitus. Mulheres. Doença crônica. Resiliência psicológica. Adesão. Enfermagem.

RESILIENCE AND ADHERENCE TO TREATMENT OF DIABETES MELLITUS IN WOMEN

Abstract: Adherence to treatment is critical for the control of diabetes mellitus and influenced by multiple factors, among which resilience.

¹⁵ Esse manuscrito faz parte da Tese de Doutorado intitulada “Resiliência e adesão ao tratamento do diabetes mellitus em mulheres”. Foi desenvolvida com auxílio financeiro do CNPq.

¹⁶ Bolsista CAPES.

Objective: Analyzing the resilience of women with diabetes and their relationship with the following of a diet plan, physical activity and stress. **Method:** A cross-sectional, prospective, probabilistic quantitative study with a stratified sample, held in Florianópolis, Brazil, between 2009 and 2010, interviewing 412 women with diabetes. **Results:** In most cases, there was poor adherence to treatment, but women with higher resilience scores had lower stress, better adherence to physical exercise practice, and followed the food plan with higher attendance. **Discussions:** Resilience stood out as a possibility to promote adherence to treatment, connected to the ability of adapting to the demands involved in the process of living with a chronic disease. **Conclusions:** Promoting resilience becomes relevant for a better and healthier living with diabetes.

Keywords: Diabetes mellitus. Women. Chronic disease. Psychological resilience. Adherence. Nursing.

RESILIENCIA Y ADHESIÓN AL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS EN MUJERES

Resumen: La adhesión al tratamiento es fundamental para el control de la diabetes mellitus, siendo influenciada por múltiples factores, entre los cuales la resiliencia **Objetivo:** Analizar la resiliencia de las mujeres con diabetes y su relación con el seguimiento del plan alimentar, la actividad física y el estrés. **Método:** Estudio cuantitativa transversal, prospectivo, probabilística con una muestra estratificada, realizada en Florianópolis, Brazil, entre 2009 y 2010, entrevistando a 412 mujeres con diabetes. **Resultados:** En la mayoría de los casos se observó baja adhesión al tratamiento, sin embargo las mujeres con las puntuaciones más altas de resiliencia presentan menor estrés, adhieren mejor a la práctica de ejercicio físico y presentaron una mayor asistencia en la realización del plan alimentar **Discusión:** La resiliencia se destacó como una posibilidad para promoción de la adhesión al tratamiento, estando vinculado a la capacidad de adaptarse a las demandas implicadas en el proceso de vivir con una enfermedad crónica. **Conclusiones:** La promoción de la resiliencia se torna relevante para vivir mejor y más saludable con la diabetes.

Palabras clave: Diabetes mellitus. Mujeres. Enfermedades crónicas. Resistencia psicológica. Adhesión. Enfermería.

INTRODUÇÃO

A adesão ao tratamento do DM contempla a realização voluntária de condutas terapêuticas recomendadas por profissionais da saúde, em consonância com os *Standarts* das organizações experts na área: Sociedade Brasileira de Diabetes, Ministério da Saúde, American Diabetes Association e International Federation of Diabetes. Está vinculada ao sentido de autonomia e desenvolvimento de habilidades para o cuidado de si e do DM, tornando-se imprescindível para o viver saudável e para evitar as complicações dessa doença (AHMED, ASLANI, 2014, PONTIERI, BACHION, 2010; ADA, 2013; SBD, 2013; IDF, 2013; DENISCO, 2011; HILLIARD, HARRIS, WEISSBERG-BENCHELL, 2012; BOAS et al., 2011).

Os fatores apontados para a baixa adesão ao tratamento podem estar relacionados às dificuldades de adaptação e a pouca disponibilidade para adequar-se, assim como às características do próprio tratamento, como a “longa duração, elevada complexidade, elevada frequência de cuidados, cuidados de naturezas diversas, tempo gasto com esses cuidados, efeitos colaterais, riscos associados e custos financeiros” (MALERBI, 2011, p.335). Também pode ser necessário inserir o uso de insulina em decorrência do declínio progressivo da função das células beta do pâncreas associado, muitas vezes, à falta de adesão ao tratamento (SBD, 2008), sendo que a utilização da insulina é, frequentemente, avaliada como impactante e difícil, promovendo uma nova etapa na vivência com a doença (FRANCIONI, 2010; BECKER, TEIXEIRA, ZANETTI, 2008; ADA, 2013; SBD, 2013).

Muitas pessoas sentem dificuldades para controlar o DM, sendo que essa situação pode causar medo, sensação de estresse e desajustamento, mudanças na percepção sobre si mesmo, frustração, tristeza e não aceitação da doença (PERES et al., 2007; PONTIERI, BACHION, 2010). Além disso, mulheres com DM também convivem com problemas e demandas que transcendem os aspectos biológicos, emergindo de seu viver cotidiano e de sua história de vida.

Estudos apontam que mulheres aderem menos à terapêutica do DM por priorizarem seus familiares, o cuidado da casa e o trabalho em detrimento do cuidado de si (SILVA, HEGADOREN, LASUIK, 2012; MCCOLLUN et al., 2005; WHITEMORE, MELKUS, GREY, 2004). Ao longo da história, muitas mulheres estiveram expostas à discriminação de gênero, à violência, ao sexismo e à desvalorização laboral (COELHO, 2005; ARAÚJO, SIMONETTI, 2013; PLATAFORMA DHESCA BRASIL, 2012; SCOTT, 1995), fatores que

dificultaram o viver cotidiano e ainda podem influenciar no cuidado de si e do DM. Porém, vivenciar situações difíceis também pode conduzir ao surgimento do desejo de superação e de mudança (OLIVEIRA et al., 2008; ANGST, 2009; LABRONICI, 2012; YUMES, 2003; PESCE et al., 2004).

Conviver harmonicamente com o DM implica elaborar estratégias para a melhor adaptação e superação das dificuldades inerentes ao tratamento, à cronicidade, às demandas do viver e de ser mulher. Nessa perspectiva, toma-se a resiliência, reconhecida no presente estudo como a “*capacidade de suportar, de adaptar-se e conviver de forma harmônica desenvolvida frente às situações de adversidade e/ou estresse*” (RECKZIEGEL, 2014), como uma possibilidade para o viver melhor com DM. A resiliência, enquanto constructo teórico, envolve o reconhecimento da existência de fatores de risco, que são situações de adversidade, que contribuem para a desestabilização do processo de viver e ser saudável; e fatores de proteção, que são elementos capazes de auxiliar os indivíduos na resposta positiva às situações de adversidade (CONNOR, DAVIDSON, 2003; BOEL, 2013).

Assim, ampliar os conhecimentos sobre a resiliência e a adesão ao tratamento do DM pode auxiliar na compreensão dos elementos necessários para o viver mais saudável apesar das adversidades vivenciadas. Espera-se que os resultados desse estudo subsidiem a elaboração de estratégias de cuidado efetivas e congruentes com as necessidades das mulheres com DM, promovendo a redução de danos e o viver melhor.

Diante do exposto, esse estudo teve como objetivo: Analisar a resiliência de mulheres com diabetes mellitus e sua relação com o seguimento do plano alimentar, atividade física e estresse.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo observacional transversal com amostra estratificada probabilística, realizado na cidade de Florianópolis, estado de Santa Catarina - Brasil, na rede básica de atenção à saúde, vinculada ao Sistema Único de Saúde. A população foi constituída com bases nos dados oficiais disponibilizados pela Prefeitura Municipal de Florianópolis junto ao Sistema de Informação Atenção Básica no ano de 2009, totalizando 1.820 mulheres com DM cadastradas no município. Para o cálculo do tamanho da amostra foi estipulado

intervalo de confiança de 95% e nenhuma perda amostral, chegando ao total de 317 mulheres, porém para ampliar o poder da amostra recrutamos 412 participantes. Para a estratificação da amostra considerou-se a localização geográfica de cada Centro de Saúde (CS) no município, sendo sorteados 19 CS.

O acesso às participantes ocorreu por meio de listas cadastrais de pessoas com DM de cada CS, contendo as seguintes informações: nome dos usuários (mulheres e homens), número do cadastro, data de nascimento e número de telefone. As listas foram atualizadas, excluindo-se as crianças, os adolescentes, os homens e os óbitos, com auxílio de Enfermeiras e Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) de cada CS e convém destacar que não foram consultados prontuários ou qualquer documento sigiloso.

Após a obtenção do número de mulheres em cada CS, elas foram listadas em ordem alfabética e numeradas em ordem crescente, sendo calculado o número que deveriam ser recrutadas em cada CS. Para tanto, foi utilizada a ferramenta computacional SestatNet (NASSAR et al., 2009) para o cálculo da amostra e elaboração de rotina numérica aleatória para a seleção das mulheres.

Os critérios de inclusão foram: conhecer o diagnóstico de DM há mais de um ano; ser mulher com mais de 18 anos; possuir condições de comunicar-se verbalmente, sendo esse critério avaliado subjetivamente pelas entrevistadoras, e manter período de restrição alimentar igual ou superior a 120 minutos anteriores a entrevista. Os critérios de exclusão foram: impossibilidade de localização após a terceira tentativa de contato telefônico ou presencial.

Para esse estudo foram utilizados: formulário para o registro de variáveis sociodemográficas, de hábitos de vida e biométricas (glicemia capilar, estatura e peso). Para a avaliação dos dados biométricos foram utilizadas fitas métricas semimaleáveis com graduação em centímetros; balança digital portátil com sensor de pressão com capacidade máxima de 150 kg divididos a cada 100 gramas; glicosímetro e fitas reagentes com lotes previamente testados.

Foi aplicada a escala de Resiliência, originalmente desenvolvida em inglês (CONNOR; DAVIDSON, 2003), validada por Solano et al. (2011). A escala contém 25 questões fechadas acerca dos elementos importantes para a identificação da Resiliência. É composta por cinco opções de resposta (nem um pouco verdadeiro; raramente verdadeiro; às vezes verdadeiro; frequentemente verdadeiro; quase sempre verdadeiro). A pontuação varia de zero a quatro, respectivamente. O escore final

pode variar de zero a 100, sendo que valores maiores representam maior Resiliência.

Também foi utilizada a Escala de Estresse Percebido proposta por Cohen, Karmark e Mermelstein (1983), traduzida e validada por Luft et al.(2007). Esse instrumento contém 14 questões fechadas com as seguintes opções de resposta: 0 = Nunca; 1= Quase nunca; 2= Às vezes; 3= Quase sempre, 4= Sempre. A escala fornece um escore final, que pode variar de zero a 56, sendo composto pelo somatório dos valores de cada resposta, porém as questões 4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13 devem ser somadas utilizando valor inverso ao especificado pela resposta escolhida, ou seja: “0=4, 1=3, 2=2, 1=3, 0=4” (COHEN; KARMARCK; MERMELSTEIN, 1983, p.387).

A coleta de dados ocorreu no período de março de 2009 a agosto de 2010, sendo realizada uma visita domiciliar para cada participante do estudo. As entrevistas em domicílio foram conduzidas por equipe composta por uma enfermeira doutoranda e por cinco acadêmicas de enfermagem previamente treinadas, utilizando kits de coleta, formulários, uniformes com identificação e procedimentos padronizados.

Os dados coletados foram inseridos em arquivo no programa Excel[®] da Microsoft[®], distribuídos em uma planilha segundo as variáveis escolhidas e exportados para ferramenta computacional on-line SEstatNet[®]/UFSC (NASSAR et al., 2011).

O cálculo da renda familiar mensal *per capita* considerou os valores da renda familiar mensal, em reais, dividido pelo número de moradores do domicílio, sendo resultado convertido ao equivalente em salários mínimos conforme valor vigente no momento da coleta de dados. Essa medida visou reduzir perdas relacionadas à desvalorização da moeda ao longo do tempo.

Foram efetuadas estatísticas descritivas (médias, medianas, desvio padrão, quartis, amplitude mínima e máxima) para as variáveis quantitativas contínuas e discretas. Quanto às variáveis qualitativas nominais e ordinais foram efetuadas análises de frequência absoluta e relativa.

Para a análise dos dados relacionados aos hábitos de vida e saúde as entrevistadas foram separadas segundo a variável “uso de insulina”, cuja opção de resposta era sim ou não. Assim formaram-se dois grupos, o Grupo 1 (G1) composto por mulheres que utilizavam insulina como forma de tratamento medicamentoso e o Grupo 2 (G2) com as mulheres que não utilizavam insulina.

Na análise inferencial entre as variáveis quantitativas “escore de resiliência” e “escore de estresse” foi realizado o teste de correlação de Spearman devido a não normalidade dos dados. O teste entre a variável quantitativa “escore de resiliência” e a variável “atividade física”, qualitativa nominal com duas categorias, necessitou do teste U de Mann-Whitney devido a não adesão à curva normal. Na correlação entre “escore de resiliência” e a variável “seguimento do plano alimentar” (qualitativa ordinal com cinco categorias), foi realizado o teste Anova de Kruskas-Wallis no G1 devido a não normalidade dos dados, já no G2 foi realizado o Anova teste F, pois os dados apresentavam normalidade e homocedasticidade.

Também foi realizada a estratificação do escore de resiliência, assumindo a média em cada grupo como ponto de referência, sendo que a distância entre os desvios padrão constituíram o nível regular de resiliência e os escores abaixo e acima desses valores foram considerados como níveis baixos e elevados de resiliência (LESSMANN; SILVA; NASSAR, 2011), conforme Quadro 1.

Quadro 1: Estratificação dos escores de resiliência em elevada, regular e baixa, segundo a média e o desvio padrão do escore de resiliência no G1 e G2.

	Escore de Resiliência	
	G1	G2
Média do grupo	77,48 (\pm *14,04)	80,82(\pm 12,41)
Resiliência elevada	\geq 92	\geq 94
Resiliência regular	64 a 91	69 a 93
Resiliência baixa	\leq 63	\leq 68

* Desvio padrão (DP)

Durante todo o processo de pesquisa foram assegurados os aspectos éticos, garantindo o sigilo e a impessoalidade, assim como a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, previstos na Resolução 196/96 e 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde e complementares. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da instituição onde foi desenvolvida, sendo aprovada sem restrições no processo nº 193/2009. O estudo recebeu suporte financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Brasil, Edital nº 57/2008 – Relações de Gênero, Mulheres e Feminismo.

RESULTADOS

Das 412 mulheres com DM investigadas, a média de idade foi de 64,68 ($\pm 10,65$) anos e o tempo médio de doença foi de 10,73 ($\pm 8,47$) anos, sendo que os demais dados sociodemográficos encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1: Dados sociodemográficos de mulheres com diabetes mellitus. Florianópolis, 2014.

Variáveis	n(%)
Estado Marital (n=412)	
Casadas/ união estável	209 (50,73)
Viúvas	120 (29,13)
Divorciadas	60 (14,56)
Solteiras	23 (05,58)
Número de filhos (n=412)	
0	26 (06,00)
1 - 2	121 (29,00)
3 - 4	145 (35,00)
5 - 6	64 (15,00)
7 - 8	36 (09,00)
9 e mais	20 (05,00)
Cor da pele (n=412)	
Branças	342 (83,01)
Negras	52 (12,62)
Pardas	18 (04,37)
Religião (n=412)	
Católicas	299 (72,57)
Evangélicas	69 (16,75)
Espíritas	23 (05,58)
Não tem religião	21 (05,10)
Escolaridade (n=412)	
Não estudou	29 (07,04)
Ensino fundamental (1ª - 4ª série)	207 (50,24)
Ensino fundamental (5ª - 8ª série)	77 (18,69)
Ensino médio	77 (18,69)
Ensino superior	22 (05,34)

Exercício Laboral (n=412)	
Exerce trabalho remunerado	100 (24,27)
Aposentadas	179 (43,45)
Não possui trabalho remunerado	97 (23,54)
Pensionistas	36 (08,74)
Tipo de domicílio (n=412)	
Alvenaria	352(85,43)
Madeira	35(08,50)
Outro	25(06,07)
Propriedade do domicílio (n=412)	
Próprio	330(80,10)
Alugado	57(13,83)
Outro	25(06,07)
Renda familiar mensal <i>per capita</i> em salários mínimos (n=266)	n(%)
0,00 - 0,47	22(08,27)
0,48 - 1,00	98(36,84)
1,01 - 1,50	54(20,30)
1,51 - 2,00	34(12,78)
2,01 - 3,00	30(11,28)
3,01 - 4,00	12(04,51)
4,01 - 5,00	07(02,63)
5 e mais	09(03,38)

A seguir os dados serão apresentados considerando que o G1 é composto por mulheres que utilizavam insulina e o G2 compreendeu as mulheres que não utilizavam esse medicamento como parte do tratamento do DM.

A média de idade das mulheres do G1 foi de 65,75 anos ($\pm 10,46$) e do G2 foi de 64,24 anos ($\pm 10,72$). Observamos que as mulheres do G1 possuíam o DM há mais tempo com média de 16,05 anos ($\pm 9,42$), já as mulheres do G2 apresentam média de 8,55 anos ($\pm 6,97$) de tempo de doença. As mulheres também foram questionadas sobre como controlam o DM, conforme tabela 2.

Tabela 2: Controle do DM em mulheres, segundo o uso ou não de insulina. Florianópolis, 2014

Variáveis	Grupo 1* n (%)	Grupo 2** n (%)
Seguimento do plano alimentar	n=120	n=292
Nunca	28 (23,33)	61 (20,89)
Quase nunca	09 (07,50)	19 (06,51)
Às vezes	31 (25,83)	78 (26,71)
Quase sempre	26 (21,67)	65 (22,26)
Sempre	26 (21,67)	69 (23,63)
Atividade Física	n=120	n=292
Não	84 (70,00)	184 (63,01)
Sim	36 (30,00)	108 (36,99)
Frequência semanal de atividade física	n=36	n=108
Uma a quatro vezes por semana	24(66,66)	66 (61,11)
Cinco e mais vezes	12(33,33)	42 (38,88)
Local de realização de HGT	n=120	n=292
Domicilio	90 (75,00)	121 (29,37)
CS	29 (24,17)	216 (52,43)
Laboratório de análises clínicas	01 (00,83)	46 (11,17)
Outros locais	0	9 (02,19)
Não realiza	0	20 (04,85)
Frequência de realização do HGT	n=120	n=292
Diário	57 (47,50)	07(02,40)
Semanal	36 (30,00)	52 (17,81)
Mensal	17 (14,17)	90 (30,82)
Semestral	10 (08,33)	106 (36,30)
Anual	0	17 (05,82)
Não realiza	0	20 (06,85)

* Grupo que usa insulina

** Grupo que não usa insulina

Na Tabela 2 verifica-se que houve discreta diferença na adesão entre os dois grupos, com piores índices no G1 quanto ao seguimento do plano alimentar e a realização de exercício físico.

Quanto ao IMC observou-se que o G1 apresentou média de 29,43 ($\pm 5,16$) Kg/m², sendo que no G2 a média foi superior, equivalendo a 30,23 ($\pm 5,70$) Kg/m², mas ambos apresentam valores acima do preconizado.

Também verificamos a glicemia capilar pós-prandial, com intervalo de cerca de duas horas de restrição alimentar, observou-se que no G1 a média foi de 227,97 mg/dL ($\pm 98,87$; mediana = 212) e no G2 foi de 181,36 mg/dL ($\pm 77,97$; mediana de 159).

Em relação às avaliações psicométricas, os escores médios na escala de resiliência foram G1= 77,48 ($\pm 14,04$) e G2 = 80,82($\pm 12,41$) e os escores médios de estresse foram G1=23,63 ($\pm 11,25$) e G2=20,70($\pm 10,66$). Constatou-se que as mulheres do G1 apresentaram maiores escores de estresse e menor resiliência em comparação G2. Os valores dos testes de correlação encontram-se descritos na Tabela 3.

Tabela 3: Correlação entre resiliência e seguimento do plano alimentar, atividade física e estresse, segundo grupo de mulheres com DM. Florianópolis, 2014.

Variáveis	Resiliência	
	G1	G2
	Pvalor	Pvalor
Plano alimentar	0.1973076*	0.2195599 [§]
Atividade Física	0.1910726**	0.0176504**
Estresse	<0.00001***	< 0.00001***

* Teste ANOVA de Kruskal-Wallis

** Teste U de Mann-Whitney

***Teste de Correlação de Spearman

§ Anova teste F

Os dados da Tabela 3 mostram que maiores níveis de resiliência estão correlacionados a maior prática de exercício no G2. Tanto para o G1, quanto para o G2 associam-se maiores escores de resiliência a menores escores de estresse e vice-versa. Na Tabela 4 observam-se as frequências de realização de atividade física e seguimento do plano alimentar, segundo a estratificação do escore de resiliência em elevado, moderado e baixo.

Tabela 4: Realização de atividade física e seguimento do plano alimentar em mulheres com DM, segundo estratificação do escore de resiliência. Florianópolis, 2014.

	Resiliência no G1 n(%)			Resiliência no G2 n(%)		
	Baixa (n=20)	Regular (n=84)	Elevada (n=16)	Baixa (n=42)	Regular (n=201)	Elevada (n=49)
Atividade física						
Não	17(85,0)	58(69,05)	09(56,25)	35(83,33)	124(61,6)	25(51,0)
Sim	03(15,0)	26(30,9)	07(43,7)	07(16,6)	77(38,3)	24(48,9)
Plano alimentar						
Nunca	05(25,0)	22(26,1)	01(06,2)	09(21,4)	45(22,3)	07(14,2)
Quase nunca	01(05,0)	05(05,9)	03(18,7)	02(04,7)	15(07,7)	02(04,0)
Às vezes	06(30,0)	22(26,1)	03(18,7)	16(38,1)	49(24,3)	13(26,5)
Quase sempre	06(30,0)	17(20,2)	03(18,7)	11(26,1)	42(20,9)	12(24,4)
Sempre	02(10,0)	18(21,4)	06(37,5)	04(09,5)	50(24,8)	15(30,6)

DISCUSSÕES

Em relação aos dados sociodemográficos, houve predominância de pessoas idosas, o que explica o grande número de casadas, viúvas, aposentadas e pensionistas. O maior tempo de convívio com a doença também pode estar relacionado à média de idade encontrada, uma vez que estudos apontam que a descoberta do DM ocorre por volta dos 50 anos (TORRES et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2007). A predominância de mulheres brancas é similar ao reportado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), que apresenta essa característica à população da região Sul do Brasil.

A maioria das entrevistadas relatou ter *religião*, tal como a fé e a espiritualidade, são reconhecidas “como fundamentos de utilidade para desencadear mecanismos de proteção, de amparo e de fortalecimento no lidar com a problemática da doença” (BARTOLOMEI, 2008, p.84), podendo ser consideradas fator de proteção e de promoção da resiliência.

Quanto à *renda*, evidenciou-se acentuada desigualdade entre as famílias, porém a maioria foi classificada no estrato de classe média, com valores de renda *per capita mensal* superiores a R\$291,00, valor equivalente a 0,47 salários mínimos em 2012, ano da elaboração do documento que avaliou a renda da população brasileira (BRASIL, 2012). A definição de classe social vem sendo analisada

multidimensionalmente, não cabendo a esse estudo tal classificação, porém convém destacar que a maioria das mulheres entrevistadas residia em domicílio próprio e de alvenaria, contribuindo para a redução de despesas familiares e na ampliação da sensação de segurança financeira. Porém, considerando que essas famílias viviam na capital do Estado e que os custos de vida são relativamente altos, faz-se necessário refletir sobre o real poder de compra que possuíam. Também convém lembrar que o custo de vida das participantes do estudo pode ser mais elevado, tendo em vista que a maioria é idosa e tem outras comorbidades que exigem cuidados onerosos do ponto de vista financeiro (SBD, 2013). Um estudo apontou para conexões entre “perda na força de trabalho e diminuição das poupanças familiares”, assim como perdas econômicas brasileiras relacionadas principalmente ao DM, às doenças cardíacas e ao acidente vascular cerebral, sendo que além dos impactos financeiros individuais, o DM também é responsável por elevados custos ao sistema de saúde (SCHMIDT et al., 2011).

Outro ponto que merece destaque foi o elevado número de mulheres que relataram “não receber nada”, sendo uma característica que reflete *fragilidades relacionadas ao gênero*, quando é socialmente aceito que mulheres fiquem no âmbito domiciliar, efetuando serviços domésticos e, com isso, tornem-se dependentes economicamente do familiar provedor, comumente do sexo masculino. Essa condição de dependência pode reduzir a autoestima e a autoconfiança, gerando abalos emocionais e a redução da resiliência, além da maior predisposição à submissão e à violência doméstica (CHERON; SEVERO, 2010).

Em relação ao diabetes, a *monitorização da glicemia capilar* é uma ferramenta importante no controle do DM, uma vez que fornece informações acerca dos níveis de glicose no sangue e permite que a pessoa adote condutas imediatas no manejo de crises de hiper ou hipoglicemia, além de avaliar o esquema terapêutico empregado no dia a dia (SBD, 2013). Há discussão na literatura acerca da frequência ideal da realização da auto monitorização da glicose capilar, porém é consenso que a conduta frequente desperte a responsabilização relacionada à adesão à terapêutica, uma vez o sujeito tem acesso facilitado aos valores da glicemia e pode refletir sobre os possíveis motivos de sua alteração (SBD, 2013; ADA, 2013).

A Sociedade Brasileira de Diabetes (2013) recomenda que pessoas com DM que usam insulina façam a monitorização da glicose três vezes ao dia e pessoas que não usam insulina realizem pelo menos dois a quatro testes por semana em diferentes horários. Foi possível

constatar a baixa adesão à realização da monitorização da glicose em período recomendado em ambos os grupos, porém com maior adesão no G1. A possível justificativa para essa situação é que há distribuição gratuita pelos CS de equipamentos e insumos para a monitorização domiciliar para as pessoas que utilizam insulina, regulamentado pela Portaria nº 2.583 de 10 de outubro de 2007 do Ministério da Saúde. Nos CS é facilitado o acesso à realização da glicemia capilar para pessoas com DM, porém é possível que a necessidade de deslocamento desestime a monitorização constante.

O Ministério da Saúde Brasileiro coloca que a prática de *atividade física* deve ser considerada prioridade no esquema terapêutico do DM (BRASIL, 2006). Sua realização promove o controle metabólico e do peso corporal, amplia a condição cardiovascular e reduz a necessidade de hipoglicemiantes, fatores que contribuem muito para a estabilidade do DM (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2010; BRASIL, 2006; RANA et al., 2007). Um estudo de revisão apontou que a realização de atividade física também melhora o humor, reduz a ansiedade e promove a liberação de hormônios como β endorfina, serotonina e outros que podem relacionar-se a redução do estresse e aumento da qualidade de vida (MELLO et al., 2005). Desta forma, a prática de atividade física é amplamente recomendada, inclusive para pessoas que não possuem DM, sendo indicado que pessoas com DM pratiquem de cinco a sete vezes por semana com duração de 30 a 60 minutos diária (BRASIL, 2006; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2010).

A Sociedade Brasileira de Diabetes (2013, p.44) também recomenda a prática diária de atividade física, porém admite que seja realizado, no mínimo, a cada dois dias “para que os benefícios sobre o metabolismo glicídico sejam alcançados”. Analisando os dados, verificamos que apenas 30% das mulheres no G1 e 35% no G2 realizam algum tipo de atividade física. Dentre as que praticam, a maioria efetua com frequência abaixo do esperado. Assim, a pouca adesão à atividade física torna-se um ponto de destaque, evidenciando a necessidade de intervenções em saúde que favoreçam a melhora desses índices.

Quanto ao *seguimento do plano alimentar*, apenas 21,67% do G1 e 23,63% das mulheres do G2 relataram que sempre seguiam a as recomendações do médico ou nutricionista. Sabe-se que no DM a restrição do aporte calórico por meio do controle da ingestão de carboidratos e gorduras é fundamental (SBD, 2013; ADA, 2013). Outro resultado alarmante é que 30,83% das mulheres do G1 e 27,40% do G2 relataram que nunca ou quase nunca seguem o plano alimentar. Nesse

panorama, o G2 adere um pouco mais ao plano alimentar, porém ambos os grupos estão bem distantes do preconizado (PONTIERI; BACHION, 2010).

Outra variável importante é o *IMC*, que indica se a pessoa está conseguindo manter o peso ideal em relação a sua estrutura corporal. Pessoas acima do peso apresentam quantidades maiores de gordura corporal, o que prejudica a manutenção de níveis estáveis de glicemia, pois a gordura apresenta resistência natural à insulina (SBD, 2013; ADA, 2013). As médias de IMC dos grupos estão acima do esperado, indicando que exista uma relação de desequilíbrio entre os valores energéticos ingeridos e o gasto diário. A média do G1 pode ser classificada como sobrepeso e do G2 como obesidade grau I. Esse é um resultado alarmante, tendo em vista que o DM é um fator de risco para o surgimento de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares e a obesidade é um grande predisponente desses agravos (SBD, 2013; ADA, 2013; BRASIL, 2006; OPAS, 2010; SCHMIDT et al., 2011).

Ambos os grupos apresentam a média de *glicemia capilar pós-prandial* acima do recomendado, sendo piores os escores do G1, evidência que confirma a necessidade de maior rigor no controle terapêutico como um todo. A baixa adesão ao tratamento não medicamentoso, presença de sobrepeso ou obesidade e de glicemia alterada é um achado comum na literatura científica, fato que corrobora com a necessidade de implementação de estratégias mais efetivas de cuidado (BOAS, et al., 2011; ALAYON, MOSQUERA-VASQUEZ, 2008; ADA, 2013; SBD, 2013; SCHMIDT et al., 2011).

A *resiliência*, ligada à capacidade de adaptar-se às demandas sociais, de saúde e culturais que envolvem alterações significativas no processo de viver, relacionar-se, ser saudável e adoecer (BECONÃ, 2006; PESCE et al., 2005; OLIVEIRA et al., 2007; ANGST, 2009; SOUZA, CERVENY, 2006; OLIVEIRA et al., 2008). Torna-se relevante no enfrentamento de dificuldades cotidianas e de situações de estresse, promovendo a ampliação das habilidades de enfrentamento, manejo e adesão aos processos terapêuticos (ANGST, 2009; SOUZA, CERVENY, 2006; OLIVEIRA et al., 2008).

Observamos que a resiliência apresentou associação inversamente proporcional com escores de estresse. Essa associação torna-se relevante para o controle do DM, pois durante a exposição aos fenômenos estressores ocorrem alterações na produção de cortisol, glucagon, catecolaminas, hormônio do crescimento e renina, que são capazes de interferir na ação da insulina, e consequentemente, no controle da doença (GUYTON; HALL, 2011). Além disso, mulheres com menores

níveis de estresse tem maior disponibilidade para o cuidado de si e de sua saúde (LESSMANN, SILVA, NASSAR, 2012).

A resiliência também apresentou influência positiva na adesão ao tratamento do DM, pois mulheres com maiores escores de resiliência praticam mais atividade física e realizam o plano alimentar com maior assiduidade que as mulheres com menores escores de resiliência. Nessa perspectiva, realizar ações de cuidado em saúde que promovam a resiliência pode proporcionar impactos positivos ao viver de mulheres com DM, além de promover a maior adesão ao tratamento.

CONCLUSÕES

Os resultados desse estudo permitiram concluir que a maioria das mulheres cuida pouco de si e de sua saúde. Porém, a resiliência mostrou influência positiva na adesão ao tratamento do DM, tendo em vista que as mulheres com maiores escores de resiliência apresentaram menores escores de estresse, aderiram à realização de atividade física e ao plano alimentar. Assim a resiliência destaca-se enquanto elemento promotor da adesão ao tratamento do DM, tornando-se uma possibilidade para o cuidado de enfermagem e saúde integral e de qualidade.

Apontamos que o caráter transversal da coleta de dados tornou-se uma fragilidade, dificultando a avaliação da resiliência enquanto processo, sendo necessários estudos longitudinais que proponham intervenções que fortaleçam a adesão ao tratamento.

Recomenda-se que os profissionais de enfermagem e saúde promovam a resiliência no cuidado às mulheres, dada sua influência positiva na adesão ao tratamento do DM e no viver melhor com uma doença crônica.

REFERÊNCIAS

AHMED, Rana; ASLANI, Parisa. What is patient adherence? A terminology overview. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v.36, n.1, p.4-7, feb. 2014.

ALAYON, Alicia N; MOSQUERA-VASQUEZ, Mario. Adherencia al tratamiento basado en comportamientos en pacientes diabéticos Cartagena de Indias, na Colômbia. **Rev.salud pública**, Bogotá, v. 10, n. 5, p. 777-787, nov. 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642008000500010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 fev. 2014.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION Standards of medical care in diabetes - 2013. **Diabetes Care**, v.36, supl.1, p.S11-S66, 2013

ANGST, Rosana. Psicologia e resiliência: uma revisão de literatura. **Psicol. Argum.**, Curitiba, v.27, n.58, p.253-260, 2009.

ARAÚJO, Maria José de Oliveira; SIMONETTI, Maria Cecília Moraes. **Direitos humanos e gênero**: série debates em direitos humanos. Plataforma DHESCA Brasil., v.1, Curitiba: Terra de Direitos, 2013.

BARTOLOMEI, Mônica. **A fé como fator de resiliência no tratamento do câncer**: uma análise do que pensam os profissionais da saúde sobre o papel da espiritualidade na recuperação dos pacientes. 2008. 137f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião) – Curso de Mestrado em Ciências da Religião, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

BECKER, Tânia Alves Canata; TEIXEIRA, Carla Regina de Souza; ZANETTI, Maria Lúcia. Diagnósticos de enfermagem em pacientes diabéticos em uso de insulina. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 61, n.6, p.847-852, 2008.

BECONÃ, Elisardo. Resiliência: definición, características y utilidad del concepto. **Rev Psicopatologia Psicologia Clínica.**, v.11, n.3, p.125-143. 2006.

BOAS, Lilian Cristiane Gomes-Villas; FOSS, Milton César; FOSS-FREITAS, Maria Cristina; TORRES, Heloísa de Carvalho; MONTEIRO, Luciana Zaranza; PACE, Ana Emilia. Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. **Texto Contexto Enferm.**, v.20, n.2, p.272-279, 2011.

BOELL, Julia Estela Willrich. **Resiliência de pessoas com doenças crônicas**: diabetes mellitus e insuficiência renal crônica terminal. 2013. 137p.Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de diabetes mellitus**. Brasília, Brasil, 2006.

_____. _____. **Portaria nº 2.583 de 10 de outubro de 2007**: define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-2583.htm>>. Acesso em 05 jan. 2014.

_____. Secretaria de Assuntos Estratégicos. **Perguntas e respostas sobre a definição da classe média**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://www.sae.gov.br/site/wp-content/uploads/Perguntas-e-Respostas-sobre-a-Defini%C3%A7%C3%A3o-da-Classe-M%C3%A9dia.pdf>>. Acesso em: 04 fev. 2014.

CHERON, Cibele; SEVERO, Elena Erling. Apanhar ou passar fome? a difícil relação entre dependência financeira e violência em Porto Alegre,RS. In: FAZENDO GÊNERO 9 - DIÁSPORAS, DIVERSIDADES, DESLOCAMENTOS. 9, 2010, Florianópolis. **Anais Fazendo Gênero 9**: diásporas, diversidades, deslocamentos. Florianópolis, UFSC, 2010. p. 1-10. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278279902_ARQUIVO_Cheron_Severo.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2014.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso. Gênero, saúde e enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, v.58, n.3, p. 345-348, 2005.

COHEN, Sheldon; KAMARCK, Tom; MERMELSTEIN, Robin. A global measure of perceived stress. **Journal of health and Social Behavior**, Cambridge - USA, v.24, p. 385-396, dec. 1983.

CONNOR, K.M; DAVIDSON, J.R.T. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). **Depression and Anxiety**. n.18, p. 76-82, 2003.

DENISCO, Susan. Exploring the relationship between resilience and diabetes outcomes in African Americans. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners**, v. 23, n.11, p. 602-610, nov. 2011.

FRANCIONI, Fabiane Ferreira. **Compreendendo o processo de viver com diabetes mellitus em uma comunidade de Florianópolis, Santa Catarina:** das práticas de autoatenção ao apoio social. 186p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

GUYTON, Arthur C.; HALL, John E. **Guyton & Hall:** tratado de fisiologia médica. 12 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

HILLIARD, M.E.; HARRIS, M.A.; WEISSBERG-BENCHELL, J. Diabetes resilience: a model of risk and protection in type 1 diabetes. **Curr Diab Rep.**, v.12, n.6, p.739-748, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico de 2010.** Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 01 jun. 2013.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes Atlas.** 6ª ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2013. Disponível em<<http://www.idf.org/diabetesatlas>>. Acesso em 10 fev. 2014.

LABRONICI, Liliana Maria. Processo de resiliência nas mulheres vítimas de violência doméstica: um olhar fenomenológico. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.21, n.3, p.625-632, 2012.

LESSMANN, Juliana Cristina; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da; NASSAR, Silvia Modesto. Estresse em mulheres com Diabetes mellitus tipo 2. **Rev bras enferm.**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 451-456, jun. 2011.

_____. Mulheres com Diabetes mellitus tipo 2: perfil sociodemográfico, biométrico e de saúde. **Acta paul enferm.**, São Paulo, v. 25, n. spec 1, p.81-86, 2012 .

LUFT, Caroline Di Bernardi; SANCHES, Sabrina de Oliveira Giovana; MAZO, Zarpellon; ANDRADE, Alexandre. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. **Rev Saúde Pública.**, São Paulo, v. 41, n.4, p.606-615, ago. 2007. Disponível em

<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n4/5932.pdf>> acesso em: 01 jun. 2013.

MALERBI, F.E.K. Adesão ao tratamento, importância da família e intervenções comportamentais em diabetes. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diabetes na prática clínica**: e-book. 1ª ed. São Paulo: SBD, 2011. Disponível em: <<http://www.diabetesebook.org.br/revista/index.html#/333/zoomed>>. Acesso em: 28 mai. 2013.

MCCOLLUM, M.; PHARMD, L.B.H.; LU, L.; SULLIVAN, P.W. Gender differences in Diabetes Mellitus and effects on self-care activity. **Gender Medicine**, v.2, n.4, p. 246-254, 2005.

MELLO, Marco Túlio de; BOSCOLO, Rita Aurélia; ESTEVES, Andrea Maculano, TUFIK, Sergio. O exercício físico e os aspectos psicobiológicos. **Rev Bras Med Esporte.**, v. 11, n. 3, p.203-207, mai./jun. 2005.

NASSAR, S.M.; WRONSKI, V.R.; OHIRA, M et al. **SEstatNet** - Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web [página na internet]. Florianópolis: UFSC, 2013. Disponível em: <<http://www.sestatnet.ufsc.br>>. Acesso de jan. 2009 a maio 2014.

OLIVEIRA, D.S.; TANNUS, L.R.M.; MATHEUS, A.S.M.; CORREA, F.H.; COBAS, R.; CUNHA, E.F.; GOMES, M.B. Evaluation of cardiovascular risk according to Framingham criteria in patients with type 2 diabetes. **Arq bras endocrinol metab.**, v.51, n.2, p.268-274, 2007.

OLIVEIRA, Marileide A. de; REIS, Verônica Lima dos; ZANELATO, Luciana Silva; NEME, Carmem. Maria Bueno. Resiliência; análise das publicações no período de 2000 a 2006. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.28, n.4, p.754-766, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v28n4/v28n4a08.pdf>>. Acesso em 01 jun. 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Linhas de cuidado**: hipertensão arterial e diabetes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 232 p. Disponível em: <

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linhas_cuidado_hipertensao_diabetes.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2013.

PERES, D.S.; SANTOS, M.A. dos; ZANETTI, M.L.; FERRONATO, A.A. Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v.15, n.6, p. 1105-1112, 2007.

PESCE, Renata P.; ASSIS, Simone G.; AVANCI, Joviana Q.; SANTOS, Nilton C.; MALAQUIAS, Juaci V.; CARVALHAES, Raquel. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. **Cad Saúde Pública.**, v. 21, n.2, p.436-448, mar./abr. 2005.

PESCE, R.P.; ASSIS, S.G.; SANTOS, N.; OLIVEIRA, R.V.C. Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. **Psic Teor Pesq.**, v.20, n.2, p.135-143, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v20n2/a06v20n2.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2013.

PLATAFORMA DHESCA BRASIL. **Relatorias em direitos humanos: fortalecimento de uma cultura de direitos no Brasil**. Curitiba: Terra de Direitos, 2012.

PONTIERI, F.M.; BACHION, M.M. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, 2010.

RANA, J.S.; LI, T.Y.; MANSON, J.E.; HU, F.B. Adiposity compared with physical inactivity and risc of type 2 diabetes in women. **Diabetes Care**, EUA, v.30, n.1, p.53-58, jan. 2007.

RECKZIEGEL, Juliana Cristina Lessmann. **Resiliência e adesão ao tratamento do diabetes mellitus em mulheres**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

SCHMIDT, Maria Inês; DUNCAN, Bruce Bartholow; SILVA, Gulnar Azevedo e; MENEZES, Ana Maria; MONTEIRO, Carlos Augusto; BARRETO, Sandhi Maria; CHOR, Dora; MENEZES, Paulo Rossi. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p.1949-1961, jun. 2011.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Revista Educação e Realidade**, Porto Alegre, v.20, n.2, p.71-99, jul./dez. 1995. Disponível em: <<http://www.direito.caop.mp.pr.gov.br/arquivos/File/SCOTTJoanGenero.pdf>>. Acesso em: 24 Jan. 2014.

SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da; HEGADOREN, Kathy; LASIUK, Gerri. As perspectivas de donas de casa brasileiras sobre a sua experiência com diabetes mellitus tipo 2. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, p. 469-477, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 jun. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIBETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. Rio de Janeiro: SBD, 2008.

_____. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2012-2013**: e-book. São Paulo: GEN, 2013.

SOLANO, J. P. et al. **Adaptação cultural e estudo de validade da escala de resiliência de Connor-Davidson para o Brasil**. Direito reservados – Copyright ©, 2011.

SOUZA, Marilza Terezinha Soares de; CERVENY, Ceneide Maria de Oliveira. Resiliência psicológica: revisão da literatura e análise da produção científica. **Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology**, v.40, n.1, p. 119-126, 2006. Disponível em: <<http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/RIP04013.pdf>>. Acesso em 01 jun. 2013.

TAVARES, Bárbara Cristina; BARRETO, Francine do Amaral; LODETTI, Marília Lima; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da; LESSMANN, Juliana Cristina. Resilience among people with Diabetes Mellitus. **Texto Contexto Enferm.**, v.20, n.4, p.751-757, 2011.

TORRES, H.C.; SOUZA, E.R.; LIMA, M.H.M.; BODSTEIN, R.C. Educational intervention for self-care of individuals with diabetes mellitus. **Acta paul. enferm.** n.24, v.4, p. 514-519, 2011.

WHITHEMORE, R.; MELKUS, G.D.E.; GREY, M. Self-repot of depressed mood and depression in women with type 2 diabetes. **Mental Health Nursing**, v.25, p.243-260, 2004.

YUNES, M.A.M. Psicologia e resiliência: o foco no indivíduo e na família. **Psicol Estud.**, v.8, n. esp, p.75-84, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v8nspe/v8nesa10.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2013.

4.2 MANUSCRITO 2 – INFLUÊNCIA DE FATORES DE PROTEÇÃO E DE RISCO NA RESILIÊNCIA E NA ADESÃO AO TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS EM MULHERES

INFLUÊNCIA DE FATORES DE PROTEÇÃO E DE RISCO NA RESILIÊNCIA E NA ADESÃO AO TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS EM MULHERES¹⁷

Juliana Cristina Lessmann Reckziegel
Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva

Resumo: Conviver com o Diabetes Mellitus pode ser um fator de risco pela complexidade e repercussões do tratamento, sendo que a promoção da resiliência contribui para a redução dos impactos negativos e para o viver melhor. **Objetivo:** Compreender os fatores de proteção e de risco no cotidiano de mulheres na perspectiva da resiliência e da adesão ao tratamento do diabetes mellitus. **Método:** Estudo qualitativo interpretativo, realizado em Florianópolis, Brasil, entre 2011 e 2012, contemplando dez reuniões de grupo de convivência e entrevistas em profundidade pré e pós-grupo, das quais participaram nove mulheres com diabetes. **Resultados e discussões:** Emergiram duas categorias e seis subcategorias, destacando que fatores de proteção fortalecem a resiliência e a adesão ao tratamento por ampliar o cuidado de si e a manutenção da vida social ativa. Ao contrário, os fatores de risco, como discriminação e violência de gênero têm repercussões negativas na adesão ao tratamento. **Conclusões:** A promoção da resiliência desvela-se como estratégia inovadora para o cuidado e ampliação da adesão ao tratamento do diabetes em mulheres.

Palavras-chave: Resiliência psicológica. Diabetes mellitus. Adesão. Enfermagem. Doença crônica.

¹⁷ Esse manuscrito faz parte da Tese de Doutorado intitulada “Resiliência e adesão ao tratamento do diabetes mellitus em mulheres”. Foi desenvolvida com auxílio financeiro do CNPq.

INFLUENCE OF PROTECTIVE AND RISK FACTORS ON RESILIENCE AND ADHERENCE TO TREATMENT OF DIABETES MELLITUS IN WOMEN

Abstract: Living with Diabetes Mellitus can be a risk factor due to the complexity and consequences of treatment, considering that the promotion of resilience helps to reduce the negative impacts and to live better. **Objective:** Understanding the protective and risk factors in everyday life of women in the perspective of resilience and adherence to treatment of diabetes mellitus. **Method:** An interpretive qualitative study, carried out in Florianópolis, Brazil, between 2011 and 2012, covering ten meetings of the social group, and in-depth interviews pre and post-group, attended by nine women with diabetes. **Results and discussions:** Two categories and six subcategories emerged, emphasizing that protective factors strengthen the resilience and adherence to treatment by expanding the autonomy, self-care and keeping an active social life. Rather, the risk factors such as discrimination and gender violence have a negative impact on treatment adherence. **Conclusions:** Promoting resilience is revealed as an innovative strategy for the care and expansion of adherence to diabetes treatment in women.

Keywords: Psychological resilience. Diabetes mellitus. Adherence. Nursing. Chronic disease.

INFLUENCIA DE LOS FACTORES DE PROTECCIÓN Y DE RIESGO EN LA RESILIENCIA Y EN LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS EN LA MUJER

Resumen: Vivir con Diabetes Mellitus puede ser un factor de riesgo por la complejidad y consecuencias del tratamiento, siendo que la promoción de la resiliencia contribuye para la reducción de los impactos negativos y para vivir mejor. **Objetivo:** Comprender los factores de protección y riesgo en la vida cotidiana de las mujeres en la perspectiva de la resiliencia y de la adhesión al tratamiento de la diabetes mellitus. **Método:** Estudio cualitativo interpretativo, realizado en Florianópolis, Brazil, entre 2011 y 2012, cubriendo diez reuniones de grupo de convivencia y entrevistas en profundidad pre y post-grupo, de las cuales participaron nueve mujeres con diabetes. **Resultados y discusión:** Emergieron dos categorías y seis subcategorías, haciendo hincapié en

los factores de protección que fortalecen la capacidad de resiliencia y la adhesión al tratamiento por ampliar la autonomía o la atención de si y el mantenimiento de la vida social activa. Por el contrario, los factores de riesgo, tales como la discriminación y la violencia de género, interfieren negativamente en la adhesión al tratamiento. **Conclusiones:** La promoción de la resiliencia se desvela como estrategia innovadora para la atención y ampliación a la adhesión al tratamiento de la diabetes en las mujeres.

Palabras clave: Resiliencia psicológica. Diabetes mellitus. Adhesión. Enfermería. Enfermedades crónicas.

INTRODUÇÃO

Conviver com uma doença crônica como o Diabetes Mellitus (DM) pode gerar abalos de ordem emocional, como sentimentos de privação alimentar e medo da morte; de ordem biológica como complicações no sistema vascular, olhos e rins; além de alterações no cotidiano decorrentes das necessidades de novas práticas de cuidados em saúde (PERES et al., 2007; PONTIERI, BACHION, 2010). O caráter intermitente, a complexidade das ações, a necessidade de novos aprendizados, as constantes alterações nas terapêuticas, a ocorrência de crises agudas, o ônus financeiro e o próprio controle diário da doença são alguns dos elementos apontados como geradores de frustração, cansaço e descontentamento, favorecendo a descontinuidade e baixa adesão ao tratamento (ADA, 2013; SBD, 2013; MALERBI, 2011; PERES et al., 2007; PONTIERI, BACHION, 2010; REINERS et al., 2008).

Além dessas dificuldades, existem outros aspectos que podem influenciar no cuidado de si em mulheres com DM, destacando-se as histórias de sofrimento e as questões normativas de gênero como: a submissão, a dependência financeira, as brigas familiares, a elevada carga de trabalho doméstico e a responsabilidade pelo cuidado dos membros da família em detrimento de seu próprio cuidado (SILVA, HEGADOREN, LASUIK, 2012; MCCOLLUN et al., 2005; WHITHEMORE, MELKUS, GREY, 2004).

Vivenciar situações adversas e/ou fatores de risco podem mobilizar reações negativas de tristeza, sofrimento e desencorajamento, demandando a busca por condições melhores para o viver (LABRONICI, 2012). Por outro lado, algumas situações são

potencialmente benéficas, ajudando na mudança e na adaptação positiva frente ao risco, sendo identificadas como fatores de proteção. Cada pessoa reconhece seus fatores de proteção e confere características subjetivas e particulares a eles (HILLIARD; HARRIS; WEISSBERG-BENCHELL, 2012). Assim, o que pode ser um fator de proteção para um, não necessariamente exerce tal influência em outro indivíduo. Os fatores de proteção podem ser individuais, como a autoestima positiva; familiares, como a estabilidade de relacionamentos; ou de suporte social, expressos nas redes de apoio efetivas e acessíveis (CASTRO, 2009; HILLIARD; HARRIS; WEISSBERG-BENCHELL, 2012).

A interação entre fatores de risco e de proteção, o desejo de superar adversidades e de encontrar novas perspectivas para o viver melhor dá lugar à resiliência (SALES; SOUGEY, 2012; PEREZ, 2013), reconhecida como “capacidade de suportar, de adaptar-se e conviver de forma harmônica, desenvolvida frente às situações de adversidade e/ou estresse” (RECKZIEGEL, 2014). Destaca-se que a resiliência não é uma característica inata, sendo desenvolvida em cada indivíduo de maneira peculiar, porém de forma determinante para o enfrentamento das dificuldades cotidianas (CASTRO, 2009; RUTTER, 1999).

Em estudo prévio, do tipo observacional e transversal, com amostra estratificada probabilística, desenvolvido em Florianópolis/Brasil com 412 mulheres com DM, foi observado que maiores escores de resiliência estão associados a menores escores de estresse; que mulheres com escores elevados de resiliência tinham maior percentual de adesão ao plano alimentar e maior assiduidade na prática de atividade física (RECKZIEGEL, 2014). No entanto, estudos no Brasil que enfoquem a resiliência e a adesão ao tratamento do DM em mulheres ainda são escassos, sendo necessário aprofundar a compreensão de como se expressam no viver de mulheres com DM.

Esse estudo teve como objetivo: **compreender os fatores de proteção e de risco no cotidiano de mulheres na perspectiva da resiliência e da adesão ao tratamento do diabetes mellitus**. Espera-se que ofereça subsídios aos profissionais da saúde na busca de estratégias para promover a resiliência em mulheres com DM, possibilitando o enfrentamento das dificuldades e potencializando fatores protetivos em direção ao viver melhor e mais saudável.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo interpretativo, desenvolvido em um Centro de Saúde (CS) localizado na cidade de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina, Brasil. A escolha do local de pesquisa considerou os resultados do estudo quantitativo, que apontou que as mulheres residentes na área de abrangência do CS possuíam baixos escores de resiliência em comparação a outras localidades na mesma cidade.

O processo de coleta de dados iniciou em 01 de outubro de 2011 e finalizou em 01 de abril de 2012. Primeiramente foram realizados procedimentos para a captação e seleção de 12 mulheres com DM, que após a ciência dos objetivos e métodos consentiram em participar da pesquisa. A amostragem da pesquisa foi de nove participantes, pois três mulheres solicitaram o desligamento durante o processo de coleta de dados, sendo que as informações fornecidas em período anterior à desistência foram eliminadas do *corpus* da pesquisa.

As mulheres foram entrevistadas, individualmente, no domicílio e posteriormente participaram de 10 reuniões de grupo de convivência. Após o término das atividades de grupo, foram novamente entrevistadas individualmente. As entrevistas foram em profundidade, privilegiando o diálogo e a conversa livre como principal elemento norteador, sendo focalizados os relatos do viver e conviver com o DM. Nesses relatos destacaram-se estratégias de cuidado e controle do DM, sentimentos e percepções sobre a vida, trajetórias anteriores e possibilidades futuras. Também foram abordados sentimentos e percepções de cada mulher sobre si, sua família e componentes de sua rede de relações.

A operacionalização do grupo de convivência seguiu as recomendações descritas por Silva et al. (2003; 2005), levando em consideração a comunicação aberta, circular e em complementaridade (MINICUCCI, 2007), com ênfase no desenvolvimento da resiliência para o manejo de problemas individuais e coletivos relacionados ao processo de viver, ser saudável e envelhecer com uma doença crônica. Também foi utilizada a proposta de Paulo Freire acerca dos Círculos de Cultura, que possibilitou a aproximação de pessoas com objetivos comuns e com o propósito de estabelecer um processo de ensino-aprendizagem a partir de elementos culturais e/ou educacionais (FREIRE, 2011a,b,c).

As entrevistas em profundidade tiveram duração de 60 a 130 minutos, e as reuniões de grupo duraram de 90 a 130 minutos, sendo o áudio gravado e posteriormente transcrito. Imediatamente após o

término de cada atividade foram realizadas notas em diário de campo, destacando os principais aspectos ocorridos e as percepções da pesquisadora.

Para a análise dos dados textuais foram realizadas leituras atentas e em profundidade, seguidas de codificação linha-a-linha utilizando como ferramenta o Atlas.Ti, elaboração de pré-categorias com abordagem mais ampla sobre o fenômeno estudado, que foram reanalisadas para a elaboração das categorias. Esse processo fundamentou-se na análise de conteúdo dirigida, sendo realizada considerando o referencial pré-selecionado - a resiliência, os fatores de risco e de proteção - com o intuito de “validar ou estender conceitualmente um quadro teórico ou teoria” [tradução nossa] (HSIEH, SHANNON, 2005, p. 1279).

Foram assegurados os aspectos éticos, que garantiram sigilo e impessoalidade previstos na Resolução 196/96 e 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde e complementares, incluindo o oferecimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para manter o sigilo dos dados, o nome das participantes foi suprimido, sendo substituídos pela letra M, seguido de um número que variou de um a nove. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo aprovada sem restrições no processo número nº2056/2011 (FR432556).

RESULTADOS

Os dados permitiram o reconhecimento de duas categorias e seis subcategorias que estão apresentadas no Quadro 1, seguidas pela explanação detalhada dos elementos que as compõem.

Quadro 1: Fatores de proteção e de risco relacionados à resiliência e à adesão ao tratamento do diabetes mellitus em mulheres. Florianópolis, 2014

Categoria 1: Fatores de proteção para o fortalecimento da resiliência e da adesão ao tratamento do DM		
Subcategorias		
<p>Percebendo-se vencedora frente aos problemas da vida, relacionados com:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A família; • O tratamento do DM; • A doença; • O envelhecimento. 	<p>Assumindo a gestão de sua vida e fortalecendo sentimentos de felicidade e utilidade, relacionados com:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ser filha, mãe, esposa, avó e cuidadora; • Autonomia para ajudar e ser ajudada. 	<p>Mantendo a vida social ativa, relacionada com:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sentir prazer; • Cuidar de si; • Participar de atividades coletivas; • Ter tempo e autonomia para cuidar de si.
Categoria 2: Fatores de risco geradores de redução da resiliência e da adesão ao tratamento do DM		
Subcategorias		
<p>Descuidando de si e do DM, relacionados com:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não ter tempo livre; • Ter muita responsabilidade com os outros; • Desistir de si para cuidar de outros. 	<p>Sentindo desmotivação e desestímulo, relacionados com:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Processo de envelhecimento; • Presença de limitações físicas decorrentes do tratamento do DM; • Solidão e falta de apoio emocional. 	<p>Vivenciando problemas familiares e discriminação de gênero, relacionados à:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desvalorização das mulheres pela família e sociedade; • Dependência financeira da família; • Exposição à violência psicológica.

Fatores de proteção para o fortalecimento da resiliência e da adesão ao tratamento do DM

Os fatores de proteção destacaram-se nas falas das mulheres como elementos do cotidiano que as deixavam fortalecidas para cuidarem de si e cumprirem as demandas terapêuticas do DM. Ficou evidenciado que em situações de estabilidade as mulheres estavam mais disponíveis para si mesmas e consideravam ser mais fácil enfrentar o processo de viver com uma doença crônica.

Quando mencionavam fatores de proteção ocorriam alterações nos discursos, fugindo de posturas pessimistas relacionadas à doença, seguindo para estados de alegria e declarações de que o diabetes representava um problema com o qual podiam lidar.

Nessa categoria encontramos relatos de fatores de proteção de vários âmbitos, fortemente conectados com os sentimentos de êxito na superação de problemas, cuidado de si, e autonomia para o viver cotidiano, que influenciaram positivamente na adesão ao tratamento do diabetes.

Percebendo-se vencedora frente aos problemas da vida

Conviver com o diabetes mellitus foi comumente comparado a uma jornada sem fim, que, em muitos momentos, é extenuante e consideravelmente frustrante. Porém, as mulheres destacaram que as famílias as acompanhavam nesse processo, acolhendo suas necessidades e compartilhando os cuidados. As mulheres mais felizes com seus companheiros e familiares destacavam o senso de solidariedade e que, em muitas situações, os familiares também seguiam o plano alimentar e faziam as atividades físicas, fator que contribuía muito com a prática regular dessas ações.

A presença ativa da família no auxílio ao deslocamento para a realização de consultas em saúde, aquisição de medicamentos e insumos foram destacadas como qualidades extremamente positivas, que mostravam carinho e reconhecimento do valor das mulheres na família. Apontaram que quando a família participava do cuidado, as ações eram mais fáceis de serem executadas e avaliadas criticamente, pois familiares também acompanhavam a rotina das mulheres e apontavam falhas no cuidado do DM, aguardando modificações. Os achados estão evidenciados nas falas a seguir:

Quando você passa por qualquer situação na vida que você tem apoio dos teus pais, dos teus filhos, da tua família toda, tudo fica mais fácil. Eu vim do hospital e fiquei na casa das minhas irmãs, depois eu fui para minha casa. Elas cuidaram de mim, fizeram tudo. Depois em casa, meu marido e meus filhos cuidaram de mim. Por isso eu tenho que agradecer a Deus. Eu tenho uma família que me apoia (M6).

Meus filhos cobram bastante sobre o tratamento do meu diabetes. Todos eles vão à academia e também querem que eu me exercite. Ainda bem, porque daí a gente tem um incentivo, senão você vai ficando parada. Os meus filhos me dizem: - Mãe, você ainda não foi caminhar? Vai caminhar, vai, vai. (M7).

Só de me tratar com carinho eles (os filhos) já estão me ajudando! Ah, eu fico mais contente, mais sorridente (M5).

O sentimento de superação de problemas esteve muito relacionado às questões normativas de gênero, destacando o fato de conseguir sobreviver, criar filhos, cuidar da casa, dos companheiros e de pais idosos. As mulheres que relataram êxito em suas relações com a família descreveram-se como felizes e contentes com sua idade e seu estágio vital. Também percebiam-se bonitas, amadas e respeitadas por seus filhos, que, na maioria dos casos, já eram adultos e não dependiam mais delas para sobreviverem. No entanto, esses sentimentos não eram constantes e só relatados em situações de estabilidade em suas relações familiares.

A presença de sentimentos positivos foi atrelada a maior facilidade de lidar com problemas, sendo que nas situações em que a resiliência estava fortalecida, as mulheres relatavam que aderiam melhor ao tratamento do DM e sentiam-se bem por cuidarem de si.

Eu estou com diabetes, eu tirei um nódulo, mas cheguei até aqui. Estou com 68 anos e passei minha vida toda lutando, trabalhando sem ter nada e, agora que cheguei aqui, eu tenho que agradecer a Deus. [...] Tenho força para cuidar do meu marido. Ele é muito prestativo, me leva ao médico

e fica esperando, quando eu termino os exames ele fica todo faceiro (M8).

Em alguns dias eu me irrito e acho minha vida ruim, mas daí eu penso: Meu Deus tem tanta gente pior, que está em cadeira de rodas e tudo. Daí eu paro e penso: Eu caminho, eu vou à ginástica, eu posso andar de ônibus. Na mesma hora que me irrito eu agradeço a Deus por conseguir fazer o almoço quando meus filhos me visitam (M4).

Eu vou levando essa vida, um dia bom, outro dia ruim, outro dia rindo, ainda hoje olha o que inventei... a renda de bilro. Mesmo que enxergo mal, eu ainda posso fazer o bordado bonito (M2).

Assumindo a gestão de sua vida e fortalecendo sentimento de felicidade/utilidade.

Nesta subcategoria observou-se que o cumprimento das atribuições normativas de gênero relacionadas ao ser filha, mãe, esposa e avó fortaleceu os sentimentos de felicidade e satisfação em relação às ações desenvolvidas ao longo da vida, mesmo que façam com que as mulheres tenham pouco tempo para si e para o cuidado do DM. Destacaram que habilidades de gestão da própria vida, como liberdade para visitar filhos e netos; capacidade de cuidar da casa e fazer atividades domésticas; acesso às decisões sobre as finanças familiares; disponibilidade financeira e de tempo para oferecer auxílio aos familiares como o cuidado direto de netos pequenos, fazia com que se sentissem capazes no desempenho de suas atribuições, conforme falas a seguir:

Eu tenho prazer e gosto de ajudar meus filhos. Eles merecem e também faz bem pra gente. Eu sempre ajudo (M8).

Eles (o filho e a nora) não tinham casa, então eu chamei para morar aqui comigo. Não é fácil, mas eu faço isso por causa do meu filho e da minha neta, porque eu amo muito eles (M1).

Eu pego o meu dinheirinho e ajudo as crianças. Então faço com vontade e animação! Porque aquele dinheirinho dado para uma creche não vai

fazer falta para mim. Eu ajudo a cuidar delas (M5).

A autonomia para a tomada de decisões, somada à condição física para desempenhar suas atividades favorecia a oferta de suporte para a família. Porém, relatavam que reconheciam suas limitações e que também desejavam ser cuidadas e amparadas por seus familiares. Essa alteração da condição de provedora para receptora de cuidados era reconhecida positivamente e até vista como uma forma de reconhecimento das mulheres, por aceitarem estar vinculadas a uma rede de cuidado recíproco e que se fortalece com a troca.

Destacaram que o sentimento de “dever cumprido” esteve fortemente vinculado às situações de estabilidade, respeito mútuo, solidariedade entre familiares e amigos próximos com o estabelecimento de redes de apoio efetivas e que forneciam suporte para que a família desenvolva-se conjuntamente.

Fico feliz, pois criei meus filhos e agora todos estão trabalhando, só tenho que agradecer a Deus todos os dias. Eles não bebem, não fumam, são amigos. Agora só estamos esperando que futuramente venham os netinhos (M6).

Ser mãe foi a melhor coisa que aconteceu comigo, eu programei as duas filhas, fiquei muito encantada pelas duas meninas e cuidei muito das duas e acho que cuido ainda. Eu fazia tudo por elas e isso me deixava feliz (M3), o problema é que não tinha tempo para mim. Mas estou aprendendo a lidar. Estou conseguindo cuidar delas e elas também cuidam de mim.

Já estou com 25 anos de diabetes, algumas coisas eu já aprendi e já sei cuidar um pouco mais de mim, mas ajuda é sempre bom (M7).

Mantendo a vida social ativa

Participar de atividades em grupos de convivência, de idosos, de ginástica e grupos de oração foram considerados como fortalecedores da rede de relacionamentos, favorecendo a troca de experiências e motivando as mulheres para a adesão ao tratamento do DM. Essas trocas

favoreciam novas descobertas e alternativas para dificuldades enfrentadas na vida e no manejo da doença. Relataram que permanecer com o grupo permitia refletir sobre a real gravidade dos próprios problemas em comparação com os problemas das demais colegas.

O diálogo foi apontado como fortalecedor da autonomia, por trazer conhecimentos e ampliar possibilidades de cuidar de si, além de ser visto como forma de alívio do estresse e fonte de prazer, de interação e de diversão. Manter-se conectada com familiares, amigos, vizinhos e colegas de grupo foi considerado pelas mulheres como gerador de sensação de amparo, segurança e de motivação para cuidarem de si e do seu DM. Os achados estão evidenciados nas falas a seguir:

Eu não me intimidei, fazia pouco tempo que tinha feito a cirurgia (retirada de tumor de mama), mas ergui minha cabeça e fui. Coloquei um bom curativo e pude participar da festa de aniversário da minha neta. Cantei parabéns e todo mundo que estava lá ficou me paparicando, só depois voltei pra casa. [...] Estou me reerguendo, comecei a participar do grupo de idosos e é bem legal. No final do ano fazemos uma confraternização. Também participo do grupo de ginástica. Eu vou à ginástica duas vezes por semana e dura uma hora. Agora estou mais feliz e até meu diabetes melhorou (M8).

Eu sou católica, mas às vezes vou à igreja, rezo em casa, peço ajuda para Deus e ele me deixa viver, me deixa forte (M2).

A família toda nasceu aqui, se criou aqui e vive aqui. Quando faço minha caminhada vou conversando com todo mundo e fico bem faceira. A gente se distrai conversando, fica bem com as coisas. Quando vejo que tenho um problema, saio caminhar e quando vejo já esqueci. Eu encontro um vizinho, encontro outro, cumprimento todos e alguns até me abraçam. É tão bom!(M5).

Fatores de risco vinculados à redução da resiliência e da adesão ao tratamento do DM

A segunda categoria desse estudo trata dos fatores de risco, ou seja, dos elementos perturbadores da homeostase da vida e capazes de interferir ou até mesmo impedir o cuidado de si e, conseqüente, dificultam a adesão ao tratamento do DM. Observamos grande volume de fatores de risco sociais, principalmente vinculados à rede familiar, que apresentavam intensidades distintas, ocorrendo em momentos pontuais ou de repetição, porém com uma característica em comum: a redução da vontade das mulheres de engajarem-se no cuidado do DM. Os dados dessa categoria foram organizados em três subcategorias, sendo que seus elementos e conexões com a adesão ao tratamento do DM.

Descuidando de si e do DM

O cuidado com a saúde, com o corpo, com o DM e com os sentimentos foi pontuado como fundamental para o viver bem, mas também foi deixado de lado em vários momentos por essas mulheres. Apontaram que a falta de tempo; a elevada carga de trabalho doméstico; a necessidade de fazer trabalhos extras para a complementação da renda familiar; e o tempo empregado para o cuidado de familiares doentes e de crianças impedia-as de cuidarem de si.

As falas mostraram que as mulheres com DM têm falta de tempo para exercitarem-se, para adquirirem e prepararem alimentos adequados à dieta recomendada para o controle do DM, para fazerem refeições com intervalos de tempo menores e, em casos extremos, relataram falta de tempo para buscar os medicamentos distribuídos gratuitamente no Centro de Saúde.

As mulheres colocaram que cuidavam pouco de si por cansaço, mas também pela falta de motivação que sentiam ao vivenciar eventos estressantes. Relataram que priorizavam o cuidado de familiares, a realização de afazeres domésticos e de atividades sob sua responsabilidade, em detrimento da realização do tratamento do DM, segundo falas a seguir:

Eu era do grupo da terceira idade antes de dar um derrame nele (marido), mas eu ainda tinha meu pai para cuidar. Então como eu ia deixar os dois sozinhos? Daí eu tive que sair do grupo (M1).

Pra mim não tenho tempo, vou e faço um exame, uma coisa correndo, um tratamento correndo. O médico me disse que tenho que caminhar por causa dessa gordura acumulada (no abdome) e por causa do diabetes, mas eu não faço não. Como é que eu vou à Fisioterapia se tenho tantas coisas que fazer na casa? (M4).

Eu já fui convidada para fazer caminhada e ir à ginástica, mas eu disse que não posso ir. Eu tenho que cuidar da casa, das cabras, cortar capim, então tenho que ficar em casa (M2).

O médico disse que eu consegui retardar bastante o uso da insulina, pois fazia caminhadas, mas agora não faço mais. Quando eu tinha cinquenta anos o médico suspeitou de um câncer de tireoide e resolveu operar. Não era nada, mas eu fiquei tão estressada por achar que eu tivesse câncer que, logo depois, tive que começar a usar insulina. Desde então não consegui me adaptar e achar um ponto de equilíbrio (M3).

Sentindo desmotivação e desestímulo

O cuidado do DM foi reconhecido como cansativo, oneroso financeiramente, de difícil realização e restritivo, como já destacado anteriormente. A dificuldade de efetuar-lo mostrou-se acompanhada de sensação de frustração e negligência com a própria saúde.

Sentimentos de derrota e inabilidade para cuidar do DM apresentavam-se exacerbados nos períodos de realização de exames e consultas com a equipe de saúde, quando eram apontadas as falhas cometidas pelas mulheres. Também foi relatado medo de morrer e de desenvolver comorbidades relacionadas ao DM que acarretassem em perda da autonomia e controle da própria vida.

Ah, eu gostava do médico que me atendia, mas dessa vez ele veio e me disse que eu estava com o diabetes alterado e que tinha que me cuidar mais. Fiquei chateada, senti que cuido pouco de mim, que estou jogando minha vida fora. Agora não

quero mais consultar com ele, não vou mais lá (M7).

Era para fazer o teste de glicose todos os dias e anotar, foi o que a médica pediu. No início eu anotei, depois já não anotei mais, era muito cansativo e triste ver tantos resultados alterados. Só faço o teste uma vez ou outra, só faço quando sinto que o diabetes está bem alto, para ver se preciso de mais insulina (M1).

O médico perguntou que leite eu tomo, e eu disse que era leite de cabra, daí ele perguntou se eu comia carne de cabra também? Eu disse que comia quando tinha carne. Aí ele me disse que eu estava fazendo tudo errado. Então eu respondi: - Se eu não como eu morro de fome, então se eu morrer do diabetes, pelo menos morro de barriga cheia (M2).

Os depoimentos evidenciaram que a dificuldade de lidar com o envelhecimento e com as alterações corporais, metabólicas e sexuais, deixavam as mulheres descontentes, desmotivadas e ainda menos envolvidas no cuidado de si, exacerbando o sentimento de insatisfação consigo mesma. Mesmo que em algumas situações sentiam-se bem com seu corpo, mas, para muitas, eram sentimentos momentâneos.

A solidão, a morte de familiares, a falta de apoio emocional e de oportunidade para expressar seus sentimentos foram apontados como fragilizadores do viver cotidiano, sendo causadores de tristeza intensa e questionamentos sobre as condutas relacionadas às atribuições de gênero, conforme destacado nas falas:

Eu sempre fui magra, mas agora estou me achando tão gorda. No início isso não me incomodava, mas agora fico chateada, me sinto feia e tenho menos vontade de fazer as coisas (M5).

Quando vejo que não consigo fazer as coisas e cuidar do diabetes eu me sinto muito triste. Fico com vontade de dormir, desanimada. Então caminhar daqui até lá embaixo parece que ser um peso, daí eu penso e acabo indo de carro. Então me sinto fracassada e triste. Mas o que eu vou

fazer? Não tenho ninguém para falar, não posso desabafar (M3).

Perdi minha mãe há cinco anos, logo depois faleceu minha irmã. Há um ano meu irmão amputou a perna e eles sofreram muito, eles também tinham diabetes. Mas quando perdi meu genro em um acidente, fiquei muito abalada. Sofri muito, perdi a vontade de viver. Mas eu sei que tenho que levar minha vida, levantar minha cabeça e cuidar de mim, mas não é fácil. Foi muita coisa junta. (M8).

Vivenciando problemas familiares e discriminação de gênero

Infelizmente situações de desvalorização das mulheres ainda estavam presentes no cotidiano familiar, que considerava que era obrigação delas realizarem serviços domésticos e que não havia necessidade de partilhar as tarefas.

Nas falas ficou marcado que o processo de criar filhos pequenos restringiu o acesso das mulheres ao mercado de trabalho qualificado, sendo que muitas delas deixaram de “trabalhar fora” para passar uma vida inteira “limpando a casa”. Por mais que relatassem extremo prazer em morar em ambientes limpos e serem felizes por cumprirem suas atribuições de “mães de família”, emergia a ambiguidade entre o desejo de ser dona de casa e a curiosidade de viver os desafios do mercado de trabalho e, quem sabe, crescer profissionalmente.

Porém, além da pouca disponibilidade de tempo, havia problemas vinculados à baixa escolaridade, sendo relatado pelas mulheres que, na época em que eram jovens, não eram estimuladas a estudarem e terem uma profissão. Relataram que era comum que a sociedade, seus pais e avós reconhecessem que o melhor para uma mulher era “ser boa mãe e esposa”, o que repercutiu negativamente na formação profissional dessas mulheres.

Várias consequências da permanência das mulheres no espaço privado do domicílio foram identificadas, sendo que a dependência financeira foi reconhecida como algo negativo. A necessidade de pedir dinheiro e, por vezes, depender de uma “mesadinha” do companheiro tolhia o acesso a bens de consumo e dificultava o auxílio financeiro aos familiares, pois em algumas situações seus companheiros julgavam que não “dariam dinheiro aos filhos e netos”, contrário os desejos das mulheres. Porém, as mulheres que tinham renda destacavam que

destinavam seus recursos para o sustento familiar e que pouco, ou quase nada era destinado a elas.

A dependência da família para o “existir” das mulheres tornava-as suscetíveis à violência. Ficou marcada a ocorrência de violência emocional à maioria das mulheres, que eram oprimidas por seus companheiros, inseridas em brigas familiares, obrigadas a mediar conflitos, sendo que em muitos momentos eram ignorados seus sentimentos e necessidades.

O longo tempo de exposição aos conflitos e mesmo às situações de violência parecia fazer com que essas mulheres banalizassem essa situação, identificando-as como “parte da vida de mulher” e que precisavam “acostumar-se” e aprender a lidar melhor, sendo que essa conduta fomentava o processo de continuidade das situações de violência psicológica. Os achados estão evidenciados nas falas a seguir:

Nunca fui à escola, porque no nosso tempo trabalhávamos na lavoura e meu pai acreditava que mulher não precisava entender da escrita. Ele dizia que mulher boa cozinhava e trabalhava na roça, então eu nem sei pegar em uma caneta. Eu não consegui me aposentar, eu ficava sempre em casa, então dependo do meu marido. Ele às vezes me dá um dinheirinho para comprar uma roupa, às vezes ele dá mais, às vezes dá menos (M9).

Por muitos anos eu fui lavadeira, mas ele (marido) sustentava a casa. Hoje ele me dá uma mesadinha e eu guardo para mim, mas naquela época ele não dava nada (M8).

Estudei só até a quinta série. Não sei, assim, não sou muito inteligente. Naquela época as pessoas iam pouco à escola, eu tinha que trabalhar. [...] Eu sempre trabalhei em casa e lava roupa pra fora. Entregava o dinheiro, mas meu marido dava uma mesadinha para mim e eu pagava o INSS. Hoje recebo um salário mínimo de aposentadoria e ele cuida do meu dinheiro, mas ele ainda me dá uma mesadinha (M5).

Quando casei parei de estudar para cuidar das crianças, mas depois tive que trabalhar e não pude

mais voltar para a escola. Deixar de estudar foi a coisa que eu mais me arrependi na vida (M7).

Eu queria ter liberdade, ser dona da minha vida, sair, caminhar. Fico estressada de saber que eu tenho que ficar aqui servindo meu marido e meu pai (M1).

Quando as pessoas não entendem minha doença eu fico revoltada, mas o que eu vou falar? Não vou falar nada. Eu apenas digo: se não quer me ajudar, pelo menos não me atrapalhe (M3).

Enquanto morava com meu pai a minha madrasta era ruim, judiava, batia, apanhei muito, mas fui aguentando. Aí depois me casei. Pois, se minha madrasta era ruim, meu marido era bem pior. Ele me batia, mas por causa do meu filho nós ficamos juntos. Continuamos juntos, sempre brigando por causa da cachaça, tudo por causa da cachaça (M2).

No meu dia a dia eu me controlo, quando brigam comigo (esposo e filhos) eu seguro tudo, eu tranco meus sentimentos para não ficar nervosa demais. Eu não gosto de discutir, eu não falo. Eu fico calada, eu sofro calada (M4).

DISCUSSÕES

A baixa adesão ao tratamento é algo presente no cotidiano das pessoas com diabetes (BOAS et al.,2011; MALERBI, 2011), sendo que as mesmas percebem os efeitos deletérios desta conduta e mostram-se inclinadas a buscar resoluções para esta problemática (YI-FRAZIER et al., 2012).

Percebemos que as mulheres reconheciam os fatores de risco em seu viver cotidiano, porém sentiam dificuldades de lidar e achar soluções. A literatura destaca que vivenciar situações negativas eleva o estresse, além de causar sensações de medo, fragilidade, infelicidade, baixa autoestima e baixa capacidade de lidar com problemas (SALES, SOUGEY, 2011; HILLIARD, HARRIS, WEISSBERG-BENCHELL, 2012; LABROCINI, 2012), sendo reconhecidas como barreiras para a adesão ao tratamento do DM.

As mulheres com DM tinham dificuldade para cuidar de si por priorizarem as atividades laborais, por estarem expostas à violência, à discriminação de gênero e por ocuparem espaços menos valorizados em seus contextos familiares e sociais. As atribuições normativas de gênero e a maior exposição a vulnerabilidades causam impactos diretos e indiretos na vida de muitas mulheres, sendo nocivas ao processo de processo viver, ser saudável e adoecer (GROSSI, 2010; LABRONICI, 2012).

Assim, ampliar a resiliência pode ser uma alternativa para promover o viver melhor e mais saudável, considerando as mulheres em seus contextos sócio-histórico-cultural, ambiental e sexual, com suas dificuldades, suas necessidades e potencialidades. Apontando para perspectivas nas quais as mulheres “possam ter igualdade de direitos e de oportunidades” (ARAÚJO, SIMONETTI, 2013, p.9), possam ser reconhecidas em sua totalidade e tenham possibilidades de desvincular-se de “padrões preconizados na sociedade” (ARAÚJO, SIMONETTI, 2013, p.9).

Identificar as influências dos fatores de risco na adesão ao tratamento do DM permite a busca por novos significados e novas perspectivas em direção ao viver melhor. Estudos realizados com pessoas em diferentes condições e/ou estágios de vida identificaram que os profissionais da saúde podem ajudar na ressignificação dos eventos estressores (BRITO; RODRIGUES, 2011; LIRA, 2014; REBOUÇAS JUNIOR, GALDINO, SOUSA, 2013), auxiliando na compreensão e na busca por estratégias para o viver melhor (REBOUÇAS JUNIOR; GALDINO; SOUSA, 2013).

Destacamos que uma alternativa para a melhor adesão ao tratamento do DM é a valorização dos fatores de proteção, permitindo que as mulheres ampliem a compreensão seu processo de viver e reconheçam os pontos positivos em suas vidas. A literatura aponta que pessoas que reconhecem as “coisas boas” de suas vidas são mais felizes e dão menor importância aos problemas e às dificuldades cotidianas (SANTOS et al., 2013; PEREZ, 2013; YI-FRAZIER et al., 2012; SALES, SOUGEY, 2012; HILLIARD, HARRIS, WEISSBERG-BENCHELL, 2012; DENISCO, 2011).

Observamos que a resiliência pode ser um elemento a ser considerado na atenção à saúde das mulheres com DM, pela possibilidade de melhorar a adesão ao tratamento (RECKZIEGEL, 2014). Há escassez de estudos que enfoquem a resiliência em mulheres com DM, porém em estudos com crianças e adolescentes com DM1

destacaram que nos momentos de felicidade, as crianças cuidavam melhor do DM (PEREZ, 2013; YI-FRAZIER et al., 2012).

A literatura aponta que fatores de proteção auxiliam na adaptação positiva às demandas do DM, favorecem o estabelecimento de hábitos de vida saudáveis e o sentimento de bem-estar relacionado ao processo de viver e ter uma doença crônica (DAVYDOV et al., 2010; PEREZ, 2013; HILLIARD, HARRIS, WEISSBERG-BENCHELL, 2012). Mesmo que nem sempre presentes, percebemos que as mulheres que integraram o estudo tinham fatores de proteção que poderiam ser potencializados com a atenção à saúde enfocando a promoção da resiliência.

Os fatores de proteção individuais como a autoestima, a autoimagem elevada, e a autonomia foram amplamente reconhecidos pelas mulheres como benéficos e potencializadores das habilidades de adaptação positiva frente às demandas de cuidado do DM, confluindo com resultados de outros estudos com pessoas com DM (YI-FRAZIER et al, 2012; HUANG, 2009; HILLIARD, HARRIS, WEISSBERG-BENCHELL, 2012). Quanto aos fatores de proteção familiares, Santos et al.(2013) reconheceram a família como elemento importante no viver com DM, proporcionando cuidado direto e indireto e a ampliação da adesão à terapêutica. De forma oposta, problemas com a família, especialmente a falta de apoio, tornam-se fatores de risco.

Os resultados desse estudo destacaram que os fatores de proteção favorecem a adesão à terapêutica do DM, sendo que reconhecê-los no contexto da assistência em saúde permite o fortalecimento do cuidado centrado nas necessidades do usuário, sensível aos reais problemas socioculturais e comprometidos com a assistência integral e de qualidade (MIRANDA, COELHO, MORÉ, 2012). Assim, contemplar a promoção da resiliência enquanto estratégia de cuidado em Enfermagem e saúde às mulheres com DM traz novas perspectivas para a promoção e fortalecimento de habilidades cuidado do DM. Os estudos de Santos et al. (2013), Perez (2013), Yi-Frazier et al (2012), Sales e Sougey (2012), Hilliard, Harris e Weissberg-Benchell (2012) e Denisco (2011) reconhecem a possibilidade de promoção da resiliência, recomendando que sejam fortalecidos fatores de proteção e habilidades de resolução de problemas.

CONCLUSÕES

O estudo evidenciou que aderir ao tratamento do DM é algo complexo e não está relacionado apenas ao desejo de cuidar de si. Existem diversos fatores de risco e proteção que se interconectam e auxiliam ou dificultam esse processo. Os achados permitem salientar a importância do cuidado em saúde e enfermagem sensível às demandas biológicas, comportamentais e emocionais de mulheres com diabetes.

Como limitação, apontamos que foram investigados os fatores de proteção e de risco em mulheres com dificuldades de adesão ao tratamento do DM. Assim, desconhecemos se esses seriam os mesmos em mulheres com maior adesão ao tratamento ou em outras condições de vida e saúde. Pontuamos a importância de novos estudos que avancem na identificação das relações entre a resiliência e a adesão ao tratamento do DM em mulheres, contribuindo na identificação de ações que promovam o fortalecimento de fatores de proteção e minimização do impacto de fatores de risco.

Destacamos que a tríade que é tomada como referência para o cuidado do diabetes – a realização de atividade física, o cumprimento do plano alimentar e o uso de medicamento - não contempla a totalidade das necessidades das mulheres com DM. Os aspectos psicoemocionais, dentre os quais a resiliência, surgem como um novo pilar para a assistência em Enfermagem e Saúde centrada no reconhecimento das diferenças entre as mulheres em seus diversos contextos culturais, históricos e sociais, sendo uma estratégia inovadora e com grande potencial para a geração de impactos positivos no cuidado ao DM.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Standards of medical care in diabetes - 2013**. Diabetes Care, v.36, supl.1, p.S11-S66, 2013.

ARAÚJO, Maria José de Oliveira; SIMONETTI, Maria Cecília Moraes. **Direitos humanos e gênero**: série debates em direitos humanos. Plataforma DHESCA Brasil., v.1, Curitiba: Terra de Direitos, 2013.

ATLAS.TI. **ATLAS.ti: The qualitative data analysis & research software**. 7.1ed, Berlin, 2012.

BOAS, Lilian Cristiane Gomes-Villas; FOSS, Milton César; FOSS-FREITAS, Maria Cristina; TORRES, Heloísa de Carvalho;

MONTEIRO, Luciana Zaranza; PACE, Ana Emilia. Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. **Texto Contexto Enferm.**, v.20, n.2, p.272-279, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos.** Diário Oficial da União. 10 out. 1996.

_____. **Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos.** Diário Oficial da União. 13 jun. 2012.

BRITO, S.C.; RODRIGUES, E.P. O estresse e a ansiedade na sociedade do século XXI: um olhar cognitivo-comportamental. **Revista FSA.**, Teresina, n.8, p.307-321, 2011.

CASTRO, Bernardo Monteiro de. **Resiliência na PUC Minas virtual.** Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, 2009. Disponível em: < <https://www.youtube.com/watch?v=BJiZN1oAQgU>>. Acesso em: 01 jun. 2013.

DAVYDOV, Dmitry M; STEWARTB, Robert; RITCHIEC, Karen; CHAUDIEUC, Isabelle. Resilience and mental health. **Clinical Psychology Review**, v.30, n.5, p. 479–495, 2010.

DENISCO, Susan. Exploring the relationship between resilience and diabetes outcomes in African Americans. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners**, v. 23, n.11, p. 602-610, nov. 2011.

FREIRE, Paulo. **Educação com prática de liberdade.** 34ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011a.

_____. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. 43ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011b.

_____. **Pedagogia do oprimido.** 50ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011c.

GROSSI, M. P. Identidade de Gênero e Sexualidade. **Antropologia em Primeira Mão**. Florianópolis, p. 1-18, 1998 revisado em 2010. Disponível em: <<http://www.miriamgrossi.cfh.prof.ufsc.br/publicacoes.html>>. Acesso em 20 outubro 2013.

HILLIARD, M.E.; HARRIS, M.A.; WEISSBERG-BENCHELL, J. Diabetes resilience: a model of risk and protection in type 1 diabetes. **Curr Diab Rep.**, v.12, n.6, p.739-748, 2012.

HSIEH, Hsiu-Fang; SHANNON, Sarah E. Three approaches to qualitative content analysis. **Qual Health Res.**, v.15, p.1277-1288, 2005.

HUANG, M.F. **Resilience in chronic disease**: the relationship among risk factors, protective factors, adaptatives outcomes, and the level of resilience in adults with diabetes. 2009, 310f. Thesis (Doctor of Philosophy). Institute of Health and Biomedical Innovation, Scholl of Nursing and Midwifery, Queensland University of Technology, Queensland, 2009.

LABRONICI, Liliana Maria. Processo de resiliência nas mulheres vítimas de violência doméstica: um olhar fenomenológico. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.21, n.3, p.625-632, 2012.

LIRA, K.M. Representação mental da terceira idade por pessoas que estão iniciando esta fase do ciclo vital. **REBES.**, Pombal, v.4, n.1, p.24-25, 2014.

MALERBI, F.E.K. Adesão ao tratamento, importância da família e intervenções comportamentais em diabetes. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diabetes na prática clínica**: e-book. 1ª ed. São Paulo: SBD, 2011.

MCCOLLUM, M.; PHARMD, L.B.H.; LU, L.; SULLIVAN, P.W. Gender differences in Diabetes Mellitus and effects on self-care activity. **Gender Medicine**, v.2, n.4, p. 246-254, 2005.

MINICUCCI, Agostinho. **Dinâmica de Grupo**: teorias e sistemas, 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MIRANDA, Fernanda Alves Carvalho de; COELHO, Elza Berger Salema; MORÉ, Carmem Leontina Ojeda Ocampo. **Projeto terapêutico singular**. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

PERES, D.S.; SANTOS, M.A. dos; ZANETTI, M.L.; FERRONATO, A.A. Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v.15, n.6, p. 1105-1112, 2007.

PEREZ, L.C. **Adolescentes com diabetes melitus tipo 1**: resiliência, qualidade de vida e suporte social. 2013. 126p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

PONTIERI, F.M.; BACHION, M.M. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, 2010.

REBOUÇAS JÚNIOR, F.G.; GALDINO, M.S.S.; SOUSA, M.L.T. Acolhimento multiprofissional à pessoa com hipertensão e diabetes: potencializando o cuidado. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João Del Rei, v.8, n.2, p.248-253, 2013.

RECKZIEGEL, Juliana Cristina Lessmann. **Resiliência e adesão ao tratamento do diabetes mellitus em mulheres**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

REINERS, Annelita Almeida Oliveira; AZEVEDO, Rosemeiry Capriata de Souza; VIEIRA, Maria Aparecida; ARRUDA, Anna Lucia Gawlinski de. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, v.13, supl. 2, p.2299-2306, 2008.

RUTTER, Michael. Resilience concepts and findings: implications for family therapy. **Journal of Family Therapy**, v. 21, p. 119-144, 1999.

SALES, Amanda Patrícia; SOUGEY, Everton Botelho. Resiliência e transtorno de estresse pós-traumático. **Neurobiologia**, Recife, v.75, n.1-2, p.167-177, jan./jun., 2012.

SANTOS, F.R.M.; BERNARDO, V.; GABBAY, M.A.L.; DIB, S.A.; SIGULEM, D. The impact of knowledge about diabetes, resilience and depression on glycemic control: a cross-sectional study among adolescents and young adults with type 1 diabetes. **Diabetology Metabolic Syndrome**, v.5, n.55, p.1-5, 2013.

SILVA, D.M.G.V.; FRANCIONI, F.; LOPES, M.S; AZEVEDO, M.; SANDOVAL, R.C.; LOURENZO, V.M.D. Grupos como possibilidade para desenvolver educação em saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 97-103, 2003.

SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da; HEGADOREN, Kathy; LASIUK, Gerri. As perspectivas de donas de casa brasileiras sobre a sua experiência com diabetes mellitus tipo 2. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, p. 469-477, 2012.

SILVA, Denise M. Guerreiro Vieira da; SOUZA, Sabrina da Silva de; FRANCIONI, Fabiane Ferreira; MEIRELLES, Betina H. S. Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: a contribuição de um grupo de convivência. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.13, n.1, p.7-14, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIBETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2012-2013**: e-book. São Paulo: GEN, 2013.

TRENTINI, M.; PAIM, Lygia. **Pesquisa convergente-assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2ª. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

WHITHEMORE, R.; MELKUS, G.D.E.; GREY, M. Self-repot of depressed mood and depression in women with type 2 diabetes. **Mental Health Nursing**, v.25, p.243-260, 2004.

YI-FRAZIER, J.P.; HILLIARD, M.; COCHRANE, K.; HOOD, K.K. The impact of positive psychology on diabetes outcomes: a review. **Psychology**, v.3, n.12a, p.1116-1124, 2012.

4.3 MANUSCRITO 3 – GRUPO DE CONVIVÊNCIA: PROMOVENDO A RESILIÊNCIA PARA O VIVER MELHOR DE MULHERES COM DIABETES MELLITUS

GRUPO DE CONVIVÊNCIA: PROMOVENDO A RESILIÊNCIA PARA O VIVER MELHOR DE MULHERES COM DIABETES MELLITUS¹⁸

Juliana Cristina Lessmann Reckziegel
Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva

Resumo: Os grupos de convivência promovem a trocas de conhecimentos e experiências, favorecendo o diálogo, a exposição das histórias de vida, a aprendizagem participativa e o crescimento coletivo. Diante do exposto, esse estudo teve como objetivo: Compreender a contribuição do grupo de convivência como estratégia para o fortalecimento da resiliência e da adesão ao tratamento do diabetes em mulheres. **Método:** Trata-se de uma pesquisa convergente assistencial na qual foram realizadas 10 reuniões de grupo de convivência e entrevistas individuais em profundidade pré e pós-grupo. Ocorreu em um centro de saúde da cidade de Florianópolis, Brasil, de 2011 a 2012, com a participação de nove mulheres com diabetes. **Resultados e discussões:** Foram evidenciadas quatro categorias: Entendendo o viver/envelhecer; Sendo saudável com o diabetes; Reconhecendo a fortaleza das redes de apoio e Aceitando-se e sendo feliz. O grupo de convivência possibilitou o aflorar de sentimentos positivos individuais e sobre a família, a compreensão do processo de saúde-doença, a autonomia, o desenvolvimento de habilidades de cuidado de si e do diabetes. **Conclusão:** a elaboração de grupos de convivência enfocando a promoção da resiliência e da adesão ao tratamento traz resultados significativos ao cuidado e ao viver com diabetes mellitus.

Palavras-chave: Resiliência psicológica. Diabetes mellitus. Adesão. Enfermagem. Doença crônica.

¹⁸ Pesquisa desenvolvida com o apoio financeiro do CNPq. Constitui parte da Tese de Doutorado intitulada: “Resiliência e adesão ao tratamento do diabetes mellitus em mulheres”.

SUPPORT GROUP: PROMOTING RESILIENCE FOR THE BETTER LIVING OF WOMEN WITH DIABETES MELLITUS

Abstract: The support groups promote the exchange of knowledge and experiences, encouraging the dialogue, exposure of life stories, participatory learning and collective growth. Given the above, this study had the following objective: Understanding the contribution of the support group as a strategy for strengthening resilience and adherence to treatment of diabetes in women. **Method:** This is a convergent-care research, in which were carried out 10 support group meetings, and individual, pre and post-group, in-depth interviews. It was conducted in a health center in the city of Florianópolis, Brazil, from 2011 to 2012, with the participation of nine women with diabetes. **Results and discussions:** Four categories were evident: Understanding the living/aging; Being healthy with diabetes; Recognizing the strength of support networks; and Accepting yourself and being happy. The support group enabled the flourishing of individual and positive feelings, and about family, the understanding of the health-disease process, the autonomy, the development of skills for self-care and care of diabetes mellitus. **Conclusion:** The development of support groups, focusing on the promotion of resilience and adherence to treatment, brings significant results for the care and living with diabetes mellitus.

Keywords: Psychological resilience. Diabetes mellitus. Adherence. Nursing. Chronic disease.

GRUPO DE CONVIVENCIA: PROMOVRIENDO LA RESILIENCIA PARA EL VIVIR MEJOR DE MUJERES CON DIABETES MELLITUS

Resumen: Los grupos de convivencia promueven el intercambio de conocimientos y experiencias, favoreciendo al diálogo, la exposición de las historias de vida, el aprendizaje participativo y el crecimiento colectivo. Teniendo en cuenta lo anterior, este estudio tuvo como **objetivo:** Comprender la contribución del grupo de convivencia como estrategia para el fortalecimiento de la resiliencia y de la adhesión al tratamiento de la diabetes en las mujeres. **Método:** Se trata de una investigación convergente asistencial en la cual fueron realizadas 10 reuniones de grupos de convivencia y entrevistas individuales en profundidad pre y post-grupo. Ocurrió en un centro de salud en la ciudad de Florianópolis, Brazil, de 2011 a 2012, con la participación de

nueve mujeres con diabetes. **Resultados y discusiones:** Fueron evidentes cuatro categorías: Reconocer la fortaleza de las redes de apoyo y se aceptando y siendo feliz. El grupo de convivencia permitió el florecimiento de los sentimientos individuales y positivos sobre la familia, la comprensión del proceso salud-enfermedad, la autonomía, el desarrollo de habilidades para el autocuidado y la diabetes. **Conclusión:** La elaboración de grupos de convivencia, enfocando a promoción de la resiliencia y de la adhesión al tratamiento trae resultados significativos a la atención y al vivir con diabetes mellitus.

Palabras clave: Resiliencia psicológica. Diabetes mellitus. Adhesión. Enfermería. Enfermedades crónicas.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas a longevidade das mulheres está aumentando, fazendo com que muitas delas estejam mais expostas ao desenvolvimento de doenças crônicas, dentre as quais o Diabetes Mellitus (DM) (ADA, 2013; SBD, 2013). Conviver com o DM traz à tona a necessidade de realizar um plano alimentar com restrição de carboidratos e lipídeos, de praticar atividades físicas regulares, de usar medicação, de controlar frequentemente o nível de glicose sanguínea e de realizar acompanhamento periódico com profissionais de saúde (ADA, 2013; SBD, 2013, BRASIL, 2013). Observa-se, nas publicações, que a elevada carga de necessidades de cuidados influencia no dia a dia e pode levar a desmotivação e frequente não adesão às condutas terapêuticas recomendadas (PONTIERI, BACHION, 2010; ADA, 2013; SBD, 2013, PENCKOFER et al., 2007).

Além disso, questões de gênero como as desigualdades entre homens e mulheres, a dificuldade de acesso à educação e ao trabalho digno, a ocorrência de violência física e moral permeiam a vida de algumas mulheres (CASIQUE; FUREGATTO, 2006), sendo capazes de mudar seu cotidiano e seu modo de viver com DM (AGARDH et al., 2003; LASUIK, HEGADOREEN, 2006; MCCOLLUM et al., 2005).

Observa-se também que mulheres lidam de maneira diferenciada com sua condição de saúde, relatando que o cuidado à saúde é influenciado por dificuldades, pelo sofrimento e pela responsabilidade de cuidado dos membros da família, deixando, muitas vezes, o próprio cuidado em segundo plano (SILVA, HEGADOREN, LASUIK, 2012;

AGARDH et al., 2003; LASUIK, HEGADOREEN, 2006; MCCOLLUM et al., 2005).

As questões normativas de gênero e as dificuldades cotidianas também podem influenciar negativamente na adesão ao tratamento do DM, sendo que a promoção da resiliência torna-se uma possibilidade de atuação em saúde com ênfase na redução do estresse e no estímulo à prática de atividade física e ao seguimento do plano alimentar (RECKZIEGEL, 2014). Assim, a ampliação da resiliência, reconhecida como “capacidade de suportar, de adaptar-se e conviver de forma harmônica, desenvolvida frente às situações de dificuldade e/ou estresse” (RECKZIEGEL, 2014, p.2), favorece o cuidado de si e do DM.

A resiliência desenvolve-se na interrelação entre fatores de risco, caracterizados como eventos que influenciam negativamente no viver cotidiano, e fatores de proteção, que são situações benéficas que auxiliam na busca por resoluções e adaptação positiva (SALES; SOUGEY, 2012; LABRONICI, 2012; HILLIARD, HARRIS, WEISSBERG-BENCHELL, 2012). Estudos apontam que a resiliência pode ser promovida pela equipe de saúde em ações que potencializem os fatores de proteção e auxiliem no manejo e busca por resoluções de problemas/fatores de risco (SANTOS et al., 2013; YI-FRAZIER et al., 2012; SALES, SOUGEY, 2012; HILLIARD, HARRIS, WEISSBERG-BENCHELL, 2012; DENISCO, 2011).

O fortalecimento da resiliência torna-se uma possibilidade de ampliação da autonomia e das habilidades para o cuidado do DM, sendo que o estabelecimento de grupos de convivência tem sido relatado como uma estratégia potencialmente benéfica e geradora de resultados positivos (WICHMANN et al., 2014; SILVA et al., 2005). Os grupos de convivência promovem a trocas de conhecimentos e experiências por meio do contato face a face, mediados por objetivos e interesses em comum (MINICUCCI, 2007), favorecendo o diálogo, a exposição das histórias de vida, a aprendizagem participativa e o crescimento coletivo (SILVA et al., 2005). Diante do exposto, esse estudo teve como objetivo: Compreender a contribuição do grupo de convivência como estratégia para o fortalecimento da resiliência e da adesão ao tratamento do diabetes em mulheres.

MÉTODOS

Trata-se de *estudo qualitativo utilizando a Pesquisa Convergente Assistencial* (PCA) (TRENTINI; PAIM, 2004) como referencial metodológico e a Resiliência como referencial teórico. Desenvolvido na cidade de Florianópolis, Brasil, em um Centro de Saúde (CS) que realiza assistência multidisciplinar junto à Estratégia Saúde da Família, vinculado ao Sistema Único de Saúde.

Inicialmente foram selecionadas 12 mulheres com DM, utilizando os seguintes critérios de inclusão: ter recebido o diagnóstico de DM há mais de um ano; ser maior de 18 anos; reconhece-se como uma mulher que vivenciou ou passa por dificuldades na vida; possuir resultado de exames alterados (glicemia ou hemoglobina glicada aumentados); estar em condições físicas e emocionais de participar das reuniões do grupo (avaliado subjetivamente pelas pesquisadoras). A amostragem da pesquisa foi de nove participantes, pois três mulheres solicitaram seu desligamento durante o processo de coleta de dados, motivado por adoecimento e impossibilidade de participar das reuniões.

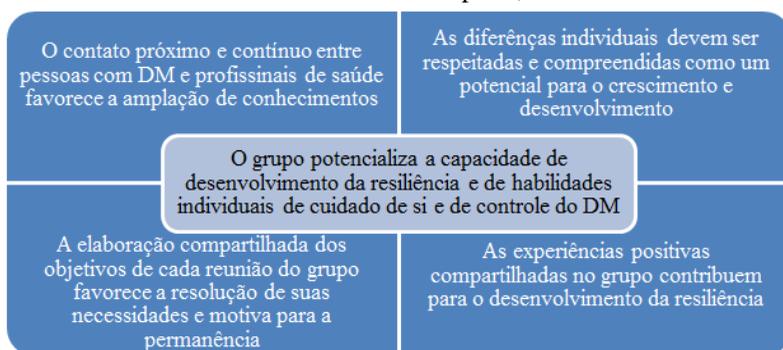
As participantes entrevistadas individualmente em seus domicílios e, posteriormente, participaram de 10 reuniões de grupo de convivência. Após o término das atividades do grupo foram novamente entrevistadas individualmente. O período de seleção e entrevistas individuais pré-grupo teve duração de um mês, as reuniões de grupo de convivência duraram quatro meses e o período de entrevistas pós-grupo ocorreu em um mês, perfazendo seis meses de coleta de dados, no período de outubro de 2011 a abril de 2012.

As entrevistas em profundidade tiveram duração de 45 a 130 minutos, sendo norteadas pelo diálogo e a conversa livre focalizado relatos do viver e conviver com o DM, destacando as estratégias de cuidado, controle e gestão do DM, assim como sentimentos e percepções sobre a vida e suas trajetórias anteriores e possibilidades futuras. Também foram abordados sentimentos e percepções de cada mulher sobre si mesmas, suas famílias e componentes de suas redes de relações. Também foram realizadas notas em diário de campo, memorandos teóricos e teórico-metodológico que permitiram ampliar o conteúdo norteador das entrevistas ao longo do período de coleta de dados, visando a maior compreensão dos fenômenos e aumento da densidade dos achados.

A construção do grupo de convivência foi inspirada na proposta de Paulo Freire acerca dos Círculos de Cultura, que se qualificam pela aproximação de pessoas com objetivos em comum e com o propósito de

estabelecer um processo de ensino-aprendizagem a partir de elementos culturais e/ou educacionais (FREIRE, 2011a,b,c) somadas às recomendações de Silva et al. (2003; 2005) sobre a realização de grupos de convivência e de Minicucci (2002, 2007) sobre dinâmicas de grupo. Assim, o grupo de convivência fundamentou-se na comunicação aberta, circular, horizontal e em complementaridade, focalizando a promoção da resiliência e a ampliação da adesão ao tratamento do DM, sendo que os pressupostos norteadores estão descritos a seguir.

Figura 1: Pressupostos para a realização do grupo de convivência com mulheres com diabetes mellitus. Florianópolis, 2014



As reuniões do grupo de convivência ocorreram semanal ou quinzenalmente, segundo a disponibilidade das participantes, na sala de reuniões do CS, em período vespertino, com duração aproximada de duas horas por reunião. Foram conduzidas pela pesquisadora principal, com a participação de uma acadêmica de graduação em enfermagem, que realizou atividades de apoio e registro manual das falas, que posteriormente foram inseridos ao *corpus* de dados, também foram efetuadas gravações de áudio, posteriormente transcritas.

A dinâmica de condução foi norteadora pela realização de perguntas que incitavam a produção coletiva de conhecimento. O primeiro encontro foi de reconhecimento onde foram estabelecidos os acordos de sigilo e participação, sendo levantadas as principais problemáticas a serem abordadas nas reuniões subsequentes. Convém destacar que foram realizadas algumas atividades de nivelamento de conhecimentos, que consistiam em discussões sobre particularidades do diabetes, sua influência no metabolismo corporal, seguimento de plano alimentar, atividade física, alongamentos, disponibilidade de serviços

para o atendimento às pessoas com diabetes na rede municipal de saúde, questões de gênero e promoção da resiliência. Nessas discussões também ocorreram, em momentos pontuais, a participação de profissionais da equipe multidisciplinar (Enfermeira, Nutricionista, Médica e Educadora Física), fato que ampliou a riqueza das interações e oportunizou a resolução de dúvidas sobre o cuidado de si e do DM.

As reuniões de grupo foram norteadas por temas geradores, com base nos resultados de um estudo prévio (RECKZIEGEL, 2014) e nas entrevistas individuais pré-grupo. Para sua operacionalização foram elaborados cartazes com imagens, questões e afirmações que eram lidas e discutidas coletivamente, quando cada participante do grupo discorria sobre suas perspectivas acerca do tema abordado. No Quadro 1 estão descritas as temáticas e as estratégias empregadas em cada reunião.

Quadro 1: Estratégias e temáticas abordadas nas reuniões de grupo de convivência de mulheres com diabetes. Florianópolis, 2014.

Tema		Descrição
1º	Conhecendo-se e reconhecendo-se como mulheres com DM	Apresentações. Discussão: Como vivemos com o DM? Somos mulheres e temos DM. Mensagem de motivação. Acordos do grupo.
2º	Cuidado de Si: corpo e mente	Relato da semana. Discussão: O que faço para cuidar de mim: corpo e mente? Como nos vemos nos próximos 5, 10, 15, 20 anos. O que faremos para alcançar as metas de vidas. Mensagem de motivação
3º	Conhecendo o DM	Relato da semana. Discussão: O que é o DM? Pensando mais sobre o DM. Manejo do tratamento. Superando dificuldades e traçando novos rumos. Mensagem de motivação.
4º	Desenvolvendo habilidades resilientes: autoestima e cuidado da mente	Relato da semana. Discussão: Discutindo sobre a vida e identificando os pontos positivos e negativos do viver cotidiano. Refletindo sobre a resiliência e identificando os pontos centrais para viver feliz e saudável. Mensagem de motivação.
5º	Avaliando o	Relato da semana. Discussão: Avaliando o

	autocuidado e estabelecendo metas	cuidado e estabelecendo metas para o viver com DM. Desvelando condutas resilientes. Mensagem de motivação.
6º	Alimentação saudável	Relato da semana. Discussão: conhecendo os alimentos e a forma de preparo ideal para o controle do DM. Mensagem de motivação.
7º	Praticando exercício físico.	Relato da semana. Discussão: Como o exercício pode fazer parte do dia a dia e o que é recomendado para a pessoa com DM. Importância do exercício e como realizá-lo. Mensagem de motivação.
8º	Relaxando e reduzindo o estresse	Relato da semana. Discussão: relaxando e reduzindo o estresse. Conversa temática: Técnicas e exercícios de relaxamento. Mensagem de motivação.
9º	Buscando apoio para viver melhor.	Relato da semana. Discussão: Identificando as redes e refletindo sobre as possibilidades de apoio no serviço de saúde, na família, nos amigos e na comunidade. Mensagem de motivação.
10º	Planejando a vida, estabelecendo metas e vivendo feliz.	Relato da semana. Discussão: Identificando os objetivos e metas da vida. Estabelecendo compromissos para o autocuidado. Mensagem de motivação. Fechamento do grupo.

As entrevistas pós-grupo foram realizadas nos domicílios das participantes, visando à obtenção de dados para avaliar o processo de desenvolvimento da resiliência a partir do grupo de convivência e as evoluções no controle do DM.

A análise dos dados textuais seguiu os pressupostos da PCA, desenvolvendo-se integralmente com o uso do software ATLAS.ti 7.0®. A fase de apreensão ocorreu por meio da leitura atenta e exaustiva dos dados visando desvelar estruturas de relevância que contribuíssem para a compreensão da resiliência no processo de adoecer/ser saudável com DM. A fase de interpretação, composta nesse estudo pela síntese e teorização (TRENTINI; PAIM, 2004) operacionalizou-se por meio da “codificação linha por linha” (GIBBS, 2009).

Os passos seguintes fundamentaram-se na “análise de conteúdo dirigida” (HSIEH, SHANNON, 2005), na qual são realizadas avaliações do conteúdo da pesquisa considerando um referencial pré-selecionado, no caso a resiliência, fundamentando a organização dos códigos em estruturas mais amplas, estabelecendo as relações e a hierarquia entre eles, dando origem a grupos de códigos que constituíram as categorias (GIBBS, 2009; TRENTINI, PAIN, 2004). Após, foram realizadas comparações e teorizações entre as categorias, buscando “padrões e gerar explicações”, compreendendo os elementos do fenômeno estudado (GIBBS, 2009, p.103; POLIT, CHERYL, BECK, 2011; TRENTINI, PAIN, 2004).

Esse estudo seguiu os preceitos éticos das Resoluções 196/96 e 466/2012, sendo submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina e aprovado sem restrições no Processo nº 2056/2011, FR432556.

RESULTADOS

A análise dos dados a luz dos pressupostos teóricos e metodológicos permitiu evidenciar quatro categorias, sendo que sua conexão revelou o fenômeno central “**Grupo de convivência: promovendo a resiliência em mulheres para o viver melhor com diabetes mellitus**”, conforme exposto na Figura 2 e posterior detalhamento.

Figura 2: Categorias evidenciadas no processo de análise de dados proveniente de um grupo de convivência com mulheres com diabetes mellitus. Florianópolis, 2014.



Entendendo o viver/envelhecer

O processo de viver foi frequentemente destacado como gerador de sofrimento, sendo que as mulheres apontavam problemas para *reconhecer as mudanças na vida ao longo do tempo*, aceitando-se enquanto idosas, mães de filhos crescidos, com dificuldades de realizar atividades com a rapidez na qual estavam habituadas enquanto jovens e com necessidades de apoio de outros por terem limitações em seu viver e fazer cotidiano.

Apontaram que o vigor da juventude foi importante para estabelecer suas vidas, ganhar o sustento da família, criar os filhos e cumprir com suas atribuições normativas de esposas ao longo de suas trajetórias. Porém, com o tempo, o corpo passou a “deixar de ser jovem” e exigir cuidados, exibir marcas e não suportar todos os encargos da vida ativa e, na maioria das vezes, exaustiva.

Ao longo das atividades de grupo as vidas foram apresentando novas demandas e os planos foram mudando de direção. Nas primeiras reuniões, as mulheres colocavam que se dedicavam quase que plenamente à família e aos afazeres laborais e/ou domésticos, e após algumas reflexões passaram a reconhecerem-se enquanto mulheres com necessidades únicas, com vontades, com sonhos e com direitos que há muito tempo estavam esquecidos.

No grupo de convivência as mulheres expuseram seus problemas, desvelaram seus anseios, apresentaram-se na essência, puderam compreender-se *aceitando os novos estágios de suas vidas*. Nasceram ideias, possibilidades, necessidades de ação, mas principalmente, aflorou o reconhecimento de si em seus processos vitais e a autoresponsabilização pelas mudanças.

Para essas mulheres, reconhecer-se implicou desvelar o oculto, aceitar a realidade, *aprendendo a valorizar-se, reconhecendo-se e gostando de si*, das mudanças no corpo e a presença do diabetes em suas vidas. Nas últimas reuniões do grupo destacaram-se sentimentos de força, determinação, coragem e habilidades de cuidado do DM que apontaram para o despertar da consciência de si, da vida e do envelhecer.

Sendo saudável com o Diabetes

Essa categoria evidenciou a necessidade que as mulheres com DM tinham de *compreender melhor o DM e estabelecer os cuidados necessários*. A necessidade de seguir o plano alimentar, de realizar atividade física e de usar medicação era do conhecimento de todas, porém muitas desconheciam os detalhes sobre a doença e os motivos pelos quais a equipe de saúde recomendava determinadas condutas. A compreensão do significado do DM, seus impactos no corpo e suas demandas terapêuticas foram construídos coletivamente, a partir dos saberes e fazeres das mulheres e das ações de cuidado de enfermagem.

Inicialmente poucas sabiam sobre formas de cuidado além do uso de medicamentos. Elas destacavam que era importante não comer açúcar, porém não conseguiam reconhecer o papel deletério dos carboidratos e das gorduras na alimentação cotidiana. Alegavam que não comiam doces e por isso não precisavam preocupar-se; que faziam caminhadas curtas e com isso seguiam a recomendação do médico, assim como centravam no consumo regular de medicamentos o parâmetro para a avaliação da conduta terapêutica.

Com o passar das reuniões de grupo as mulheres *reconheceram e enfrentaram as dificuldades para cuidar de si* ao compartilharem visões e estratégias sobre o tratamento do DM. Nas últimas reuniões elas sabiam escolher e fazer substituições enfocando a alimentação saudável e a manutenção dos níveis estáveis de glicose sanguínea. Reconheciam a importância da prática de exercícios físicos regulares, utilizando calçados adequados e a realização de alongamentos antes e após as atividades.

Ao longo do tempo emergiram relatos de dificuldades de aderir ao tratamento do DM, sendo que aos poucos foram encontradas soluções que se encaixavam às possibilidades e às necessidades de cada uma das mulheres. A individualidade sempre foi valorizada no grupo, sendo que a construção do conhecimento foi coletiva e compartilhada. As mulheres ouviam as demandas individuais, debatiam, sugeriam e com o passar das reuniões apresentavam mudanças.

Reconhecendo a fortaleza das redes de apoio

As famílias foram reconhecidas como elementos importantes no processo de viver com uma doença crônica, sendo fontes de sensações de amparo e de sentido para a vida, além de ajudarem no seguimento do plano alimentar, na realização de atividades físicas e na manutenção do lar. No entanto, em alguns momentos essas famílias também foram geradoras de transtornos, trabalho, e preocupação. Foi evidenciado que as mulheres sentiam-se responsáveis pelo cuidado, mediação de conflitos e resolução de problemas familiares, fatores que tomavam grande parte de seu tempo e faziam com que deixassem o cuidado de si em segundo plano.

No processo de discussão em grupo emergiu a necessidade de compreender melhor e *desenvolver habilidades para lidar com conflitos familiares*, sendo que as mulheres perceberam que não conseguiam controlar tudo que acontecia ao seu redor. Essa compreensão trouxe à tona sensações de liberdade para olhar para si com mais zelo, possibilitando respeitar mais seu corpo e suas necessidades, tornando-se o centro de seu viver e responsabilizando-se pelo cuidado de si. Essa consciência abriu espaço para serem ajudadas por suas famílias a viver melhor com o DM.

Ao redescobrirem suas necessidades, as mulheres motivaram-se a *ampliar suas redes de apoio para o cuidado do DM*, buscando pelos serviços disponíveis na rede de saúde e por novas possibilidades terapêuticas. Também buscaram apoio nos grupos de idosos, nos

programas comunitários de ginástica e nos grupos religiosos, sendo que amigos, vizinhos, colegas de grupos e outras pessoas passaram a ter mais espaço na vida afetiva dessas mulheres.

As falas evidenciaram que algumas das mulheres passaram a sentirem-se mais ativas, mais úteis, novamente inseridas na sociedade e com novos propósitos para o seu viver cotidiano. Desse modo, a ampliação das redes de apoio fortaleceu sensações de segurança e bem-estar, além de estimular a socialização e participação social.

Aceitando-se e sendo feliz

Conversar sobre a vida possibilitou *expor e ressignificar o sofrimento*, o pesar frente à morte, o desamparo e a solidão. Esses relatos suscitaram o emergir de conselhos, de palavras de apoio, de solidariedade e a exposição de vivências semelhantes que eram experienciadas de maneira mais positiva e menos dolorosa.

O processo de revelar e ouvir descrições de momentos difíceis remeteu à reavaliação das formas de enfrentar a vida, sendo que algumas mulheres colocaram que sofriam por problemas pequenos e que estavam equivocadas por isso. Emergiu no grupo de convivência o desejo de abandonar o sofrimento e com isso, surgiu o sentimento de libertação dos problemas do passado.

No grupo de convivência histórias de vida foram expostas e, em muitas situações, as mulheres reconheceram que se empenharam e fizeram o melhor possível, mesmo que não tenha sido suficiente, sendo que o processo de aceitar-se em suas limitações proporcionou que fossem rompidas as amarras com a culpa pelo passado. Convém destacar que o sentimento de libertação mostrou ser frágil, necessitando de constante reafirmação.

Ao longo das atividades, as mulheres passaram a relatar maior segurança e autoconfiança, fatores que auxiliavam no viver melhor consigo e com suas famílias. Essa segurança foi conquistada pela superação de angústias, libertação de medos e pelo descobrimento de novas possibilidades para o viver cotidiano. Cabe destacar que essa superação ainda era bastante preliminar, tal como ensaios de uma nova maneira de ser e ver seu mundo familiar. No entanto, ao se perceberem mais fortalecidas, conseguiam prospectar um futuro melhor.

DISCUSSÕES

Os resultados apontaram que a realização de um grupo de convivência torna-se uma estratégia de assistência em Enfermagem e Saúde de grande relevância, devido ao seu elevado de causar mudanças positivas na maneira de viver e cuidar do DM. Esses achados corroboram com os resultados de dois estudos desenvolvidos com mulheres idosas com DM, apontando que as atividades em grupo potencializam habilidades de autocuidado e ampliam a adesão ao tratamento (MARAGNO, 2011; SILVA, HEGADOREN, LASIUK, 2012).

Estudos sobre grupos de convivência com outras populações apontam que essa estratégia é benéfica, proporcionando a troca de experiências, a discussão e o alcance de metas compartilhadas, sendo importante para a realização de ações de educação em saúde (WICHMANN et al., 2013; SILVA et al., 2005; MAGNABOSCO, NOGUEIRA, 2011). Um estudo desenvolvido com pessoas que apresentavam risco para o desenvolvimento do DM acrescentou que os participantes apresentaram redução dos fatores de risco, com perda de peso, redução de níveis de colesterol e valores de glicemia de jejum após participarem de atividades de grupo (KRAMER et al, 2011).

Uma revisão sistemática publicada pela *Cochrane Library* acrescenta que atividades de grupo para pessoas com DM são recomendadas, pois foram observadas reduções nos níveis hemoglobina glicada após quatro a seis meses de participação (DEAKIN et al., 2005). O estudo supracitado aponta que em longo prazo ocorre redução nos níveis de glicemia, redução do peso, melhora do conhecimento sobre o DM e que se espera que ocorra a redução do uso de medicamento em um a cada cinco pessoas participantes de grupos (DEAKIN et al., 2005).

Mulheres com DM que participam das atividades do grupo têm maior possibilidade para compreender a doença e sua condição de saúde, identificando as melhores estratégias terapêuticas para o seu viver, além de reconhecerem a participação da família e das redes de apoio no cuidado (MARAGNO, 2011; SILVA, HEGADOREN, LASIUK, 2012; SANTOS et al, 2011). Assim, podem elaborar estratégias para viver melhor com o DM, indo ao encontro das metas de cuidado estabelecidas pela Sociedade Brasileira de Diabetes (2013) e *American Diabetes Association* (2014).

Os resultados deste estudo foram fortemente influenciados pelo referencial teórico adotado, sendo que a promoção da resiliência tornou-se ferramenta propulsora das ações do grupo, permitindo que as

mulheres desenvolvessem maiores habilidades para o cuidado de si e do DM. O estudo da influência da resiliência no tratamento do DM vem ganhado destaque nas pesquisas da área da saúde, sendo de comum acordo que sua promoção favorece a melhor adesão às necessidades terapêuticas e proporciona o viver melhor com o DM, sendo amplamente recomendado que profissionais de saúde elaborem formas de incluí-la seu cotidiano assistencial (DENISCO, 2011; TAVARES et al., 2011; BOEL, 2013; PEREZ, 2013; LIVISTONE, MORTEL, TAYLOR, 2011; HILLIARD, HARRIS, WEISSBERG-BENCHELL, 2012; JASER, WHITE, 2011; SANTOS et al, 2013).

CONCLUSÕES

Observamos que as mulheres que participaram do grupo de convivência com ênfase no desenvolvimento da resiliência compartilharam seus problemas e anseios num processo de reflexão contínua, passando a ressignificar fatores de risco. O grupo de convivência possibilitou o aflorar de sentimentos positivos individuais e sobre a família, a compreensão do processo de saúde-doença, a autonomia, o desenvolvimento de habilidades de cuidado de si e do DM. O estudo apresenta uma possibilidade para ampliar a atenção em saúde às mulheres com diabetes ao trazer resultados significativos ao viver cotidiano.

Recomenda-se aos profissionais de saúde que realizem grupos de convivência para mulheres com diabetes para a qualificação do cuidado de enfermagem. Nessa vertente, o diálogo e a promoção da resiliência por meio de relações horizontais podem contribuir para ampliar os conhecimentos sobre a doença e os cuidados com o uso de medicamento, realização de atividade física, seguimento do plano alimentar e monitorização da glicemia,

Para a promoção da resiliência, recomenda-se fortalecer fatores de proteção e fomentar a ressignificação dos fatores de risco. Abordar temas que fomentem a discussão sobre o envelhecimento, as questões de gênero, os problemas familiares, os eventos traumáticos e as situações geradoras de sofrimento fortalece a elaboração de novas perspectivas para a resolução de problemas em busca do viver melhor.

Assim, a resiliência constitui um referencial teórico adequado para o desenvolvimento de ações em saúde visando à ampliação das habilidades de cuidado de si e do DM em mulheres.

REFERÊNCIAS

AGARDH, Emilie E; AHLBOM, Anders; ANDERSSON, Tomas; EFENDIC, Suad; GRILL, Valdemar; HALLQVIST, Johan; NORMAN, Anders; ÖSTENSON, Claes-Göran. Work stress and low sense of coherence is associated with type 2 diabetes in middle-aged swedish women. **Diabetes Care**, v.26, n.3, p.719-724, mar. 2003.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes - 2013. **Diabetes Care**, v.36, supl.1, p.S11-S66, 2013

ATLAS.TI. **ATLAS.ti: The qualitative data analysis & research software**. 7.1ed, Berlin, 2012.

BOELL, Julia Estela Willrich. **Resiliência de pessoas com doenças crônicas: diabetes mellitus e insuficiência renal crônica terminal**. 2013. 137p.Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. **Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. _____. **Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União. 10 out. 1996.

_____. _____. **Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União. 13 jun. 2012.

CASIQUE, Letícia; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira. Violência contra mulheres: reflexões teóricas. **Rev. Latino-Am Enfermagem.**, v.14, n.6, p. 950-956, 2006.

DEAKIN, T.A.; MCSHANE, C.E.; CADE, J.E.; WILLIAMS, R. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. **Cochrane**, 20 fev. 2005.

DENISCO, Susan. Exploring the relationship between resilience and diabetes outcomes in African Americans. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners**, v. 23, n.11, p. 602-610, nov. 2011.

FREIRE, Paulo. **Educação com prática de liberdade**. 34ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011a.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 43ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011b.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 50ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011c.

GIBBS, Graham. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HILLIARD, M.E.; HARRIS, M.A.; WEISSBERG-BENCHELL, J. Diabetes resilience: a model of risk and protection in type 1 diabetes. **Curr Diab Rep.**, v.12, n.6, p.739-748, 2012.

HSIEH, Hsiu-Fang; SHANNON, Sarah E. Three approaches to qualitative content analysis. **Qual Health Res.**, v.15, p.1277-1288, 2005.

JASER, S.S.; WHITE, L.E. Coping and resilience in adolescents with type 1 diabetes. **Child Care Health Dev.**, v.37, n.3, p.335-342, 2011.

KRAMER, M. Kaye; MCWILLIAMS, Janis R.; CHEN, Hsiang-Yu; SIMINERIO, Linda M.. A community-based diabetes prevention program: evaluation of the group lifestyle balance program delivered by diabetes educators. **The Diabetes Educator**, v.37, n.5,p.659-668, 2011.

LABRONICI, Liliana Maria. Processo de resiliência nas mulheres vítimas de violência doméstica: um olhar fenomenológico. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.21, n.3, p.625-632, 2012.

LASUIK, G.C.; HEGADOREN, K. M. Posttraumatic stress disorder part II: development of the construct within the north American psychiatric taxonomy. **Perspectives in Psychiatric Care.**, v. 42, n.2, p. 72-81, 2006.

LIVINGSTONE, W; MORTEL, T.F. V. D; TAYLOR, Beverly. A path of perpetual resilience: exploring the experience of a diabetes-related amputation through grounded theory. **Contemporary Nurse**, v.39, n.1, p.20-30, 2011.

MAGNABOSCO, Patrícia; NOGUEIRA, Maria Suely. Avaliação da contribuição do grupo de convivência para o cuidado do indivíduo hipertenso. **Rev Eletr Enf.**, v.13, n.1, p.110-117, 2011.

MARAGNO, Soraya Baião. Adesão de mulheres idosas aos cuidados e tratamento do diabetes mellitus. 2011. 166p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2013.

MCCOLLUM, M.; PHARMD, L.B.H.; LU, L.; SULLIVAN, P.W. Gender differences in Diabetes Mellitus and effects on self-care activity. **Gender Medicine**, v.2, n.4, p. 246-254, 2005.

MINICUCCI, Agostinho. **Dinâmica de Grupo**: teorias e sistemas, 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2007.

PENCKOFER, S.; FERRANS, C.E.; FRIEDRICH, B.V.; SAVOY, S. The psychological impact of living with diabetes. **Diabetes Educ.**, v.33, n.4, p.680-690, jul./aug. 2007.

PEREZ, L.C. **Adolescentes com diabetes mellitus tipo 1**: resiliência, qualidade de vida e suporte social. 2013. 126p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

POLIT, D.F.; CHERYL, T.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PONTIERI, F.M.; BACHION, M.M. Crenças de pacientes diabéticos

acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, 2010.

SALES, Amanda Patrícia; SOUGEY, Everton Botelho. Resiliência e transtorno de estresse pós-traumático. **Neurobiologia**, Recife, v.75, n.1-2, p.167-177, jan./jun., 2012.

SANTOS, F.R.M.; BERNARDO, V.; GABBAY, M.A.L.; DIB, S.A.; SIGULEM, D. The impact of knowledge about diabetes, resilience and depression on glycemic control: a cross-sectional study among adolescents and young adults with type 1 diabetes. **Diabetology Metabolic Syndrome**, v.5, n.55, p.1-5, 2013.

SANTOS, M.A. dos; ALVES, R.C.P.; OLIVEIRA, V.A.de; RIBAS, C.R.P.; TEIXEIRA, C.R.S.; ZANETTI, M.L. Representações sociais de pessoas com diabetes acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento. **Rev Esc Enferm USP**.,v.45, n.3, p.651-658, 2011.

SILVA, D.M.G.V.; FRANCIONI, F.; LOPES, M.S; AZEVEDO, M.; SANDOVAL, R.C.; LOURENZO, V.M.D. Grupos como possibilidade para desenvolver educação em saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 97-103, 2003.

SILVA, D.G.M.V; HEGADOREN, K.; LASIUK, G. As perspectivas de donas de casa brasileiras sobre a sua experiência com diabetes mellitus tipo 2. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, p. 469-477, 2012.

SILVA, D.G.M.V; SOUZA,S.S.; FRANCIONI, F.F; MEIRELLES, B.H. S. Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: a contribuição de um grupo de convivência. **Rev Latino-am Enfermagem**., v.13, n.1, p.7-14, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIBETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2012-2013**: e-book. São Paulo: GEN, 2013.

TAVARES, Bárbara Cristina; BARRETO, Francine do Amaral; LODETTI, Marília Lima; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da; LESSMANN, Juliana Cristina. Resilience among people with Diabetes Mellitus. **Texto Contexto Enferm.**, v.20, n.4, p.751-757, 2011.

TRENTINI, M.; PAIM, Lygia. **Pesquisa convergente-assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2ª. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

WICHMANN, F.M.A; COUTO, A.N.; AREOSA, S.V.C.;
MONTAÑÉS, M.C.M. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p.821-832, 2013.

YI-FRAZIER, J.P.; HILLIARD, M.; COCHRANE, K.; HOOD, K.K.
The impact of positive psychology on diabetes outcomes: a review. **Psychology.**, v.3, n.12a, p.1116-1124, 2012.

5. CONCLUSÃO

Ressaltamos o processo complexo que foi o desenvolvimento desse estudo, com suas articulações metodológicas - quantitativa e qualitativa - e teóricas, envolvendo conhecimentos sobre resiliência, gênero, condição crônica e diabetes. Muitas escolhas foram necessárias, o que significa dizer que podemos ter deixado de fora alguns aspectos relevantes, dentre os quais a verificação da hemoglobina glicada como elemento de acompanhamento da adesão ao tratamento, sendo que as limitações são tomadas como desafios para próximos estudos.

Sistematizando os achados da investigação, podemos afirmar que a abordagem quantitativa evidenciou que houve associação entre adesão ao tratamento do DM e resiliência, proporcionando o desenvolvimento da segunda fase do estudo, utilizando a abordagem qualitativa, cujos resultados possibilitaram uma compreensão mais aprofundada do que as mulheres com DM consideravam relevante no convívio com sua condição crônica de saúde.

Observamos que as mulheres compreendiam o DM e o reconheciam como parte do processo de viver, em suas múltiplas relações e interações, e não apenas como uma modificação no funcionamento de seu organismo. Reconheciam que a adesão ao tratamento está intimamente relacionada à maneira como o viver cotidiano repercute no cuidado dessa doença crônica.

Em muitas situações, as mulheres cuidavam pouco de si, priorizando as atividades laborais formais e informais, o cuidado dos familiares e a realização de atividades domésticas, sendo que as atribuições normativas de gênero aumentavam a desmotivação para a mudança de paradigmas relacionados à própria existência e à adesão ao tratamento. As histórias de sofrimento, a violência, a submissão, a dependência financeira, as brigas familiares, a discriminação de gênero e as dificuldades de acesso à educação, ao trabalho e à equidade de direitos são elementos que ainda permeiam o viver de algumas mulheres, necessitando ser combatidos, modificados e, se possível, eliminados.

Os profissionais da saúde podem auxiliar, incorporando a promoção da resiliência em suas práticas de cuidado, fortalecendo fatores de proteção, favorecendo o empoderamento das mulheres para a e a efetivação de ações que promovam condições de vida melhores, mais dignas e saudáveis. Reconhecer que os aspectos emocionais e a maneira de compreender-se e inserir-se no mundo interferem no processo de

viver, ser saudável e adoecer implica em assumir que os cuidados de enfermagem e saúde necessitam transcender as barreiras do conhecimento biológico, incorporando ações que contemplem as mulheres em sua totalidade, multiplicidade e subjetividade.

O cuidado realizado com o olhar sensível ao contexto, à história de vida, às necessidades, às prioridades, aos desejos, aos valores, às condições e aos sentimentos pode contemplar as mulheres em seu todo, sendo resolutivo, efetivo e realmente necessário. O cuidado do DM, quando desconectado do todo, com recomendações distantes da realidade das mulheres e, muitas vezes, impossível de ser seguido, torna-se um fator de risco pela frustração que gera, pela sensação de abandono de si e por não ser realizado, causando impactos negativos ao emocional e ao físico.

Torna-se necessário colocar aos profissionais da enfermagem e da saúde que o impacto das questões normativas de gênero necessita ser avaliado na vida de cada uma das mulheres. Além disso, não há como generalizar e “rotular necessidades”, pois “ações padrão”, que consideram que todas as mulheres são iguais e necessitam das mesmas coisas tornam-se tão nocivas quanto os demais fatores de risco. O cuidado de enfermagem integral e de qualidade é comprometido com o todo, com a família, com a história de vida das mulheres e com a multiplicidade do Ser humano.

Com base nesses conhecimentos foi possível desenvolver e implementar uma nova maneira de promover a adesão ao tratamento do DM, realizando atividades em grupo de convivência enfocando a troca horizontal de saberes e fazeres para a promoção da resiliência, ampliação das habilidades de cuidado de si e do DM. O grupo de convivência privilegiou a construção de conhecimentos, as reflexões sobre histórias de vida, as relações interpessoais e familiares, a exposição de medos, dificuldades e fragilidades visando à elaboração de novas estratégias para lidar com sua condição de vida e de saúde.

O movimento de revelar-se em um grupo de convivência mostrou ser mobilizador da rede de apoio, destacando que as mulheres trocavam conselhos e ofereciam ajuda, para que juntas pudessem encontrar soluções. Porém, na maioria dos casos, as mudanças ocorriam internamente, quando as mulheres compreendiam melhor sua condição de vida e saúde, passando a ter maiores habilidades para o manejo de problemas e para a busca por soluções.

Mudanças relevantes também ocorreram quando as mulheres conseguiram ressignificar os eventos negativos de suas vidas. A reelaboração de representações promovia o alívio dos sentimentos de

culpa, medo e revolta, dando espaço para a aceitação das condições de vida e para a mobilização de um conjunto de sentimentos de autovalorização. Essa mudança positiva desenvolvida durante todo o trabalho de campo da etapa qualitativa despertou as qualidades e as potencialidades que estavam adormecidas em cada uma das participantes. Ao final das ações do grupo elas declararam-se mais fortes, ativas, gostando mais de si e estando mais dispostas para aderir ao plano alimentar, à monitorização da glicemia e à prática de atividade física. Passando de uma posição passiva para uma posição mais ativa e dinâmica, capaz de cuidar melhor de si e do DM, além de manter relações mais compreensivas com seus familiares. Todos esses atributos emergiram da **capacidade de suportar, de adaptar-se e conviver de forma harmônica, desenvolvida frente às situações de adversidade e/ou estresse**, ou seja, adinham da maior resiliência promovida ao longo das atividades de grupo.

Promover a resiliência necessitou mais do que “educar” uma pessoa para o cuidado do DM. Implicou em dar possibilidades para a ampliação dos conhecimentos, para a compreensão do corpo e das estratégias de cuidado, para a exposição de problemas e busca por resoluções, ancorando-se no reconhecimento das particularidades de cada mulher em seu contexto social, histórico, cultural, educacional e de saúde, buscando o fortalecimento da autonomia e o desenvolvimento de habilidades de cuidado de si.

Destaca-se que foi possível validar a tese norteadora dessa pesquisa, confirmando que **a resiliência influencia positivamente na adesão ao tratamento do Diabetes Mellitus em mulheres e sua promoção torna-se uma possibilidade para o cuidado de enfermagem integral e de qualidade.**

Promover a resiliência gera impactos que vão além da maior adesão ao tratamento do DM, transcendendo as questões de saúde e abordando as mais diversas situações do viver cotidiano. Mulheres com maior resiliência são mais felizes, mais alegres, gostam mais de si, vivem a vida com maior leveza, encontram soluções com mais facilidade, relacionam-se com melhor qualidade e ampliam suas redes de apoio.

Ousamos colocar que a ampliação da resiliência modifica positivamente a vida das mulheres e recomendamos que os profissionais de enfermagem e saúde incorporem esses conceitos em seus fazeres e saberes, na expectativa que esse movimento gere impactos positivos na vida e na saúde de muitas mulheres que convivem com o DM.

Assim, incluir a perspectiva da resiliência pode modificar o “*modus operandi*” do cuidado centrado nos problemas, passando a priorizar fatores de proteção, estratégias de valorização das mulheres, de busca por autonomia, autorealização, de cuidado de si, e de habilidades de tomada de decisão consciente e comprometida com a saúde. Essa é uma crítica ao modo de fazer saúde em todas as áreas de atuação, que dão grande ênfase aos problemas e esquecem as potencialidades.

Como possibilidades, realizamos as seguintes recomendações aos profissionais de enfermagem e saúde:

- Que implementem grupos de convivência para mulheres com diabetes enfocando a promoção da resiliência, o desenvolvimento de habilidades de cuidado de si e de gestão da vida cotidiana, visando a ampliação da adesão ao tratamento do DM;
- Que incluam práticas em saúde enfocando a promoção da resiliência e da autonomia, fornecendo subsídios técnico-científicos para escolhas conscientes e compartilhadas das melhores formas de realizar o cuidado do DM;
- Que desenvolvam ações contínuas de promoção da saúde e da resiliência em todas as oportunidades de contato entre profissional-cliente, dado o caráter processual, dinâmico e sensível da resiliência, considerando que não é constante e não constitui atributo pessoal.

Colocamos que a promoção da resiliência destaca-se como fundamento para o cuidado de enfermagem e saúde comprometido com ações mais efetivas e compatíveis com as reais necessidades de cada uma das mulheres atendidas. E, que para a abordagem da resiliência no cuidado é necessário compreender seus fundamentos teóricos e promovê-la por meio do atendimento personalizado, sensível, comprometido, compartilhado, integral e de qualidade.

REFERÊNCIAS

AGARDH, Emilie E; AHLBOM, Anders; ANDERSSON, Tomas; EFENDIC, Suad; GRILL, Valdemar; HALLQVIST, Johan; NORMAN, Anders; ÖSTENSON, Claes-Göran. Work stress and low sense of coherence is associated with type 2 diabetes in middle-aged swedish women. **Diabetes Care**, v.26, n.3, p.719-724, mar. 2003. Disponível em <<http://care.diabetesjournals.org/cgi/reprint/26/3/719>> Acessado em: 01 jun. 2013.

AHMED, Rana; ASLANI, Parisa. What is patient adherence? A terminology overview. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v.36, n.1, p.4-7, feb. 2014.

ALAYON, Alicia N; MOSQUERA-VASQUEZ, Mario. Adherencia al tratamiento basado en comportamientos en pacientes diabéticos Cartagena de Indias, na Colômbia. **Rev.salud pública**, Bogotá, v. 10, n. 5, p. 777-787, nov. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642008000500010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 fev. 2014.

ALVES, Bruna Araújo; CALIXTO, Amanda Aparecida Teixeira Ferreira. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. **J Health Sci Inst.**, v.30, n.3, p.255-260, 2012.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes - 2008. **Diabetes Care**, v. 31, supl 1, p. S12-S54, 2008.

_____. Standards of medical care in diabetes - 2009. **Diabetes Care**. v. 32, supl. 1, p.S13-S61, 2009.

_____. Standards of medical care in diabetes - 2010. **Diabetes Care**. v. 33, supl. 1, p.S1-S61, 2010.

_____. Standards of medical care in diabetes - 2013. **Diabetes Care**, v.36, supl.1, p.S11-S66, 2013.

_____. Standards of medical care in diabetes - 2014. **Diabetes Care**, v.37, supl.1, p.S14-S80, 2014.

ANGST, Rosana. Psicologia e resiliência: uma revisão de literatura. **Psicol. Argum.**, Curitiba, v.27, n.58, p.253-260, 2009.

ARAÚJO, Maria José de Oliveira; SIMONETTI, Maria Cecília Moraes. **Direitos humanos e gênero: série debates em direitos humanos.** Plataforma DHESCA Brasil., v.1, Curitiba: Terra de Direitos, 2013.

ATLAS.TI. **ATLAS.ti: The qualitative data analysis & research software.** 7.1ed, Berlin, 2012.

BACKES, D.S.; SOUSA, F.G.M.; MELLO, A.L.S.F.; ERDMANN, A.L.; NASCIMENTO K.C.; LESSMANN, J.C. Concepções de cuidado: uma análise das teses apresentadas para um programa de pós-graduação em enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.15, n. esp., p. 71-78, 2006.

BARREIRA, Diná Dornelles; NAKAMURA, Antonieta Pepe. Resiliência e a auto-eficácia percebida: articulação entre conceitos. **Aletheia**, n.23, p.75-80, jan./jun. 2006.

BARTOLOMEI, Mônica. **A fé como fator de resiliência no tratamento do câncer:** uma análise do que pensam os profissionais da saúde sobre o papel da espiritualidade na recuperação dos pacientes. 2008. 137f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião) – Curso de Mestrado em Ciências da Religião, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

BECKER, Tânia Alves Canata; TEIXEIRA, Carla Regina de Souza; ZANETTI, Maria Lúcia. Diagnósticos de enfermagem em pacientes diabéticos em uso de insulina. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 61, n.6, p.847-852, 2008.

BECONÃ, Elisardo. Resiliência: definición, características y utilidad del concepto. **Rev Psicopatologia Psicologia Clínica.**, v.11, n.3, p.125-143. 2006.

BIASOLI-ALVES, Zélia Maria Mendes. Continuidades e rupturas no papel da mulher brasileira no Século XX. **Psicologia Teoria e Pesquisa**, v.16, n.3, p. 233-239, 2000.

BOAS, Lilian Cristiane Gomes-Villas; FOSS, Milton César; FOSS-FREITAS, Maria Cristina; TORRES, Heloísa de Carvalho; MONTEIRO, Luciana Zaranza; PACE, Ana Emilia. Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. **Texto Contexto Enferm.**, v.20, n.2, p.272-279, 2011.

BOELL, Julia Estela Willrich. **Resiliência de pessoas com doenças crônicas**: diabetes mellitus e insuficiência renal crônica terminal. 2013. 137p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2013.

BONETTI, Albertina; SILVA, Denise Guerreiro Vieira da; TRENTINI, Mercedes. O método da pesquisa convergente assistencial em um estudo com pessoas com doença arterial coronariana. **Esc Anna Nery.**, v.17, n.1, p. 179 – 183, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n1/25.pdf>>. Acesso em 01 jun. 2013.

BRANDÃO, Juliana Mendanha. **Resiliência**: de que se trata? o conceito e suas imprecisões. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-graduação em Psicologia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

BRANDÃO, Juliana Mendanha; MAHFOUD, Miguel; GIANORDOLINASCIMENTO, Ingrid Faria. A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. **Paidéia**, v.21, n.49, p. 263-271, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v21n49/14.pdf>>. Acesso em 01 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília, Brasil, 2002. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf> Acessado em: 15 abril 2008.

_____. _____. **Manual de diabetes mellitus**. Brasília, Brasil, 2006.

_____. _____. **Portaria nº 2.583 de 10 de outubro de 2007**: define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-2583.htm>>. Acesso em 05 jan. 2014.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. **Vigitel Brasil 2012**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. _____. _____. Secretaria de Gestão e Estratégia Participativa. **Vigitel Brasil 2007**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. _____. **Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União. 10 out. 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>> Acesso em: 10 out. 2008.

_____. _____. **Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União. 13 jun. 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 10 ago. 2012.

_____. Secretaria de Assuntos Estratégicos. **Perguntas e respostas sobre a definição da classe média**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://www.sae.gov.br/site/wp-content/uploads/Perguntas-e-Respostas->

sobre-a-Defini%C3%A7%C3%A3o-da-Classe-M%C3%A9dia.pdf>.
Acesso em: 04 fev. 2014.

BRITO, S.C.; RODRIGUES, E.P. O estresse e a ansiedade na sociedade do século XXI: um olhar cognitivo-comportamental. **Revista FSA.**, Teresina, n.8, p.307-321, 2011.

BRIONEZ, Tamar F.; ASSASSI, Shervin; REVELLE, Jonh D.; LEARCH, Thomas J.; DIEKMAN, Laura; WARD, Michael M.; DAVIS Jr., John C.; WEISMAN, Michael H.; NICASSIO, Perry. Psychological correlates of self-reported functional limitation in patients with ankylosing spondylitis. **Arthritis Research & Therapy**, v. 11, n.6, dec. 2009. Disponível em: <<http://arthritis-research.com/content/11/6/R182>>. Acesso em 01 jun. 2013.

BUTLER, Judith. **Deshacer el género**. Barcelona: Paidós, 2006.

CAMARGO-BORGES, Celiane; JAPUR, Marisa. Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do autocuidado. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.17, n.1, p.64-71, 2008.

CARNEIRO, Sueli. Mulheres em movimento. **Estudos Avançados**, v.17, n.49, p.117-132, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v17n49/18400.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2014.

CASIQUE, Letícia; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira. Violência contra mulheres: reflexões teóricas. **Rev. Latino-Am Enfermagem.**, v.14, n.6, p. 950-956, 2006.

CASTRO, Bernardo Monteiro de. **Resiliência na PUC Minas virtual**. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, 2009. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=BJiZN1oAQgU>>. Acesso em: 01 jun. 2013.

CHERON, Cibele; SEVERO, Elena Erling. Apanhar ou passar fome? a difícil relação entre dependência financeira e violência em Porto Alegre,RS. In: FAZENDO GÊNERO 9 - DIÁSPORAS, DIVERSIDADES, DESLOCAMENTOS. 9, 2010, Florianópolis. **Anais Fazendo Gênero 9**: diásporas, diversidades, deslocamentos. Florianópolis, UFSC, 2010. p. 1-10. Disponível em:

<http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278279902_AR_QUIVO_Cheron_Severo.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2014.

CHOU, Li-Na; HUNTER, Anita. Factors affecting quality of life in taiwanese survivors of childhood cancer. **Journal of Advanced Nursing**, v.65, n.10, p.2131-2141, 2009.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso. Gênero, saúde e enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, v.58, n.3, p. 345-348, 2005.

COHEN, Sheldon; KAMARCK, Tom; MERMELSTEIN, Robin. A global measure of perceived stress. **Journal of health and Social Behavior**, Cambridge - USA, v.24, p. 385-396, dec. 1983.

CONNOR, K.M; DAVIDSON, J.R.T. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). **Depression and Anxiety**. n.18, p. 76-82, 2003.

CORRÊA, Sonia; ALVES, José Eustáquio Diniz. As metas de desenvolvimento do milênio: grandes limites, oportunidades estreitas? **R. bras. Est. Pop.**, Campinas, v. 22, n. 1, p. 177-189, jan./jun. 2005.

COSTA, Cecília Vieira. O gênero da saúde sexual e reprodutiva. In: STREY, Marlene Neves; NOGUEIRA, Conceição; AZAMBUJA, Mariana Ruwer de (Org.). **Gênero e Saúde: diálogos Ibero-Brasileiros**. Porto Alegre: Edipucrs, 2010. p.131-150.

CRESWELL, J.W. **Projeto de pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto**. 3ª ed. Porto Alegre: Artemed, 2010.

DAVYDOV, Dmitry M; STEWARTB, Robert; RITCHIEC, Karen; CHAUDIEUC, Isabelle. Resilience and mental health. **Clinical Psychology Review**, v.30, n.5, p. 479-495, 2010.

DEAKIN, T.A.; MCSHANE, C.E.; CADE, J.E.; WILLIAMS, R. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. **Cochrane**, 20 fev. 2005.

DENISCO, Susan. Exploring the relationship between resilience and diabetes outcomes in African Americans. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners**, v. 23, n.11, p. 602-610, nov. 2011.

ERIM, Yesim; TAGAY, Sefik; BECKMANN, Mingo; BEIN, Sabine; CICINNATI, Vito; BECKEBAUM, Susanne; SENF, Wolfgang SCHLAAK, Jörg F. Depression and protective factors of mental health in people with hepatitis C: questionnaire survey. **International Journal of Nursing Studies**, v.47, p.342–349, 2010.

FRANCIONI, Fabiane Ferreira. **Compreendendo o processo de viver com diabetes mellitus em uma comunidade de Florianópolis, Santa Catarina**: das práticas de autoatenção ao apoio social. 186p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 2002.

FREIRE, Paulo. **Educação com prática de liberdade**. 34ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011a.

_____. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 43ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011b.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 50ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011c.

GIBBS, Graham. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GOULART, Suelen. **Adesão ao regime terapêutico antirretroviral por pessoas com HIV/Aids em um serviço de referência**. 2011. 133p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

GROSSI, M. P. Identidade de Gênero e Sexualidade. **Antropologia em Primeira Mão**. Florianópolis, p. 1-18, 1998 revisado em 2010. Disponível em: <<http://www.miriamgrossi.cfh.prof.ufsc.br/publicacoes.html>>. Acesso em 20 outubro 2013.

GUSMÃO, Josiane Lima de; MION, Decio Jr. Adesão ao tratamento: conceitos. **Rev Bras Hipertens.**, v.13, n.1, p.23-25, 2006.

GUYTON, Arthur C.; HALL, John E. **Guyton & Hall**: tratado de fisiologia médica. 12 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

HILLIARD, M.E.; HARRIS, M.A.; WEISSBERG-BENCHELL, J. Diabetes resilience: a model of risk and protection in type 1 diabetes. **Curr Diab Rep.**, v.12, n.6, p.739-748, 2012.

HOPWOOD, Max; TRELOAR, Carla. Resilient coping: applying adaptive responses to prior adversity during treatment for hepatitis C infection. **J Health Psychol.**, v. 13, n. 1, p. 17-27, 2008. Disponível em: < <http://hpq.sagepub.com/content/13/1/17>>. Acesso em: 01 jun. 2013.

HSIEH, Hsiu-Fang; SHANNON, Sarah E. Three approaches to qualitative content analysis. **Qual Health Res.**, v.15, p.1277-1288, 2005.

HUANG, M.F. **Resilience in chronic disease**: the relationship among risk factors, protective factors, adaptatives outcomes, and the level of resilience in adults with diabetes. 2009, 310f. Thesis (Doctor of Philosophy). Institute of Health and Biomedical Innovation, Scholl of Nursing and Midwifery, Queensland University of Technology, Queensland, 2009.

INFANTE, Francisca. A resiliência como processo: uma revisão de literatura recente. In: MELILLO, Aldo; OJEDA, Elbio Néstor Suárez (org). **Resiliência**: descobrindo as próprias fortalezas. Porto Alegre: Artmed, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico de 2010**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 01 jun. 2013.

_____. **Histórico da investigação sobre cor ou raça nas pesquisas domiciliares do IBGE**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2008.

_____. **Populações residentes segundos municípios**. Brasília, 2007.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes Atlas**. 6ª ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2013. Disponível em<<http://www.idf.org/diabetesatlas>>. Acesso em 10 fev. 2014.

JASER, S.S.; WHITE, L.E. Coping and resilience in adolescents with type 1 diabetes. **Child Care Health Dev.**, v.37, n.3, p.335-342, 2011.

KAROLY, Paul; RUEHLMAN, Linda S. Psychological “resilience” and its correlates in chronic pain: findings from a national community sample. **Pain**, v.123, p.90–97, 2006.

KING, Shirley L; HEGADOREN, Kathy M. An integrative science approach: value added in stress research. **Nursing and health care.**, Oxford, v.8, p.144-199, jun. 2006.

KRAMER, M. Kaye; MCWILLIAMS, Janis R.; CHEN, Hsiang-Yu; SIMINERIO, Linda M.. A community-based diabetes prevention program: evaluation of the group lifestyle balance program delivered by diabetes educators. **The Diabetes Educator**, v.37, n.5,p.659-668, 2011.

LABRONICI, Liliana Maria. Processo de resiliência nas mulheres vítimas de violência doméstica: um olhar fenomenológico. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.21, n.3, p.625-632, 2012.

LARANJEIRA, Carlos Antônio Sampaio de Jesus. Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer: revisão de literatura. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 23, n. 3, p. 327-332, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v23n3/a12v23n3.pdf>>. Acesso em 01 jun. 2013.

LASUIK, G.C.; HEGADOREN, Kathy M. Posttraumatic stress disorder part II: development of the construct within the north American psychiatric taxonomy. **Perspectives in Psychiatric Care.**, v. 42, n.2, p. 72-81, 2006.

LESSMANN, Juliana Cristina. **Estresse em mulheres com diabetes mellitus tipo 2**. 2009.110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) –

Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

LESSMANN, Juliana Cristina; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da; NASSAR, Silvia Modesto. Estresse em mulheres com Diabetes mellitus tipo 2. **Rev bras enferm.**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 451-456, jun. 2011.

_____. Mulheres com Diabetes mellitus tipo 2: perfil sociodemográfico, biométrico e de saúde. **Acta paul enferm.**, São Paulo, v. 25, n. spec 1, p.81-86, 2012 .

LIRA, K.M. Representação mental da terceira idade por pessoas que estão iniciando esta fase do ciclo vital. **REBES.**, Pombal, v.4, n.1, p.24-25, 2014.

LIVINGSTONE, Wendy; MORTEL, Thea F. Van De; TAYLOR, Beverly. A path of perpetual resilience: exploring the experience of a diabetes-related amputation through grounded theory. **Contemporary Nurse**, v.39, n.1, p.20-30, 2011.

LLOYD, Cathy; SMITH, Julie; WIEGNER, Katie. Stress and diabetes: a review of the links. **Diabetes Spectrum**, USA, v.18, n.2, p.121-127, 2005.

LUFT, Caroline Di Bernardi; SANCHES, Sabrina de Oliveira Giovana; MAZO, Zarpellon; ANDRADE, Alexandro. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. **Rev Saúde Pública.**, São Paulo, v. 41, n.4, p.606-615, ago. 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n4/5932.pdf>> acesso em: 01 jun. 2013.

MAGNABOSCO, Patrícia; NOGUEIRA, Maria Suely. Avaliação da contribuição do grupo de convivência para o cuidado do indivíduo hipertenso. **Rev Eletr Enf.**, v.13, n.1, p.110-117, 2011.

MAIA, Joviane Marcondelli Dias; WILLIAMS, Lucia Cavalcanti de Albuquerque. Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. **Temas em Psicologia**, v. 13, n. 2, p. 91-103, 2005. Disponível em: <

<http://www.sbponline.org.br/revista2/vol13n2/PDF/v13n02a03.pdf>.
Acesso em: 01 jun. 2013.

MALERBI, F.E.K. Adesão ao tratamento, importância da família e intervenções comportamentais em diabetes. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diabetes na prática clínica**: e-book. 1ª ed. São Paulo: SBD, 2011. Disponível em:
<<http://www.diabetesebook.org.br/revista/index.html#/333/zoomed>>.
Acesso em: 28 mai. 2013.

MARAGNO, Soraya Baião. Adesão de mulheres idosas aos cuidados e tratamento do diabetes mellitus. 2011. 166p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2013.

MARGIS, Regina; KAPCZINSKI, Flávio. Transtornos Relacionados ao Estresse. In: HETEM, Luiz Alberto B; GRAEFF, Frederico G. **Transtornos de Ansiedade**. Atheneu, 2003. p. 309 - 328.

MCCOLLUM, M.; PHARMD, L.B.H.; LU, L.; SULLIVAN, P.W. Gender differences in Diabetes Mellitus and effects on self-care activity. **Gender Medicine**, v.2, n.4, p. 246-254, 2005.

MELLO, Marco Túlio de; BOSCOLO, Rita Aurélio; ESTEVES, Andrea Maculano, TUFIK, Sergio. O exercício físico e os aspectos psicobiológicos. **Rev Bras Med Esporte.**, v. 11, n. 3, p.203-207, mai./jun. 2005.

MINICUCCI, Agostinho. **Dinâmica de grupo**: teorias e sistemas. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MINICUCCI, Agostinho. **Dinâmica de Grupo**: teorias e sistemas, 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MIRANDA, Fernanda Alves Carvalho de; COELHO, Elza Berger Salema; MORE, Carmem Leontina Ojeda Ocampo. **Projeto terapêutico singular**. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

MORSE, J. M.; FIELD, P. A. **Qualitative research methods for health professionals**. 2ª ed. Thousand Oaks, Califórnia: Sage, 1995.

NASSAR, S.M.; WRONSKI, V.R.; OHIRA, M et al. **SEstatNet** - Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web [página na internet]. Florianópolis: UFSC, 2013. Disponível em: <<http://www.sestatnet.ufsc.br>>. Acesso de jan. 2009 a maio 2014.

OLIVEIRA, D.S.; TANNUS, L.R.M.; MATHEUS, A.S.M.; CORREA, F.H.; COBAS, R.; CUNHA, E.F.; GOMES, M.B. Evaluation of cardiovascular risk according to Framingham criteria in patients with type 2 diabetes. **Arq bras endocrinol metab.**, v.51, n.2, p.268-274, 2007.

OLIVEIRA, Marileide A. de; REIS, Verônica Lima dos; ZANELATO, Luciana Silva; NEME, Carmem. Maria Bueno. Resiliência; análise das publicações no período de 2000 a 2006. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.28, n.4, p.754-766, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v28n4/v28n4a08.pdf>>. Acesso em 01 jun. 2013.

ONG, Anthony D.; ZAUTRA, Alex J.; REID, M. Carrington. Psychological resilience predicts decreases in pain catastrophizing through positive emotions. **Psychology and Aging**, v. 25, n.3, p. 516–523, 2010.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **8 objetivos do milênio**. 2010. Disponível em: <<http://www.objetivosdomilenio.org.br/>>. Acessado em: 01 jun. 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 232 p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linhas_cuidado_hipertensao_diabetes.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2013.

OREM, D.E. **Nursing concepts of practice**. 5a. ed. Saint Louis: Mosby, 1995.

PADILHA, Paulo Roberto. **O “Círculo de Cultura” na perspectiva da intertransculturalidade**. 2007. Disponível em:

<http://siteantigo.paulofreire.org/pub/Crpf/CrpfAcervo000135/O_Circulo_de_Cultura_na_persepectiva_intertranscultural.pdf>. Acesso em 21 Mai. 2014.

PAIM, Lygia; TRENTINI, Mercedes; MADUREIRA, Valéria S. Faganello; STAMM Maristela. Pesquisa convergente-assistencial e sua aplicação em cenários da enfermagem. **Cogitare Enferm.**, v.13, n.3, p.380-386, 2008.

PAZ, Ana Paula Bazo; SALVARO, Giovana Ilka Jacinto. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: propostas educativas em foco. **Revista Electrónica de Investigación y Docencia**, v. Monográfico, n.1, out. 2011, p.121-133.

PENCKOFER, Sue; FERRANS, Carol Estwing; FRIEDRICH, Barbara Velsor; SAVOY, Suzanne . The psychological impact of living with diabetes. **Diabetes Educ.**, v.33, n.4, p.680–690, jul./aug. 2007.

PERES, Denise Siqueira; FRANCO, Laércio Joel; SANTOS, Manoel Antônio dos Los sentimientos de las mujeres después del diagnóstico de diabetes tipo 2. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v.16, n.1, p.1-9, jan./fev. 2008.

PERES, D.S.; SANTOS, M.A. dos; ZANETTI, M.L.; FERRONATO, A.A. Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v.15, n.6, p. 1105-1112, 2007.

PEREZ, L.C. **Adolescentes com diabetes melitus tipo 1: resiliência, qualidade de vida e suporte social**. 2013. 126p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

PESCE, Renata P.; ASSIS, Simone G.; AVANCI, Joviana Q.; SANTOS, Nilton C.; MALAQUIAS, Juaci V.; CARVALHAES, Raquel. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. **Cad Saúde Pública.**, v. 21, n.2, p.436-448, mar./abr. 2005.

PESCE, R.P.; ASSIS, S.G.; SANTOS, N.; OLIVEIRA, R.V.C. Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. **Psic Teor Pesq.**, v.20, n.2, p.135-143, 2004. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v20n2/a06v20n2.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2013.

PICON, P.X.; ZANATTA, C.M.; GERCHMAN, F.; ZELMANOVITZ, T.; GROSS, J.L.; CANANI, L.H. Análise dos critérios de definição da síndrome metabólica em pacientes com diabetes melito tipo 2. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, v.50, n. 2, p. 264-270, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v50n2/29309.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2013.

PLATAFORMA DHESCA BRASIL. **Relatorios em direitos humanos: fortalecimento de uma cultura de direitos no Brasil**. Curitiba: Terra de Direitos, 2012.

POLIT, D.F.; CHERYL, T.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PONTIERI, F.M.; BACHION, M.M. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. **Sistema de Informação da Atenção Básica**. Florianópolis, Brasil, 2009.

Disponível em: <

<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=siab&menu=5>>. Acesso em: 19 jan. 2009.

RANA, J.S.; LI, T.Y.; MANSON, J.E.; HU, F.B. Adiposity compared with physical inactivity and risk of type 2 diabetes in women. **Diabetes Care**, EUA, v.30, n.1, p.53-58, jan. 2007.

REBOUÇAS JÚNIOR, F.G.; GALDINO, M.S.S.; SOUSA, M.L.T. Acolhimento multiprofissional à pessoa com hipertensão e diabetes: potencializando o cuidado. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João Del Rei, v.8, n.2, p.248-253, 2013.

REINERS, Annelita Almeida Oliveira; AZEVEDO, Rosemeiry Capriata de Souza; VIEIRA, Maria Aparecida; ARRUDA, Anna Lucia Gawlinski de. Produção bibliográfica sobre

adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, v.13, supl. 2, p.22299-2306, 2008.

ROBOTTOM, B.J.; GRUBER-BALDINI, A.L.; ANDERSON, K.E.; REICH, S.G.; FISHMAN, P.S.; WEINER, W.J.; SHULMAN, L.M. What determines resilience in patients with Parkinson's disease? **Parkinsonism and Related Disorders**, v.18, p. 174-177, 2012.

RUTTER, Michael. Resilience concepts and findings: implications for family therapy. **Journal of Family Therapy**, v. 21, p. 119-144, 1999.

SALES, Amanda Patrícia; SOUGEY, Everton Botelho. Resiliência e transtorno de estresse pós-traumático. **Neurobiologia**, Recife, v.75, n.1-2, p.167-177, jan./jun., 2012.

SAMUEL-HODGE, Carmen D.; HEADEN, Sandra W.; SKELLY, Anne H. et al. Influences on day-to-day self-management of type 2 diabetes among african-american women. **Diabetes Care**, EUA, v.23, n.7, p.928-933, jul. 2000.

SANTOS, E.K.A dos; OLIVEIRA, M.C. de; CORREA, A.P.; TOGNOLI, H. Programas, políticas e pactos de saúde da mulher no Brasil e no mundo. In: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Saúde da mulher: enfermagem** [Recurso eletrônico]. Florianópolis: UFSC/Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância Catarina, 2010.

SANTOS, F.R.M.; BERNARDO, V.; GABBAY, M.A.L.; DIB, S.A.; SIGULEM, D. The impact of knowledge about diabetes, resilience and depression on glycemic control: a cross-sectional study among adolescents and young adults with type 1 diabetes. **Diabetology Metabolic Syndrome**, v.5, n.55, p.1-5, 2013.

SANTOS, Manoel Antônio dos; ALVES, Roberta Cancellia Pinheiro; OLIVEIRA, Valmir Aparecido de; RIBAS, Camila Rezende Pimentel; TEIXEIRA, Carla Regina de Souza; ZANETTI, Maria Lúcia. Representações sociais de pessoas com diabetes acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento. **Rev Esc Enferm USP**, v.45, n.3, p.651-658, 2011.

SAPIENZA, Graziela; PEDROMÔNICO, Márcia Regina Marcondes. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 209-216, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n2/v10n2a07.pdf>>. Acesso em 01 jun. 2013.

SCHMIDT, Maria Inês; DUNCAN, Bruce Bartholow; SILVA, Gulnar Azevedo e; MENEZES, Ana Maria; MONTEIRO, Carlos Augusto; BARRETO, Sandhi Maria; CHOR, Dora; MENEZES, Paulo Rossi. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p.1949-1961, jun. 2011.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Revista Educação e Realidade**, Porto Alegre, v.20, n.2, p.71-99, jul./dez. 1995. Disponível em: <<http://www.direito.caop.mp.pr.gov.br/arquivos/File/SCOTTJoanGenero.pdf>>. Acesso em: 24 Jan. 2014.

SILVA, D.M.G.V.; FRANCIONI, F.; LOPES, M.S; AZEVEDO, M.; SANDOVAL, R.C.; LOURENZO, V.M.D. Grupos como possibilidade para desenvolver educação em saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 97-103, 2003.

SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da; HEGADOREN, Kathy; LASIUK, Gerri. As perspectivas de donas de casa brasileiras sobre a sua experiência com diabetes mellitus tipo 2. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, p. 469-477, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 jun. 2013.

SILVA, Denise M. Guerreiro Vieira da; SOUZA, Sabrina da Silva de; FRANCIONI, Fabiane Ferreira; MEIRELLES, Betina H. S. Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: a contribuição de um grupo de convivência. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.13, n.1, p.7-14, 2005.

SILVA, Denise M. Guerreiro Vieira da, et al. **Mulheres em condição crônica**: estresse e resiliência (projeto de pesquisa). Programa de Pós-

Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, 2008.

SIMÃO, E. et al. Educação em saúde: estratégias para atender as pessoas com DM. In: **BRASIL. Estratégia nacional para a educação em saúde para o autocuidado em DM.** SEAD/UFSC, 2009

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIBETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes.** Rio de Janeiro: SBD, 2008.

_____. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2012-2013:** e-book. São Paulo: GEN, 2013.

SOLANO, J. P. et al. **Adaptação cultural e estudo de validade da escala de resiliência de Connor-Davidson para o Brasil.** Direito reservados – Copyright ©, 2011.

SOUZA, Marilza Terezinha Soares de; CERVENY, Ceneide Maria de Oliveira. Resiliência psicológica: revisão da literatura e análise da produção científica. **Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology**, v.40, n.1, p. 119-126, 2006. Disponível em: <
<http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/RIP04013.pdf>>. Acesso em 01 jun. 2013.

SOUZA, S.S.; SILVA, D.M.G.V. Grupos de convivência: contribuições para uma proposta educativa em Tuberculose. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.60, p. 590-595, 2007.

STREY, Marlene Neves; NOGUEIRA, Conceição; AZAMBUJA, Mariana Ruwer de (Org.). **Gênero e Saúde:** diálogos Ibero-Brasileiros. Porto Alegre: Edipucrs, 2010.

TAVARES, Bárbara Cristina; BARRETO, Francine do Amaral; LODETTI, Marília Lima; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da; LESSMANN, Juliana Cristina. Resilience among people with Diabetes Mellitus. **Texto Contexto Enferm.**, v.20, n.4, p.751-757, 2011.

TORRES, H.C.; SOUZA, E.R.; LIMA, M.H.M.; BODSTEIN, R.C. Educational intervention for self-care of individuals with diabetes

mellitus. **Acta paul. enferm.** n.24, v.4, p. 514-519, 2011.

TRENTINI, Mercedes; BELTRAME, Vilma. A pesquisa convergente-assistencial (PCA) levada ao real campo de ação da enfermagem. **Cogitare Enferm**, v.11, n.2, p. 156-160, 2006.

TRENTINI, Mercedes, Silva, Denise Maria Guerreiro Vieira da. Tradução da escala de resiliência. In: SILVA, D.M.G.V.; LESSMANN, J.C et al. **Mulheres com diabetes mellitus tipo 2: estresse e resiliência**. 2009. Projeto de Pesquisa. Universidade Federal de Santa Catarina, SC, 2009.

TRENTINI, M.; PAIM, Lygia. **Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2ª. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário. **Histórico**. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br>>. Acesso em: 01 jun. 2013.

VAISHNAVI, S.; CONNOR, K.; DAVIDSON, F.R.T. An abbreviated version of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), the CD-RISC2: psychometric properties and applications in psychopharmacological trials. **Psychiatry Research**, v.152, n.2-3, p. 293-297, 2007.

VILLELA, Wilza; SANEMATZU, Marisa. **Mulheres com HIV/Aids: elementos para a construção de direitos e qualidade de vida**. São Paulo: Instituto Patrícia Galvão, 2003. 37p. Disponível em: <<http://www.giv.org.br/Publica%C3%A7%C3%B5es/Dossie-Mulheres-com-HIV-AIDS.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2014.

VINACCIA, Stefano; QUICENO, Japcy Margarita. Calidad de vida relacionada con la salud y factores psicológicos: un estudio desde la enfermedad pulmonar obstructiva crónica – EPOC. **Terapia Psicológica**, v. 29, n.1, p.65-75, 2011.

VINACCIA, Stefano; QUICENO, Japcy Margarita; REMOR, Eduardo. Resilience, illness perception of disease, beliefs and spiritual-religious coping in relation to the health-related quality of life in chronic colombian patients. **Anales de Psicología**, v.28, n.2, p.366-377, 2012.

Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.28.2.148821>>.
Acesso em: 01 jun. 2013.

WEST, Caryn; STEWART, Lee; FOSTER, Kim; USHER, Kim. The meaning of resilience to persons living with chronic pain: an interpretive qualitative inquiry. **Journal of Clinical Nursing**, v.21, p. 1284–1292, 2012.

WHITHEMORE, R.; MELKUS, G.D.E.; GREY, M. Self-repot of depressed mood and depression in women with type 2 diabetes. **Mental Health Nursing**, v.25, p.243-260, 2004.

WICHMANN, Francisca Maria Assmann; COUTO, Analie Nunes; AREOSA, Silvia Virgínia Coutinho; MONTAÑÉS, Maria Concepción Menéndez. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p.821-832, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia**. Geneva: World Health Org, 2006.

YI-FRAZIER, J.P.; HILLIARD, M.; COCHRANE, K.; HOOD, K.K. The impact of positive psychology on diabetes outcomes: a review. **Psychology.**, v.3, n.12a, p.1116-1124, 2012.

YUNES, M.A.M. Psicologia e resiliência: o foco no indivíduo e na família. **Psicol Estud.**, v.8, n. esp, p.75-84, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v8nspe/v8nesa10.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2013.

APÊNDICE A: Instrumentos de pesquisa

Instrumento de pesquisa - Questionário pré-codificado	
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Grupo de pesquisa NUCRON População do estudo: Mulher com Diabetes Mellitus Tipo 2	
Entrevista	Campo p/ digitação
DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS	
1) Tempo de jejum (em minutos)	JEJUM [____]
2) Glicemia _____ mg/dL	GLICEMIA [____]
3) Qual a sua data de nascimento? ____/____/____	NASC ____/____/____
4) Data da entrevista ____/____/____	DATA ____/____/____
5) Qual sua raça? (1)branca; (2)negra; (3)amarela; (4)parda; (5)indígena; (6)outra	RACA [____]
6) Qual sua religião? (88)ING/Ignorado. (0)sem religião, (1)Católica; (2)Evangélica; (3)Espírita; (4)outras;	RELIG [____]
7) A Senhora é: (1)solteira; (2)casada/união estável; (3)viúva; (4)divorciada; (5)outro	MARITAL [____]
8) Quantos filhos VIVOS a Senhora tem? _____	FILHOS [____]
9) Quantas pessoas moram com a Senhora? _____ Obs: Descontar a entrevistada. Ex: 3 pessoas + a entrevistada = 3	COHABIT [____]
10) Até que série a Sra. Estudou? 0) Não estudou (88) IGN	ECOLAR [____]
Ensino fundamental: (11)1ª série; (12)2ª série; (13)3ª série; (14)4ª série; (15)5ª série; (16)6ª série; (17)7ª série; (18)8ª série.	
Ensino Médio: (21)1ª série; (22)2ª série; (23)3ª série.	

<p>Ensino Superior: (30) Ensino superior completo (31) Ensino superior incompleto</p> <p>Pós-Graduação: (40) especialização (50) mestrado (60) doutorado</p>	
<p>11) A Senhora tem um trabalho no qual recebe remuneração/ pagamento? (0) Não possui trabalho remunerado (não é aposentada ou pensionista) (1) Sim (possui trabalho remunerado) (2) Aposentada; (3) Pensionista</p>	<p>OCUPAC [____]</p>
<p>12) Quanto a Senhora recebe R\$ _____ (IGN)</p>	<p>RENDA_MUL [____]</p>
<p>13) Quanto toda a sua família recebe: R\$ _____ (IGN)</p>	<p>RENDA_FAM [____]</p>
<p>14) Tipo de domicílio: (1) madeira; (2) alvenaria; (3) outro</p>	<p>DOMIC [____]</p>
<p>15) Propriedade do domicílio: (1)alugado; (2)próprio; (3)outro.</p>	<p>PROP_DOM [____]</p>

Instrumento de pesquisa	
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Grupo de pesquisa NUCRON População do estudo: Mulher com Diabetes Mellitus Tipo 2	
Entrevista	Campo p/ digitação
QUESTÕES RELACIONADAS AOS HÁBITOS DE VIDA E SAÚDE	
Há quanto tempo a Sra. descobriu que tinha diabetes? _____ (tempo em anos)	TMP_DM [____]
A Sra. pratica atividade física? (0)Não (1)Sim	ATIV_FISI [____]
Se sim, que tipo de atividade? (88)Não se aplica/NA; (1) caminhada; (2) Musculação; (3)ginástica/hidroginástica; (4) outros	TIPO_ATIV [____]
Quantas vezes por semana pratica? (NA); (1)1x; (2)2x; (3)3x; (4)4x; (5)5x; (6) 6x; (7)7x	FREQ_ATIV [____]
Quanto tempo de atividade? _____ minutos/dia; (NA)	TEMP_ATIV [____]
A Sra. segue o plano alimentar/dieta prescrita pelo médico ou nutricionista? (1)Nunca; (2)Quase nunca; (3)As vezes; (4)Quase sempre; (5)Sempre	DIETA [____]
A Senhora toma algum medicamento oral (comprimido) para controlar o diabetes? Qual?	GLIBENCL [____]
Glibenclamida/ Daonil;	(0)Não; (1) Sim
Metformina/ Glucoformin/ Glifage/ Dimefor;	(0)Não; (1) Sim
Outros	(0)Não (1) Sim
A Senhora usa insulina? (0)Não; (1) Sim	INSULINA [____]
Onde a Sra. mede o açúcar no sangue (glicemia) com maior frequência? (0)não mede; (1)em casa; (2)posto de saúde; (3) laboratório; (4)outro local;	LOC_HGT [____]

Qual a frequência com que a Sra. mede o açúcar no sangue? (88)NA; (1) Diário; (2) Semanal; (3) Mensal; (4) Semestral; (5) Anual	FREQ_HGT [____]
Alguma coisa lhe aconteceu no último mês? (0) Não. (1) Ela ficou; está/é doente; (2) Familiar doente; acidente com familiares; (3) Morte de familiar/amigo; (4) Brigas com/entre familiares; (5) Nervoso; preocupação; (6) Solidão; tristeza; afastamento.	ULTMES [____]
Mais alguma coisa lhe aconteceu no último mês? (0) Não; (88)NA; (99)IGN; (1) Questões financeiras; (2) Nascimento/casamento/encontro com familiares-amigos; (3) Passeio/ viagem/ festa/ felicidade; (4) Problemas no trabalho/ trabalho; (5) Violência urbano-assaltada.	SOF [____]
Peso: _____ Kg	PESO [____]
Estatura: _____ m	ESTAT [____]

Observações adicionais:

APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Fase Quantitativa



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos a Senhora para participar do estudo chamado “Mulheres com diabetes mellitus tipo 2: estresse e resiliência” que será coordenado pela Enfermeira Professora Doutora **Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva** e executado pela Enfermeira **Juliana Cristina Lessmann Reckziegel**, com registro no Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina nº133749.

O estudo tem por objetivo mostrar a influencia entre a resiliência, o estresse e a glicemia (açúcar no sangue) em mulheres com diabetes mellitus tipo 2.

A coleta de dados será realizada em entrevista contendo perguntas sobre suas características como: estado civil, número de filhos, número de pessoas que moram com você, anos de estudo e atividade profissional. Serão perguntados os seus hábitos de vida como a prática de exercício físico, alimentação e uso de medicamentos. Também serão medidas: a sua pressão do sangue (pressão arterial), o seu peso, a altura, o tamanho da barriga e da cintura (circunferência do abdômen e da cintura).

Será medida a glicose (açúcar) no sangue por meio de teste realizado com o uso de aparelho que necessita de uma gota de sangue, coletada por uma enfermeira que fará uma “picadinha” com agulha descartável na ponta do seu dedo da mão. Será garantido o uso de material só para você (material descartável). O procedimento causa um pequeno desconforto (dor), podendo ocorrer pequeno sangramento, calor, e/ou vermelhidão no local, além de poder ser necessário repeti-lo caso a leitura do aparelho não ocorra corretamente.

Também serão realizadas perguntas que fazem parte de duas escalas: uma para medir se a Senhora apresenta estresse (se está nervosa) e outra para avaliar como a senhora reage quando enfrenta situações difíceis em sua vida (resiliência).

Garantimos que seu nome e qualquer outro dado que possa identificá-la serão mantidos em segredo e que a Senhora terá liberdade para desistir do estudo a qualquer momento, mesmo que já tenha assinado o termo de consentimento, não causando qualquer custo ou prejuízo à Senhora. Informamos que serão realizados estudos a partir das informações obtidas, sendo que os resultados serão posteriormente publicados em artigos científicos, respeitando o anonimato e demais aspectos éticos.

Após ler o termo ou pedir que seu familiar leia, e caso aceite participar da pesquisa, pedimos que o assine ou carimbe seu dedo ao final da folha. Quando o familiar ler o termo, pedimos que também assine.

Caso precise de maiores informações ou tenha alguma dúvida a Senhora pode entrar em contato a qualquer momento com:

- Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde. Bairro Trindade, Florianópolis/SC, Cep: 88.040-900. Telefone: (48) 3721- 9480. E-mail: denise@nfr.ufsc.br

- Juliana Cristina Lessmann Reckziegel

Telefone: (48)91673838. E-mail: julianalessmann@gmail.com

Eu, _____,
 declaro que participo e que fui informada sobre os objetivos e formas de realização do estudo, sabendo que posso desistir de participar em qualquer momento e que terei o direito de não ter meu nome divulgado, ou qualquer outra informação que me identifique (direito ao anonimato e sigilo dos dados pessoais fornecidos).

Ass. da participante ou responsável

Ass. Pesquisadora

Florianópolis, ____/____/____

APÊNDICE C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Fase Qualitativa



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos a Senhora para participar do estudo intitulado “**Ser mulher com diabetes mellitus tipo 2: convivendo com o estresse e desenvolvendo resiliência para o cuidado**” que será coordenado pela Enfermeira Professora Doutora Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva, professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e executado pela Enfermeira **Juliana Cristina Lessmann Reckziegel**, com registro no Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina n°133749.

O estudo tem por objetivo avaliar como um grupo de convivência desenvolvido com mulheres com DM atendidas em uma instituição de saúde de Florianópolis/SC contribui no controle do estresse, na melhora da resiliência, e no desenvolvimento de habilidades para o cuidado de si.

Queremos que a Senhora participe de um grupo de convivência que será desenvolvido para a participação de mulheres com diabetes. O grupo se encontrará semanalmente ou cada quinze dias por 10 encontros. Nesses encontros todas poderão falar sobre suas dúvidas e formas de viver com o diabetes, além de outros problemas e tentar chegar a soluções. Também serão realizadas atividades para que as mulheres com diabetes aprendam mais sobre esta doença e como lidar com ela.

Também serão realizadas duas entrevistas só com a Senhora (entrevistas individuais) com perguntas sobre suas características como: estado civil, número de filhos, número de pessoas que moram com você, anos de estudo e atividade profissional. Serão questionados seus hábitos de vida relacionados à prática de exercício físico, alimentação e uso de medicamentos, além da medição do seu peso, altura, circunferência abdominal. Conversaremos sobre como a Senhora leva a sua vida e

como cuida do diabetes, além de perguntas que fazem parte de duas escalas. A primeira para avaliar se a Senhora está nervosa (estresse) e, caso esteja, em que nível ele se encontra. A segunda escala serve para avaliar como a Senhora reage quando enfrenta situações difíceis em sua vida (resiliência).

Será medida a glicose (açúcar) no sangue por meio de teste realizado com o uso de aparelho que necessita de uma gota de sangue, coletada por uma enfermeira que fará uma “picadinha” com agulha descartável na ponta do seu dedo da mão. Será garantido o uso de material só para você (material estéril descartável). O procedimento causa um pequeno desconforto, podendo ocorrer pequeno sangramento, calor, e/ou vermelhidão no local, além de poder ser necessário repeti-lo caso a leitura do aparelho não ocorra corretamente.

Em todos os encontros do grupo e nas entrevistas individuais conversaremos sobre seus sentimentos e formas de conviver em seu dia a dia, **sendo que as vozes serão gravadas.**

Garantimos que seu nome e qualquer outro dado que possa identificá-la serão mantidos em segredo e que a Senhora terá liberdade para desistir do estudo a qualquer momento, mesmo que já tenha assinado o termo de consentimento, não causando qualquer custo ou prejuízo à Senhora. Garantimos também que a gravação será ouvida apenas pelos participantes da pesquisa, sendo arquivada após a transcrição (escrita das falas) e que somente os pesquisadores terão acesso ao material. Informamos que serão realizados estudos a partir das informações obtidas, sendo que os resultados serão posteriormente publicados em artigos científicos, respeitando o anonimato e demais aspectos éticos.

Após ler esse termo ou pedir que seu familiar leia, e caso aceite participar da pesquisa, pedimos que o assine ou carimbe seu dedo ao final da folha. Quando o familiar ler o termo, pedimos que também assine esse papel.

Caso precise de maiores informações ou tenha alguma dúvida a Senhora pode entrar em contato a qualquer momento com:

- **Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva:**

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde. Bairro Trindade, Florianópolis/SC, Cep: 88.040-900. Telefone: (48) 3721- 9480. E-mail: denise@nfr.ufsc.br

- **Juliana Cristina Lessmann Reckziegel**

Telefone: (48)91673838. E-mail: julianalessmann@gmail.com

Eu, _____,
declaro que participo e que fui informada sobre os objetivos e formas de
realização do estudo, sabendo que posso desistir de participar em
qualquer momento e que terei o direito de não ter meu nome divulgado,
ou qualquer outra informação que me identifique (direito ao anonimato e
sigilo dos dados pessoais fornecidos).

Ass. da Participante ou Responsável

Ass. da Pesquisadora

Florianópolis, ____/____/____

ANEXO A: Escala de Resiliência

Escala de Resiliência de Connor-Davidson para o Brasil – RISC-Br

(1) Participante Nº _____ (2) Data _____ (3) Nome _____ (4) Pesquisador: _____

Quanto as afirmações abaixo são verdadeiras para você, pensando no mês passado ?
Se algumas dessas situações não ocorreram no mês passado, responda como você acha que teria se sentido se elas tivessem ocorrido.

	Nem um pouco verdadeiro	Raramente verdadeiro	As vezes verdadeiro	Frequentemente verdadeiro	Quase sempre verdadeiro
1	0	1	2	3	4
2	0	1	2	3	4
3	0	1	2	3	4
4	0	1	2	3	4
5	0	1	2	3	4
6	0	1	2	3	4
7	0	1	2	3	4
8	0	1	2	3	4

2

9	Eu acredito que a maioria das coisas boas ou ruins acontecem por alguma razão.	0	1	2	3	4
10	Eu me esforço ao máximo, não importa qual seja o resultado.	0	1	2	3	4
11	Eu acredito que posso atingir meus objetivos mesmo quando há obstáculos.	0	1	2	3	4

Solano J.F., Bracher E., Pietrobon R., Carmoia M.J. Adaptação cultural e estudo de validade da escala de resiliência de Connor-Davidson para o Brasil. Nenhuma parte deste documento pode ser reproduzida ou transmitida por qualquer meio, eletrônico ou mecânico, incluindo fotocópias simples e digitalização, sem permissão escrita de Dr. Davidson • david11@mc.duke.edu. Direitos reservados. Copyright © 2001, 2003, 2007, 2009, 2011 by Kathryn M. Connor, M.D., and Jonathan R.T. Davidson, M.D.

Escala de Resiliência de Connor-Davidson para o Brasil – RISC-Br

		Nem um pouco verdadeiro	Raramente verdadeiro	Às vezes verdadeiro	Frequentemente verdadeiro	Quase sempre verdadeiro
12	Mesmo quando tudo parece sem esperanças, eu não desisto.	0	1	2	3	4
13	Nos momentos difíceis ou de crise, eu sei onde procurar ajuda.	0	1	2	3	4
14	Fico concentrado e penso com clareza quando estou sob pressão.	0	1	2	3	4
15	Eu prefiro assumir a liderança para resolver problemas, em vez de deixar os outros tomarem as decisões.	0	1	2	3	4
16	Eu não desanimo facilmente com os fracassos	0	1	2	3	4
17	Eu me considero uma pessoa forte quando tenho que lidar com desafios e dificuldades da vida.	0	1	2	3	4
18	Se for necessário, eu consigo tomar decisões difíceis e desagradáveis que afetem outras pessoas.	0	1	2	3	4

3

19	Eu consigo lidar com sentimentos desagradáveis ou dolorosos como tristeza, medo e raiva.	0	1	2	3	4
20	Ao lidar com os problemas da vida, eu às vezes sigo minha intuição, sem saber por quê.	0	1	2	3	4
21	Eu sei onde quero chegar na vida.	0	1	2	3	4
22	Eu sinto que tenho controle sobre minha vida.	0	1	2	3	4
23	Eu gosto de desafios.	0	1	2	3	4
24	Eu me esforço para atingir meus objetivos, não importa que obstáculos eu encontre pelo caminho.	0	1	2	3	4
25	Eu tenho orgulho das minhas conquistas.	0	1	2	3	4

Sokano J.P., Bruckner E., Pimenta R., Carmona M.J. Adaptação cultural e estado de validade da escala de resiliência de Connor- Davidson para o Brasil. Nenhuma parte deste documento pode ser reproduzida ou transmitida por qualquer meio, eletrônico ou mecânico, incluindo fotocópia, gravação e digitalização, sem permissão escrita de Dr. Davidson - dxs401@umc.edu. Direitos reservados.
Copyright © 2001, 2003, 2007, 2009, 2011 by Kathryn M. Connor, M.D., and Jonathan R.T. Davidson, M.D.

ANEXO B: Escala de Estresse Percebido

(COHEN, KAMARCK, MERMELSTEIN, 1983; LUFT et al, 2007)

Esta escala questiona sentimentos e percepções ocorridos durante o último mês, sendo que a pessoa relata a frequência, variando em:

- 0 = Nunca
 1= Quase nunca
 2= Às vezes
 3= Quase sempre
 4= Sempre

Código da participante _____

Nesse último mês, com que frequência...						
1	Você tem ficado triste por algo que aconteceu inesperadamente?	0	1	2	3	4
2	Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes de sua vida?	0	1	2	3	4
3	Você tem se sentido nervoso e estressado?	0	1	2	3	4
4	Você tem tratado com sucesso os problemas difíceis de sua vida?	0	1	2	3	4
5	Você tem sentido que está lidando bem com as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?	0	1	2	3	4
6	Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver os problemas pessoais?	0	1	2	3	4
7	Você tem sentido que as coisas vêm ocorrendo de acordo com a sua vontade?	0	1	2	3	4
8	Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem a fazer?	0	1	2	3	4
9	Você tem conseguido controlar as irritações de sua vida?	0	1	2	3	4
10	Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?	0	1	2	3	4
11	Você tem ficado irritado que as coisas que acontecem estão fora do seu controle?	0	1	2	3	4

12	Você tem se encontrado pensando nas coisas que deve fazer?	0	1	2	3	4
13	Você tem conseguido controlar a maneira como gasta o seu tempo?	0	1	2	3	4
14	Você tem sentido que as dificuldades se acumulam de forma que você acredita que não pode superá-las?	0	1	2	3	4
	TOTAL					

Fonte: LUFT et al, 2007, p. 615

ANEXO C: Certificado Comitê de Ética - Fase Quantitativa



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
 Pós-Graduação em Psicologia Clínica
 Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 193

O Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0534/CEP/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

APROVADO

PROCESSO: 151/09

FR: 259792

TÍTULO: Mulheres com diabetes tipo2; estresse e resiliência.

AUTOR: Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva.

DPTO.: CCS/HFSC

FLORIANÓPOLIS, 27 de julho de 2009.


 Coordenador do CCS/HFSC - Prof.ª Wendingem Pereira da Silva

ANEXO D: Certificado Comitê de Ética – Fase Qualitativa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
 Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos



CERTIFICADO Nº 2056

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584-GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo no Regulamento Interno do CEPSH, CERTIFICA que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

APROVADO

PROCESSO: 2056

FR: 432556

TÍTULO: Ser mulher portadora de diabetes mellitus tipo 2: convivendo com o estresse e desenvolvendo resiliência para o cuidado

AUTOR: DENISE MAHIA GUEBERO VIEIRA DA SILVA, Deise Maria Gueberio Vieira da Silva, Juliana Cristina Lessmann

FLORIANÓPOLIS, 03 de Outubro de 2011.

 Coordenador do CEPSH/UFSC

Ainda que eu falasse as línguas dos homens e dos anjos, e não tivesse amor, seria como o metal que soa ou como o sino que tine.

E ainda que tivesse o dom de profecia, e conhecesse todos os mistérios e toda a ciência, e ainda que tivesse toda a fé, de maneira tal que transportasse os montes, e não tivesse amor, nada seria.

E ainda que distribuísse toda a minha fortuna para sustento dos pobres, e ainda que entregasse o meu corpo para ser queimado, e não tivesse amor, nada disso me aproveitaria.

O amor é sofredor, é benigno; o amor não é invejoso; o amor não trata com leviandade, não se ensoberbece.

Não se porta com indecência, não busca os seus interesses, não se irrita, não suspeita mal; Não folga com a injustiça, mas folga com a verdade; Tudo sofre, tudo crê, tudo espera, tudo suporta.

O amor nunca falha; mas havendo profecias, serão aniquiladas; havendo línguas, cessarão; havendo ciência, desaparecerá;

Porque, em parte, conhecemos, e em parte profetizamos;

Mas, quando vier o que é perfeito, então o que o é em parte será aniquilado.

Quando eu era menino, falava como menino, sentia como menino, discorria como menino, mas, logo que cheguei a ser homem, acabei com as coisas de menino.

Porque agora vemos por espelho em enigma, mas então veremos face a face; agora conheço em parte, mas então conhecerei como também sou conhecido.

Agora, pois, permanecem a fé, a esperança e o amor, estes três, mas o maior destes é o amor.

(1ª Coríntios 13:1-13)