

Julia Estela Willrich Boell

FATORES ASSOCIADOS À RESILIÊNCIA DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS

Tese de Doutorado em Enfermagem apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Enfermagem e Saúde – como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Cuidado em Saúde e Enfermagem nas Situações Agudas e Crônicas de Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Elena Echevarría Guanilo

**Florianópolis
2017**

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

Boell, Julia Estela Willrich

Fatores associados à resiliência de pessoas com diabetes mellitus / Julia Estela Willrich Boell ; orientador, Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva, coorientador, Maria Elena Echevarria Guanilo, 2017. 235 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2017.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. diabetes mellitus. 3. resiliência. I. Silva, Denise Maria Guerreiro Vieira da. II. Guanilo, Maria Elena Echevarria. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. IV. Título.

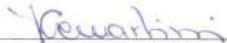
JULIA ESTELA WILLRICH BOELL

**FATORES ASSOCIADOS À RESILIÊNCIA DE PESSOAS COM
DIABETES MELLITUS**

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

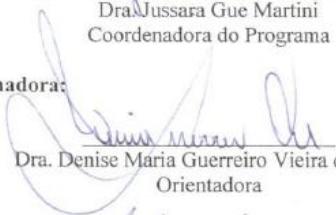
DOCTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada em sua versão final em 18 de dezembro de 2017, atendendo às
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.

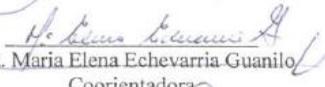


Dra. Jussara Gue Martini
Coordenadora do Programa

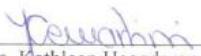
Banca Examinadora:



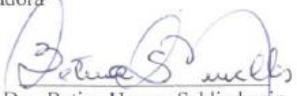
Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva
Orientadora



Dra. Maria Elena Echevarria Guanilo
Coorientadora



Dra. Kathleen Hegadoren
(videoconferência)
Membro



Dra. Betina Horner Schindwein
Meirelles
Membro



Dra. Cecilia Arruda
Membro



Dra. Juliana Cristina Lessmann
Reckziegel
Membro

Dedico este trabalho a todas as pessoas com diabetes mellitus que buscam conviver harmoniosamente com sua condição crônica de saúde e aos profissionais de saúde que se dedicam no cuidado dessas pessoas.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de começar agradecendo as pessoas com diabetes mellitus atendidas na Atenção Primária à Saúde de Florianópolis que aceitaram participar deste estudo, sem vocês ele não teria acontecido, muito obrigada! E aos profissionais de saúde que atuam na Rede de Atenção Básica do município de Florianópolis por me receberem com carinho e atenção e viabilizarem a realização da coleta de dados.

Agradeço aos meus pais, José Henrique Peron Boell e Marion Willrich Boell, pelo dom da vida, vocês proporcionaram uma excelente educação, sou eternamente agradecida, pois sempre concordaram e apoiaram minhas escolhas, sem o apoio de vocês eu não chegaria aqui e não seria a pessoa que me tornei, amo vocês!

À minha querida e amada irmã Heloiza Richter, você é única, inspira-me e impulsiona-me a ser uma pessoa melhor a cada dia, nossa relação é extrema, forte, é sangue que corre nas veias, é amor de irmã de sempre para sempre! Ao meu cunhado André Richter, minha sobrinha e afilhada Isabela Richter e a pequena Laura Richter, a vida passou a ter mais sentido e graça com a presença de vocês!

Aos meu padrinhos, Aldo Vieira e Arleide Peron Boell Vieira, pelas mensagens de carinho e incentivo enquanto estive no Canadá, por todo suporte e atenção ao longo desses anos, vocês têm o dom de unir em festa todos que fazem parte da nossa família.

À minha tia Cleide e meu tio Sebastião pelo carinho e acolhimento desde que me mudei para Florianópolis, durante esses anos o suporte de vocês aqueceu meu coração, as conversas e reflexões definitivamente contribuíram para me impulsionar e tomar muitas decisões sábias.

Faltam-me palavras para agradecer a adorada orientadora Profa. Denise Maria Guerreiro Viera da Silva, é mais que uma honra poder ter tido você como orientadora durante esse processo que se iniciou na graduação de enfermagem. Tenho uma admiração gigantesca pelo seu dom de ensinar, sua delicadeza e suavidade em repassar seus conhecimentos. Você é e sempre será minha eterna inspiração no campo do ensino da enfermagem. Suas orientações foram essenciais para meu crescimento como pesquisadora. Seu suporte e carinho enquanto estive realizando o estágio de doutoramento no Canadá foram fundamentais, fortaleceram-me e impulsionaram-me a concluir esta jornada a distância, você é uma pessoa muito especial!

À Professora Maria Elena Echevarria Guanilo que aceitou o desafio de coorientar este estudo, por partilhar seus saberes na

construção e desenvolvimento do método do estudo. Obrigada pela atenção!

À Professora Dra. Kathy Hegadoren, que me recebeu no Canadá durante o doutorado sanduíche, por toda sua atenção dispensada para a construção e finalização deste estudo, suas contribuições foram de extrema riqueza para a conclusão deste trabalho.

Às queridas colegas de grupo que participaram da coleta de dados desta pesquisa e se dedicaram profundamente, além de serem pessoas muito especiais e com um coração enorme: Priscila Romanoski, Francieli Lohn, Carine Ferreira. À doce Priscila agradeço imensamente por sua amizade, carinho e por sempre estar presente e disposta a ajudar.

Às futuras enfermeiras pelo comprometimento e dedicação na coleta de dados: Fernanda Schafhauser, Daniella Figueiredo, Maite Mota e Manuella Orsi.

A Juliana Lessmann Reckziegel, pessoa especial que contribuiu com meu aprendizado na pesquisa quantitativa e na temática da resiliência, tenho grande admiração por você.

As minhas queridas amigas e companheiras de grupo: Soraia, Cecília e Michelline, Veridiana, vocês são únicas e especiais, tenho enorme admiração por cada uma de vocês, cada qual com sua personalidade que eu amo tanto!

A Patricio Rene, que esteve ao meu lado em grande parte desta caminhada, pelas conversas, risadas, viagens, por poder desfrutar momentos puros junto à natureza, surfando, apreciando o que há de melhor na vida e também por me incentivar a correr atrás dos meus sonhos, você contribuiu muito para meu crescimento pessoal, sinto-me uma pessoa melhor.

Às amigas que sempre me alegram, por desfrutar de momentos maravilhosos, divertidos e únicos, pelos conselhos, pelo suporte, pelo apoio e principalmente pelo incentivo, cada um de vocês foi e sempre será muito especial para mim: Maiara Werner, Ana Paula Moratelli, Najla Fawakhiri, Vivian Fermo, Livia Slomochenski, Priscila Romanoski, Jaime Morera, Lisiane Back, Melissa Nunes, Thomaz Moreno, Joana Carniel.

Aos colegas do doutorado, juntos compartilhamos esses quatro anos, os momentos em sala de aula foram de muita dedicação e comprometimento! As reuniões nos tornaram mais próximos, foram muitas gargalhadas e ótimos momentos! O suporte de vocês foi único e essencial durante o percurso e muito motivador na fase final: Jaime Morera, Sabrina Guterres Livia Draco, Monique Amin, Samara Suplici, Ana Marques, Kelly Maciel.

Às pessoas que tive o prazer de conhecer ao realizar o doutorado no Canadá e simplesmente completaram minha vida durante essa jornada, com muitas alegrias, sinceridade, companheirismo, compartilhamento cultural, para as quais pude expressar minhas aflições, angústias e medos de completar esta jornada longe de casa, ficam as saudades e as recordações dos passeios e excelentes momentos desfrutados: Leonard Meister (Alemanha), Laura Goergen (Brasil), Elisa Pelai (Brasil), Elif Ardic (Turquia), Sepideh Sourì (Irã), Cinegenha (Croácia), Bijaya (Nepal), Subien (Coreia do Sul), Anna Patrícia Florentino (Brasil), Lee Hegadoren (Canadá), Holly e Jerome Slavik (Canadá), Dalia Cristerna (México), Carmen Pallet (Canadá).

Ao Leonard Meister, você foi único em todas as horas, me deu suporte para finalizar minha tese, me desafiou e impulsionou nos momentos difíceis, deu bons conselhos e acreditou que eu poderia mais. Agradeço por me apresentar o Canadá que jamais eu conheceria se não fosse ao teu lado!

À Universidade Federal de Santa Catarina e ao Programa de Pós-Graduação – PEN pela oportunidade de ser aluna e poder desempenhar minhas atividades com todo o suporte necessário, nessa jornada que se iniciou na graduação em Enfermagem.

A Monique Vicente Rocha, secretária acadêmica do PEN, por todo comprometimento e principalmente por estar sempre prontamente disponível para atender as minhas solicitações.

Ao enfermeiro Lucas Pendebos que me auxiliou com informações e forneceu dados para que eu pudesse estabelecer a população e amostra do estudo.

A todos os integrantes do NUCRON pelos momentos de aprendizado e compartilhamento de saberes, pelas tardes de estudo que me motivaram a buscar o conhecimento científico.

Às Professoras que aceitaram o convite para comporem a banca examinadora desta tese, Dra. Kath Hegadoren, Dra. Betina Horner Schindwein Meirelles, Dra. Juliana Cristina Lessman Reckzieguel, Dra. Cecília Arruda, e também aos membros suplentes Dra. Juliana Graciela Vestena Zillmer e Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) por conceder a bolsa de estudos no Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior durante o curso de Doutorado. E ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) por conceder a bolsa de estudo durante dois anos.

Agradeço de coração a todos que estiveram presentes nesta caminhada, que não mencionei, mas também compartilharam minhas

conquistas. Hoje, encerro mais um ciclo com um sorriso de gratidão e vitória e um sentimento único de muita alegria e felicidade!

Muito Obrigada!

*Só há um tempo em que é
fundamental despertar, esse tempo
é agora.*

(Buddha)

BOELL, Julia Estela Willrich. **Fatores associados à resiliência de pessoas com diabetes mellitus.** Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil, 2017.235 p.

RESUMO

A resiliência é um construto com potencial para ajudar as pessoas com diabetes mellitus a enfrentarem melhor sua condição crônica. O estudo teve como objetivo avaliar a resiliência e fatores que podem influenciar esse construto em pessoas com diabetes mellitus atendidas na Atenção Primária à Saúde em Florianópolis/SC. Estudo observacional transversal correlacional realizado com pessoas com diabetes mellitus a partir de cálculo amostral que estabeleceu a participação de 362 pessoas. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas com pessoas cadastradas em dez Centros de Saúde. Aplicou-se questionário sociodemográfico, de condições de saúde e escalas para avaliar: resiliência, estresse, ansiedade, depressão, apoio social, esperança, problemas relacionados ao diabetes e autocuidado. Os dados foram analisados através do programa SPSS[®] versão 20.0. Dados contínuos foram expressos por médias e desvio padrão e dados categóricos através de porcentagem. Para calcular as diferenças estatísticas contínuas utilizou-se análise de variância – ANOVA e para as variáveis categóricas, os testes de qui-quadrado ou teste T de student. Associações univariadas entre resiliência e as variáveis independentes foram realizadas usando ANOVA e correlações de Pearson ou de Spearman. Foi realizada análise de regressão linear multivariada com variáveis que assumiram valores de $p < 0,20$. Os participantes tinham média de idade de 62 anos (DP=11,5), união estável (56%), crença religiosa (94,2%), aposentados (62%), ensino fundamental (56%) e renda de um até três salários mínimos (76%). O tempo médio de diagnóstico foi de 12 anos (DP: 10,6). O gênero ($p=0,015$), o hábito de rezar ($p=0,002$) e os anos de estudos ($p=0,015$) foram estatisticamente significativos com a resiliência. As correlações das variáveis com a resiliência atingiram valores estatisticamente significativos ($p<0,01$), sendo evidenciadas correlações moderadas e diretamente proporcionais entre resiliência e esperança ($r=0,493$), apoio social ($r=0,395$) e correlações moderadas e inversamente proporcionais entre resiliência e ansiedade ($r=-0,476$) e impacto do diabetes na qualidade de vida ($r=-0,332$). Correlações fortes e inversamente proporcionais foram identificadas entre a resiliência e estresse ($r=-0,559$) e depressão ($r=-0,603$). Escores maiores de

resiliência apresentaram associação significativa com hábitos desejáveis de autocuidado nos seguintes quesitos: seguir dieta saudável; orientação alimentar; menor ingestão de doces; e uso adequado de insulina. Os fatores sociodemográficos preditores da resiliência foram: o hábito de rezar, ser viúvo, e ter baixa escolaridade. Entre os fatores psicossociais foram identificados como preditores da resiliência: baixa esperança, apoio social, estresse elevado e diagnóstico possível e provável de depressão. Os achados apontam que pessoas com diabetes mellitus apresentaram resiliência elevada, entretanto sintomas do humor (estresse, ansiedade e depressão) afetaram a resiliência. A resiliência pode ser determinante dos comportamentos de autocuidado e influenciar o cotidiano de quem convive com uma doença crônica. A associação entre resiliência e processo de doença deve ser considerada por enfermeiros e profissionais de saúde, no sentido de prestar maior atenção em ações que fortaleçam esse construto e avaliem aspectos do humor no cuidado refletindo positivamente no autocuidado da pessoa com diabetes.

Palavras chave: Resiliência. Diabetes Mellitus. Enfermagem. Atenção Primária à Saúde.

BOELL, Julia Estela Willrich. **Factors associated with resilience in people with diabetes mellitus.** PhD in Nursing Doctorate Dissertation. Graduate Nursing Program, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, Brazil, 2017. 235 p.

ABSTRACT

Resilience is a construct associated with improved health outcomes, and thus has the potential to help people with diabetes mellitus better manage their chronic condition on a day to day basis. The objective was to evaluate resilience and factors that can influence this construct in people with diabetes mellitus attended in the Primary Health Care in Florianópolis / SC. An observational cross-correlation study involving individuals with diabetes mellitus was completed with 362 participants. Data were collected through interviews with people enrolled in ten health centers. Sociodemographic and health conditions questionnaires and standardized scales were used to evaluate: resilience, stress, anxiety, depression, social support, hope, diabetes-related problems and self-care. The data were analyzed using SPSS® software version 20.0. Continuous data were expressed by means and standard deviation and categorical data by percentages. In order to identify statistical differences among continuous variables, we used variance analysis (ANOVA) and for the categorical variables, the chi-square test or the student T test. Univariate associations between resilience and independent variables were performed using ANOVA and Pearson or Spearman correlations. Multivariate linear regression analyses was performed with variables calculated to have p values of <0.20 . Participants had a mean age of 62 years (SD = 11.5), were living within a stable relationship (56%), had a religious affiliation (94.2%), were retired (62%), had primary education (56%) and an income from one to three times the minimum wage (76%). The mean time of diagnosis was 12 years (SD: 10.6). Gender (male/female) ($p = 0.015$), a habit of praying ($p = 0.002$) and years of education ($p = 0.015$) were significantly related to resilience scores. Correlations amongst the variables with resilience scores reached statistically significant values ($p < 0.01$), with moderate and directly proportional correlations between resilience and hope ($r = 0.493$) and social support ($r: 0.355$) and moderate and inversely proportional correlations between resilience and anxiety ($r = -0.476$) and diabetes quality of life ($r = -0.332$). Strong and inversely proportional correlations were identified between resilience and stress ($r = -0.559$) and depression ($r = -0.603$). Higher resilience

scores had a significant association with desirable self-care habits in the following subjects: following a healthy diet; food counseling; lower intake of sweets and proper use of insulin. The socio-demographic predictors of resilience were: the habit of praying, being a widower, and having low schooling. The psychosocial factors identified as predictors of resilience included low hope, social support, high stress and possible and probable diagnosis of depression. The findings indicate that the participants had relatively high resilience scores; however, mood symptoms (stress, anxiety and depression) lowered their resilience. Resilience can be a determinant of self-care behaviors and influence the daily life of those living with a chronic illness. The association between resilience and disease process should be considered by nurses and health professionals, in order to pay greater attention to actions that support and strengthen this construct, such as ongoing evaluation of mood and current stressors and how they are impacting daily disease management. Successful self-care in those with diabetes includes multiple modifiable elements that can be the focus of nursing intervention with this population.

Keywords: Resilience. Diabetes Mellitus. Nursing. Primary Health Care.

BOELL, Julia Estela Willrich. **Factores asociados a resiliencia de personas con diabetes mellitus.** Tesis (Doctorado em Enfermería) Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil, 2017. 235p.

RESUMEN

La resiliencia es un constructo con potencial para ayudar a las personas con diabetes mellitus a enfrentar mejor su condición crónica. El estudio tuvo como objetivo evaluar la resiliencia y factores que pueden influenciar ese constructo en personas con diabetes mellitus atendidas en la Atención Primaria del Salud en Florianópolis / SC. Estudio observacional transversal correlacional realizado con personas con diabetes mellitus a partir de cálculo muestral que estableció la participación de 362 personas. La recolección de datos ocurrió por medio de entrevistas con personas registradas en diez Centros de Salud. Se aplicó cuestionario sociodemográfico, de condiciones de salud y escalas para evaluar: resiliencia, estrés, ansiedad, depresión, apoyo social, esperanza, problemas relacionados a la diabetes y autocuidado. Los datos fueron analizados a través del programa SPSS®. Los datos continuos se expresaron por medias y desviaciones estándar y datos categóricos a través de porcentaje. Para calcular las diferencias estadísticas continuas se utilizó análisis de varianza - ANOVA y para las variables categóricas, las pruebas de chi-cuadrado y test T de student. Las asociaciones univariadas entre resiliencia y las variables independientes se realizaron usando ANOVA y correlaciones de Pearson o de Spearman. Se realizó análisis de regresión lineal multivariada con variables que asumieron valores de $p < 0,20$. Los participantes tenían media de edad de 62 años (DP = 11,5), unión estable (56%), creencias religiosas (94,2%), jubilados (62%), enseñanza fundamental (56%) y renta de uno hasta tres salarios mínimos (76%). El tiempo medido diagnóstico fue de 12 años (DP: 10,6). El género ($p = 0,015$), el hábito de rezar ($p = 0,002$) y los años de estudios ($p = 0,015$) fueron estadísticamente significativos con la resiliencia. Las correlaciones de las variables con la resiliencia alcanzaron valores estadísticamente significativos ($p < 0,01$), siendo evidenciadas correlaciones moderadas y directamente proporcionales entre resiliencia y esperanza ($r = 0,493$) y apoyo social ($r = 0,395$) y correlaciones moderadas e inversamente proporcional entre resiliencia y ansiedad ($r = -0,476$) y calidad de vida frente a la diabetes ($r = -0,332$). Las correlaciones fuertes e inversamente proporcionales se identificaron

entre la resistencia y el estrés ($r = -0,559$) y la depresión ($r = -0,603$). Los escores mayores de resiliencia presentaron asociación significativa con hábitos deseables de autocuidado en los siguientes ítems: seguir dieta sana; orientación alimentaria; menor ingestión de dulces y uso adecuado de insulina. Los factores sociodemográficos predictores de la resiliencia fueron: el hábito de rezar, ser viudo, y tener baja escolaridad. Entre los factores psicosociales fueron identificados como predictores de la resiliencia: baja esperanza, apoyo social, estrés elevado y diagnóstico posible y probable depresión. Los resultados apuntan que las personas con diabetes mellitus presentaron resiliencia elevada, sin embargo, síntomas del humor (estrés, ansiedad y depresión) afectaron la resiliencia. La resiliencia puede ser determinante de los comportamientos de autocuidado e influenciar el cotidiano de quien convive con una enfermedad crónica. La asociación entre resiliencia y proceso de enfermedad debe ser considerada por enfermeros y profesionales de salud, en el sentido de prestar mayor atención en acciones que fortalezcan ese constructo y evalúen aspectos del humor en el cuidado reflejando positivamente en el autocuidado de la persona con diabetes.

Palabras clave: Resiliencia. Diabetes Mellitus. Enfermería. Atención Primaria a la Salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Correlações entre asvariáveis e a resiliência **119**

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|-----------|
| Quadro 1 – Distribuição por Distrito Sanitário de atendimentos com pessoas com DM realizados na Atenção Primária à Saúde de Florianópolis. Florianópolis, 2017 | 63 |
| Quadro 2 – Distribuição da amostra do estudo conforme Centro de Saúde. Florianópolis, 2017 | 65 |
| Quadro 3 – Apresentação do alfa de Cronbach das escalas utilizadas no estudo | 74 |
| Quadro 4 – Descrição das análises estatísticas desenvolvidas no estudo | 75 |
| Quadro 5 – Manuscritos da tese | 87 |

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Características sociodemográficas da amostra do estudo. Florianópolis, 2015 a 2016. **79**
- Tabela 2** – Condições de saúde da amostra do estudo. Florianópolis, 2015 a 2016. **82**
- Tabela 3** – Distribuição das médias de Resiliência, Esperança, Apoio Social, Impacto do DM na qualidade de vida, Estresse, Ansiedade e Depressão. Florianópolis, 2017. **84**
- Tabela 4** – Correlações entre Resiliência e as variáveis: Esperança, Apoio Social, Impacto do DM na qualidade de vida, Estresse, Ansiedade, Depressão. Florianópolis 2015 a 2016. **85**
- Tabela 5** – Atividades de autocuidado da amostra do estudo conforme QAD. Florianópolis 2015 a 2016. **85**

Manuscrito 1

- Tabela 1** – Distribuição e diferenças da média de resiliência segundo características sociodemográficas (n=362). Florianópolis – SC, Brasil, 2015 a 2016. **97**
- Tabela 2** – Distribuição das pontuações referentes às escalas: Resiliência, Esperança, Apoio Social e Impacto do DM na qualidade de vida e suas correlações com a resiliência. Florianópolis – SC, 2015 a 2016. **99**

Manuscrito 2

- Tabela 1** – Caracterização Sociodemográfica da amostra do estudo. Florianópolis – SC, Brasil, 2015 a 2016. **116**
- Tabela 2** – Distribuição das pontuações das variáveis mensuradas no estudo. **117**
- Tabela 3** – Distribuição da média de resiliência conforme estresse, ansiedade e depressão. **118**

Manuscrito 3

Tabela 1 – Distribuição das pontuações das variáveis mensuradas no estudo. Florianópolis, SC, Brasil (2015-2016). **136**

Tabela 2 – Categorização e percentil das variáveis de estresse, ansiedade, depressão e esperança. Florianópolis, SC, Brasil (2015-2016). **137**

Tabela 3 – Preditores da resiliência em pessoas com diabetes mellitus. Florianópolis, SC, Brasil (2015-2016). **138**

Manuscrito 4

Tabela 1 – Distribuição e diferenças da média de resiliência segundo o autocuidado referido de pessoas com diabetes mellitus. Florianópolis – SC, Brasil, 2015 a 2016. **155**

Tabela 2 – Hábitos tabágicos dos participantes do estudo conforme QAD. Florianópolis – SC, Brasil, 2015 a 2016. **159**

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 29 |
| 2 OBJETIVO | 39 |
| 3 REVISÃO DE LITERATURA | 41 |
| 3.1 RESILIÊNCIA | 42 |
| 3.1.1 Adversidades e fatores de risco | 43 |
| 3.1.2 Fatores de proteção..... | 44 |
| 3.1.3 Resiliência e diabetes mellitus | 45 |
| 3.2 RESILIÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS | 48 |
| 4 MÉTODO | 61 |
| 4.1 TIPO DE ESTUDO | 61 |
| 4.2 LOCAL DO ESTUDO | 61 |
| 4.3 AMOSTRA | 63 |
| 4.4 COLETA DE DADOS | 66 |
| 4.5 VARIÁVEIS | 67 |
| 4.5.1 Variáveis sociodemográficas..... | 67 |
| 4.5.2 Variáveis relacionadas às condições de saúde..... | 68 |
| 4.5.3 Variáveis psicométricas..... | 69 |
| 4.6 INSTRUMENTOS | 69 |
| 4.6.1 Questionário sociodemográfico e de condições de saúde | 70 |
| 4.6.2 Questionário para avaliação do Estado Mental | 70 |
| 4.6.3 Escala de Resiliência | 70 |
| 4.6.4 Escala de Estresse..... | 71 |
| 4.6.5 Escala de Ansiedade e Depressão | 71 |

| | |
|---|------------|
| 4.6.6 Escala de Apoio social | 72 |
| 4.6.7 Escala de Esperança | 72 |
| 4.6.8 Escala de Problemas relacionados ao Diabetes..... | 73 |
| 4.6.9 Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes | 73 |
| 4.7 ANÁLISE DOS DADOS | 74 |
| 4.8 ASPECTOS ÉTICOS | 77 |
| 5 RESULTADOS..... | 79 |
| 5.1 MANUSCRITO 1 – ASSOCIAÇÃO ENTRE RESILIÊNCIA, FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E PSICOSSOCIAIS EM PESSOAS COM DIABETES MELLITUS | 89 |
| 5.2 MANUSCRITO 2 – IMPACTO DO ESTRESSE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO NA RESILIÊNCIA DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS | 109 |
| 5.3 MANUSCRITO 3 – PREDITORES DA RESILIÊNCIA EM PESSOAS COM DIABETES MELLITUS: UM ESTUDO TRANSVERSAL | 129 |
| 5.4 MANUSCRITO 4 – AUTOCUIDADO E RESILIÊNCIA EM PESSOAS COM DIABETES MELLITUS | 149 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 169 |
| REFERÊNCIAS | 173 |
| APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E DE CONDIÇÕES DE SAÚDE..... | 197 |
| APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) | 201 |
| ANEXO A – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL..... | 205 |
| ANEXO B – ESCALA DE RESILIÊNCIA DE CONNOR-DAVIDSON PARA O BRASIL..... | 207 |
| ANEXO C – ESCALA DE ESTRESSE PERCEBIDO | 209 |
| ANEXO D - ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO..... | 211 |
| ANEXO E- ESCALA DE APOIO SOCIAL..... | 215 |
| ANEXO F - ESCALA DE ESPERANÇA..... | 217 |

| | |
|--|------------|
| ANEXO G – ESCALA DE PROBLEMAS RELACIONADOS AO DIABETES. | 219 |
| ANEXO H - QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO COM O DIABETES. | 223 |
| ANEXO I – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UFSC | 225 |
| ANEXO J –EMENDA DO PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UFSC | 229 |
| ANEXO K - APROVAÇÃO DA PESQUISA PELA PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS | 233 |
| ANEXO L- EMENDA DA APROVAÇÃO DA PESQUISA PELA PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS | 235 |

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são um problema de saúde mundial. Acredita-se que, em muitos países, elas constituem o principal problema de saúde pública e representem hoje a maior causa de morte, acometendo homens e mulheres, das mais variadas idades, sendo a grande maioria idosos. Entretanto, jovens e adultos também se enquadram como grupos de risco para essas doenças (BRASIL, 2011).

São onerosos os gastos que as DCNT incorporam ao Sistema Único de Saúde (SUS) do país, abrangendo aproximadamente 72% das causas de morte (BRASIL, 2011). Apesar do avanço nos cuidados e tratamentos, observamos que mesmo com um novo modelo de assistência à saúde, o modelo tradicional ainda se faz presente com ações muito prescritivas e centradas na doença. Essa situação talvez seja a responsável por nem sempre observarmos resultados satisfatórios, como o aumento das complicações referentes às DCNT.

Inúmeras são as repercussões causadas pelas DCNT com a descoberta afetando a família e a pessoa que passa a conviver com a nova condição crônica e provoca mudanças nos hábitos de vida, exigindo adaptações para um viver saudável. As modificações implicam na realização de cuidados, como adequação do plano alimentar, prática de atividades físicas, uso de medicamentos e outras terapias, controle e monitoramento da saúde por meio de exames, dentre outras mudanças incorporadas para o bem-estar da pessoa (ARRUDA; SILVA, 2012).

São diversas as doenças categorizadas como DCNT, cada qual com suas especificidades e tratamentos específicos. Entre elas se configura o diabetes mellitus (DM), caracterizado por um conjunto de alterações metabólicas e endócrinas, relacionadas à produção de insulina; ineficiência da mesma ou, então, devido à resistência celular à insulina, o que acarreta o aumento da glicose sanguínea (ADA, 2015).

O aparecimento do DM pode estar associado a fatores hereditários, ambientais e de estilos de vida, representados pelas formas mais comuns, como mostrado nas seguintes categorias: o DM tipo 1, que ocorre predominantemente na infância ou adolescência, podendo acometer adultos jovens, caracterizado pela destruição das células produtoras de insulina (células β) localizadas no pâncreas; DM tipo 2 com ocorrência em adultos e idosos, caracterizado pela presença de um defeito progressivo na secreção de insulina, bem como pela resistência insulínica das células corporais; DM Gestacional, geralmente diagnosticado no segundo ou terceiro trimestre de gravidez; e tipos

específicos de DM devido a outras causas, como doença do pâncreas, uso de drogas ou necessidade de tratamentos bioquímicos específicos (como no caso do HIV/AIDS ou após transplantes) (ADA, 2015).

Em âmbito mundial, o DM vem tomando grandes proporções e sua incidência cresce progressivamente, apresentando alta morbimortalidade e risco do desenvolvimento de complicações agudas e crônicas, sendo apontado como um dos principais responsáveis pelo desenvolvimento de insuficiência renal, retinopatia, doenças cardiovasculares, doença arterial coronariana e amputação de membros inferiores (SBD, 2015). Juntamente com as doenças respiratórias crônicas e as neoplasias, o DM configura-se entre os principais responsáveis pelas taxas de internações hospitalares entre as DCNT no Brasil (SANTOS et al., 2015).

Essa doença, nos últimos anos tem crescido de forma alarmante, com estimativas de que a doença acometa cerca de 415 milhões de adultos no mundo (IDF, 2015). Mundialmente afeta mais homens, com estimativas de 215 milhões, do que as mulheres, com estimativas de 199 milhões. O Brasil encontra-se em quarto lugar no *ranking* dos 10 países com maior número de pessoas com DM, aproximadamente 14 milhões de brasileiros convivem com a doença e o que torna assustador é a estimativa de que três milhões desconhecem o diagnóstico da doença. É configurado como importante causa de óbito, atingindo cinco milhões de mortes e custos de 612 bilhões de dólares aos serviços de saúde mundialmente (IDF, 2015).

Conforme dados da Federação Internacional de Diabetes (2015), 77% das pessoas que convivem com o diabetes são de países de média e baixa renda. Na América Central e do Sul, é estimado que 29,6 milhões de pessoas tenham a doença, atingindo a prevalência de 8,1% na população. No Brasil, a prevalência do DM em homens e mulheres, conforme dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, no ano de 2013, foi de 6,9% na população (BRASIL, 2013).

Os dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) mostraram que as internações por DM apresentaram aumento quando comparado o ano de 2002 ao de 2012, sendo que no primeiro ano mencionado, a cada 100 mil habitantes, a taxa de internação foi de 69,71 e após os 10 anos a taxa foi de 76,98. Ao verificar esses dados nas cinco regiões brasileiras, houve aumento expressivo de internação nas regiões Norte e Nordeste. As demais regiões mantiveram estabilidade, sendo que a região Sul apresentou sutil decréscimo no número de internações por DM – de 95,26 para 93,21

(SANTOS et al., 2015). Além dessa expansão da doença, deve-se considerar sua gravidade e complexidade para a pessoa e sua família e o impacto que provoca no sistema de saúde brasileiro, uma vez que as modificações que pode trazer para a vida das pessoas tendem a comprometer a qualidade de vida das mesmas.

O enfrentamento do DM envolve diferentes fatores que precisam ser considerados na atenção em saúde. O foco da assistência a essas pessoas tem sido, na maioria dos casos, voltado para prescrição de mudanças que afetam hábitos e rotinas, especialmente destacando a imposição de dietas restritivas e atividades físicas regulares, bem como o uso de medicamentos e de controles médicos periódicos. Pouco tem sido explorado com relação às formas de enfrentamento, trabalhando com o que poderia auxiliar as pessoas a lidarem melhor com essas mudanças e a gerenciarem seus cuidados e tratamentos de forma a viverem melhor com sua condição de saúde (ADA, 2015; SBD, 2015; MALERBI, 2011). Aceitar sua nova condição é o passo inicial para a melhor adesão aos cuidados e tratamentos, obtendo com isso melhor controle de sua doença (KALTMAN et al., 2016; EDEGE et al., 2017). Juntamente com o aparecimento da doença podem estar relacionados fatores psicossociais e comportamentais, tais como o estresse e a ansiedade, que implicam no controle do diabetes influenciando no comportamento para adesão ao autocuidado e, conseqüentemente, aumentando o risco de complicações (AGHILI et al., 2016).

Paralelamente a estes fatores, a convivência com o DM pode estar relacionada ao aparecimento da depressão, uma vez que exige mudanças nos hábitos de vida para o controle da doença, estando associada à baixa adesão ao tratamento, complicações aumentadas do DM e controle glicêmico desprovido (MENDENHALL et al., 2014; KALTMAN et al., 2016; EDEGE et al., 2017; ORIHUELA; MRUG; BOGGIANO, 2017).

Com essa perspectiva, encontramos no construto de resiliência uma potencial possibilidade para ajudar as pessoas a lidarem melhor com sua condição. Inúmeras são as definições e abordagens para o construto da resiliência. Seu uso teve início na transição da década de 1970 para 1980, a partir de estudos realizados no campo da psicologia e, posteriormente, em demais áreas da saúde. Nessa época, foram realizados estudos envolvendo pessoas que, mesmo diante de alguma adversidade da vida, permaneciam saudáveis, sendo consideradas invulneráveis. Este fenômeno foi denominado de invulnerabilidade, sendo substituído mais tarde pelo termo resiliência (BRANDÃO; MAHFOUD; GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2011).

O construto resiliência não possui um consenso ou uma definição precisa, mas os autores convergem suas ideias para a superação de eventos adversos. A resiliência se refere a um processo dinâmico que resulta na adaptação positiva perante uma situação de adversidade (RUTTER, 1987; MASTEN, 2001). Para Anaut (2005), a resiliência se define por meio da interação de condições biológicas e psicossociais para a adaptação perante a condição de risco, o que permite o desenvolvimento de capacidades e de recursos internos à pessoa e sua interação com o ambiente, de forma a garantir a inserção social. Ou de uma forma mais simples, como disseram Reich, Zautra e Hall (2010), a resiliência é uma adaptação bem sucedida perante a adversidade.

Conforme Yunes et al. (2007), a resiliência se caracteriza por um conjunto de reações positivas perante a adversidade com respostas que favorecem o desenvolvimento da pessoa. Pode ser considerada como o alcance de uma ou mais reações positivas diante da exposição a uma adversidade, não se trata de um traço, mas um conjunto de reações em resposta à inesperada e severa situação de risco (MASTEN, 2001; RUTTER, 1987).

Cal e colaboradores (2015), no que concerne às doenças crônicas, consideram a resiliência como a capacidade de desempenhar respostas adaptativas diante de situações adversas, assim como Bianchini e Dell’Aglío (2006); Hassani et al. (2017) também referiram, porém considerando a individualidade perante situações que geram estresse associadas ao viver com uma doença crônica.

É interessante enfatizar que fatores psicossociais relacionados ao comportamento e ao humor são únicos e individuais, sendo desenvolvidos durante as etapas evolutivas, reforçando que a resiliência não é um atributo fixo da pessoa, mas, sim, que está constantemente em desenvolvimento, de acordo com a situação vivenciada. O que para uma pessoa pode ser superado mais facilmente, para outra nem tanto o será, mas ela poderá desenvolver sua resiliência (RUTTER, 1897; AGNST, 2009).

Masten (2001), em seu artigo intitulado “*Ordinary Magic: Resilience process in development*”, considera a resiliência como um fenômeno comum resultante, na maioria dos casos, da adaptação dos principais sistemas humanos, se estes estão protegidos e em bom funcionamento, o desenvolvimento é robusto, mesmo perante severa adversidade. Em contrapartida, o não alinhamento dos sistemas está atrelado ao desenvolvimento de problemas maiores.

Quando se trata de enfermidade, Bianchini e Dell’Aglío (2006) indicam que a resiliência pode ser compreendida como a capacidade da

pessoa de lidar com a doença aceitando as limitações impostas pela condição, com a devida adesão ao tratamento, buscando adaptar-se à situação e viver de forma positiva. Para Agnst (2009), as pessoas resilientes são capazes de buscar recursos em si mesmos e no ambiente para superar as situações adversas resolvendo os conflitos. Pode também ser compreendida como um processo que se desenvolve em situações de adversidade e possibilita às pessoas adaptarem-se de forma favorável (INFANTE, 2005). A resiliência pode ser desenvolvida de várias maneiras e inclusive com a participação de profissionais (AGNST, 2009), equipes de saúde, através do suporte dos familiares e em organizações de saúde (HASSANI et al., 2017).

Há cerca de duas décadas a resiliência começou a ser mensurada por instrumentos internacionais. Apesar da grande maioria não ter sido validada para uso na população brasileira, alguns instrumentos ganharam destaque na literatura internacional e foram validados para uso no Brasil, passando por adaptação transcultural e adquirindo valores psicométricos adequados, como no caso dos seguintes instrumentos: Escala de Resiliência de Connor-Davidson (2003) e Escala de Resiliência de Wagnild e Young (1993). Estudo que avaliou 19 instrumentos destacou as duas escalas mencionadas por apresentarem as melhores classificações psicométricas para mensurar a resiliência (WINDLE; BENNETT; NOYES, 2011).

A resiliência ainda é um construto com recentes pesquisas na literatura científica brasileira e na área da enfermagem, porém mundialmente, na área da saúde, vem avançando com estudos, especialmente com situações traumáticas e, mais recentemente, com estudos que sugerem seu impacto no tratamento de diversas condições crônicas de saúde (RECKZIEGEL, 2014; DENISCO, 2011; HUANG, 2009; Yi-FRAZIER et al., 2010; NAWAZ; MALIK; BATOOL, 2014), tais como câncer (TIAN; HONG, 2014), dor crônica (NEWTON-JOHN; MASON; HUNTER, 2014), doença renal crônica (SLOMKA, 2011), lupus eritematoso (FARIA et al., 2014) e diabetes (Yi-FRAZIER et al., 2008; LIVINGSTONE; MORTEL; TAYLOR, 2011; LESSMANN, SILVA, NASSAR, 2012; BOELL; SILVA; HEGADOREN, 2016).

Estudos apontam que a resiliência contribui positivamente para melhorar os fatores psicossociais relacionados à saúde das pessoas (CATALANO et al., 2011; HILLIARD; HARRIS; WEISS-BENCHELL; 2012; NEWTON-JOHN; MASON; HUNTER, 2014). Considerando a influência desses fatores em pessoas que irão conviver para o resto de suas vidas com uma doença, como o DM, a relevância deste estudo encontra-se em identificar a associação entre fatores

psicossociais e a resiliência em pessoas com DM, bem como verificar como os mesmos predizem a resiliência, de modo a poder estimular profissionais da saúde para conduzir intervenções clínicas que proporcionem melhoria do autocuidado nessa população.

Os principais autores que abordam o construto da resiliência apontam a importância de considerar no estudo da temática o indivíduo, as interações sociais atribuídas ao mesmo e o contexto social em que ele se insere (RUTTER, 1987). Pensando nisso, optamos por escolher os fatores psicossociais considerando o aspecto individual e as interações sociais.

Para selecionar as variáveis do estudo em questão, foi realizada extensa revisão da literatura em estudos que abordaram essa temática nos últimos anos (2010 a 2017). A partir disso, levantamos os fatores psicossociais que vinham sendo relacionados com a resiliência em estudos com diferentes condições crônicas ou traumáticas, mas que não tinham ainda sido reunidos para explorar pessoas acometidas pelo DM. Sendo assim, para o aspecto individual, considerando o humor e a saúde mental, selecionamos o estresse, a ansiedade e a depressão.

Como mencionado anteriormente, o construto da resiliência compreende aspectos individuais e também reconhece em sua parte conceitual a presença de aspectos interacionais, os quais também foram identificados a partir da literatura científica, sendo estes: o apoio social, a esperança e o impacto do DM na qualidade de vida das pessoas.

Há evidências que mostram associações inversas entre resiliência, ansiedade, depressão, incapacidade e somatização, bem como correlação inversa entre resiliência e progressão da doença (CAL et al., 2015). Além de constatada associação entre resiliência e qualidade de vida, sugerindo a relação entre a resiliência e comportamentos que promovam a saúde (CAL et al., 2015).

Os estudos sobre resiliência em pessoas com DM têm mostrado uma associação favorável entre resiliência e adesão ao tratamento, ou seja, pessoas com pontuações mais elevadas de resiliência seriam as que apresentam melhor adesão ao tratamento (DENISCO, 2011; JASER, WHITE, 2011; HUANG, 2009; LESSMANN, SILVA, NASSAR, 2012). Também, estudos com abordagem qualitativa têm indicado que a resiliência é um construto que está associado à qualidade de vida de pessoas com DM (RECKZIEGEL, 2014; LIVISTONE, MORTEL, TAYLOR, 2011; PEREZ, 2013; SILVA, HEGADOREN, LASUIK, 2012).

Conviver harmonicamente com o DM implica desenvolver estratégias que favoreçam a adaptação e superação das dificuldades que

a pessoa com esta doença enfrenta em seu cotidiano. A resiliência, enquanto construto teórico, envolve o reconhecimento da existência de fatores que a podem influenciar. Estes elementos podem ser capazes de auxiliar os indivíduos na resposta positiva ao cuidado em saúde (CONNOR, DAVIDSON, 2003; BOELL, 2013).

A relevância da temática, com estudos apresentando resultados promissores de que a resiliência é um construto de interesse que pode ajudar as pessoas com condições crônicas a desenvolverem estratégias que favoreçam um viver mais saudável (CAL et al., 2015), nos impulsionou a aprofundar essa temática em pessoas com DM. Assim, acreditamos que esse construto ainda precisa ser explorado, o que pode ser iniciado com a investigação da associação dos diferentes fatores psicossociais mencionados com a resiliência. Isso poderá subsidiar a construção de um modelo teórico que o diferencie de outros construtos próximos a ele, além da investigação de outras variáveis, como as sociodemográficas e de saúde.

A realização desta pesquisa sucede a participação no Grupo de Pesquisa Laboratório de Pesquisas e Tecnologias em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condição Crônica (NUCRON) desde o ano de 2008. Os estudos acerca dessa temática foram iniciados na graduação de enfermagem na UFSC com pessoas com DM. Primeiramente, como bolsista de extensão, no ano de 2010, no projeto intitulado: Atenção à Saúde de Pessoas com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial na Unidade Local de Saúde da Lagoa da Conceição, coordenado pela professora Dra. Betina Hörner Schindwein Meirelles. No ano seguinte, na mesma comunidade, a atuação foi como bolsista de iniciação científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) no Projeto Avaliação dos pés de pessoas com Diabetes Mellitus, coordenado pela professora Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva.

Dando sequência aos estudos, em 2012, foi iniciado o mestrado no Programa de Pós- Graduação em Enfermagem (PEN) da UFSC sobre a temática da resiliência em pessoa com DM e doença renal crônica, o que levou ao aprofundamento de novos estudos. Dentre os resultados encontrados com a conclusão do mestrado (BOELL, 2013), identificou-se que pessoas com DM apresentaram escores de resiliência parecidos aos de pessoas saudáveis (CONNOR; DAVIDSON, 2013), o que também nos direcionou a buscar aprofundamento dessa relação, sabendo que esse é um construto recente na área da enfermagem no Brasil e, portanto, ainda são poucas as pesquisas que exploram a resiliência e a

cronicidade na população brasileira, o que reforça a necessidade de desenvolver esta pesquisa.

Além disso, com a parceria entre o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC e a Universidade de Alberta, no Canadá, foi desenvolvido parte do doutorado na *Faculty of Nursing*, da universidade mencionada, sob supervisão da professora Kathleen Hegadoren, que direcionou, através da sua *expertise* na temática da resiliência as análises, e a conclusão deste estudo.

Cabe ressaltar que o presente estudo integra a área temática de estudos sobre condições crônicas trabalhadas ao longo desses 30 anos pelo grupo de pesquisa NUCRON, estando articulado com o Macroprojeto de pesquisa intitulado: Diabetes Mellitus e sua Interseção com a Doença Renal Crônica voltado especificamente para a atenção à saúde dessa população, coordenado pela professora Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva e financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Conforme apresentado, a presente pesquisa poderá contribuir com conhecimentos científicos acerca da importância que o construto da resiliência pode exercer no cotidiano de pessoas que convivem com o DM, favorecendo as adaptações necessárias que emergem com o diagnóstico da doença. A partir do exposto, este estudo toma como referência o seguinte questionamento:

O estresse, a ansiedade, a depressão, a esperança, o apoio social, o impacto do DM na qualidade de vida e o autocuidado influenciam a resiliência de pessoas com DM?

A tese defendida é que: *Fatores sociodemográficos e psicossociais estão associados à resiliência de pessoas com DM, uma vez que esse é um construto que tem potencial para contribuir no controle da doença e pode promover melhores resultados em relação à adesão aos cuidados e ao tratamento, com o intuito de aumentar o número de ações desejáveis de autocuidado em relação à saúde.*

Considerando que os aspectos psicossociais selecionados para este estudo apresentam associação com a resiliência de pessoas com DM, profissionais de saúde, e mais especificamente os enfermeiros, poderão considerar a resiliência como relevante construto em suas ações de saúde, direcionando o cuidado para além da indicação do tratamento medicamentoso e estímulos a estilo de vida saudáveis, como atualmente é preconizado.

Dessa maneira, a realização deste trabalho poderá contribuir para o desenvolvimento de estratégias que contribuam para, ou que, promovam o manejo do DM, tendo como referência a promoção da resiliência pelas ações de enfermagem.

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a resiliência e os fatores que podem influenciar esse construto em pessoas com diabetes mellitus atendidas na Atenção Primária à Saúde em Florianópolis/SC.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Verificar a associação entre fatores sociodemográficos e de saúde, fatores psicossociais e resiliência de pessoas com diabetes mellitus.
- ✓ Verificar a associação entre estresse, ansiedade, depressão e resiliência em pessoas com diabetes mellitus.
- ✓ Identificar fatores preditores da resiliência em pessoas com diabetes mellitus.
- ✓ Verificar a associação entre resiliência e autocuidado em pessoas com diabetes mellitus.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Esta revisão de literatura foi estruturada em duas partes, a primeira buscou explorar o construto de resiliência. Para tanto, a busca foi realizada em artigos científicos, livros, dissertações e teses que abrangessem a temática. Para esta busca, optou-se pelas referências que foram publicadas entre janeiro de 2011 e julho de 2017, nos seguintes *sites* de pesquisa científica: Biblioteca Virtual em Saúde (LILACS), US National Library of Medicine National Institutes of Health (PUBMED/MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e SCOPUS, utilizando o descritor resiliência psicológica e as palavras-chave resiliência e diabetes e suas respectivas traduções em inglês e espanhol, adicionadas com (*) ao final de cada palavra de modo a buscar o maior número de variações possíveis de ambas as palavras.

Para a segunda parte, com o intuito de reunir evidências científicas que confirmam suporte de relação entre as variáveis do estudo, foi realizada revisão de literatura, tendo como pergunta de pesquisa: Qual a relação entre resiliência, estresse, ansiedade, depressão, apoio social, qualidade de vida, esperança e adesão ao tratamento?

A busca foi realizada nos seguintes *sites* de pesquisa científica: Biblioteca Virtual em Saúde (LILACS), US National Library of Medicine National Institutes of Health (PUBMED/MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e SCOPUS. Para esta busca, optou-se pelas referências que foram publicadas entre janeiro de 2011 e julho de 2017, utilizando os seguintes descritores e suas respectivas traduções em inglês e espanhol: resiliência psicológica; estresse psicológico; apoio social; autoimagem; depressão; qualidade de vida; esperança; cooperação do paciente; e doença crônica. Para abranger a busca, foram incorporadas palavras-chave referentes à temática: resiliência, estresse, autoestima e adesão.

Como foram encontrados poucos estudos que relacionaram a resiliência com a adesão ao tratamento, na busca inicial nas bases de dados indexadas, optamos por realizar nova pesquisa na ferramenta Google Acadêmico, para a qual foi utilizada as palavras-chave: adesão e resiliência. Dessa maneira, foram incorporadas a esta revisão um artigo de autoria de Slomka (2011) e uma tese de doutorado de autoria de Reckziegel (2014).

As referências foram importadas para o gerenciador bibliográfico *Endnote Web*, após exclusão dos artigos repetidos, bem como daqueles

que não versavam sobre a temática. Os artigos condizentes com a pergunta de pesquisa desta revisão foram organizados conforme os *sites* de busca em uma planilha do *Excel*. Após, foram divididos de acordo a variável temática. Dessa forma, serão apresentados os principais achados, conforme a variável temática.

3.1 RESILIÊNCIA

O início dos estudos sobre resiliência datam da década de 1970, com pouco mais de 40 anos, a partir do grupo pioneiro de pesquisadores na temática que observaram o fenômeno da adaptação positiva em crianças expostas às condições adversas de vida e consideradas com risco para desenvolver psicopatologias (MASTEN; 2001). Um dos marcos nesses estudos sobre resiliência foi o desenvolvido em Kauai, no Havaí, que investigou desde a infância crianças que viviam em situação de pobreza extrema, destacando-se aquelas que se adaptaram positivamente à sociedade daquelas que assumiram condutas de risco. Entre as questões relevantes dessa ocasião, estava o fato de que as crianças que se sobressaíram tiveram ao seu lado a presença de um adulto (familiar ou não), com significativa relação afetiva durante seu processo de desenvolvimento (MELILLO, 2005).

Este é um dos estudos que configura a primeira geração de pesquisadores da resiliência, os quais demonstraram grande interesse em estudar os fatores protetores responsáveis pela adaptação positiva. Nesse caso, buscou-se identificar a diferença entre os que se adaptaram dos que não. Essa geração considerou a presença de atributos pessoais, aspectos familiares e características ambientais relacionadas à resiliência (INFANTE, 2005; WRIGHT;MASTEN; NARAYAN, 2013).

Os pesquisadores da segunda geração iniciaram os estudos por volta dos anos 1990 e demonstraram interesse em conhecer quais fatores eram intrínsecos às pessoas que perpassam por adversidades e, mesmo assim, adaptavam-se positivamente na sociedade. Somado a isso, esta geração abordou a resiliência como um processo dinâmico, isto é, considerou que o indivíduo, os familiares/amigos e a sociedade interatuam de modo a permear o processo da resiliência, ou seja, a resiliência passou a ser vista como algo que pode ser desenvolvido (INFANTE, 2005).

O construto resiliência não possui um consenso ou uma definição precisa dentre as inúmeras existentes, mas os autores convertem suas ideias para o fato da superação de eventos estressores, de maneira positiva. A resiliência se refere a um processo dinâmico que

resulta na adaptação positiva perante uma situação de adversidade (RUTTER, 1987; MASTEN, 2001). Para Anaut (2005), a resiliência se define por meio da interação de condições biológicas e psicossociais para a adaptação perante condição de risco, o que permite o desenvolvimento de capacidades por meio dos recursos internos à pessoa e sua interação com o ambiente, de forma a garantir a inserção social. Ou, de uma forma mais simples, como colocam Reich, Zautra e Hall (2010), a resiliência não passa de uma adaptação bem-sucedida perante uma situação difícil.

Yunes (2003) reforça essa percepção da resiliência como um conjunto de fenômenos positivos diante da adversidade, alcançando reações positivas à exposição de um evento traumático e/ou estressor, superando a ideia de um traço da personalidade (MASTEN, 2001; RUTTER, 1987).

Rutter (1987), relevante autor na temática, incorporou a resiliência a existência de mecanismos protetores, como a autoestima e a autoeficácia. Esse autor considera que o processo da resiliência é único e intrínseco à pessoa e relativo ao fator estressor, mudando a situação, há alteração na resiliência. É interessante enfatizar que os aspectos intrapsíquicos são únicos e individuais, sendo desenvolvidos durante as etapas evolutivas, reforçando que a resiliência não é um atributo fixo à pessoa, mas, sim, que está continuamente em desenvolvimento de acordo com a situação vivenciada. O que para uma pessoa pode ser mais facilmente superado, para outra nem tanto o será.

Na área da saúde, no que se refere à doença, alguns autores compreendem a resiliência como a capacidade de adaptar-se perante a doença, aceitando as limitações impostas e buscando respostas para conviver de forma positiva (BIANCHINI; DELL'AGLIO, 2006; VINACCIA; QUICENO; REMOR, 2012).

3.1.1 Adversidades e fatores de risco

O desenvolvimento da resiliência está atrelado à presença de adversidades no decorrer do caminho percorrido, desde a infância até a fase adulta, sendo que juntamente a esta condição estão os fatores de risco. A presença da adversidade é considerada essencial no processo da resiliência, sendo reconhecida como potencial influência que dificulta o normal desenvolvimento da pessoa (RUTTER, 1987; MASTEN, 2001). É necessário, portanto, a desestabilização causada por adversidades para o desenvolvimento da resiliência. Muitas podem ser as adversidades que contribuem para a desestabilização da pessoa, como traumas, perdas

importantes, descoberta de doença, vivências relacionadas com a violência, divórcio (MASTEN, 2001; RUTTER, 1987; AGNST, 2009).

Além das adversidades, é possível que outros fatores, de cunho negativo, estejam atrelados à pessoa, conhecidos como fatores de risco, sendo considerados como obstáculos individuais ou ambientais que prejudicam os resultados positivos no desenvolvimento da pessoa. Os riscos podem ser ameaças novas ou contínuas ao momento vivenciado, por exemplo, condições de pobreza (ENGLE; CASTLE; MENON, 1996, PESCE et al., 2005).

Alguns autores se referem aos fatores de risco como intrínsecos e extrínsecos, ambos se conformam para desestruturar a maneira de enfrentar a adversidade. Entre os fatores intrínsecos estão elencados aqueles relativos às características e potenciais da pessoa, como a baixa autoestima, baixa autoimagem, sentimentos negativos, tristeza, pessimismo, derrota, dentre outros (YUNES, 2003; PESCE et al., 2005; BRANDÃO; MAHFOUD; GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2011; PINHEIRO, 2004).

No que diz respeito aos fatores extrínsecos, estes se relacionam com o contexto social no qual a pessoa está inserida, entre estes estão: instabilidades relacionadas ao meio ambiente, como catástrofes ambientais ou sociais, violência urbana, falta de saneamento básico e de recursos básicos para a sobrevivência (YUNES, 2003; PESCE et al., 2005; BRANDÃO; MAHFOUD; GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2011; PINHEIRO, 2004).

3.1.2 Fatores de proteção

Os diferentes recursos pessoais que favorecem a adaptação atuam como protetores perante a adversidade, entre eles a autoeficácia, a autoestima e a capacidade para resolver problemas (RUTTER, 1987). Yunes (2003) considera que o grau de resiliência da pessoa está atrelado à adaptação provocada pelos fatores protetores, como resposta positiva perante a adversidade, considerando o ambiente em que a pessoa está inserida. Para Fontes (2010, p. 10), os fatores de proteção englobam a “saúde, competências comportamentais, recursos psicológicos (traços de personalidade, maturidade, regulação emocional, enfrentamento do estresse) e recursos sociais (educação, família, amigos e instituições sociais)”.

Podemos acrescentar que os fatores de proteção podem estar relacionados às qualidades e habilidades positivas da pessoa, ao ambiente que ela se insere e às relações interpessoais. Para que a

resiliência seja alcançada, como mencionado anteriormente, é imprescindível a presença da adversidade, devendo existir uma harmonia com os fatores de proteção, os quais possibilitarão que a pessoa tenha reações positivas perante a adversidade. Aliado a isto, Trombetta e Guzzo (2002) consideram que os fatores de proteção reduzem o impacto negativo das adversidades.

Outro aspecto é a confluência entre autores com relação aos fatores de proteção, estes se dividem em condições individuais (autocontrole, autonomia, otimismo, autoestima, satisfação com a vida, expectativa de sucesso no futuro, sentimentos positivos, estabilidade emocional, capacidade para resolução de problemas, humor), condições familiares (estabilidade e qualidade nas relações, afeto, carinho, boa comunicação, flexibilidade, respeito, ausência de violência, mobilização para fornecer apoio) e a presença da rede de apoio (rede assistencial social e de saúde, constituição de bons relacionamentos com amigos/colegas de trabalho/vizinhos, suporte cultural) (PINHEIRO, 2004; YUNES, 2003; TROMBETTA; GUZZO, 2002; PESCE et al., 2005; RECKZIEGEL, 2014).

Reckziegel (2014) refere que não existe regra quanto ao número de fatores de proteção individuais, mas, sim, a qualidade e efetividade desses fatores para desenvolvimento da pessoa e de sua resiliência.

3.1.3 Resiliência e diabetes mellitus

Ainda são poucos os estudos sobre resiliência em pessoas com DM, no entanto alguns têm mostrado uma associação favorável entre resiliência e realização adequada dos cuidados de saúde relacionados ao tratamento da doença, ou seja, pessoas com escores elevados de resiliência têm demonstrado melhor adesão ao tratamento (DENISCO, 2011; JASER, WHITE, 2011; HUANG, 2009; RECKZIEGEL, 2014).

Estudo realizado nos Estados Unidos teve como objetivo descrever a relação entre os escores de resiliência e os níveis de HbA1c em mulheres com diabetes tipo 2. Participaram 71 mulheres, tendo as seguintes variáveis estudadas: resiliência, hemoglobina glicada, renda, idade, tempo de DM, dieta, exercício físico e resiliência por meio da Escala de Resiliência de Wagnild e Young (*Resilience Scale*). Os achados mostraram que mais de metade da amostra apresentou escores altos de resiliência. A idade não influenciou a resiliência, a renda foi significativamente correlacionada com escores de resiliência, aquelas com baixa renda apresentaram escores menores de resiliência. As participantes que relataram realizar exercícios regulares tiveram escores

mais altos. Os níveis de HbA1c e os escores de resiliência tiveram correlação negativa significativa, de modo que altos níveis de resiliência foram significativamente relacionados com menores níveis de HbA1c, indicando melhor controle glicêmico. As considerações finais do estudo ressaltam implicações para a prática de enfermagem a partir de uma abordagem holística do cuidado, considerando aspectos fisiológicos e psicológicos no intuito de aprimorar a resiliência individual (DENISCO, 2011).

Outro estudo foi desenvolvido nos Estados Unidos e objetivou investigar o efeito protetor da resiliência em pessoas com DM. Participaram 111 pessoas que responderam aos instrumentos do estudo e tiveram os valores de HbA1c avaliados no início do estudo e após um ano. Foram avaliados quatro domínios no intuito de averiguar a resiliência: otimismo (*Life Orientation Test*), autoestima (*Rosenberg Self-Esteem Scale*), autoeficácia (*Confidence in Diabetes Self-care scale*), autodomínio (*Self-Mastery Scale*), estresse emocional (*Problem Areas in Diabetes Scale*) e o comportamento relacionado ao autocuidado foi avaliado por meio do *Self-Care Inventory-Revised*. A junção dos domínios da resiliência estabelecidos pelos autores classificou os participantes com baixa resiliência (34 pessoas), moderada resiliência (37 pessoas) e alta resiliência (40 pessoas). O efeito positivo da resiliência foi avaliado ao compará-la com estresse e os valores de HbA1c após um ano. Além de constatarem que o estresse emocional relacionado ao DM diminuiu após este ano, aqueles com alta e moderada resiliência melhoraram o autocuidado e os níveis de HbA1c quando comparados ao grupo com baixa resiliência. Os resultados sugerem ainda que o aumento do estresse foi associado à piora do autocuidado no grupo com baixa resiliência quando comparado aos grupos com moderada e alta resiliência, sugerindo que quando as pessoas são confrontadas com dificuldades, aquelas com maior resiliência são menos suscetíveis ao aumento do estresse emocional e à piora dos níveis de HbA1c (YI-FRAZIER et al., 2008).

Outro estudo americano, realizado por Yi-Frazier et al. (2010), investigou a resiliência e o enfrentamento em pessoas com DM considerando os fatores: otimismo, autoestima, autoeficácia e autodomínio para avaliar a resiliência. Participaram do estudo 145 pessoas com DM que preencheram dois questionários sobre enfrentamento (*COPE and Coping Styles questionnaires*). Os participantes foram considerados com baixa (47 pessoas), moderada (47 pessoas) e alta resiliência (49 pessoas), sendo que o perfil de enfrentamento de cada grupo apresentou significativa diferença. Aqueles

com escores baixos de resiliência apresentaram estratégias mal adaptativas de enfrentamento da doença, demonstrando a relevância entre tais variáveis, sugerindo, assim, o impacto da resiliência no manejo do tratamento e o no cotidiano daqueles que convivem com o DM.

O estudo de desenho misto, realizado por Reckziegel (2014), procurou compreender a resiliência como construto 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 um município do Sul do Brasil. Aplicou-se questionário sociodemográfico e de condições de saúde, bem como Escala de Estresse Percebido (*Perceived Stress Scale*) e Escala de Resiliência de Connor-Davidson (*Connor-Davidson Resilience Scale*). Entre os achados, torna-se relevante ressaltar a baixa adesão ao tratamento das participantes no que diz respeito à dieta, realização de atividade física e controle da glicemia capilar. No entanto, foi possível verificar que mulheres com pontuações mais altas de resiliência aderiram melhor à realização de atividade física, seguiram melhor a dieta e possuíram menores escores de estresse. O estudo também apontou a importância de fatores de proteção e de risco para o desenvolvimento da resiliência, enfatizando a necessidade de amenizar os fatores de risco e despertar os fatores de proteção, como sentimentos positivos, pois favorecem a resiliência e maior adesão ao tratamento.

A partir do exposto, fica evidente a relação entre os cuidados em saúde, a adesão ao tratamento e a resiliência. Os estudos indicaram que as pessoas que apresentaram pontuações mais altas de resiliência foram aquelas que exerciam adequadamente os cuidados relativos ao tratamento do DM.

Outros fatores também mostraram associação com a resiliência de pessoas com DM, como o tempo de diagnóstico da doença, o índice de massa corporal e ter uma religião. Possuir um trabalho também foi associado à melhor resiliência, no entanto a renda não esteve correlacionada com a resiliência (BOELL; SILVA; HEGADOREN, 2016), diferente de outro estudo que apresentou a renda significativamente correlacionada à resiliência (DENISCO, 2011). Poucos são os estudos que relacionam a resiliência com a classe econômica, visto que possuir baixo nível socioeconômico não impede o desenvolvimento da mesma (GROTBERG, 2005). Assim como a escolaridade, que no estudo de Tavares et al. (2011) com pessoas acometidas pelo DM atendidas em um serviço de alta complexidade mostrou que indivíduos que nunca estudaram tiveram escores altos de

resiliência, o que representa dizer que ser resiliente independe do grau de instrução, bem como mostrou outro estudo (BOELL; SILVA; HEGADOREN, 2016).

Estudo longitudinal com duração de 12 meses realizado com 304 pessoas com DM do tipo 2 buscou avaliar a associação entre autocuidado, autoeficácia, resiliência, apoio social, empoderamento com mudanças no sofrimento relacionado ao DM. Os achados apontaram que tanto o aumento da resiliência, da autoeficácia, do empoderamento e do autocuidado foram associados significativamente com uma diminuição no sofrimento promovido pelo DM. Os autores destacaram a relevância de enfermeiros em empenhar-se na tentativa de aprimorar a autoeficácia e a resiliência das pessoas com DM, bem como desempenhar ações que contribuam para o empoderamento e para o autocuidado, refletindo em melhores formas de lidar com a doença (WANG et al., 2017).

Estudos com abordagem qualitativa também têm indicado que a resiliência contribui para a qualidade de vida de pessoas com DM (RECKZIEGEL, 2014; LIVISTONE; MORTEL; TAYLOR, 2011; PEREZ, 2013; SILVA; HEGADOREN; LASUIK, 2012).

De forma geral, os estudos mencionados apresentam fatores relacionados à resiliência de pessoas com DM, como o controle glicêmico, o estresse, tempo de doença, adesão ao tratamento, regulação alimentar e realização de exercício físico, evidenciando a relevância do estudo da resiliência em pessoas com DM.

3.2 RESILIÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS

Neste item foram selecionados os fatores psicossociais: estresse, ansiedade, depressão, apoio social, esperança, qualidade de vida, adesão ao tratamento e sua relação com a resiliência.

Estresse

Os estudos apresentados a seguir relacionam resiliência e estresse. Essa é uma temática que apresenta diversos estudos com diferentes tipos de abordagens, iremos apresentar oito estudos que foram selecionados por terem maior relação com o desfecho da resiliência, além dessa variável outras também aparecem nesses estudos, como a satisfação com a vida, bem-estar, esperança e humor.

Identificamos quatro estudos realizados com estudantes universitários envolvendo a relação entre estresse e resiliência. O primeiro estudo, realizado no Irã por Pourafzal et al. (2013), foi um estudo transversal com amostra probabilística de 309 graduandos de

enfermagem. Foram aplicadas as Escala de Estresse Percebido (*Perceived Stress Scale*) e a Escala de Resiliência de Connor-Davidson (*Connor-Davidson Resilience Scale*), sendo revelado que grande parte dos estudantes tinha estresse moderado a alto e constatou-se relação estatisticamente significativa entre o estresse percebido e a resiliência. O segundo estudo, também realizado no Irã, porém com 120 estudantes do ensino médio, teve como objetivo determinar a relação entre resiliência (*Connor-Davidson Resilience Scale*), estresse percebido (*Perceived Stress Scale*) e satisfação com a vida (*Life Satisfaction Scale*). Esses estudantes foram selecionados a partir de amostragem aleatória e distribuídos entre aqueles que obtiveram melhor ou menor desempenho a partir da média escolar. Os resultados mostraram que a resiliência e o estresse tinham relação com a satisfação da vida dos estudantes, aqueles com melhor desempenho escolar apresentaram menor estresse, maior resiliência e maior satisfação com a vida, quando comparados com os estudantes com pior desempenho escolar. Os autores concluíram que o gerenciamento/manejo da resiliência e do estresse são relevantes para o aumento da satisfação com a vida de estudantes (ABOLGHASEMIA; TAKLAVI VARANIYAB, 2010). Um terceiro estudo foi realizado na Romênia com 341 estudantes universitários visando validar a Escala de Resiliência para Adolescentes e investigar a associação entre resiliência (*Adolescent Resilience Scale*), estresse percebido (*Perceived Stress Scale*) e satisfação com a vida (*Life Satisfaction Scale*). Além de validar o uso da escala nessa população, foi encontrado que fatores estressores funcionam como mediadores entre a resiliência, as reações de estresse e a satisfação com a vida (CAZAN; TRUTA, 2015).

O quarto estudo, também realizado com estudantes, foi um estudo transversal multicêntrico com 2.925 estudantes chineses do curso de medicina. Foram avaliadas as seguintes variáveis: estresse (*Perceived Stress Scale*), resiliência (*Resilience Scale Wagnil & Young*) e satisfação (*Life Satisfaction Scale*). Também foram coletados dados sociodemográficos. Os resultados acharam correlação negativa entre estresse e satisfação com a vida. A análise ajustada dos dados a partir dos fatores sociodemográficos mostrou que o estresse representa 12% de variação na satisfação com a vida, enquanto a resiliência teve 18% de variação (SHI et al., 2015).

Outra população explorada nos estudos acerca de estresse e resiliência foram adultos e idosos. Estudo realizado no Brasil teve como objetivo identificar eventos estressantes marcantes na vida e testar a hipótese de que a resiliência modera o impacto de eventos estressores no bem-estar de pessoas com mais idade. Participaram 111 pessoas, sendo

aplicados: questionário sociodemográfico; questionário sobre eventos estressores em idosos (*Elders Life Stress Inventory*); Escala de Bem-estar Psicológico (*Psychological Well-Being Scales*); e Escala de Resiliência (*Resilience Scale - Wagnild & Young*). Os resultados mostraram que entre os eventos estressores marcantes estavam o divórcio, a morte de familiares e a institucionalização de familiares. A resiliência alta teve associação com bem-estar alto, e o nível alto de estresse esteve associado com menor bem-estar. Não foi encontrada associação significativa entre eventos estressores e resiliência, mas os autores acreditam que variação interpessoal no bem-estar manifesta-se em diferentes graus de resiliência, o que poderia reduzir o impacto do estresse (COUTO; KOLLER; NOVO, 2011).

Outro estudo com idosos foi desenvolvido na Europa, além do estresse e da resiliência, outras variáveis foram incluídas no estudo que objetivou explorar a associação entre fatores sociodemográficos, índice de massa corporal (IMC), circunferência abdominal, atividade física, dieta, humor, esperança, resiliência e estresse percebido. Os instrumentos utilizados foram: Questionário de frequência alimentar (*Food Frequency Questionnaire*); Escala de atividade física (*Physical Activity*); Escala de Resiliência (*Resilience Scale - Wagnild & Young*); Questionário de Humor (*Mood Survey*); Escala de Esperança de Beck (*Beck Hopelessness Scale*); Escala de Estresse Percebido (*Perceived Stress Scale*); Escala de Eventos da Vida (*Life Events Scale*). Participaram 1.722 idosos e como resultado representativo para a resiliência a única associação se deu entre baixos valores de IMC e alta resiliência (STEWART-KNOX et al., 2012).

Quanto a estudos com população em condição crônica, identificamos um com pais de crianças com autismo e outro com pessoas com hipertensão arterial. O estudo de Bitsika, Christopher e Bell (2013), realizado na Austrália, investigou o efeito minimizador (*buffering* = tampão/ “amortecedor”/moderador) da resiliência no estresse, na ansiedade e na depressão de pais de crianças com autismo. Os instrumentos utilizados foram: Escala de Ansiedade de Zung (*Zung Self-Rating Anxiety Scale*); Escala de Depressão (*Self-Rating Depression Scale*); Escala de Resiliência (*Connor-Davidson Resilience Scale*); questionário sociodemográfico e níveis de estresse diário relacionado aos cuidados da criança. Os questionários foram respondidos por 108 pais (73 mulheres e 35 homens). As mães eram significativamente mais ansiosas e deprimidas do que os pais, mas não houve diferença significativa nos escores de resiliência entre eles. Os resultados evidenciaram que a resiliência atuou com “efeito tampão” na ansiedade

e na depressão dos pais, independentemente do nível de estresse diário, mas que esse efeito se pronunciava mais para os pais que relataram níveis mais elevados de estresse diário do que para os pais que relataram níveis mais baixos de estresse diário.

Estudo realizado na Argentina teve como objetivo determinar se a resiliência perante o estresse está relacionada com a hipertensão arterial em pacientes ambulatoriais. Foi aplicado questionário para mensurar o Estresse Psicológico Crônico e a Escala de Resiliência de Connor-Davidson (Connor-Davidson Resilience Scale) com 53 pacientes. Os resultados sugerem que indivíduos com baixa resiliência e estresse elevado têm alto risco para desenvolver hipertensão arterial (ROBERT et al., 2010).

Esses estudos abordaram diferentes possibilidades em que o estresse e demais variáveis utilizadas se apresentam quando relacionados à resiliência, bem como as diferentes situações de vida empregadas nos estudos em que o estresse apresenta relação com a resiliência. De forma geral, confirmam a relação existente entre o estresse e a resiliência, destacando a importância de incluir o estresse como uma das variáveis de interesse neste estudo.

Ansiedade, Depressão, Apoio Social

Dentre os estudos selecionados para compor este item da revisão, observamos uma junção da temática resiliência com as variáveis ansiedade, depressão e apoio social. Dessa forma, optou-se por apresentar estudos que abordaram essas variáveis, começando por apresentar aqueles cuja temática foi depressão, seguidos de ansiedade e apoio social.

Estudo desenvolvido na Noruega com 307 adolescentes explorou a relação entre frequentes sintomas psiquiátricos e a resiliência. Para tanto, foram aplicadas: a Escala de Resiliência para Adolescentes (*Adolescents Resilience Scale*); Escalas de Depressão e Ansiedade (*Hospital Anxiety and Depression Scale*); e Inventário Revisado de Compulsão e Obsessão. Os achados mostraram que escores mais altos de resiliência predizem menor pontuação nos níveis de depressão, ansiedade, estresse e sintomas obsessivo-compulsivos (HJEMDAL et al., 2010).

Holden et al. (2013) desenvolveram estudo que teve como propósito determinar a prevalência e a correlação de sintomas depressivos e a resiliência entre 290 mulheres afro-americanas atendidas na Atenção Primária de Saúde. Como instrumentos foram utilizados: Escala de Resiliência de Connor-Davidson (*Connor-Davidson*

Resilience Scale); questionário sociodemográfico; e questionário para mensurar sintomas depressivos (*The Patient Health Questionnaire*). As participantes tiveram escores moderados de resiliência, com relação estatisticamente significativa inversa com sintomas depressivos. Os autores sugeriram que a resiliência é, potencialmente, um fator protetor para sintomas depressivos. Os sintomas depressivos foram positivamente correlacionados com diagnóstico dos participantes de pelo menos uma doença crônica.

Em ensaio clínico randomizado desenvolvido na Tailândia, o objetivo foi examinar a eficácia de um manual de autoajuda sobre os níveis de resiliência de indivíduos com depressão. Foram coletados dados sociodemográficos e aplicada a Escala de Resiliência de Wagnild and Young (*Resilience Scale – Wagnild & Young*). Completaram o estudo 54 pessoas, que foram randomizadas entre o grupo intervenção e o controle. O grupo intervenção recebeu um manual de autoajuda e continuou a receber o tratamento padrão, enquanto o grupo controle apenas continuou a receber o tratamento padrão. Os participantes foram avaliados em três momentos: *baseline* (semana 0), pós-teste imediato (8ª semana) e *follow-up* (12ª semana). Os achados mostraram diferenças estatísticas entre o grupo intervenção e o controle, sendo que no grupo intervenção os escores de resiliência foram mais altos. No grupo intervenção foi percebido aumento nos níveis de resiliência do *baseline* para o pós-teste. Os autores sugerem que um “manual” de leitura pode reforçar a resiliência em pessoas com depressão moderada (SONGPRAKUN; MCCANN, 2012).

O estudo de Catalano et al. (2011) teve como objetivo transformar os construtos teóricos de um modelo de resiliência em um modelo de equação estrutural e avaliar as relações entre os construtos associados com a resiliência e a ocorrência dos sintomas da depressão em pessoas com lesão medular. Compuseram a amostra 255 pessoas recrutadas na Associação Canadense de Paraplegia que responderam à: Escala de Resiliência de Connor-Davidson (*Connor-Davidson Resilience Scale*); Escala de Severidade de Fatores Estressores Relacionados à Lesão Medular (*Severity of SCI-Related Stressors*); Escala de Suporte Social Percebido (*Multidimensional Scale of Perceived Social Support*); Escala de Estresse percebido (*Perceived Stress Questionnaire*); Escala de Enfrentamento (*Brief Cope*); e Escala de Sintomas Depressivos (*Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale*). Com a construção do modelo estrutural, foi possível observar que a severidade de fatores estressores influenciou o estresse percebido, que por sua vez afetou os sintomas depressivos, as características da

resiliência e o suporte social. As características da resiliência tiveram correlação negativa com sintomas depressivos, sendo assim foram sugeridas pelos autores como responsáveis por diminuir a percepção do estresse nos sintomas depressivos.

Em estudo realizado com homens com câncer de próstata, que teve como objetivo investigar os efeitos da resiliência sobre a ansiedade e depressão, participaram 425 homens que responderam à Escala de Resiliência de Connor-Davison (*Connor-Davidson Resilience Scale*) e ao Questionário de depressão do paciente (*Patient Health Questionnaire Depression Scale*). Os resultados indicaram que a pontuação total da resiliência teve efeito moderador significativo contra a depressão, o que levou os autores a concluir que um treinamento para aumentar a resiliência beneficiaria essa população com o intuito de aumentar sua capacidade de enfrentamento perante o estresse do diagnóstico e tratamento da doença (SHARPLEY et al., 2014).

No estudo de Min, Lee e Chain (2015), o objetivo foi examinar o papel da resiliência e do apoio social como preventivos para ideia de cometer suicídio em pessoas em tratamento ambulatorial com depressão e/ou ansiedade. Foram coletados dados sociodemográficos e informações clínicas. Para mensurar a resiliência, utilizou-se a Escala de Resiliência de Connor-Davison (*Connor-Davidson Resilience Scale*); para avaliar o suporte social, o Questionário de Suporte Social (*The Duke-University of North Carolina Functional Social Support Questionnaire*); para a depressão, o Inventário de Depressão de Beck (*Beck Depression Inventory*); e a ansiedade por meio do Inventário de Ansiedade Traço e Estado (*State-Trait Anxiety Inventory*). Os achados mostraram que a resiliência moderou o risco de depressão e a ansiedade, assim como a ideia de cometer suicídio.

Estudo realizado com mulheres com HIV que sofreram trauma na infância teve como objetivo avaliar a relação entre sintomas depressivos e resiliência e investigar se a exposição ao trauma ou sintomas de estresse pós-traumático media essa relação. Participaram do estudo 95 mulheres que responderam: *Connor-Davidson Resilience Scale* (mensurar a resiliência); *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (mensurar a depressão); *The Childhood Trauma Questionnaire Short Form* (mensurar trauma na infância); *Davidson Trauma Scale* (mensurar estresse pós-traumático); e *Life Events Checklist* (mensurar eventos traumáticos na vida). Houve significativa correlação negativa entre sintomatologia depressiva e resiliência, sendo que os níveis mais elevados de resiliência foram associados com níveis mais baixos de depressão. Os autores sugerem que nessa amostra a

resiliência pode agir como um fator protetor contra o desenvolvimento da depressão (SPIES; SEEDAT, 2014).

Os estudos encontrados, em sua maioria, relacionam depressão e ansiedade, sendo escassos os estudos realizados com a resiliência e o apoio social. Mesmo assim, é evidente que os estudos apresentados reforçam que a resiliência proporciona efeito moderador na depressão.

Qualidade de vida

Dentre os estudos com a variável qualidade de vida relacionada com a resiliência, também foram considerados aqueles que abordaram o bem-estar e a qualidade de vida relacionada à saúde.

Estudo realizado no Brasil objetivou comparar resiliência, qualidade de vida e ansiedade de ex-atletas de alto rendimento de ginástica artística, de outros esportes e indivíduos não atletas. Participaram do estudo ex-atletas de ginástica artística (n=17), de outras modalidades (n=15) e indivíduos não atletas (n=30). Foram utilizadas as seguintes escalas e questionários: Inventário de Depressão de Beck (*Beck Depression Inventory*); Inventário de Ansiedade Traço e Estado (*State-Trait Anxiety Inventory*); Escala de Resiliência (*Resilience Scale – Wagnild & Young*); e Questionário de Qualidade de Vida SF-36®. Os resultados apontaram diferença significativa entre os grupos na resiliência, na ansiedade, no estado geral de saúde e aspectos emocionais da qualidade de vida, indicando que o grupo de ex-atletas apresentou maior resiliência e melhor aspecto emocional que não atletas. Os autores concluíram que o esporte parece favorecer a construção de um perfil mais resiliente, além de contribuir para melhor qualidade de vida (CEVADA et al., 2012).

Na Inglaterra foi desenvolvido estudo com pessoas que realizaram a cirurgia de reparo da Tetralogia de Fallot com o objetivo de explorar a relação entre capacidade de exercício, qualidade de vida relacionada à saúde e resiliência. Participaram 50 indivíduos, destes 16 eram crianças e 34 adultos. Foi realizado teste de esforço em bicicleta ergométrica e respondido os questionários de qualidade de vida relacionada à saúde para os adultos (*Health-related Quality of Life of Adults*) e para as crianças (*Health-related Quality of Life of Children*), bem como Escala de Resiliência (*Resilience Scale – Wagnild & Young*). Os achados mostraram que a capacidade de exercício esteve dois desvios padrões do normal para a maioria das crianças e adultos; os escores de qualidade de vida tanto para as crianças quanto para os adultos se mostraram similares com padrões normais de saúde e a resiliência foi fortemente correlacionada com todos os domínios da

qualidade de vida relacionada à saúde. Foi constatado também que os indivíduos com maior nível de resiliência possuíam melhor qualidade de vida relacionada à saúde (FRIGIOLA; BULL; WRAY, 2014).

Em estudo realizado com pessoas com diabetes, buscou-se determinar a relação entre resiliência e qualidade de vida, controlando as variáveis por características pessoais (gênero, idade e renda) e de doença (tempo de duração e valor da glicose). Os participantes (n=242) responderam questionário sociodemográfico, inventário de traço da resiliência (*State-trait Resilience Inventory*) e escala para avaliar a qualidade de vida (*WHO Quality of Life BREF*). Os resultados mostraram a resiliência como preditor de todos os aspectos relacionados à qualidade de vida de pessoas com DM e explicaram 17% da variância no funcionamento físico, 29% no funcionamento psicológico, 17% no funcionamento com ambiente, 30% na dimensão da vida social e 29% em termos de qualidade de vida global. A duração do DM apresentou efeito moderador na resiliência sobre todos os aspectos da qualidade de vida e explicou uma variação adicional de 4% no funcionamento físico, 5% em funcionamento psicológico, 3% em termos ambientais funcionando, 5% em dimensão social e 4% em qualidade geral de vida dos diabéticos. Sendo assim, os autores concluíram que a resiliência tem efeito positivo incondicional em todos os aspectos da qualidade de vida de pessoas com DM (NAWAZ; MALIK; BATOL, 2014).

Na China, foi desenvolvida pesquisa para estudar a relação entre resiliência e qualidade de vida com 970 pessoas com câncer no aparelho digestivo. Os instrumentos utilizados na coleta de dados foram: Escala de Resiliência (*Resilience Scale – Wagnild & Young*); Escala de Ansiedade e Depressão (*Hospital Anxiety and Depression Scale*); Inventário multidimensional de Fadiga (*Multidimension Fatigue Inventory Scale*); Questionário para avaliar a Qualidade de Vida de Pacientes com câncer (*The European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Questionnaire*). A resiliência explicou 33,2% da variância em distúrbios psíquicos, 16,1% da variância na fadiga e 1,23% da variância em efeitos colaterais. A relação entre resiliência e qualidade de vida foi estatisticamente significativa quando aflição, fadiga e efeitos colaterais psicológicos estiveram ausentes do modelo de regressão utilizado para análise, enquanto que, na análise do coeficiente de regressão ajustada, a resiliência não foi estatisticamente significativa. Os autores concluíram que a resiliência não é um preditor independente da qualidade de vida em pessoas com câncer digestivo, mas é o principal fator que influencia distúrbios psicológicos e seus efeitos (TIAN; HONG, 2014).

A partir dos estudos apresentados, constatamos que a resiliência foi considerada como importante preditor da qualidade de vida, sendo um construto capaz de provocar efeitos positivos nessa variável.

Esperança

Quando se trata da variável esperança, poucos estudos foram encontrados associados com a resiliência, apresentaremos três estudos que abordam outras variáveis aliadas à esperança e à resiliência.

Na Noruega, foi desenvolvido estudo com o objetivo de examinar a validade da Escala de Resiliência para Adultos (RSA) como preditor do nível de desesperança. Uma amostra de 532 saudáveis pessoas completou a Escala de Desesperança de Beck (*Beck Hopelessness Scale*); Eventos estressores da vida (*Stressful Life Events*); *Checklist* de Ansiedade e Depressão (*Hopkins Symptom Checklist-25*); Inventário de Personalidade (*Revised NEO Personality Inventory*); e Escala de Resiliência para Adultos (*Resilience Scale for Adults- RSA*). Os resultados indicaram que a escala de resiliência mensurou importantes fatores de proteção que predizem significativamente níveis mais baixos de esperança, mesmo quando analisados por idade, sexo, eventos de vida estressantes (HJEMDAL; FRIBORG; STILES, 2012).

Outro estudo procurou investigar os efeitos protetores da resiliência e da esperança na qualidade de vida de famílias que lidam com o trauma criminal pelo cárcere de um dos seus membros. Um questionário autoaplicável que incorpora sete variáveis (depressão, trauma, enfrentamento, resiliência, qualidade de vida, esperança, transtorno de estresse pós-traumático) foi administrado para 175 familiares. Os achados mostraram que dentre os fatores psicossociais, possuir uma experiência traumática anterior afetou significativamente o estresse pós-traumático, a depressão e a saúde física. A depressão e o transtorno de estresse pós-traumático afetam direta e indiretamente a qualidade de vida. O enfrentamento, a resiliência e a esperança são mediadores do transtorno de estresse pós-traumático e da depressão, sendo considerados preditores significativos na qualidade de vida (WU, 2011).

Na Turquia, foi realizado estudo com 1.169 meninos, pré-adolescentes jogadores de futebol juniores de um programa de esportes, para determinar as relações entre resiliência (*California Healthy Kids Survey*), esperança (*Children's Hope Scale*), autoestima (*Rosenberg Self-Esteem Scale*), locus de controle (*Nowicki-Strickland Locus of Control Scale*) e desempenho escolar (mensurado através da média escolar anual). Essas variáveis foram mensuradas por questionários

autoaplicados em um programa de treinamento de futebol. Os resultados sugeriram que aspectos pessoais, de resiliência familiar e da sociedade servem como fatores de proteção para elevar a esperança, autoestima e o desempenho escolar. Os autores enfatizaram que a resiliência tem efeitos diferenciais quando combinada com um locus de controle interno (ÇELIK; ÇETIN; TUTKUN, 2014).

Apesar dos estudos apresentados abordaram a esperança relacionada com demais variáveis, podemos considerar a partir dos resultados apresentados que a esperança pode ser um importante fator preditor da resiliência e contribuir para menores níveis de estresse e melhor qualidade de vida.

Adesão ao tratamento

Estudo realizado no Brasil avaliou a resiliência e comportamentos relacionados à adesão ao tratamento de pessoas com Lupus, investigando quais fatores comportamentais estão associados à resiliência. Participaram 40 mulheres que responderam ao questionário sociodemográfico, história de saúde e à escala de Resiliência (*Resilience Scale - Wagnild & Young*). Os achados mostraram que a resiliência foi associada com as variáveis: trabalho; compreendendo o Lupus; tentando descobrir a doença; seguir corretamente o tratamento; dificuldade de seguir o tratamento; e parar alguma atividade devido à doença. Na análise de correlação, a resiliência foi associada com a idade, número de horas de trabalho, duração de tratamento e tempo de diagnóstico da doença. Os autores concluíram que os participantes com alta resiliência tendem a seguir o tratamento corretamente, tentam compreender melhor a doença e aderem melhor ao tratamento para evitar riscos e promover fatores de proteção (FARIA et al., 2014).

O estudo de Slomka (2011) teve como objetivo avaliar a associação entre a resiliência e o estado clínico de 60 pessoas com doença renal crônica em hemodiálise. A resiliência foi mensurada através da Escala de Resiliência (*Resilience Scale - Wagnild & Young*) e o estado clínico foi avaliado pelo índice de Kt/V (clearance fracional de ureia), pela taxa de hemoglobina e do IMC. Os achados mostraram que não houve associação significativa entre resiliência e o estado clínico das pessoas, no entanto os autores perceberam leve tendência das pessoas com escore de resiliência mais elevados a apresentarem melhores condições de saúde. A associação de maior significância ocorreu a partir dos valores de resiliência e do IMC, em que aqueles que eram mais resilientes apresentaram o IMC dentro da normalidade.

Em um estudo piloto, do tipo quase experimental, realizado com 16 pessoas com diabetes do tipo 2, foram realizadas intervenções de educação em saúde para promover a resiliência e o manejo do DM no grupo intervenção, enquanto o grupo controle recebeu apenas intervenções sobre o manejo do DM. Os resultados demonstraram que no grupo intervenção houve potencialidade do programa oferecido para aumentar o empoderamento de pessoas com DM, o manejo da doença e a redução de peso nos participantes quando comparados ao grupo controle, no entanto como limitação os autores destacaram o baixo número de participantes e a não aleatoriedade dos sujeitos sugerindo que futuros estudos experimentais sejam realizados para aprofundar a temática (STEINHARDT et al., 2009).

Um ensaio clínico randomizado, realizado com 81 pessoas com DM do tipo 2 visando observar mudanças no controle do DM através de intervenções com estratégias de enfrentamento associadas à resiliência no grupo intervenção, demonstrou após três meses que esse grupo apresentou melhorias nos exames de HbA1c quando comparado aos resultados do grupo controle, o qual não recebeu intervenções com estratégias de enfrentamento associadas à resiliência (GREGG; CALLAGHAN; HAYES, 2007).

Essa busca na literatura científica apontou que a resiliência tem sido associada com variáveis como esperança, estresse, ansiedade, depressão, qualidade de vida e adesão ao tratamento em diferentes contextos clínicos, enfatizando a relevância dos estudos nessa temática.

Quando se trata da presença de uma condição crônica, os achados apresentados reforçam a existência das associações do construto da resiliência indicando melhores condições de saúde e bem-estar, bem como o efeito tampão proporcionado em sintomas do humor como ansiedade, depressão e estresse. No entanto, lacunas se mostraram presentes nas associações da resiliência com fatores sociodemográficos e condições de saúde, bem como na influência que aspectos psicossociais causam na resiliência.

Os estudos com pessoas com diabetes levantam importantes aspectos relacionando melhores escores de resiliência com adequado controle glicêmico (DENISCO, 2011; GREGG; CALLAGHAN; HAYES, 2007) e manejo da doença (STEINHARDT et al., 2009), mas também apontam a necessidade de futuros estudos com amostras maiores, inclusão de mais variáveis e identificação de intervenções para promover o construto nessa população.

Diante das considerações expostas, visualizamos que explorar o estudo da resiliência em pessoas com DM pode contribuir para

aprofundar relevantes aspectos do cuidado profissional de enfermagem, refletindo em condutas profissionais focadas para sustentar melhores atitudes acerca do autocuidado entre aqueles que convivem com essa cronicidade.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo transversal e correlacional, com amostra intencional. Os estudos transversais contemplam um período para a coleta de dados, são realizados em determinado ponto temporal, sendo apropriados para descrever e explorar o fenômeno em determinado momento (POLIT; BECK, 2011). Estudos correlacionais buscam explorar relações que possam existir entre as variáveis, sendo a predição o tipo de relação comumente estabelecida (FIELDS, 2014).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

Foi desenvolvido no município de Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina (SC), na Rede de Atenção Básica à Saúde vinculada ao SUS. O município conta com uma população de 421.240 habitantes e área de 675,409 Km², com 97,23% do seu território situados na Ilha de Santa Catarina (IBGE, 2012).

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o contato inicial dos usuários deve ser realizado pela Atenção Básica de Saúde, principal porta de entrada no SUS, em Unidades Básicas de Saúde (UBS) instaladas em locais de fácil acesso à comunidade, desempenhando papel central e garantindo o acesso a serviços de saúde de qualidade.

Com relação à estrutura organizacional dos serviços de atenção básica de saúde, o município de Florianópolis dispõe de cinco Distritos Sanitários (DS): Centro, Continente, Leste, Norte e Sul, compostos por 49 Centros de Saúde (CS); quatro policlínicas para atendimento médico e odontológico especializado; duas Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) que prestam atendimento 24h de urgência e emergência médica e odontológica (UPA Norte e Sul da Ilha); um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para atendimento de adultos, dois CAPS Álcool e Drogas e um CAPS para atendimento de crianças e adolescentes (PMF, 2014).

Os DS apresentam sua estrutura com o intuito de organizar o gerenciamento da rede de atenção à saúde em âmbito regional, buscando 100% de cobertura na territorialização em saúde (BRASIL, 2012). Os CS configuram-se como a porta de entrada da rede de atenção à saúde, distribuídos pelo território do município e organizados para prover os

serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) em conformidade com a PNAB.

Cada CS é constituído pela **equipe de saúde da família** (ESF) composta por: Agente Comunitário de Saúde (ACS), Auxiliar ou Técnico de Enfermagem, Enfermeiro e Médico de Família e Comunidade ou generalista; **equipe de saúde bucal** (EBS) composta por: Auxiliar e/ou Técnico de Saúde Bucal e Cirurgião-Dentista; **equipes de consultório de rua** (ECNR), as quais podem incluir em sua composição os seguintes profissionais: Enfermeiro, Psicólogo, Assistente Social e Terapeuta Ocupacional, Agente Social, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem, técnico em Saúde Bucal, Cirurgião-Dentista, profissional de Educação Física e profissional com formação em Arte e Educação; **profissionais apoiadores da saúde da família e outros profissionais não lotados no CS**, mas que prestam apoio às equipes mencionadas (FLORIANÓPOLIS, 2016).

Entre os serviços prestados nos CS estão a atenção integral e longitudinal dos moradores adscritos no território, atendimento à demanda espontânea de todas as pessoas que moram ou visitam o território e atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua (FLORIANÓPOLIS, 2016).

Os CS oferecem consultas médicas, odontológicas e do enfermeiro em todas as faixas etárias, atendimento em grupo, atendimento pela Equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); visita/atendimento domiciliar; procedimentos de enfermagem e odontológicos, imunização, práticas integrativas e complementares e farmácia básica.

No que condiz à atenção à saúde da pessoa com DM, as ESF seguem normativas preconizadas pelo Ministério da Saúde no atendimento a essa população. Entre os manuais que fornecem subsídios para o cuidado à pessoa com DM estão: Manual de Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus (BRASIL, 2001), o Cadernos de Atenção Básica n. 16 – Diabetes Mellitus (BRASIL, 2006) e Cadernos de Atenção Básica – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus (BRASIL, 2013). Recentemente foi criado o Protocolo de Enfermagem em Hipertensão, Diabetes e outros Fatores Associados a Doenças cardiovasculares – Volume I, o qual amplia a atuação clínica do enfermeiro, aumentando a autonomia no cuidado à pessoa com DM, incluindo em suas ações a solicitação do exame de glicemia de jejum no rastreamento de pessoas sem sintomas e na investigação clínica de pessoas sintomáticas. Além da solicitação de exames complementares, entre estes: HBA1C, colesterol total, colesterol HDL/LDL,

triglicérides, creatinina sérica, potássio, exame sumário de urina e microalbuminúria, permitindo, também, a renovação de medicamentos já prescritos pelo profissional médico (FLORIANÓPOLIS, 2015). Este protocolo está sendo implementado gradativamente a partir de 2015.

A seleção dos CS foi a partir da identificação dos dois Centros com maior número de pessoas com DM atendidas de cada Distrito Sanitário, conforme segue:

Quadro 1 – Distribuição por Distrito Sanitário de atendimentos com pessoas com DM realizados na Atenção Primária à Saúde de Florianópolis. Florianópolis, 2017.

| Distrito Sanitário | Centro de Saúde | Número de pessoas atendidas com DM |
|---------------------------|------------------------|---|
| Centro | Agronômica | 257 |
| | Trindade | 234 |
| Continente | Coloninha | 214 |
| | Estreito | 194 |
| Leste | Saco grande | 343 |
| | Itacorubi | 161 |
| Norte | Inglese | 260 |
| | Rio vermelho | 234 |
| Sul | Tapera | 224 |
| | Fazenda do Rio Tavares | 156 |

4.3 AMOSTRA

A população do estudo foi constituída de 6.251 pessoas com DM nos 49 CSs de Florianópolis, conforme registro do atendimento dos profissionais, no período de 01/09/2014 a 30/08/2015, obtidos através

do INFOSAÚDE¹, seguindo a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10)². Os códigos selecionados para a obtenção desse número de pessoas foram: E10 - Diabetes Mellitus Insulino-dependente; E11 - Diabetes Mellitus Não-insulino-dependente; E12 - Diabetes Mellitus Relacionado Com a Desnutrição; E13 - Outros Tipos Especificados de Diabetes Mellitus; E14 - Diabetes Mellitus Não Especificado; N08.3- Transtornos Glomerulares No Diabetes Mellitus; Z131 – Exame Especial de rastreamento de Diabetes Mellitus.

A escolha da população do estudo, realizada pelo número de atendimentos às pessoas com DM no ano de 2015, no município de Florianópolis, seguiu a indicação da Secretaria de Planejamento da Prefeitura Municipal de Florianópolis, sendo assim, optamos por essa seleção ao invés de utilizar o registro realizado pelos ACS, pois o número de ACS deveria ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com no máximo 750 pessoas por ACS (BRASIL, 2012). No entanto, a proporção de cobertura populacional estimada, no último ano, variou de 58,28% a 59,20%, sendo que o teto mínimo de ACS deveria ser de 1.083, mas o município tem credenciado pelo Ministério da Saúde 704 ACS em Florianópolis (BRASIL, 2015). A partir dessa informação fica evidente que o número de ACS é menor do que o esperado no município, podendo haver fragilidades no cadastro de pessoas com DM. Dessa forma, para que a amostra do estudo tivesse maior fidedignidade, seria preciso buscar a população a partir dos registros realizados no atendimento a essas pessoas, sendo selecionados os CIDs que incluíram toda e qualquer ação de saúde realizada na atenção primária do município com pessoas com DM, como forma de rastrear tal número de atendimentos no período selecionado, totalizando na população acima mencionada.

Para constituir a amostra (n) do estudo foi utilizado cálculo amostral através do *website* Sestatnet[®] (NASSAR et al., 2011), com intervalo de confiança de 95%, que indicou a amostra mínima de 362 pessoas.

¹ Dados fornecidos pela Secretaria de Planejamento da Prefeitura Municipal de Florianópolis.

² A CID 10 fornece códigos relativos à classificação de doenças e de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças. A cada estado de saúde é atribuída uma categoria única à qual corresponde um código CID 10.

O cálculo das pessoas que foram selecionadas por CS atendeu à proporcionalidade, calculada pelo SESTNET, conforme o quadro que segue:

Quadro 2 – Distribuição da amostra do estudo conforme Centro de Saúde. Florianópolis, 2017.

| Centro de Saúde | Número de pessoas atendidas com DM | Tamanho da Amostra |
|-------------------------------|---|---------------------------|
| Agropecuária | 257 | 41 |
| Trindade | 234 | 37 |
| Coloninha | 214 | 34 |
| Estreito | 194 | 31 |
| Saco Grande | 343 | 54 |
| Itacorubi | 161 | 26 |
| Inglezes | 260 | 41 |
| Rio vermelho | 234 | 37 |
| Tapera | 224 | 36 |
| Fazenda do Rio Tavares | 156 | 25 |
| Total | 2.277 | 362 |

Constituiu-se em uma amostra intencional, uma vez que não foi possível obter a relação das pessoas com DM em cada um dos CS para o sorteio, por restrição da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Salientamos tal fato como uma possível limitação do estudo, uma vez que as pessoas participantes foram aquelas que frequentavam o serviço de saúde, podendo possuir maior cuidado de si.

O acesso aos CS foi realizado inicialmente com contato prévio via telefone com o responsável pela chefia do Centro de Saúde. Posteriormente, foi agendada reunião com o Coordenador do CS para

detalhar os objetivos do projeto e explicar o desenvolvimento do mesmo. Após, autorizada a realização da coleta por parte do coordenador, as coletadoras de dados frequentaram as salas de espera e os grupos realizados nos CS para convidar as pessoas com diagnóstico de DM a participar do estudo, bem como explicar os objetivos e benefícios da pesquisa.

Após esse primeiro contato com os potenciais integrantes da amostra, com aqueles que aceitaram participar, foram agendadas entrevistas acordando o dia, o horário e o local, de acordo com a conveniência dos participantes. As entrevistas foram realizadas nos CS e também no domicílio dos participantes, conforme sua preferência.

Crítérios de inclusão e exclusão

Foram utilizados como critérios de inclusão: diagnóstico médico de DM estabelecido há no mínimo um ano; pessoas com DM cadastradas e atendidas em um CS de Florianópolis/SC; homens e mulheres com idade acima de 18 anos.

Como critérios de exclusão: não alcançar a pontuação mínima no teste de avaliação cognitiva do Mini Exame do Estado Mental (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975), considerando o ponto de corte 23/24 pontos para pessoas com escolaridade e entre 19/20 pontos para aqueles sem escolaridade (ANEXO A); possuir insuficiência renal crônica terminal (realizar diálise); possuir doença pulmonar obstrutiva crônica e diagnóstico de Câncer, isto em decorrência das doenças citadas podem provocar grande impacto para a pessoa, alterando a variável de interesse do estudo (resiliência). A aplicação do Mini Exame do Estado Mental se justifica pela necessidade de ter nível cognitivo adequado para responder aos questionários aplicados.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada pela autora deste projeto e sete coletadoras (alunas de cursos de graduação da área da saúde e /ou enfermeiras) que receberam treinamento para realizar a coleta. Cada coletadora recebeu uma mochila com um *kit* contendo o questionário sociodemográfico e de condições de saúde e as escalas que foram plastificadas e entregues para os participantes durante a entrevista. A duração da entrevista variou entre 45 minutos à uma hora.

A coleta de dados se sucedeu da seguinte maneira:

1) Realizada leitura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), o qual o participante assinou e permaneceu com uma cópia. O primeiro instrumento aplicado foi o Mini Exame do Estado Mental, por se tratar de um critério de exclusão, caso não atingisse a pontuação preconizada de acordo com sua escolaridade era finalizada a coleta;

2) Aplicação do questionário sociodemográfico e de condições de saúde;

3) Aplicação dos instrumentos, conforme sequência, para avaliar as seguintes variáveis: resiliência; estresse; ansiedade, depressão; apoio social; esperança; impacto do DM na qualidade de vida; autocuidado.

4) Fechamento da entrevista e agradecimento ao participante.

Todas as escalas foram impressas em letra adequada para leitura e plastificadas, sendo disponibilizada cópia para que o participante acompanhasse sua leitura pelo entrevistador. O entrevistador realizava a leitura de cada item da escala e as respectivas respostas possíveis, solicitando que a pessoa indicasse aquela que correspondia a sua opção. Ao término da aplicação foi aberto espaço para que o participante manifestasse suas dúvidas ou inquietações. Nenhum participante se manifestou após a entrevista. Desse modo garantiu-se que a aplicação seguiu a mesma forma com todas as coletadoras.

4.5 VARIÁVEIS

A seguir estão descritas e classificadas as variáveis do estudo, organizadas em: variáveis sociodemográficas, variáveis relacionadas a condições de saúde e variáveis psicométricas.

4.5.1 Variáveis sociodemográficas

✓ **Sexo** (qualitativa nominal - dicotômica): sexo do entrevistado, definido pela observação do pesquisador.

✓ **Idade** (quantitativa contínua): foi calculada com base na data de nascimento fornecida pelo indivíduo no momento da entrevista.

✓ **Religião** (qualitativa nominal): pertencer a um grupo com um conjunto de valores individuais e coletivos acerca de crenças relacionadas ao sobrenatural, sagrado ou divino: Católica, Evangélica, Espírita, outras religiosidades ou sem religião (IBGE, 2010). O dado foi obtido por meio de relato verbal do(a) entrevistado(a).

✓ **Situação Conjugal** (qualitativa nominal): foi considerado o estado civil e/ou união formal ou informal da pessoa com parceiro/a, considerando as seguintes categorias: solteiro(a), casado(a) /união estável, viúvo(a), divorciado(a) ou outros. O dado foi obtido por meio de relato verbal do(a) entrevistado(a).

✓ **Escolaridade** (quantitativa ordinal): foi considerada a última série concluída com aprovação, frequentada na rede oficial de ensino no Brasil. O dado foi obtido por meio de relato verbal da pessoa. Categorizada em: nunca estudou ou estudou até: 1ª série do ensino fundamental, 2ª série do ensino fundamental, 3ª série do ensino fundamental, 4ª série do ensino fundamental, 5ª série do ensino fundamental, 6ª série do ensino fundamental, 7ª série do ensino fundamental, 8ª série do ensino fundamental, ensino fundamental completo, 1ª série do ensino médio, 2ª série do ensino médio, 3ª série do ensino médio, ensino médio completo, 1º ano do ensino superior, 2º ano do ensino superior, 3º ano do ensino superior, 4º ano do ensino superior, 5º ano do ensino superior, ensino superior completo, especialização, mestrado, doutorado. O dado foi obtido por meio de relato verbal do(a) entrevistado(a).

✓ **Ativo economicamente** (qualitativa nominal - dicotômica): exercício de atividade laboral oficial ou informal remunerada. O dado foi obtido por meio de relato verbal do(a) entrevistado(a). Categorias: não possui trabalho remunerado; possui trabalho remunerado; aposentado(a) ou pensionista.

✓ **Renda mensal da pessoa** (quantitativa contínua): valor em reais que a pessoa recebe mensalmente, foi calculada com base no salário mínimo vigente no momento da entrevista (880 reais). O dado foi obtido por meio de relato verbal do(a) entrevistado(a).

✓ **Renda mensal familiar** (quantitativa contínua): valor em reais dos rendimentos mensais de todos os integrantes da família que residem no domicílio, foi calculada com base no salário mínimo vigente no momento da entrevista (880 reais). O dado foi obtido por meio de relato verbal do(a) entrevistado(a).

4.5.2 Variáveis relacionadas às condições de saúde

✓ **Tempo de diagnóstico do DM** (quantitativa contínua): período em anos após o recebimento do diagnóstico da doença, isto é, o tempo em que a pessoa tem o conhecimento de que possui o DM. O dado foi mensurado em anos e obtido por meio de relato verbal do(a)

entrevistado(a) acerca da data aproximada do recebimento do diagnóstico.

✓ **Hipertensão Arterial Sistêmica** (qualitativa contínua): presença ou não de HAS, obtida por meio de relato verbal do(a) entrevistado(a).

✓ **Complicações do DM** (qualitativa nominal): presença ou não de complicações do DM, obtido por meio de relato verbal do(a) entrevistado(a).

✓ **Outras doenças** (qualitativa nominal): presença ou não de outras obtido por meio de relato verbal do(a) entrevistado(a).

4.5.3 Variáveis psicométricas

✓ **Resiliência** (quantitativa discreta): foi avaliada a partir da aplicação da Escala de Resiliência de Connor-Davidson para o Brasil (RISC-BR), escala desenvolvida por Connor e Davidson (2003) e validada para o português por Solano et al. (2011).

✓ **Estresse** (quantitativa discreta): foi avaliada a partir da aplicação da Escala de Estresse Percebido, desenvolvida por Cohen (1983), traduzida e validada para a realidade brasileira por Luft et al. (2007).

✓ **Ansiedade e depressão** (quantitativa discreta): foi avaliada a partir da aplicação da Escala de Ansiedade e Depressão (HAD).

✓ **Apoio social** (quantitativa discreta): foi avaliada a partir da aplicação da Escala de Apoio Social.

✓ **Impacto do DM na qualidade de vida** (quantitativa discreta): foi avaliada a partir da aplicação da Escala de Problemas relacionados ao DM, na versão traduzida para o português por Gross et al (2007).

✓ **Esperança** (quantitativa discreta): foi avaliada a partir da aplicação da Escala de Esperança de Herth.

✓ **Autocuidado** (quantitativa discreta): foi avaliada a partir da aplicação do questionário traduzido e adaptado para o Brasil denominado “Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes” (QAD).

4.6 INSTRUMENTOS

A seguir, são descritos os instrumentos que foram utilizados no estudo para avaliar cada uma das variáveis selecionadas. Enfatizamos que as escalas apresentam confiabilidade e validade, asseguradas pelas

consistentes propriedades psicométricas como resultado de seus estudos de validação.

4.6.1 Questionário sociodemográfico e de condições de saúde

Consiste em um questionário contendo questões relativas às variáveis sociodemográficas e variáveis relacionadas às condições de saúde, elaborado pela pesquisadora (APÊNDICE A), tendo como referências estudos anteriores realizados pelo grupo de pesquisa NUCRON.

4.6.2 Questionário para avaliação do Estado Mental

Foi utilizado o Mini Exame do Estado Mental (FOLSTEIN; FOLSTEIN, MCHUGH, 1975), instrumento de aplicação multiprofissional, que permite a avaliação da função cognitiva e rastreamento de quadros demenciais. Composto por 10 itens, organizados nos seguintes domínios: orientação espacial (5 pontos), temporal (5 pontos), registro de 3 palavras (3 pontos); memória imediata e de evocação (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), linguagem-nomeação (8 pontos), capacidade construtiva visual (1 ponto). Apresenta pontuação máxima de 30 pontos, podendo variar com o mínimo de zero, indicando maior grau de comprometimento cognitivo até 30, indicando melhor capacidade cognitiva (LOURENÇO; VERAS, 2006). Neste estudo, utilizamos o ponto de corte determinado por Brucki et al. (2003): 20 pontos para analfabetos; 25 pontos para idosos com um a quatro anos de estudo; 26,5 pontos para idosos com cinco a oito anos de estudo; 28 pontos para aqueles com 9 a 11 anos de estudo; 29 pontos para aqueles com mais de 11 anos de estudo (ANEXO A).

4.6.3 Escala de Resiliência

Para a avaliação da resiliência foi utilizada a Escala de Resiliência de Connor e Davidson, internacionalmente intitulada como *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC) (2003). Após contato com os autores foi autorizado o uso e disponibilizada a versão adaptada e validada para a população brasileira, intitulada de Escala de Resiliência de Connor-Davidson para o Brasil (RISC-Br), (SOLANO et al., 2011). A escala foi avaliada com relação à confiabilidade e à validade (consistência interna, teste/ reteste, validade convergente e validade discriminante) e ao fator estrutural, sendo considerada como

tendo boas propriedades psicométricas, com valor de alfa de cronbach de 0,93, permitindo distinguir entre pessoas com maior ou menor resiliência. É composta por 25 itens, cada qual avaliado em uma escala de 0 a 4 pontos com escores mais altos refletindo maior resiliência: 0 = nem um pouco verdadeiro; 1 = raramente verdadeiro; 2 = às vezes verdadeiro; 3 = frequentemente verdadeiro; 4 = quase sempre verdadeiro. A pontuação pode variar de 0 a 100 pontos (CONNOR; DAVIDSON, 2003; SOLANO et al., 2011) (ANEXO B).

4.6.4 Escala de Estresse

Para avaliar o estresse foi utilizada a Escala de Estresse Percebido, desenvolvida por Cohen, Karmark e Mermelstein (1983), intitulada internacionalmente como *Perceived Stress Scale*, em sua versão traduzida e validada para a realidade brasileira, a qual obteve índice de confiabilidade de 0,82 (LUFT et al., 2007). O instrumento 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. 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 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, 1=3, 0=4” (COHEN; KARMARCK; MERMELSTEIN, 1983, p.387). A escala pode somar pontuações entre 0 e 56 pontos. Conforme a pontuação obtida, as somatórias inferiores a 25 indicam níveis toleráveis de estresse e valores acima de 25 níveis elevados (ANEXO C).

4.6.5 Escala de Ansiedade e Depressão

Para avaliar a ansiedade e a depressão foi utilizada a Escala Hospitalar para Ansiedade e Depressão (HAD), intitulada internacionalmente como *Hospital Anxiety and Depression Scale*, destinada a detectar estados de ansiedade e depressão em contextos clínicos e também transtornos do humor. A escala de HAD foi validada para a população brasileira, assumindo alfa de cronbach igual a 0,68 para a subescala de ansiedade e 0,77 para a subescala de depressão. A escala apresenta-se em 14 itens do tipo múltipla escolha, sete para ansiedade e sete para depressão (configurando duas subescalas), cada um dos itens pode ser pontuado de 0 a 3 pontos, sendo que cada

subescala pode atingir de 0 a 21 pontos, com maiores pontuações relacionadas a maiores níveis de ansiedade e depressão. O ponto de corte para cada subescala é igual a 8 pontos para ansiedade e 9 pontos para depressão (BOTEGA, 1995) (ANEXO D).

4.6.6 Escala de Apoio social

Para avaliar o apoio social foi utilizada a Escala de Apoio Social, internacionalmente intitulada como *Medical Outcomes Study Social Support Survey* (MOS-SSS). O instrumento foi traduzido e adaptado à cultura portuguesa por Fachado et al. (2007) e partir da versão portuguesa teve a validade de construto para a realidade brasileira através do estudo de GRIEP et al. (2005), apresentou consistência interna e alpha cronbach de 0,83 para todas as dimensões. Esta escala consta de 20 itens que avaliam o apoio social estrutural e funcional. O apoio social estrutural (rede de apoio) é avaliado através da questão inicial do instrumento: quantos amigos íntimos ou familiares próximos você tem? Para a avaliação funcional são consideradas quatro dimensões: apoio material, apoio emocional, apoio afetivo e interação social positiva, sendo esta parte do instrumento composta por 19 itens em uma escala tipo *Likert*, com pontuações variando de 1 (nunca) a 5 (sempre). Os escores variam de 19 a 95, com os escores mais altos representando melhor apoio social (FACHADO et al., 2007) (ANEXO E).

4.6.7 Escala de Esperança

Para avaliar a esperança foi utilizada a escala Escala de Esperança de Herth adaptada e validada para a língua portuguesa, sendo originada do instrumento americano *Herth Hope Index* (HERTH, 1991). A validação foi realizada por Sartore e Grossi (2008) e os participantes foram pessoas com doenças crônicas, dentre estas, pessoas com diabetes. A confiabilidade foi verificada através da análise da consistência interna demonstrada pelos resultados satisfatórios do coeficiente alpha de cronbach total de 0,834. O instrumento apresenta 12 afirmações com respostas em escala do tipo *Likert* com escores de 1 a 4 para cada uma delas, sendo as pontuações somadas ao final do questionário. As respostas possíveis e seus respectivos valores são: 1=Discordo completamente; 2=Discordo; 3=Concordo; 4=Concordo completamente. Os itens três e seis da escala apresentam escores invertidos. O valor obtido pode variar de 12 a 48 pontos, com valores

mais altos representando maior nível de esperança (SARTORE; GROSSI, 2008) (ANEXO F).

4.6.8 Escala de Problemas relacionados ao Diabetes

Este instrumento foi utilizado para avaliar o impacto do diabetes e do tratamento na qualidade de vida da pessoa. Essa escala também tem sido utilizada para mensurar o sofrimento das pessoas que convivem com o DM, internacionalmente recebe o nome de *Problems Areas in Diabetes* (PAID); avalia os problemas enfrentados no cotidiano com a doença em quatro dimensões: problemas com alimentação, apoio social, tratamento e emocionais. Os estudos apresentam sua aplicação para avaliar o impacto do DM na qualidade de vida (GROSS et al., 2007; SOUZA et al., 2012; CURCIO, LIMA, ALEXANDRE, 2011). Sua versão foi validada para a realidade brasileira por Gross et al. (2007), recebendo a abreviação de B-PAID, e apresentou boa consistência interna, com coeficiente alpha de cronbach total de 0,93. Está organizado em 20 questões que enfocam aspectos da qualidade de vida e problemas emocionais relacionados a viver com diabetes e seu tratamento. O B-PAID utiliza uma escala do tipo likert de cinco pontos, variando de: 0=não é problema; 1=pequeno problema; 2=problema moderado; 3=quase um problema sério; 4= problema sério. O escore total é alcançado pela soma das respostas 0-4 dados nos 20 itens e multiplicados por 1,25. O escore total varia de 0 a 100, um escore alto significa alto nível de sofrimento emocional (ANEXO G).

4.6.9 Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes

Para avaliar o autocuidado foi utilizado o “Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes” (QAD). A versão brasileira originou-se do instrumento “*Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire*” (SDSCA), autoria de Glasgow, Toobert e Hampson (2000), este sofreu tradução e adaptação transcultural por Michels et al. (2010) e apresentou propriedades psicométricas semelhantes a do instrumento original, garantindo validade e confiabilidade para avaliar a adesão ao tratamento por meio dos níveis de autocuidado em pessoas com DM. O questionário possui seis dimensões: alimentação geral, alimentação específica, atividade física, monitorização da glicemia, cuidados com os pés e medicação. A pontuação das respostas varia de zero a sete e corresponde aos comportamentos referentes aos últimos sete dias, em que zero indica situação menos desejável e sete a mais

desejável. Além desses questionamentos, possui três itens com relação ao tabagismo. Os escores mais altos indicam melhores performances das atividades de autocuidado (MICHELS et al., 2010) (ANEXO H).

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram organizados pela pesquisadora e sofreram dupla digitação no programa Programa *Statistical Package for Social Science SPSS*[®] versão 20.0 (IBM Corp. in Armonk, NY) por duas digitadoras previamente capacitadas. Para maior confiabilidade, foi realizada checagem automática de comparação do conjunto de dados verificando a consistência e amplitude através desse *software*, possibilitando, dessa forma, a identificação de inconsistências e correção da digitação dos dados.

Foram realizadas análises descritivas das variáveis de dispersão e tendência central, sendo a média, o desvio padrão, os valores máximos e mínimos calculados para as variáveis quantitativas. Foram geradas proporções para as variáveis categóricas.

Foi realizado teste de normalidade dos dados, sendo utilizado o *shapiro* e *kruska wallis*. Análises bivariadas a partir do teste-t foram utilizadas para comparar as médias entre variáveis contínuas.

Para todas as escalas utilizadas neste estudo foi realizada estatística de confiabilidade a partir do cálculo do alfa de Cronbach, apresentado no Quadro 3.

Quadro 3 – Apresentação do alfa de Cronbach das escalas utilizadas no estudo.

| Escala | Alfa de Cronbach |
|--|---|
| Escala de Resiliência | 0,856 |
| Escala de Estresse | 0,816 |
| Escala de Ansiedade | 0,809 |
| Escala de Depressão | 0,831 |
| Escala de Apoio Social | 0,956 |
| Escala de Esperança | 0,851 |
| Escala de Problemas relacionados ao DM | 0,928 |
| Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes | Não foi realizada devido à amplitude das respostas. |

Com o intuito de comparar as médias entre as variáveis de interesse, foi aplicado ANOVA unidirecional, sendo considerado o valor de $p < 0,05$ como valor de significância estatística. E, com o intuito de estudar a influência dos fatores de proteção na resiliência, foram realizadas correlações a partir de cálculos estatísticos de correlações com valor $p < 0,01$. A força das correlações foi verificada de acordo com a seguinte classificação: fraca ($r < 0,30$); moderada ($0,30 < r < 0,50$); forte ($r > 0,50$) (AJZEN; FISHBEIN, 1998).

No Quadro 4 são apresentadas de forma detalhada as análises realizadas entre as variáveis de interesse.

Quadro 4 – Descrição das análises estatísticas desenvolvidas no estudo.

| Variáveis | Testes aplicados |
|---|---|
| QT e variáveis qualitativas nominais | Normalidade e homocedasticidade nas duas categorias: foi efetuado o teste <i>T-Student</i> . Quando não ocorreu homocedasticidade, efetuou-se o teste <i>T-Student com variância não agregada</i> . Nos casos de três ou mais categorias com normalidade e homocedasticidade, efetuou-se o teste ANOVA teste <i>F</i> e para não homocedasticidade o teste <i>Anova de Kruskal Wallis</i> . |
| QT e qualitativas ordinais com duas categorias | Normalidade e homocedasticidade foi possível realizar o teste <i>T-Student</i> e para não homocedasticidade o teste <i>T-Student com variância não agregada</i> . |
| QT e qualitativas ordinais com três a cinco categorias | Normalidade e homocedasticidade foi realizado o ANOVA teste <i>F</i> e para não homocedasticidade o ANOVA de <i>Kruskal</i> |

| | |
|--|---|
| | <i>Wallis</i> . Para não normalidade foi realizado o teste <i>ANOVA de Kruskal Wallis</i> . |
| QT e outras variáveis quantitativas | Foi iniciado com a análise da normalidade dos dados por meio do teste <i>Qui-Quadrado de Aderência</i> . Para casos em que prevaleceu a normalidade de distribuição, aplicou-se a <i>Correlação de Pearson</i> . Nos casos que não houve a normalidade de distribuição, foi utilizada a <i>Correção de Spearman</i> . |

No intuito de explorar os preditores da resiliência em pessoas com DM, realizou-se análise de regressão múltipla. Existem inúmeros tipos de análises de regressão múltipla dependendo da natureza da questão que se pretende alcançar. Os três principais tipos são: regressão linear múltipla padrão, regressão linear múltipla hierárquica e a regressão linear múltipla passo a passo ou conhecida como *stepwise* (PALLANT, 2010).

Neste estudo foi realizada análise de regressão linear múltipla padrão, na qual todas as variáveis independentes ou preditoras são colocadas na equação simultaneamente. Cada variável independente é avaliada em termos de seu poder preditivo sobre a variável dependente, assim é possível saber qual a variância que esse preditor tem sobre a variável dependente, sendo possível ser explicado como grupo ou em blocos. Essa abordagem também aponta a variância que cada variável independente influencia a variável dependente (PALLANT, 2010).

O modelo de regressão deste estudo incluiu aspectos sociodemográficos e fatores psicossociais. Optou-se por incluir no modelo as variáveis que, ao serem associadas com a variável dependente (resiliência) do estudo, apresentaram valor de $p < 0,20$. Foi obtido o coeficiente de explicação (R^2) do modelo, as estimativas dos coeficientes de regressão, seus respectivos coeficientes padronizados (β), o t-valor e p-valor de cada variável do modelo. Também foi obtido o valor de F e seus graus de liberdade com o respectivo p-valor.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da UFSC e obteve aprovação, em oito de julho de 2014, sob parecer de número: 580.587 (ANEXO I). O número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) da pesquisa é: 21888614.4.0000.0121. Em virtude da ampliação do tamanho amostral, que inicialmente era de 120 pessoas, passando para 362, foi solicitada emenda ao CEP, com a aprovação sob parecer de número 1.960.220 (ANEXO J).

Para o desenvolvimento da pesquisa nos CS foi solicitada aprovação da Prefeitura Municipal de Saúde de Florianópolis, com aprovação em 26 de dezembro de 2013 (ANEXO K). Devido a ampliação amostral, nova aprovação foi recebida em 04 de março de 2016 (ANEXO L).

A pesquisa atendeu a todos os requisitos estabelecidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Com respeito à dignidade humana, a pesquisa foi realizada após esclarecimentos necessários aos participantes da pesquisa e assinatura do TCLE (apêndice b). durante todo o processo de pesquisa, os dados foram mantidos em sigilo e manuseados somente pelos envolvidos no projeto, sendo preservadas a imagem dos participantes e a confidencialidade, garantindo-se a não utilização dos dados em prejuízo de pessoas ou comunidades, garantindo também o respeito aos valores culturais, morais e religiosos dos participantes. o material impresso coletado nas entrevistas será arquivado por cinco anos nos arquivos do grupo de pesquisa NUCRON.

5 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa serão apresentados no formato de quatro manuscritos científicos, conforme metodologia adotada pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, tendo como intuito favorecer a divulgação da produção do conhecimento em saúde e enfermagem.

No entanto, o grande volume dos dados obtidos no estudo nos levou a apresentar previamente aos artigos o conjunto dos dados, em forma de tabelas, e que consta parcialmente nos manuscritos.

Tabela 1 – Características sociodemográficas da amostra do estudo. Florianópolis, 2015 a 2016.

| Local da entrevista | n | % |
|----------------------------|----------|----------|
| Domicílio | 101 | 27,9 |
| Centro de Saúde | 254 | 70,2 |
| Outro | 7 | 1,9 |
| Centro de Saúde | n | % |
| Agronômica | 41 | 11,3 |
| Trindade | 37 | 10,2 |
| Coloninha | 34 | 9,4 |
| Estreito | 31 | 8,6 |
| Saco Grande | 54 | 14,9 |
| Itacorubi | 26 | 7,2 |
| Inglese | 41 | 11,3 |
| Rio Vermelho | 37 | 10,2 |
| Tapera | 36 | 9,9 |
| Rio Tavares | 25 | 6,9 |
| Idade | | |
| Adulto (18 a 59 anos) | 126 | 34,8 |
| Idoso (Acima de 60 anos) | 236 | 65,2 |

| | | |
|-------------------------|----------|----------|
| 18 a 50 anos | 52 | 14,4 |
| 51 a 60 anos | 87 | 24,0 |
| 61 a 70 | 144 | 39,8 |
| 71 a 80 | 61 | 16,9 |
| >80 | 18 | 5,0 |
| Gênero | n | % |
| Feminino | 232 | 64,1 |
| Masculino | 130 | 35,9 |
| Religião | n | % |
| Não tem | 21 | 5,8 |
| Católica | 229 | 63,3 |
| Protestante | 4 | 1,1 |
| Espírita | 31 | 8,6 |
| Umbanda | 3 | ,8 |
| Evangélica | 55 | 15,2 |
| Outra | 19 | 5,2 |
| Hábito de rezar | n | % |
| Sim | 311 | 85,9 |
| Não | 51 | 14,1 |
| Estado Civil | n | % |
| Casado | 201 | 55,5 |
| Viúvo | 70 | 19,3 |
| Divorciado | 46 | 12,7 |
| Solteiro | 45 | 12,4 |
| Número de Filhos | n | % |
| Sem filhos | 30 | 8,3 |
| 1 – 2 | 143 | 39,5 |
| 3 – 4 | 128 | 35,3 |
| 5 – 6 | 38 | 10,5 |

| | | |
|----------------------------|----------|----------|
| > 7 | 23 | 6,4 |
| Sabe ler | n | % |
| Sim | 326 | 90,1 |
| Não | 36 | 9,9 |
| Anos de estudo | n | % |
| Não estudou | 24 | 6,6 |
| 1ª série | 10 | 2,8 |
| 2ª série | 13 | 3,6 |
| 3ª série | 38 | 10,5 |
| 4ª série | 69 | 19,1 |
| 5ª série | 24 | 6,6 |
| 6ª série | 9 | 2,5 |
| 7ª série | 4 | 1,1 |
| 8ª série | 34 | 9,4 |
| 1º Grau | 6 | 1,7 |
| 2º grau | 6 | 1,7 |
| 3º grau | 66 | 18,2 |
| Curso Técnico | 2 | ,6 |
| Ensino Superior | 36 | 9,9 |
| Ensino Superior Incomp. | 10 | 2,8 |
| Especialização | 6 | 1,7 |
| Mestrado | 3 | ,8 |
| Doutorado | 2 | ,6 |
| Ocupação | n | % |
| Não possui trabalho | 42 | 11,6 |
| Possui trabalho | 95 | 26,2 |
| Aposentado | 202 | 55,8 |
| Pensionista | 23 | 6,4 |

| Renda mensal familiar (n=354)* | n | % |
|---|----------|----------|
| Até 1SM | 50 | 14,1 |
| >1 SM até 3 SM | 131 | 37,1 |
| >3 SM até 6 SM | 121 | 34,1 |
| >6 SM | 52 | 14,7 |

* Salário Mínimo no Brasil R\$880,00 (2015 e 2016), n= 354 participantes.

Tabela 2 – Condições de saúde da amostra do estudo. Florianópolis, 2015 a 2016.

| Tempo de diagnóstico do DM | Média | DP |
|-----------------------------------|--------------|-----------|
| | 11,56 | 10,25 |
| | n | % |
| 1 a 5 anos | 140 | 38,7 |
| 6 a 10 anos | 86 | 23,8 |
| 11 a 20 anos | 73 | 20,2 |
| > 20 anos | 63 | 17,4 |
| Medicamentos | n | % |
| Não faz uso de medicamentos | 25 | 6,9 |
| Uso de medicamentos orais | 217 | 59,9 |
| Insulina | 35 | 9,7 |
| Medicamentos orais e insulina | 85 | 23,5 |
| Hipertensão | n | % |
| Sim | 247 | 68,2 |
| Não | 115 | 31,8 |
| Complicação do DM | n | % |
| Sim | 79 | 21,8 |
| Não | 283 | 78,2 |
| Complicação nos olhos | n | % |

| | | |
|--------------------------------|----------|----------|
| Sim | 56 | 15,5 |
| Não | 306 | 84,5 |
| Complicação nos pés | n | % |
| Sim | 20 | 5,5 |
| Não | 342 | 94,5 |
| Complicação nos rins | n | % |
| Sim | 17 | 4,7 |
| Não | 345 | 95,3 |
| Complicação no coração | n | % |
| Sim | 6 | 1,7 |
| Não | 356 | 98,3 |
| Complicação no cérebro | n | % |
| Sim | 3 | ,8 |
| Não | 359 | 99,2 |
| Outro problema de saúde | n | % |
| Sim | 160 | 44,2 |
| Não | 202 | 55,8 |

Tabela 3 – Distribuição das médias de Resiliência, Esperança, Apoio Social, Impacto do DM na qualidade de vida, Estresse, Ansiedade e Depressão. Florianópolis, 2017.

| Variável | Média | Desvio padrão | Mín. | Máx. |
|------------------------------------|--------------|----------------------|-------------|-------------|
| Resiliência | 80,5 | 14,0 | 23 | 100 |
| Esperança | 39,8 | 5,5 | 20 | 48 |
| Apoio Social | 90,1 | 16,1 | 20 | 100 |
| Impacto do DM na qualidade de vida | 29,0 | 25,1 | 0 | 100 |
| Estresse | 20,9 | 10,5 | 0 | 54 |
| Ansiedade | 5,8 | 4,5 | 0 | 21 |
| Depressão | 5,1 | 4,5 | 0 | 21 |

Tabela 4 – Correlações entre Resiliência e as variáveis: Esperança, Apoio Social, Impacto do DM na qualidade de vida, Estresse, Ansiedade, Depressão. Florianópolis 2015 a 2016.

| Variável | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|----------|----------|----------|---------|---------|--------|------|
| 1. Resiliência | 1,00 | | | | | | |
| 2. Esperança | 0,493** | 1,00 | | | | | |
| 3. Apoio Social | 0,395** | 0,443** | 1,00 | | | | |
| 4. Impacto do DM na qualidade de vida | -0,332** | -0,347** | -0,553** | 1,00 | | | |
| 5. Estresse | -0,531** | -0,418** | -0,326** | 0,485** | 1,00 | | |
| 6. Ansiedade | -0,436** | -0,440** | -0,405** | 0,510** | 0,700** | 1,00 | |
| 7. Depressão | -0,570** | -0,527** | -0,433** | 0,423** | 0,553** | ,625** | 1,00 |

**Correlação significativa com $p < 0,01$

Tabela 5 – Atividades de autocuidado da amostra do estudo conforme QAD. Florianópolis 2015 a 2016.

| Domínios do QAD | Média | DP |
|--|-------|------|
| Alimentação Geral | | |
| 1. Seguir uma dieta saudável | 4,80 | 2,49 |
| 2. Seguir a orientação alimentar | 3,34 | 3,00 |
| Média alimentação geral | 4,07 | 2,40 |
| Alimentação Específica | | |
| 3. Ingerir cinco ou mais porções de frutas/e ou vegetais | 5,19 | 2,31 |
| 4. Ingerir carnes vermelhas e/ou derivados do leite integral | 4,17 | 2,65 |
| 5. Ingerir doces | 1,62 | 2,05 |
| Média alimentação específica | 4,46 | 1,46 |

Atividade Física

| | | |
|--|------|------|
| 6. Realizar atividade física por pelo menos 30 minutos | 2,48 | 2,84 |
| 7. Realizar exercício físico específico | 1,99 | 2,69 |
| Média atividade física | 2,23 | 2,64 |

Monitorização da glicemia

| | | |
|---|------|------|
| 8. Avaliar o açúcar no sangue | 2,62 | 3,03 |
| 9. Avaliar o açúcar no sangue o número de vezes recomendado | 2,43 | 3,10 |
| Média monitorização da glicemia | 2,52 | 2,88 |

Cuidado com os pés

| | | |
|---|------|------|
| 10. Examinar os pés | 4,82 | 3,14 |
| 11. Examinar o interior dos sapatos antes de calçá-los | 4,25 | 3,35 |
| 12. Secar os espaços interdigitais depois de lavar os pés | 5,97 | 2,42 |
| Média geral para cuidado com os pés | 5,01 | 2,35 |

Medicação

| | | |
|--|------|------|
| 13. Tomar os medicamentos conforme recomendado (n=336) | 6,74 | 1,19 |
| 14. Tomar injeções de insulina conforme recomendado (n=120) | 6,78 | 1,13 |
| 15. Tomar o número indicado de comprimidos de diabetes (n=302) | 6,74 | 1,19 |

Tabagismo

| | n | % |
|--|-----|------|
| 15. Fumou no últimos sete dias? | | |
| Sim | 327 | 90,3 |
| Nao | 35 | 9,7 |
| 16. Quando fumou o seu ultimo cigarro? | | |
| Nunca Fumou | 206 | 56,9 |
| Há mais de dois anos atrás | 112 | 30,9 |
| De um a dois anos atrás | 10 | 2,8 |
| No último mês | 4 | 1,1 |
| Hoje | 30 | 8,3 |

Para a composição dos manuscritos foram selecionados os dados correspondentes aos objetivos estabelecidos. Dessa forma, foram compostos quatro manuscritos conforme consta no Quadro 5.

Quadro 5 – Manuscritos da tese

| Manuscritos | Título | Objetivo |
|--------------------|---|--|
| 1 | Associação entre resiliência, fatores sociodemográficos e psicossociais em pessoas com diabetes mellitus. | Verificar a associação entre fatores sociodemográficos, apoio social, esperança, impacto do DM na qualidade de vida e a resiliência de pessoas com diabetes. |
| 2 | Impacto do estresse, ansiedade e depressão na resiliência de pessoas com diabetes mellitus. | Verificar a associação entre estresse, ansiedade, depressão e a resiliência em pessoas com DM. |
| 3 | Preditores da resiliência em pessoas com diabetes mellitus: um estudo transversal. | Identificar fatores sociodemográficos e psicossociais preditores da resiliência em pessoas com DM |
| 4 | Autocuidado e resiliência em pessoas com diabetes mellitus. | Investigar a associação entre resiliência e autocuidado em pessoas com DM. |

5.1 MANUSCRITO 1 – ASSOCIAÇÃO ENTRE RESILIÊNCIA, FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E PSICOSSOCIAIS EM PESSOAS COM DIABETES MELLITUS

ASSOCIAÇÃO ENTRE RESILIÊNCIA, FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E PSICOSSOCIAIS EM PESSOAS COM DIABETES MELLITUS

RELATIONSHIP AMONG RESILIENCE, SOCIODEMOGRAPHIC AND PSYCHOSOCIAL FACTORS IN PEOPLE WITH DIABETES MELLITUS

ASOCIACIÓN ENTRE RESILIENCIA, FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y PSICOSSOCIALES EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS

RESUMO

Objetivo: verificar a associação entre fatores sociodemográficos, apoio social, esperança, impacto do DM na qualidade de vida e a resiliência de pessoas com diabetes. **Método:** estudo transversal realizado com 362 pessoas com diabetes atendidas na rede básica de saúde de um município do Sul do Brasil. Dados coletados por meio de questionário sociodemográfico, aplicadas escalas de apoio social, impacto do diabetes na qualidade de vida, esperança e resiliência. Foram realizadas análises descritivas e correlações bivariadas. **Resultados:** participaram 362 pessoas, com média de idade de 62 anos (DP=11,5), união estável (55,5%), crença religiosa (94,2%), aposentados (55,8%), ensino fundamental (55,5%) e renda de um até três salários mínimos (76%). O gênero ($p=0,015$), o hábito de rezar ($p=0,002$) e os anos de estudos ($p=0,015$) foram estatisticamente significativos com a resiliência. Foram evidenciadas correlações moderadas entre resiliência e a esperança ($r=0,493$), o apoio social ($r=0,395$) e o impacto do diabetes na qualidade de vida ($r=-0,332$). **Conclusão:** os homens se mostraram mais resilientes. Também apresentaram melhor resiliência pessoas com hábito de rezar diariamente e que possuíam mais de 13 anos de estudo. É possível que a enfermagem atue utilizando os fatores apresentados de modo a aprimorar a resiliência de pessoas com diabetes refletindo no manejo adequado da doença.

Descritores: Resiliência Psicológica; Enfermagem; Diabetes Mellitus.

ABSTRACT

Objective: to verify the relationship among sociodemographic factors, social support, hope, quality of life and resilience of people with diabetes. **Method:** cross-sectional study with 362 people with diabetes treated in the basic health network of a city in the South of Brazil. Data collected through a sociodemographic questionnaire, applied social support, diabetes impact on quality of life, hope and resilience scales. Descriptive analysis and bivariate correlations were performed. **Results:** 232 women (64.1%), mean age 62 years (SD = 11.5), stable union (55.5%), religious beliefs (94.2%), retirees (55,8%), elementary school (55.5%) and income of one to three minimum wages (76%). The gender ($p = 0.015$), the praying habit ($p = 0.002$) and the study years ($p = 0.015$) were statistically significant with resilience. Correlations between resilience and hope ($r = 0.493$), social support ($r = 0,395$) and the impact of diabetes on quality of life ($r = -0.332$) were evidenced. **Conclusion:** men were more resilient. People with a habit of praying daily who had more than 13 years of study also had better resilience. The protective factors studied showed a moderate correlation with resilience. It is possible for nursing to act using the factors presented to improve the resilience of people with diabetes by reflecting on the proper management of the disease.

Keywords: Psychological Resilience; Nursing; Diabetes Mellitus.

RESUMEN

Objetivo: verificar la asociación entre factores sociodemográficos, apoyo social, esperanza, calidad de vida y la resiliencia de personas con diabetes. **Método:** estudio transversal realizado con 362 personas con diabetes atendidas en la red básica de salud de un municipio del Sur de Brasil. Datos recopilados por medio de cuestionarios sociodemográficos, aplicados escalas de apoyo social, impacto de la diabetes en la calidad de vida, esperanza y resiliencia. Se realizaron análisis descriptivos y correlaciones bivariadas. **Resultados:** participaron 232 mujeres (64.1%), con promedio de edad de 62 años (DP = 11,5), unión estable (55,5%), creencia religiosa (94,2%), jubilados (55,8%), enseñanza fundamental (55,5%) y renta de uno hasta tres salarios mínimos (76%). El género ($p = 0,015$), el hábito de rezar ($p = 0,002$) y los años de estudios ($p = 0,015$) fueron estadísticamente significativos con la resiliencia. Se evidenciaron correlaciones entre resiliencia y esperanza ($r = 0,493$), el apoyo social ($r = 0,395$) y el impacto de la diabetes en la calidad de vida ($r = -0,332$). **Conclusión:** los hombres se mostraron más resilientes. También presentaron mejor

resiliencia a personas con hábito de rezar diariamente y que poseían más de 13 años de estudio. Los factores de protección estudiados presentaron una correlación moderada con la resiliencia. Es posible que la enfermería actúe utilizando los factores presentados para mejorar la resiliencia de las personas con diabetes que reflejan el manejo adecuado de la doença.

Descritores: Resiliencia Psicológica; Enfermería; Diabetes Mellitus.

INTRODUÇÃO

A resiliência vem sendo alvo de estudos na área da psicologia e em outras disciplinas da área da saúde desde a transição da década de 1970 para 1980. Neste período, pesquisadores americanos e ingleses estudaram os fenômenos que envolviam pessoas que permaneciam saudáveis mesmo passando por adversidades e/ou eventos traumáticos (BRANDÃO; MAHFOUD; GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2011; SOUZA; CERVENY, 2006).

Relevantes autores da temática conceituam o construto da resiliência como sendo a capacidade de se adaptar a situações adversas respondendo a determinado evento traumático da vida e saindo fortalecido (RUTTER, 1987; JACKSON; FIRTKO; EDENBOROUGH, 2007). Alguns autores consideram o dinamismo presente no construto da resiliência, admitindo que mudanças no nível individual de resiliência estejam atreladas ao desenvolvimento de cada pessoa (INFANTE, 2005).

No campo da investigação em saúde, a resiliência vem sendo explorada para, entre outros fins, conhecer como se expressa em pessoas que vivenciaram situações traumáticas (EDWARD, 2013; MO; LAU; GU, 2014). Quando se trata de estudos com condições crônicas de saúde, em pessoas com câncer, já foram constatadas relações entre resiliência, características sociodemográficas e atributos pessoais, como otimismo e suporte social (MOLINA et al., 2014). Para o diabetes mellitus (DM), os achados são restritos e pontuais a poucos estudos e consideram fatores sociodemográficos, de proteção, de risco no estudo da resiliência e até sugerem a resiliência como moderadora desses aspectos para essa população (HUANG, 2009), sugerindo futuros estudos para confirmar tais achados (STEINHARDT et al., 2009; HUANG, 2009).

Focalizamos neste estudo a resiliência de pessoas com DM, considerando que apesar de constituir uma condição crônica que pode trazer muitas mudanças na vida das pessoas (MUSTAPHA; HOSSAIN; LOUGHLIN, 2014; NUGENT et al., 2015), para algumas delas o DM

não tem um impacto expressivo levando-as a seguirem pouco o tratamento e não perceberem a implicância que isso pode haver em suas vidas (FARIA et al., 2014). No entanto, para outras pessoas, conviver constantemente com o risco de desenvolver severas complicações eminentes da doença e enfrentar o desafio do convívio com uma doença incurável, gera estresse e requer estratégias de enfrentamento que sejam efetivas (GROSS et al., 2004).

Analisando essas duas situações, temos refletido sobre a possibilidade da resiliência ser um construto de interesse para que os profissionais da saúde ajudem as pessoas com DM a lidarem melhor com sua condição de saúde. Torna-se relevante investigar que fatores poderiam estar relacionados com a resiliência nessas pessoas, considerando a complexidade da resiliência como um processo individual de manter o equilíbrio por longo período em que se enfrenta continuamente alguma adversidade (STURGEON; ZAUTRA, 2010).

Nesse contexto, o estudo foi desenvolvido com o intuito de aprofundar a temática considerando que a resiliência poderia ajudar a compreender melhor o processo de enfrentamento do DM como uma condição crônica, silenciosa, que requer cuidados específicos. A opção foi de relacionar o construto resiliência com fatores psicossociais que promovem influência de caráter positivo em pessoas em situação adversa, sendo que facilitam e/ou contribuem de alguma forma para sua adaptação frente às ocorrências em sua saúde.

Esses fatores dividem-se em condições individuais (autocontrole, autonomia, otimismo, autoestima, satisfação com a vida, expectativa de sucesso no futuro, esperança, sentimentos positivos, estabilidade emocional, capacidade para resolução de problemas, humor); condições familiares (estabilidade e qualidade nas relações, afeto, carinho, boa comunicação, flexibilidade, respeito, ausência de violência, mobilização para fornecer apoio); e a presença da rede de apoio (rede assistencial social e de saúde, constituição de bons relacionamentos com amigos/colegas de trabalho/vizinhos, suporte cultural) (STURGEON; ZAUTRA, 2010).

Para esse estudo, optou-se investigar a associação entre resiliência, características sociodemográficas e os seguintes fatores: esperança, apoio social e impacto do DM na qualidade de vida, através da aplicação de instrumentos que contemplem tais variáveis e forneçam subsídios, a partir dos domínios investigados, no estudo da resiliência para essa população. Considerando o exposto, o objetivo do estudo foi verificar a associação entre fatores sociodemográficos, apoio social,

esperança, impacto do DM na qualidade de vida e a resiliência de pessoas com DM.

MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional transversal realizado com pessoas com DM atendidas na Rede de Atenção Básica à Saúde vinculada ao Sistema Único de Saúde do município de Florianópolis – SC.

A população do estudo foi constituída por 6.251 pessoas com DM nos 49 Centros de Saúde (CSs) de Florianópolis, identificadas a partir do número de atendimentos, conforme registro dos profissionais de pessoas com DM, no período de 01/09/2014 a 30/08/2015, obtido através do INFOSAÚDE¹, seguindo a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10)². Para constituir a amostra do estudo foi utilizado cálculo amostral através do *website* Sestatnet[®] (NASSAR et al., 2011), com intervalo de confiança de 95%, que indicou a amostra mínima de 362 pessoas. A seleção dos CSs foi intencional, a partir da identificação em cada um dos cinco Distritos Sanitários do município os dois CSs com maior número de pessoas com DM atendidas.

Para a composição da amostra os critérios de inclusão foram: pessoas com diagnóstico médico de DM estabelecido há no mínimo um ano, cadastradas e atendidas em um CS de Florianópolis/SC; homens e mulheres com idade acima de 18 anos. Foram excluídos do estudo: pessoas que não alcançaram a pontuação mínima no teste de avaliação cognitiva Mini Exame do Estado Mental (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975), considerando o ponto de corte 23/24 pontos para pessoas com algum grau de escolaridade e entre 19/20 pontos para

¹Dados fornecidos pela Secretaria de Planejamento da Prefeitura Municipal de Florianópolis.

²A CID 10 fornece códigos relativos à classificação de doenças e de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças. A cada estado de saúde é atribuída uma categoria única à qual corresponde um código CID 10.

aqueles sem escolaridade; e pessoas com doença renal crônica terminal (realizavam diálise), doença pulmonar obstrutiva crônica e câncer, isto em decorrência das doenças citadas poderem provocar grande impacto na vida da pessoa, alterando a variável de interesse do estudo (resiliência). A aplicação do Mini Exame do Estado Mental se justificou pela necessidade do participante apresentar nível cognitivo para responder aos questionários aplicados.

Os participantes foram abordados pela pesquisadora principal e/ou sete coletadoras, previamente treinadas para a realização da coleta de dados, que empregaram formulários e procedimentos padronizados, nas salas de espera e nos grupos de educação em saúde e/ou de atividades realizados nos CSs que envolviam pessoas com DM. Primeiramente foi realizado o convite a participar do estudo e esclarecidos os objetivos do mesmo, permitindo que manifestassem seu desejo de participar ou não. Os interessados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados foi realizada nos meses de dezembro de 2015 a maio de 2016.

Foi elaborado pelas pesquisadoras questionário sociodemográfico (gênero, idade, religião, hábito de rezar, situação conjugal, anos de estudo, atividade laboral e renda mensal familiar) e clínico (tempo de diagnóstico da doença, presença de hipertensão arterial, uso de medicamentos, presença de complicações da doença de base). Para os dados referentes ao salário mínimo, é preciso considerar que oito pessoas optaram por não revelar o valor da renda familiar.

Para avaliar a **resiliência**, variável dependente neste estudo, foi utilizada a *Connor-Davidson Resilience Scale*, desenvolvida por Connor e Davidson (2003), após autorização dos autores, que encaminharam a versão validada para a população brasileira, designada como Escala de Resiliência de Connor-Davidson para o Brasil (RISC-Br). O instrumento possui 25 itens, em escala *likert* variando as respostas entre nem um pouco verdadeiro (zero) a quase sempre verdadeiro (quatro) cujos escores oscilam de zero a 100 pontos, com valores altos indicando alta resiliência. A escala foi avaliada em relação à consistência interna, teste/reteste, validade convergente e validade discriminante e ao fator estrutural e apresenta propriedade psicométrica satisfatória, permitindo distinguir entre pessoas com maior e menor resiliência.

O **apoio social** foi avaliado pelo Questionário *Medical Outcomes Study Suporte Survey- Social* (MOS-SSS) (SHERBOURNE; STEWART, 1991), instrumento traduzido e adaptado à cultura portuguesa por Fachado et al. (2007) e, a partir da versão portuguesa,

teve a validade de construto para a realidade brasileira através do estudo de GRIEP et al. (2005). Este questionário consta de 20 itens que avaliam o apoio social estrutural e funcional. O apoio social estrutural (rede de apoio) é avaliado através da questão inicial do instrumento: quantos amigos íntimos ou familiares próximos você tem? Para a avaliação funcional são consideradas quatro dimensões: apoio material, apoio emocional, apoio afetivo e interação social positiva, sendo esta parte do instrumento composta por 19 itens em uma escala tipo *Likert*, com pontuações variando de 1 (nunca) a 5 (sempre). Os escores variam de 19 a 95, com os escores mais altos representando melhor apoio social (FACHADO et al., 2007).

Para avaliar a **esperança** foi utilizada *The Herth Hope Index* adaptada e validada para a língua portuguesa por Sartore e Grossi (2008), com pessoas acometidas por doenças crônicas, entre estas, pessoas com DM. O instrumento apresenta 12 afirmações com respostas em escala do tipo *Likert*, as respostas possíveis e seus respectivos valores são: 1=Discordo completamente; 2=Discordo; 3=Concordo; 4=Concordo completamente. O valor obtido pode variar de 12 a 48 pontos, com valores mais altos representando maior nível de esperança (SARTORE; GROSSI, 2008).

Para avaliar o impacto do DM na qualidade de vida, optou-se pelo uso da escala ***Problem areas in diabetes (PAID)***, que avalia o impacto do DM e do tratamento na qualidade de vida da pessoa. A escala está organizada em quatro dimensões: problemas emocionais relacionados ao DM; problemas referentes ao tratamento; problemas relacionados à alimentação; e problemas com o apoio social. Estudos apresentam sua aplicação para avaliar o impacto do DM na qualidade de vida (GROSS et al., 2007; CURCIO, LIMA, ALEXANDRE, 2011). Sua versão foi validada para a realidade brasileira por Gross et al. (2007), recebendo a abreviação de B-PAID. Está organizado em 20 questões que enfocam aspectos da qualidade de vida e problemas emocionais relacionados a viver com DM e seu tratamento. O B-PAID utiliza uma escala do tipo likert de cinco pontos, variando de: zero (não é problema) a 4 (é um problema sério). O escore total varia de 0 a 100, um escore alto significa alto nível de sofrimento emocional.

Os dados coletados foram organizados pela pesquisadora e sofreram dupla digitação no programa Programa *Statistical Package for Social Science SPSS*[®] versão 20.0 (IBM Corp. in Armonk, NY) por duas digitadoras capacitadas. Para maior confiabilidade, realizou-se checagem automática de comparação do conjunto de dados verificando a consistência e a amplitude através desse *software*, possibilitando,

assim, a identificação de inconsistências e correção da digitação dos dados.

Foram realizadas análises descritivas, de dispersão e tendência central das variáveis, sendo a média, o desvio padrão, os valores máximos e mínimos calculados para as variáveis quantitativas. Foram geradas proporções para as variáveis categóricas. Para confirmar a normalidade dos dados, utilizou-se o teste *shapiro* e *kruska wallis*. Análises bivariadas a partir do teste-t foram utilizadas para comparar as médias entre variáveis contínuas. A ANOVA unidirecional foi usada para comparar mais de duas médias. A significância estatística foi determinada com um valor de $p < 0,05$. Para estudar a influência das variáveis na resiliência foram realizadas correlações a partir de cálculos estatísticos de correlações com valor $p < 0,01$. A força das correlações foi verificada de acordo com a seguinte classificação: fraca ($r < 0,30$); moderada ($0,30 < r < 0,50$); forte ($r > 0,50$) (AJZEN; FISHBEIN, 1998).

Foram respeitados todos os preceitos éticos determinados pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo aprovado pelo número do protocolo 550.587 e 1.960.220. Também obteve aprovação na Prefeitura Municipal de Florianópolis.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 362 pessoas que atenderam aos critérios de inclusão do estudo.

As características sociodemográficas dos participantes estão apresentadas juntamente com a diferença na distribuição da média de resiliência (Tabela 1).

Dentre as variáveis estudadas, a média da resiliência teve associação com o gênero ($p = 0,015$), em que os homens apresentaram média de resiliência maior (M: 82,93; DP: 12,29) do que as mulheres; hábito de rezar ($p = 0,002$), em que aquelas pessoas que declaram realizar essa prática diariamente apresentaram aproximadamente sete pontos a mais na média da resiliência quando comparadas com aquelas que não efetuam tal prática; e os anos de estudo ($p = 0,015$), sendo que as pessoas que relataram ter estudado mais de 13 anos apresentaram médias mais altas de resiliência (M: 84,14; DP: 11,09) quando comparadas com as demais que relataram menos anos de estudo (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição e diferenças da média de resiliência segundo características sociodemográficas (n=362). Florianópolis – SC, Brasil, 2015 a 2016.

| Variável | n(%) | Resiliência Média (DP) | P |
|--------------------------|-------------|-------------------------------|----------|
| Gênero | | | |
| Feminino | 232 (64.1%) | 79,18 (14,81) | 0,015* |
| Masculino | 130 (35.9%) | 82,93 (12,29) | |
| Faixa etária | | | |
| Adulto (18 a 59) | 126 (34,8) | 80,11(14,35) | 0,679* |
| Idoso (acima de 60) | 236 (65,2) | 80,75 (13,93) | |
| Religião | | | |
| Sem religião | 21 (5,8) | 80,57 (13,22) | 0,988* |
| Com religião | 341 (94,2) | 80,52 (14,13) | |
| Hábito de rezar | | | 0,002* |
| Sim | 311 | 81,45 (13,55) | |
| Não | 51 | 74,82 (15,85) | |
| Situação Conjugal | | | 0,052** |
| Casado | 201(55,5) | 81,33 (13,29) | |
| Viúvo | 70(19,3) | 76,55 (16,09) | |
| Divorciado | 46(12,7) | 80,73(15,67) | |
| Solteiro | 45(12,4) | 86,21 (9,98) | |
| | | | |
| Anos de estudo | | | 0,015** |
| 0 até 4anos | 154 (42) | 78,69 (14,84) | |
| 5 até 8 anos | 71 (20) | 78,69 (14,41) | |
| 9 até 12 anos | 80 (22) | 83,12(13,4) | |
| >13 anos | 57(16) | 84,14 (11,09) | |
| | | | 0,067** |

| | | |
|--|------------|---------------|
| Atividade Laboral | | |
| Não trabalha | 42 (11,6) | 76,04 (17,09) |
| Trabalha | 95 (26,2) | 82,03 (14,4) |
| Aposentado/ Pensionista | 225 (62,2) | 80,73 (13,14) |
| Renda mensal familiar(n= 354) | | 0,106** |
| até 1 SM [§] (880) | 50 (14,1) | 76,60 (16,04) |
| >1 até 3 SM [§] | 131 (37,1) | 81,60 (13,71) |
| >3 até 6 SM [§] | 121 (34,1) | 79,48 (13,98) |
| > 6 SM [§] | 52 (14,7) | 82,36 (12,55) |

*Test-t (IC 95%), **Anova (One-Way) $p < 0,05$

[§]Salário Mínimo no Brasil R\$880,00 (2015 e 2016), n= 354 participantes.

Foram efetuadas as médias das pontuações nas escalas de Resiliência, Esperança, Apoio Social e Impacto do Dm na Qualidade de vida e também os valores de correlação dessas variáveis com a resiliência (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das pontuações referentes às escalas: Resiliência, Esperança, Apoio Social e Impacto do Dm na Qualidade de vida e suas correlações com a resiliência. Florianópolis – SC, 2015 a 2016.

| Variável | Média | Desvio padrão | Mín. | Máx. | Correlação com a Resiliência |
|------------------------------------|-------|---------------|------|------|------------------------------|
| Resiliência | 80,5 | 14,0 | 23 | 100 | |
| Esperança | 39,8 | 5,5 | 20 | 48 | 0,493* |
| Apoio Social | 90,1 | 16,1 | 20 | 100 | 0,395* |
| Impacto do DM na qualidade de vida | 29,0 | 25,1 | 0 | 100 | -0,332* |

* Coeficiente de correlação de Pearson (Estatisticamente significativo $p < 0,01$)

As correlações das variáveis com a resiliência atingiram valores estatisticamente significativos ($p < 0,01$). A variável que apresentou melhor correlação foi a Esperança ($r: 0,493$; $p < 0,01$), correspondendo a uma correlação moderada. O Apoio Social teve correlação moderada ($r: 0,395$; $p < 0,01$), assim como o impacto do DM na qualidade de vida, porém esta se relacionou inversamente com a resiliência ($r: -0,332$; $p < 0,01$). Nenhuma das variáveis apresentou correlação fraca ($r < 0,30$), no entanto não foram constatadas correlações fortes ($r > 0,50$).

DISCUSSÃO

A partir da análise realizada foi constatado que a resiliência foi estatisticamente significativa quando suas médias foram analisadas quanto ao gênero, hábito de rezar e os anos de estudo dos participantes.

Outros estudos com pessoas com DM mostraram que a resiliência não apresentou relação significativa com o gênero (TAVARES et al., 2011; BOELL; SILVA; HEGADOREN, 2016), diferente do que foi encontrado neste estudo e no estudo de Yi-Frazier et al. (2010), uma vez que ambos apresentaram significância estatística, sendo que os homens se apresentaram mais resilientes do que as mulheres. Considerando

outras cronicidades, estudo realizado com pessoas que superaram o câncer também constatou que os homens tiveram melhor resiliência do que as mulheres (ANDRADE et al., 2013), assim como estudo realizado na China com pessoas com transtornos mentais (HUANG et al., 2014).

Quando se trata de religiosidade no campo da saúde, inúmeros estudos têm mostrado a relevância da crença religiosa na qualidade de vida de pessoas com doenças crônicas (VINACCIA; QUICENO; REMOR, 2012; RUSA et al., 2014; SHAH et al., 2011), entretanto, quando relacionada à resiliência, possuir crença religiosa não tem sido estatisticamente significativo, como mostra este estudo e outro (BOELL; SILVA; HEGADOREN, 2016). Todavia, o que entra em questão no presente estudo é que mesmo com a grande maioria declarando possuir religião, o que apresentou diferença estatística significativa com a resiliência foi o fato de praticar diariamente o hábito de rezar.

A resiliência também apresentou diferença estatística significativa com os anos de estudo, o que significa que ter estudado menos está relacionado à menor resiliência, ao contrário do que aponta estudo realizado com idosos, o qual não houve diferença estatisticamente significativa (FORTES; PORTUGUEZ; AGIMON, 2009), assim como também apresentado em outro estudo realizado com pessoas com DM (Yi-FRAZIER et al., 2010).

Quanto à associação entre resiliência e as demais variáveis sociodemográficas apresentadas neste estudo - faixa etária, situação conjugal, atividade laboral e renda - os achados vão ao encontro de outros estudos, os quais também não apresentaram correlação significativa entre essas variáveis (DENISCO, 2011; BOELL; SILVA; HEGADOREN, 2016; TAVARES et al., 2011). Cabe considerar, conforme os achados deste estudo, que mesmo não apresentando valores significativos, para as pessoas que não trabalhavam e possuíam menor renda, a resiliência esteve mais baixa, indicando a relevância de explorar tais variáveis em estudos futuros.

A pontuação média de resiliência obtida na amostra do estudo foi considerada alta e semelhante a de pessoas saudáveis, como mostrou o estudo de validação dessa escala (CONNOR; DAVIDSON, 2003). Estudos com pessoas com DM encontraram médias semelhantes, variando de 77,76 (DP: 12,56) (TAVARES et al., 2011), 79,8 (DP: 12,9) (BOELL; SILVA; HEGADOREN, 2016) e 83,18 (DP: 8,48) (STEINHARDT, 2009). Estudo com outra escala que avaliou a resiliência de pessoas com DM também encontrou médias altas de resiliência em mais da metade dos participantes (DENISCO, 2011).

Assim como a resiliência, a média da pontuação de esperança também foi alta, considerando a possibilidade de variação de 12 a 48 pontos. Esse resultado é semelhante ao estudo de validação desta escala para o português, aplicada em pessoas com DM (M: 40,46 DP: 4,88) e em pessoas com câncer (M: 41,57; DP: 4,60), nas quais a esperança foi mais alta (BALSANELLI; GROSSI, 2010). Em pessoas com outras condições crônicas, como entre aquelas que realizavam hemodiálise, a esperança apresentou-se mais baixa (M: 36,20; DP:2,90) (ORLANDI et al., 2012) e também entre mulheres com HIV/AIDS (M: 36,75; DP: 4,52) (ORLANDI; PRAÇA, 2013).

A pontuação do apoio social foi alta, considerando a média de 90,1 (DP:16,1), o que condiz com elevada percepção dessa variável na amostra, corroborando com achado na literatura referente a pessoas com DM (FIGUEIRA et al., 2012) e câncer (TRINDADE; HAHN, 2016).

A amostra apresentou bons resultados com relação à aplicação da escala B-PAID que dimensiona o impacto do DM na qualidade de vida, o que indica adequado bem-estar subjetivo das pessoas com DM, uma vez que pontuações acima de 40 sugerem esgotamento emocional perante a doença. O estudo de validação desta escala para uso na população brasileira apresentou média semelhante (GROSS et al., 2007).

A relação entre a resiliência e as variáveis mensuradas (esperança, apoio social, impacto do DM na qualidade de vida) foram estatisticamente significativos. Estudos têm apresentado a relevância da relação dessas variáveis com a resiliência (ÇELIK; ÇETIN; TUTKUN, 2015; HUANG, 2009).

A esperança tem sido apresentada como bom preditor da resiliência (HJEMDAL, 2012; WU, HUI-CHING, 2011) e também como fator de proteção (LLYOD; HASTINGS, 2009). O mesmo tem sido observado em estudos que consideram o apoio social como fator de proteção para resiliência (JULIANO; YUNES, 2014; HUANG, 2009), considerando que indivíduos mais resilientes possuem melhor apoio social (NEWTON-JOHN; MASON; HUNTER, 2014). Quanto à qualidade de vida, é preciso ressaltar que a escala aplicada reflete que médias abaixo de 40 pontos caracterizam menor impacto do DM na qualidade de vida conforme foi encontrado nesta pesquisa. Sendo assim, apesar da modesta magnitude das correlações, esses resultados sugerem que quanto maior a resiliência, menor o impacto do DM na qualidade de vida. Os achados do presente estudo e outros anteriormente apresentados indicam a importância de aprofundar a investigação dessas variáveis como relevantes no estudo da resiliência em pessoas com DM.

Este estudo apresentou como limitação o uso de questionários baseados no autorrelato dos participantes entrevistados. Outro fator limitante consistiu em não ter esgotado nesta investigação o conteúdo que abrange a temática de fatores sociodemográficos e fatores de proteção relacionados à resiliência.

CONCLUSÃO

Os fatores sociodemográficos que se relacionaram com pontuações mais altas de resiliência em pessoas com DM foram o gênero masculino, o hábito de rezar diariamente e possuir mais anos de estudo. Foi encontrada correlação moderada entre a resiliência e os fatores de proteção investigados: esperança, apoio social e impacto do DM na qualidade de vida.

Conhecer como os fatores apresentados se relacionaram com a resiliência de pessoas com DM possibilita que a enfermagem atue buscando novas estratégias de ações de saúde de modo a aprimorar a resiliência de pessoas com DM refletindo no manejo adequado do diabetes.

Há necessidade de futuros estudos para explorar outras variáveis que podem estar relacionadas à resiliência de pessoas com DM, bem como um “olhar atento” do enfermeiro para identificar e promover, a partir dos resultados apresentados, a resiliência de pessoas com DM e contribuir em suas condutas de saúde.

REFERÊNCIAS

AJZEN, J.; FISHBEIN, M. Overview. In: _____. **Understanding attitudes and predicting social behavior**. New Jersey: Prentice-Hall, 1998.

ANDRADE, Francine Pereira; MUNIZ, Rosani Manfrin; LANGE, Celmira, SCHWARTZ, Eda; GUANILO, Maria Elena Echevarria. Perfil sociodemográfico e econômico dos sobreviventes ao câncer segundo o grau de resiliência. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 476-484, June 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000200025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 Apr. 2017.

BALSANELLI, Alessandra Cristina Sartore; GROSSI, Sonia Aurora Alves; HERTH, Kaye Ann. Cultural adaptation and validation of the herth hope index for portuguese language: study in patients with chronic

illness. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 19, n. 4, p. 754-761, Dec. 2010 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000400019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 maio 2017.

BÖELL, J. E. W.; SILVA, D. M. G. V., HEGADOREN, K. M. Sociodemographic factors and health conditions associated with the resilience of people with chronic diseases: a cross sectional study. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, n. e2786, p. 1-9, 2016.

BRANDÃO, J. M.; MAHFOUD, M.; GIANORDOLI-NASCIMENTO, I. F. A construção d conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. **Paidéia**, v. 21, n.49, p. 263-271, maio-ago, 2011. Disponível em< <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v21n49/14.pdf>>. Acesso em 15 de jan. de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

ÇELIK, Duysal Aşkun; ÇETIN Fatih; TUTKUN, Erkut. The Role of Proximal and Distal Resilience Factors and Locus of Control in Understanding Hope, Self-Esteem and Academic Achievement among Turkish Pre-adolescents. **Curr Psychol.**, v. 34, p. 321-45, 2015.

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. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/da.10113/epdf>>.

CORATHERS, Sarah D.; KICHLER, Jessica C.; FINO, Nora F.; LANG, Wei; LAWRENCE, Jean M.; RAYMOND, Jennifer K. et al. High Health Satisfaction Among Emerging Adults With Diabetes: Factors Predicting Resilience. **Health Psychology**, v. 36, n. 3, 206 –214, 2017.

DENISCO, S. 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, 2011. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1745-7599.2011.00648.x/pdf>>.

EDWARD, Karen-leigh. Chronic illness and wellbeing: using nursing practice to Foster resilience as resistance. **British Journal of Nursing**, v. 22, n. 13, p. 741-6, 2013.

FACHADO, A. A.; MARTINEZ, A. M. ; VILLALVA, C. M.; PEREIRA, M. G. Adaptação cultural e validação da versão portuguesa Questionário Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOSS-SS). **Acta Med Port**, v.20, p. 525-533, 2007.

FARIA, H. T. G.; SANTOS, M. A.; ARRELIAS, C. C. A.; RODRIGUES, F. F. L.; GONELA J. T.; TEIXEIRA, C. R. S.; ZANETTI, M. L. Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP.**, v .48, n. 2, p.257-63, 2014.

FIGUEIRA, A. L.G.; VILLAS BOAS, L. C. G.; FREITAS, M. C. F.; FOSS, M. C.; PACE, A. E. Percepção do apoio social pela pessoa com Diabetes mellitus e úlceras nos pés. **Acta Paul Enferm.**, v. 25, (Número Especial 1), p. 20-6, 2012.

FORTES, T. F. R.; PORTUGUEZ, M. W.; ARGIMON, I. I. L. A resiliência em idosos e sua relação com variáveis sociodemográficas e funções cognitivas. 2009. **Estud Psicol.**, (Campinas) [Internet].; v. 26, n. 4, p. 455-63, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v26n4/06.pdf>. Acesso em: 21 jan 2014.

GRIEP, R. H. et al. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 703-714, June 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Oct. 2016.

GROSS, C.C. et al. Brazilian version of the problem areas in diabetes scale (B-PAID): validation and identification of individuals at high risk for emotional distress. **Diabetes Res clin Pract**, v.76, n.3, p.455-9, 2007.

HJEMDAL, O; FRIBORG, O; STILES, T. C. Resilience is a good predictor of hopelessness even after accounting for stressful life events, mood and personality (NEO-PI-R). **Scand J Psychol**, v. 53, p.174–180. 2012. Disponível em: < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9450.2011.00928.x/abstract;jsessionid=CB2C91B7341199984EA70152A42ABD88.f03t02>>. Acesso em: 12 jun 2016.

HUANG, M. F. **Resilience in chronic disease: the relationship among risk factors, protective factors, adaptive outcomes, and the level of resilience in adults with diabetes**. 310p. Tese. Queensland: University of Queensland, Austrália, 2009. Disponível em: < <http://eprints.qut.edu.au/30313/>>. Acesso em: 20 mar. 2015

HUANG, Chin-Yu; RU-RONG, Chen; KAN-YUAN, Cheng; SU-CHING, Sung. Exploring Resilience and Its Related Factors in Patients With Chronic Mental Illness. **Journal of Nursing & Healthcare Research**, v. 10, n. 2, p. 154-163, 2014.

IBM Corp. Released 2011. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. Armonk, NY: IBM Corp.

JACKSON, D.; FIRTKO, A.; EDENBOROUGH, M. Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. **J Adv Nurs.**, v. 60, n. 1, p. 1-9, 2007.

JULIANO, M. C. C.; YUNES, M. A. N. Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. **Ambiente & Sociedade [en linea]**, 2014, XVII (Julio-Septiembre). Disponível em:< <http://www.redalyc.org/articulo.oa?>>. Acesso em 10 de maio de 2017.

INFANTE, F. A resiliência como processo: uma revisão de literatura recente. In: Aldo Melillo, Elbio Néstor Suárez Ojeda e colaboradores. **Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas**. Porto Alegre: Artmed, 2005. p 23 – 38.

LLOYD, T. J.; HASTINGS, R. Hope as a psychological resilience factor in mothers and fathers of children with intellectual disabilities. **J Intellect Disabil Res.**, v. 53, n. 12, p.957-68, 2009.

MO, P. K. H.; LAU, J. T. F; YU, X.; GU, J. The role of social support on resilience, posttraumatic growth, hopelessness, and depression among children of HIV-infected parents in mainland China. **AIDS Care**, v. 26, n. 12, p. 1526-32, 2014.

MOLINA, Y.; Yi, J. C.; MARTINEZ-GUTIERREZ, J.; REDING, K. W.; YI-FRAZIER, J. P.; ROSENBERG, A. R. Resilience Among Patients Across the Cancer Continuum: Diverse Perspectives. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, v. 18, n. 1, p. 93–101, 2014.

MORESCHI, C.; REMPEL, C.; CARRENO, I.; SILVA, D. S. da; POMBO, C. N. F.; CANO, M. R. L.. Prevalência e Perfil das Pessoas com Diabetes cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). **Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza**, v. 28, n. 2, p: 184-190, abr./jun., 2015.

MUSTAPHA, W; HOSSAIN, Z. S.; LOUGHLIN, K. O. Management and Impact of Diabetes on Quality of Life among the Lebanese Community of Sydney: **A Quantitative Study. J Diabetes Metab.**, v. 5, n. 329, p: 1-10, .2014.

NEWTON-JOHN, T. R.; MASON, C.; HUNTER, M. The role of resilience in adjustment and coping with chronic pain. **Rehabil Psychol.**, v. 59, n. 3, p.360-5, 2014.

NUGENT, L. E.; CARSON, M.; ZAMMITT, N. N.; SMITH, G. D.; WALLSTON, K. A. Health value & perceived control over health: behavioural constructs to support Type 2 diabetes self-management in clinical practice. **J Clin Nurs**. [Internet].; v. 24, n. (15-16), p. :2201-10, 2015. Disponível em: <<http://Internetlibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12878/full>>. Acesso 11 jan 2016.

ORLANDI, F. de S.; PRAÇA, N. de S. A esperança na vida de mulheres com HIV/AIDS: avaliação pela Escala de Herth. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 141-148, 2013.

ORLANDI, F. de S. et al . Avaliação do nível de esperança de vida de idosos renais crônicos em hemodiálise. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 46, n. 4, p. 900-905, Aug. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000400017&lng=en&nrm=iso>. access on 09 May 2017.

RUTTER, M. Psychosocial resilience and protective mechanism. *Amer. J. Orthopsychiat.* v. 57, n. 3, 1987.

RUSA, S. G.; PERIPATO, G. I., PAVARINI, S. C. I.; INOUE, K.; ZAZZETTA, M. S.; ORLANDI, F. de S. Qualidade de vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais de adultos e idosos renais crônicos em hemodiálise. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22,n. 6, p. 911-7, 2014.

SARTORE, A.C.; GROSSI, S.A.A. Escala de Esperança de Herth – Instrumento adaptado e validado para a língua portuguesa. **Rev Esc Enferm USP**, v.42, n.2, p. 227-32, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000200003>.

SHAH, R. K. P; GROVER, S.; KUMAR, S.; MALHOTRA, R., TYAGI, S. Relationship between spirituality/religiouness and coping in patients with residual schizophrenia. **Qual Life Res.**, v. 20, p.1053-60, 2011.

SHEIKH, B. Abu; ARABIAT, D. H.; HOLMES, S. L.; KHADER, Y.; HIYASAT, D.; COLLYER, D.; ABU-SHIEKH, S. Correlates of treatment satisfaction and well-being among patients with type II diabetes. **Int Nurs Rev.**, 2017.

SHERBOURNE, C. D.; STEWART, A. L. The MOS social support survey. **Soc Sci Med**; v. 38, p. 705-14, 1991.

SOUZA, M. T. S.; CERVENY, C. M. de O. Resiliência psicológica: revisão da literatura e análise da produção científica. **Interam. j. psychol.**, Porto Alegre, v. 40, n. 1, abr. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-96902006000100013&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 15 jul de 2016.

STEINHARDT, M. A et al. A Resilience Intervention in African American Adults with Type 2 Diabetes: A Pilot Study of Efficacy.

Diabetes Educ., v.35, n.2, p.274–284, 2009. Disponível em .Acesso em 10 de ago 2017.

STURGEON, J. A.; ZAUTRA, A. J. Resilience: a new paradigm for adaptation to chronic pain. **Curr Pain Headache Rep.**, v. 14, n. 2, p. 105-12, 2010.

TAVARES, B.C. et al. Resiliência de pessoas com Diabetes Mellitus. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 20, n. 4, p. 751-757, Dec. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000400014&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Oct. 2015

TRINDADE, C. R. P. da; HAHN, G. V. Apoio Social ao doente oncológico com base na escala do Medical Outcomes Study. **Rev Enferm UFSM.**, v. 6, n. 1, p: 112-122, 2016.

VINACCIA, S., J. QUICENO M., REMOR. Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso en relación con la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos. **Anales de Psicología**, v. 28, n. 2, p.366-377, 2012.

WU, H. C. The protective effects of resilience and hope on quality of life of the families coping with the criminal traumatization of one of its members. **Journal of Clinical Nursing**, v.20, p.1906–1915, 2011. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21545570>>. Acesso em 5 de junho 2017.

YI-FRAZIER, J. P. et al. A Person-Focused Analysis of Resilience Resources and Coping in Diabetes Patients. **Stress and Health : Journal of the International Society for the Investigation of Stress**, v. 26, n. 1, p. 51–60, 2010.

5.2 MANUSCRITO 2 – IMPACTO DO ESTRESSE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO NA RESILIÊNCIA DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS

IMPACTO DO ESTRESSE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO NA RESILIÊNCIA DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS

IMPACTS OF STRESS, ANXIETY AND DEPRESSION ON RESILIENCE OF PEOPLE WITH DIABETES MELLITUS

IMPACTO DEL ESTRÉS, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LA RESILIENCIA DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS

RESUMO

Fatores psicossociais podem influenciar a capacidade das pessoas com diabetes mellitus (DM) de serem bem-sucedidas em suas estratégias de autocuidado. O objetivo foi verificar a associação entre estresse, ansiedade, depressão e a resiliência em pessoas com DM. Estudo transversal com pessoas com DM atendidas na Atenção Primária à Saúde em um município do sul do Brasil. A coleta de dados incluiu questionários sociodemográficos e clínicos, medidas de resiliência, ansiedade, depressão e estresse. Foram realizadas análises descritivas e correlações bivariadas. Participaram 362 pessoas, a maioria era do sexo feminino (64%) com idade média de 62,4 anos (SD 11,5), grande parte com ensino fundamental (56%) e baixa renda familiar (76%). A hipertensão foi relatada na maioria (68%). A duração média da doença foi de 11 anos (SD 10,2) e 21% relataram a presença de complicações relacionadas ao DM. Foram observadas correlações inversas fortes entre resiliência e estresse ($r = -0,531$) e depressão ($r = -0,570$), enquanto correlações inversas moderadas foram encontradas entre resiliência e ansiedade ($r = -0,436$). Os achados indicam a importância da resiliência e a necessidade de inclusão dos fatores psicossociais: estresse, ansiedade e a depressão, pelos profissionais de saúde, e mais especificamente como parte do cuidado de enfermagem. A resiliência esteve associada a esses fatores, no entanto o fortalecimento destes relacionados ao tratamento à saúde de pessoas com DM ainda é desafiador.

Palavras chave: Diabetes Mellitus; Resiliência; Fatores Psicossociais; Atenção à Saúde.

ABSTRACT

Psychosocial factors may influence the ability of people with diabetes mellitus (DM) to be successful in their self-management strategies. The objective was to verify the association between stress, anxiety, depression and resilience in people with DM. A cross-sectional study with people with DM attended at Primary Health Care in a municipality in the south of Brazil. Data collection included sociodemographic and clinical questionnaires, measures of resilience, anxiety, depression and stress. Descriptive analyzes and bivariate correlations were performed. There were 362 participants, most were female (64%) with a mean age of 62.4 years (SD 11.5), most with elementary education (56%) and low family income (76%). Hypertension was reported in the majority (68%). The mean duration of the disease was 11 years (SD 10.2) and 21% reported the presence of DM-related complications. Strong correlations between resilience and stress ($r = -0.531$) and depression ($r = -0.570$) were observed, while moderate correlations were found between resilience and anxiety ($r = -0.436$). The findings indicate the importance of resilience and the need to include the psychosocial factors: stress, anxiety and depression, by health professionals, and more specifically as part of nursing care. Resilience has been associated with these factors, but the strengthening of these related to the health treatment of people with DM is still challenging.

Keywords: Diabetes Mellitus; Resilience; Psychosocial Factors; Health Care.

RESUMEN

Los factores psicosociales pueden influir en la capacidad de las personas con diabetes mellitus (DM) de tener éxito en sus estrategias de autocuidado. El objetivo fue verificar la asociación entre estrés, ansiedad, depresión y la resiliencia en personas con DM. Estudio transversal con personas con DM atendidas en la Atención Primaria a la Salud en un municipio del sur de Brasil. La recolección de datos incluyó cuestionarios sociodemográficos y clínicos, medidas de resiliencia, ansiedad, depresión y estrés. Se realizaron análisis descriptivos y correlaciones bivariadas. Participaron 362 personas, la mayoría mujeres (64%) con edad media de 62,4 años (SD 11,5), gran parte con educación básica (56%) y baja renta familiar (76%). La hipertensión fue reportada en la mayoría (68%). La duración media de la enfermedad fue de 11 años (SD 10,2) y 21% relató la presencia de complicaciones relacionadas con el DM. Se observaron fuertes correlaciones entre resiliencia y estrés ($r = -0,531$) y depresión ($r = -0,570$), mientras que las

correlaciones moderadas fueron encontradas entre resiliencia y ansiedad ($r = -0,436$). Los hallazgos indican la importancia de la resiliencia y la necesidad de incluir los factores psicosociales: estrés, ansiedad y depresión, por los profesionales de la salud, y más específicamente como parte del cuidado de enfermería. La resiliencia estuvo asociada a estos factores, sin embargo el fortalecimiento de estos relacionados al tratamiento a la salud de personas con DM todavía es desafiante.

Palabras clave: Diabetes Mellitus; Resistencia; Factores Psicosociales; Atención a la Salud.

INTRODUÇÃO

A presença de uma doença crônica na vida de uma pessoa pode ter grande impacto, implicando em repensar seus hábitos e, até mesmo, a maneira como se percebe no mundo. Uma dessas doenças que tem desafiado a todos é o Diabetes Mellitus (DM), com alarmante incidência de casos, atingindo cerca de 387 milhões de pessoas no mundo. Apresenta alta morbimortalidade e risco de desenvolvimento de complicações agudas e crônicas, sendo apontado como um dos principais responsáveis pelo desenvolvimento de insuficiência renal, retinopatia, doenças cardiovasculares, doença arterial coronariana e amputação de membros inferiores (ADA, 2015; IDF, 2014).

O diabetes, apesar de ser objeto de muitas investigações científicas, permanece um desafio, envolvendo mais do que o uso de medicamentos e aparatos tecnológicos que vêm sendo desenvolvidos, pois requer mudanças comportamentais ligadas a uma decisão da pessoa. A aceitação dessas mudanças nem sempre é fácil, uma vez que também implica em mudanças no cotidiano e na forma como as pessoas organizam suas vidas, mesmo quando a doença e seus progressos não são visíveis. Assim, seu avanço em termos das complicações vem se estendendo, tornando-se um ônus para a sociedade e, especialmente, para as pessoas e suas famílias, que passam a viver com as difíceis complicações advindas da doença.

Considerando o exposto, o grupo de pesquisa NUCRON¹ vem investindo em estudos aspectos que possam contribuir para que as pessoas enfrentem melhor sua condição crônica e realizem as mudanças necessárias, buscando o adequado controle metabólico, de modo a viver de forma mais harmoniosa com a doença (RECKZIEGEL, 2014; CAMPOS, 2014; ARRUDA; SILVA, 2012; FRANCONI, 2010).

Na busca por encontrar opções para ajudar as pessoas a lidarem melhor com sua condição, visualizamos no construto da resiliência a

possibilidade de promover melhor enfrentamento a partir do desenvolvimento de suas próprias habilidades. A resiliência ainda é um construto com recentes pesquisas na literatura científica brasileira e na área da enfermagem, porém, na área da saúde, vem avançando com estudos, especialmente com situações traumáticas e, mais recentemente, com estudos com pessoas em condições crônicas de saúde (NEWTON-JOHN; MASON; HUNTER, 2014; TIAN; HONG, 2014; SONGPRAKUN; SLOMKA, 2011; Yi-FRAZIER et al., 2008). É considerada como a capacidade que a pessoa tem de superar eventos adversos e reagir de forma positiva perante situações incomuns que gerem desconforto físico, psíquico e emocional (RUTTER, 2012; LUTHAR; CICINATTI; BECKER, 2000).

Nesse contexto, fatores psicossociais e comportamentais, tais como o estresse e a ansiedade, implicam no controle do diabetes influenciando no comportamento para adesão do autocuidado e, conseqüentemente, aumentando o risco de complicações (AGHILI et al., 2016). Paralelamente a estes fatores, a convivência com o DM pode estar relacionada ao aparecimento da depressão, uma vez que exige mudanças nos hábitos de vida para o controle da doença. Além disso, pessoas com DM que têm depressão apresentam baixa adesão ao tratamento, falta de controle glicêmico e complicações aumentadas (MENDENHALL et al., 2014). Maiores exposições aos fatores mencionados, possivelmente, relacionam-se a pessoas menos resilientes, com comportamentos inadequados perante o tratamento da doença, podendo a avaliação da resiliência ser utilizada no levantamento de subsídios para intervenções comportamentais.

¹ Laboratório de Pesquisas e Tecnologias em Enfermagem e Saúde à Pessoas em Condição Crônica, grupo de pesquisa o as autoras no manuscrito são vinculadas.

Diante disso, conhecer como esses fatores – estresse, ansiedade e depressão – influenciam a resiliência de pessoas com diabetes pode trazer relevantes contribuições na prática dos profissionais de saúde, principalmente para o enfermeiro, que poderá favorecer a adesão ao tratamento das pessoas com DM, uma vez que promover a resiliência dessa população pode ser uma ferramenta importante, refletindo em efeitos positivos nos fatores psicossociais, atenuando a doença e propiciando melhores comportamentos de autocuidado e qualidade de vida naqueles que convivem com o DM.

Dessa forma, este estudo propõe a hipótese da presença da associação entre os fatores mencionados e a resiliência de pessoas com DM. Por isso, o objetivo do estudo foi verificar a associação entre estresse, ansiedade, depressão e a resiliência em pessoas com DM.

MÉTOD

Estudo de abordagem quantitativa, do tipo transversal e observacional, com amostra intencional. A população foi composta por pessoas com diabetes mellitus, atendidas na Atenção Primária à Saúde (APS), no período de dezembro de 2015 a maio de 2016, na cidade de Florianópolis - Santa Catarina. O município conta com 49 Centros de Saúde (CSs) divididos em cinco Distritos Sanitários (DSs) e para o estudo foram intencionalmente selecionados dois CSs de cada DSs, usando o critério de maior número de pessoas com DM atendidas nos CSs.

Segundo dados da Secretaria de Planejamento da Prefeitura Municipal de Florianópolis, entre o período de 01/09/2014 a 30/08/2015, foram registrados 6.251 atendimentos a pessoas com DM nos CSs e a partir desse dado foi calculada a amostra do estudo, através do *website* Sestatnet ® (NASSAR et al., 2011), com intervalo de confiança de 95%, que indicou a amostra mínima de 362 pessoas.

Para o estudo, foram incluídas pessoas com diagnóstico médico de DM estabelecido, cadastradas e atendidas em um CS do município, sendo homens e mulheres com idade acima de 18 anos. Foram excluídas do estudo pessoas que não alcançaram a pontuação mínima no teste de avaliação cognitiva do Mini Exame do Estado Mental, realizado pela necessidade do participante apresentar nível cognitivo adequado para participar do estudo, considerando o ponto de corte 23/24 pontos para pessoas com escolaridade e entre 19/20 pontos para aqueles sem escolaridade.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora principal do estudo e sete coletoras previamente treinadas para aplicação padronizada

dos instrumentos do estudo. O acesso às pessoas com DM se deu na sala de espera dos CSs, onde os participantes foram abordados e convidados a participar do estudo. Para aqueles que aceitaram e atenderam aos critérios de inclusão foi agendada entrevista, no CS ou no domicílio, conforme vontade do participante e após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A entrevista constituiu da aplicação de questionário sociodemográfico (idade, sexo, estado civil, escolaridade, religião, ocupação e renda mensal familiar) e de condições de saúde (tempo de diagnóstico da doença, presença de hipertensão arterial, presença de complicações da doença de base). Com relação a variável renda mensal familiar, é preciso considerar que 354 participantes responderam a esta pergunta, oito pessoas não se sentiram a vontade para declarar a renda da família. Foram selecionadas as seguintes escalas para avaliação da resiliência, estresse e de ansiedade e depressão:

Escala de Resiliência

A resiliência foi avaliada através da Escala de Resiliência de Connor e Davison (2003), por meio da versão validada para a população brasileira (SOLANO et al., 2011). Apresenta 25 itens, em escala *likert* variando as respostas entre nem um pouco verdadeiro (zero) a quase sempre verdadeiro (quatro) cujos escores oscilam de zero a 100 pontos, com valores altos indicando alta resiliência. A escala apresenta propriedade psicométrica satisfatória, permitindo distinguir entre pessoas com maior e menor resiliência.

Escala de Estresse

O estresse foi avaliado através da Escala de Estresse Percebido, desenvolvida por Cohen, Karmark e Mermelstein (1983), traduzida e validade para a realidade brasileira (LUFT et al., 2007). O instrumento 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. A escala pode somar pontuações entre 0 e 56 pontos. Conforme a pontuação obtida, as somatórias inferiores a 25 indicam **níveis toleráveis** de estresse e valores acima de 25 **níveis elevados** de estresse.

Escala de Ansiedade e Depressão

A ansiedade e a depressão foram avaliadas utilizando a Escala Hospitalar para Ansiedade e Depressão (HAD), também destinada a avaliar transtornos do humor. A escala HAD foi validada para a população brasileira. A escala apresenta-se em 14 itens do tipo múltipla escolha, sete para ansiedade e sete para depressão (configurando duas subescalas). Cada um dos itens pode ser pontuado de 0 a 3 pontos, sendo que cada subescala pode atingir de 0 a 21 pontos, com maiores pontuações relacionadas a maiores níveis de ansiedade e depressão. A HAD é uma escala para detectar o estado de ansiedade e depressão, a qual conforme o escore obtido classifica os pacientes em **diagnóstico improvável (0 a 7 pontos), possível (8 a 11 pontos) ou provável (12 a 21 pontos)** (BOTEGA et al., 1995).

Para análise de dados foi utilizado o Programa *Statistical Package for Social Science SPSS*[®] versão 20.0 (IBM Corp. in Armonk, NY). Desenvolvidas análises descritivas das variáveis de dispersão e tendência central sendo a média, o desvio padrão, valores máximos e mínimos calculados para as variáveis quantitativas. Foram geradas proporções para as variáveis categóricas. Para confirmar a normalidade dos dados foi utilizado o teste *shapiro* e *kruska wallis*. Análises bivariadas a partir do teste-t foram utilizadas para comparar as médias entre variáveis contínuas. A ANOVA unidirecional foi usada para comparar mais de duas médias. A significância estatística foi determinada com um valor $p < 0,05$. Para estudar a influência das variáveis na resiliência foram realizadas correlações, a partir de cálculos estatísticos de correlações com valor $p < 0,01$. A força das correlações foi verificada de acordo com a seguinte classificação: fraca ($r < 0,30$); moderada ($0,30 < r < 0,50$); forte ($r > 0,50$) (AJZEN; FISHBEIN, 1998).

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo aprovado pelo número do protocolo 550.587 e 1.960.220. e obteve também aprovação da prefeitura do município. Todos os preceitos éticos determinados pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) foram respeitados.

RESULTADOS

Participaram do estudo 362 pessoas com DM atendidas na APS do município de Florianópolis, com média de idade de 62,4 anos (DP: 11,5). As características sociodemográficas dos participantes estão apresentadas na Tabela 1. Com relação às condições de saúde, o tempo

médio de diagnóstico de DM referido foi de 11,56 anos (DP:10,25), apresentaram hipertensão arterial 247 (68,2%) participantes e referiram a presença de complicações do DM 79 (21,8%) participantes.

Tabela 1 – Caracterização Sociodemográfica da amostra do estudo. Florianópolis – SC, Brasil, 2015 a 2016.

| Variável | Amostra Total (n=362) n(%) |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| Gênero | |
| Feminino | 232 (64,1%) |
| Masculino | 130 (35,9%) |
| Religião | |
| Sem religião | 21 (5,8) |
| Com religião | 341 (94,2) |
| Situação Conjugal | |
| Casado | 201(55,5) |
| Viúvo | 70(19,3) |
| Divorciado | 46(12,7) |
| Solteiro | 45(12,4) |
| Escolaridade | |
| Nunca estudou | 24(6,6) |
| Ensino Fundamental (1ª a 8ª série) | 201 (55,6) |
| Ensino Médio | 90 (24,8) |
| Ensino Superior | 36(10,0) |
| Pós-Graduação | 11(3,0) |
| Ativo Economicamente | |
| Não trabalha | 42 (11,6) |
| Trabalha | 95 (26,2) |
| Aposentado | 202(55,8) |
| Pensionista | 23(6,4) |

Renda mensal familiar

| | |
|----------------|------------|
| Até 1 SM* | 50 (14,1) |
| >1 SM até 3 SM | 131 (37,1) |
| >3 SM até 6 SM | 121 (34,1) |
| > 6 SM | 52 (14,7) |

*SM=Salário Mínimo, no Brasil R\$880,00 (2015 e 2016), 354 participantes responderam a esta pergunta.

O escore de resiliência apresentou média de 80,5 (DP: 14,0). Para o estresse, a média foi de 20,9 (DP: 10,5). A ansiedade atingiu média de 5,8 (DP: 4,5) nos participantes, enquanto a média de depressão foi de 5,1(DP:4,5), conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição das pontuações das variáveis mensuradas no estudo.

| Variáveis | Média (DP) | Mediana (mín.-máx.) |
|-------------|-------------|---------------------|
| Resiliência | 80,5 (14,0) | 83,0(23,0-100,0) |
| Estresse | 20,9(10,5) | 20,0(0-54,0) |
| Ansiedade | 5,8(4,5) | 5,0(0-21,0) |
| Depressão | 5,1(4,5) | 4,0(0-21,0) |

Os valores médios e os desvios padrões de resiliência segundo estresse, ansiedade e depressão estão apresentados na Tabela 3. Foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre as médias de resiliência nas três variáveis analisadas ($p < 0,001$). A média do escore de resiliência em pessoas com estresse tolerável foi de 85 (DP: 10,4), aqueles com estresse elevado tiveram menores escores de resiliência com média de 71,4 (DP: 15,9). Os participantes com diagnóstico provável de ansiedade apresentaram médias menores quanto aos escores de resiliência, 68,9 (DP:16,39), assim como as menores médias de

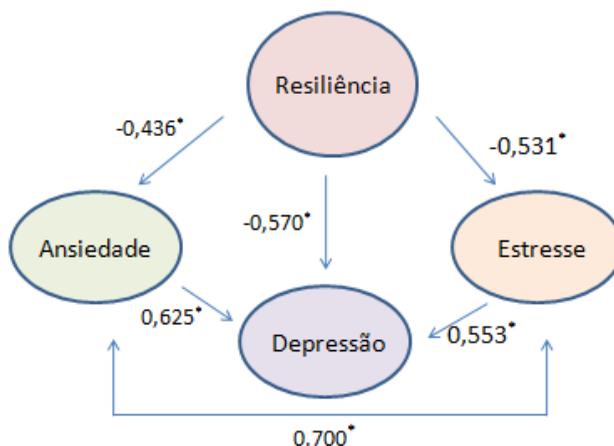
escore de resiliência, 63,0 (DP:14,2), associaram-se ao diagnóstico provável de depressão (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição da média de resiliência conforme estresse, ansiedade e depressão.

| Fatores psicossociais | Resiliência Média (DP) | P valor |
|------------------------------|-----------------------------------|----------------|
| Estresse | | |
| Tolerável | 85,0 (10,4) | <0,001* |
| Elevado | 71,4 (15,9) | |
| Ansiedade | | |
| Diagnóstico improvável | 83,9 (11,4) | <0,001† |
| Diagnóstico possível | 74,4 (16,4) | |
| Diagnóstico provável | 68,9 (16,39) | |
| Depressão | | |
| Diagnóstico improvável | 84,3 (11,5) | <0,001† |
| Diagnóstico possível | 74,4 (13,5) | |
| Diagnóstico provável | 63,0 (14,2) | |

p* proveniente do Teste t para Amostras Independentes; p† proveniente do Teste Análise de Variância (ANOVA).

Figura 1 – Correlações entre as variáveis e a resiliência.



*A correlação foi significativa, com resultados de $p < 0,001$

A resiliência apresentou correlação estatisticamente significativa com estresse, ansiedade e depressão ($p < 0,001$) (Figura 1). A resiliência apresentou correlação moderada e inversa com ansiedade ($r = -0,436$). Foram constatadas correlações fortes e inversamente proporcionais entre resiliência e depressão ($r = -0,570$), assim como resiliência e estresse ($r = -0,531$). Ao correlacionar as variáveis entre si, foram observadas correlações fortes, considerando a mais forte delas entre a ansiedade e o estresse ($r = 0,700$), seguida da correlação entre ansiedade e depressão ($r = 0,625$) e da correlação entre depressão e estresse ($r = 0,553$).

DISCUSSÃO

A resiliência tem se mostrado um construto significativo no cuidado às pessoas com condições crônicas (NEWTON-JOHN; MASON; HUNTER, 2014, NAWAZ; MALIK; BATOOL, 2014, TIAN; HONG, 2014), sendo foco deste estudo verificar a relação entre fatores psicossociais e a resiliência de pessoas com DM.

Por se tratar de um construto modificável, a resiliência tende a contribuir para que a pessoa mantenha sua estabilidade perante

condições agudas e crônicas de saúde, minimizando o processo de saúde-doença (SHRIVASTAVA; DESOUSA, 2016).

Estudos apontam a presença de médias altas para o escore de resiliência de pessoas com DM, bem como encontrado neste estudo, reforçando que a resiliência de pessoas com DM se equipara a de pessoas saudáveis (CONNOR; DAVIDSON, 2013; BOELL; SILVA; HEGADOREN, 2016; TAVARES et al., 2011; MOTTA; ROSA, 2016). No entanto, esses estudos não exploraram outras condições emocionais e psíquicas que poderiam modificar esses escores de resiliência.

As correlações encontradas na presente pesquisa entre os escores de resiliência, estresse, ansiedade e depressão em pessoas com DM foram inversas e significativas, oscilando entre moderadas e fortes. Estudos mostraram que, possivelmente, pessoas com doenças crônicas com escores menores de resiliência apresentam enfrentamento prejudicado e maior suscetibilidade ao estresse e também a sintomas de ansiedade, depressão, raiva e baixa autoestima (CAL et al., 2015; CARVALHO, 2016). Acreditamos, todavia, que estresse, ansiedade e depressão, se presentes nas pessoas com DM, podem influenciar na forma como elas lidam com sua condição.

Em estudo realizado com pessoas com câncer, escores mais altos de resiliência foram estatisticamente significativos com menor estresse, assim como encontrado neste estudo. Os autores sugeriram a avaliação do nível de resiliência com vista a adaptar intervenções buscando o aprimoramento individual desse construto e assim refletir positivamente no gerenciamento de sintomas psicológicos de pessoas com câncer (MATZKA et al., 2016).

Quando se trata do câncer de mama, forte correlação entre depressão e resiliência ($r = -0.562$, $p < 0.001$) foi observada, sendo essa correlação semelhante ao encontrado neste estudo, constantando que pessoas com níveis mais elevados de depressão têm níveis mais baixos de resiliência (RISTEVSKA-DIMITROVSKA et al., 2015).

Com relação apenas ao estresse, estudo realizado com mulheres com diabetes identificou média semelhante à encontrada em nosso estudo. Os achados da pesquisa destacaram que mulheres com níveis de estresse elevado apresentaram controle glicêmico alterado e maior sofrimento (LESSMANN; SILVA; NASSAR, 2011).

Em outro estudo, também realizado apenas com mulheres, foram encontradas correlações inversas entre escores de resiliência e depressão (HOLDEN et al., 2012). Escores altos de resiliência também foram associados inversamente com a depressão e outras desordens psiquiátricas, como a ansiedade (WAGNILD & COLLINS, 2009).

Corroborando com nosso achado, estudo apontou que a ansiedade traço e a resiliência apresentaram correlação negativa e moderada (MIN et al., 2012).

Ao associar a relação entre resiliência, ansiedade e depressão em pessoas hospitalizadas devido à doenças cardiovasculares foi constatado que os participantes com maiores escores de resiliência foram aqueles com diagnóstico improvável de depressão. Já aqueles participantes com sintomas depressivos apresentaram os menores escores de resiliência. No que condiz à ansiedade, as participantes do gênero feminino com diagnóstico de ansiedade apresentaram associações significativas com menores escores de resiliência (CARVALHO, 2016). A mesma realidade foi encontrada em nossos achados.

Estudo realizado com mulheres com HIV que buscou a associação entre depressão e resiliência corroborou com os resultados aqui apresentados, no qual menores escores de resiliência também foram correlacionados ao diagnóstico de depressão (SPIES G.; SEEDAT, 2014).

Identificamos associação entre os escores de resiliência e os fatores psicossociais: estresse, ansiedade e depressão, confirmados através das correlações e associações encontradas, que apontam para a depressão como aspecto de forte relação com a resiliência, contribuindo com as menores médias de resiliência para quem convive com DM. Recentemente, alguns estudos apontaram a relação de aspectos biológicos com o processo da resiliência, sugerindo modelos de resiliência que englobam o indivíduo, considerando aspectos emocionais, psicológicos e biológicos (RUTTEN et al., 2013; SHRIVASTAVA; DESOUSA, 2016).

Os achados deste estudo apontam que pessoas com DM apresentaram resiliência elevada semelhante à de pessoas saudáveis, no entanto, quando presentes sintomas do humor, como estresse, ansiedade e depressão, a resiliência se mostrou afetada.

De uma forma geral, as pessoas com DM apresentam maiores níveis de estresse e sintomas de depressão quando comparadas a pessoas saudáveis (SIDDIQUI, 2014; MENDENHALL et al., 2014; FISHER et al., 2007). Comumente, estudos que envolvem pessoas com DM focam na adesão ao tratamento isoladamente, poderiam, no entanto, focar em favorecer fatores psicossociais que contribuam para a resiliência da pessoa refletindo em estratégias bem-sucedidas de autocuidado (STEINHARDT et al., 2015).

Alguns estudos têm demonstrado que intervenções para o aprimoramento da resiliência contribuíram na melhora dos níveis de

hemoglobina glicada (HILL-BRIGGS et al., 2011; DENISCO, 2011), além de que pessoas com altos escores de resiliência tendem a seguir melhor o tratamento quando acometidas por uma doença crônica (FARIA et al., 2014).

CONCLUSÃO

Os achados deste estudo indicam a importância da resiliência e a necessidade de considerar a inclusão dos fatores psicossociais aqui estudados: estresse, ansiedade e a depressão, pelos profissionais de saúde, e mais especificamente como parte do cuidado de enfermagem. A resiliência esteve associada a esses fatores como demonstrado na presente pesquisa. No entanto, o fortalecimento desses fatores relacionados ao tratamento à saúde de pessoas com DM ainda é um tanto desafiador.

Incluir avaliações da resiliência, dos sintomas de alterações do humor, ansiedade e de apoio interpessoal na APS, como parte da rotina de cuidados, podem favorecer o tratamento. Essa temática ainda exige mais aprofundamentos para explorar as formas de atuação de profissionais de saúde considerando fatores psicossociais no atendimento de pessoas com DM.

Em alguns casos, a resiliência pode ser determinante dos comportamentos de autocuidado e influenciar naturalmente o cotidiano de quem convive com uma doença crônica; portanto, a associação entre resiliência e processo de doença deve ser considerada no sentido de procurar prestar maior atenção às intervenções que fortaleçam os aspectos positivos de resiliência na pessoa com doença crônica.

REFERÊNCIAS

AGHILL, R.; POLONSKY, W. H.; VALOJERDI A. E.; MALEK, M.; KESHTKAR, A. A.; ESTEGHAMATI, A.; HEYMAN, M.; KHAMSEH, M. E. Type 2 Diabetes: Model of Factors Associated with Glycemic Control. **Can J of Diabetes.**, v. 40, p, 424-430, 2016.

AJZEN, J.; FISHBEIN, M. Overview. In: _____. **Understanding attitudes and predicting social behavior**. New Jersey: Prentice-Hall, 1998.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION-ADA. Standards of Medical Care in Diabetes 2015. **Diabetes Care**, v. 38, 2015. Disponível em:

<<http://diabetes.teithe.gr/UsersFiles/entypa/STANDARDS%20OF%20MEDICAL%20CARE%20IN%20DIABETES%202015.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2014.

ARRUDA, C; SILVA, D.G.V. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, p. 758-766, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000500007>. Acesso em 15 jul 2017.

BÖELL, J. E. W.; SILVA, D. M. G. V., HEGADOREN, K. M. Sociodemographic factors and health conditions associated with the resilience of people with chronic diseases: a cross sectional study. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24:e2786, p. 1-9, 2016.

BOTEGA, N. J. et al. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 5, p. 359-363, Oct. 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101995000500004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 Out. 2015.

CAL, S. F.; SÁ, L. R. de; GLUSTAK, M. E.; SANTIAGO, M. B. Resilience in chronic diseases: A systematic review. **Cogent Psychology**, v. 2, n. 1024928, p. 1-9, 2015. CAMPOS, 2015.

CAMPOS, T. S. P. **Percepções das pessoas com diabetes mellitus acerca da doença e das complicações crônicas**. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2014.

CARVALHO, I. G. et al . Ansiedade, depressão, resiliência e autoestima em indivíduos com doenças cardiovasculares. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 24, e2836, 2016 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100432&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 Aug. 2017.

COHEN, S.; KARMARCK, T.; MERMELSTEIN , R.. A global measure of perceived stress. **Journal of Health and Social Behavior**, v.

24, n. 24, p. 385-96, 1983. Disponível em: <http://www.psy.cmu.edu/~scohen/globalmeas83.pdf>. Acesso em 02 de abril de 2017.

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. Disponível em: < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/da.10113/epdf>>.

DENISCO, S. 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, 2011. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1745-7599.2011.00648.x/pdf>>.

FARIA, D. A. P.; REVOREDO, L. S. R.; VILAR, M. J.; MAIA, E. M. C. Resilience and Treatment Adhesion in Patients with Systemic Lupus Erythematosus. **The Open Rheumatology Journal**, n. 8, p. 1-8, 2014.

FISHER, L. et al. Clinical depression versus distress among patients with type 2 diabetes. *Diabetes care*, v. 30, n. 2, p. 542-48, 2007.

FRANCIONI, F. F. **Compreendendo o processo de viver com diabetes mellitus em uma comunidade de Florianópolis, Santa Catarina**: das práticas de autoatenção ao apoio social. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2010

HILL-BRIGGS, F. et al. Effect of problem-solving-based diabetes self-management training on diabetes control in a low income patient sample. **J Gen Intern Med.**, v. 26, p. 972-8, 2011.

HOLDEN, K. B. et al. Prevalence and Correlates of Depressive Symptoms and Resiliency among African American Women in a Community-Based Primary Health Care Center. **Journal Of Health Care For The Poor And Underserved**, v. 24, n. 4, p.79-93, 2013. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4020280/>>.

IBM Corp. Released 2011. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. Armonk, NY: IBM Corp.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. IDF. **Diabetes Atlas**: sixth edition, 2014. Disponível em: <http://www.idf.org/sites/default/files/Atlas-poster-2014_EN.pdf>. Acesso em: 30 jul 2015.

LESSMANN, J. C.; SILVA, D. G. V.; NASSAR, S. M. Women with type 2 diabetes mellitus: sociodemographic profile, biometrics and health. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, p. 81-86, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000800013>. Acesso 28 jul 2016.

LUFT, Caroline Di Bernardi et al . Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 41, n. 4, p. 606-615, Aug. 2007 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000400015&lng=en&nrm=iso>. Access em 02 abr 2017.

LUTHAR, S. S.; CICINATTI, D.; BECKER, B. The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. **Child Development**, 71, p. 534 – 562, 2000.

MATZKA, M. Et al. Relationship between Resilience, psychological distress and physical activity in cancer patients: a cross-sectional observation study. **PLoS ONE** 11, v. 4, n. e0154496, p. 1-13, 2016.

MENDENHALL, E.; NORRIS, S. A.; SHIDHAYE, R.; PRABHAKARAN D. Depression and Type 2 Diabetes in Low and Middle Income Countries: A Systematic Review. **Diabetes research and clinical practice.**; 2014;103(2):276-285. doi:10.1016/j.diabres.2014.01.001.

MIN, J. A.; LEE, N. B.; LEE, C. U.; LEE, C.; CHAE, J. H. Low trait anxiety, high resilience, and their possible interaction as predictors for treatment response in patients with depression. **J Affect Disord.**, v. 137, n.(1-3), p. 61-9, 2012.

MOTTA, B. F. B.; ROSA, J. H. S. Aspectos sociais da resiliência em pacientes com diabetes mellitus tipo II. **Revista Científica Fagoc Saúde**, v. I, p. 27-36, 2016.

NASSAR, et al. SEstatNet - Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. [Internet]. Florianópolis-SC: Universidade Federal de Santa Catarina; 2011. Disponível em: <http://www.sestatnet.ufsc.br>. Acesso em 08 de jul de 2015.

NAWAZ, A.; MALIK, J. A.; BATOOL, A. Relationship between resilience and quality of life in diabetics. **Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan: JCPSP**, v. 24, n. 9, p. 670-675, 2014. Disponível em: <<http://www.jcpsp.pk/archive/2014/Sep2014/15.pdf>>. Acesso em 15 mar 2016.

NEWTON-JOHN, T. R.; MASON, C.; HUNTER, M. The role of resilience in adjustment and coping with chronic pain. **Rehabil Psychol.**, v. 59, n. 3, p. 360-5, 2014.

RECKZIEGEL, J. C. L. **Resiliência e adesão ao tratamento do diabetes mellitus em mulheres**. 2014. 200p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2014.

RISTEVSKA-DIMITROVSKA, G.; STEFANOVSKI, P.; SMICHKOSKA, S., RALEVA M.; DEJANOVA B. Depression and Resilience in Breast Cancer Patients. **OA Maced J Med Sci.** ; v. 3, n. 4, p:661-665. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3889/oamjms.2015.119>. Acesso em: 18 de setembro de 2017.

RUTTEN, B. P.; HAMMELS C.; GESCHWIND N.; MENNE-LOTHMANN, C.; PISHVA, E.; SCHRUERS, K.; WICHERS, M. Resilience in mental health: Linking psychological and neurobiological perspectives. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, n.128, p. 3–20, 2013.

RUTTER, M. Implications of resilience concepts for scientific understanding. **Annals of the New York of Sciences**, 1094, 1- 12, 2006.

RUTTER, M. Resilience as a dynamic concept. **Development and Psychopathology**, n. 24, p. 335-344, 2012.

SHRIVASTAVA, A.; DESOUSA, A. Resilience: A psychobiological construct for psychiatric disorders. **Indian Journal of Psychiatry**, v. 1, n. 58, p.38-43, 2016.

SIDDIQUI, SAMREEN. Depression in type 2 diabetes mellitus - a brief review. **Diabetes and metabolic Syndrome: Clinical Research and Reviews**, v. 8, p. 62-65, 2014.

SLOMKA, L. Associação entre o nível de resiliência e o estado clínico de pacientes renais crônicos em hemodiálise. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 34, p. 23-37, jan./jul., 2011. Disponível em<<http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/viewFile/1205/1570>>. Acesso em 12 de agosto de 2015

SONGPRAKUN, W.; MCCANN, T. V. Effectiveness of a self-help manual on the promotion of resilience in individuals with depression in Thailand: a randomised controlled trial. **Bmc Psychiatry**, v. 12, n. 1, p.12-, 2012. Disponível em:< <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12/12>>. Acesso em: 18 Ago. de 2015.

SPIES G.; SEEDAT, S. Depression and resilience in women with HIV and early life stress: does trauma play a mediating role? A cross-sectional study. **BMJ Open.**, v. 4:e004200, 2014.

STEINHARDT, M. A. et al. Positivity and indicators of Health among African Americans with Diabetes. **Am J Health Behav.**, v.39, n. 1, p. 43-50, 2015.

TAVARES, B. C. et al . Resiliência de pessoas com Diabetes Mellitus. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 20, n. 4, p. 751-757, Dec. 2011 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 aug. 2017.

TIAN, J.; HONG, J. Assessment of the relationship between resilience and quality of life in patients with digestive cancer. **World journal of gastroenterology: WJG**, v. 20, n. 48, p. 18439-18444, 2014.

WAGNILD, G. M., COLLINS, J. A. Assessing resilience. **Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services**, v. 47, p. 28–33, 2009.

Yi-FRAZIER, J. P.; VITALIANO, P.P.; SMITH, R. E.; Yi, J. C.; WEINGER, K. The role of resilience on psychological adjustment and physical health in patients with diabetes. **Br J Health Psychol.** v. 13, n. 2, p. 311–325, 2008.

5.3 MANUSCRITO 3 – PREDITORES DA RESILIÊNCIA EM PESSOAS COM DIABETES MELLITUS: UM ESTUDO TRANSVERSAL

PREDITORES DA RESILIÊNCIA EM PESSOAS COM DIABETES MELLITUS: UM ESTUDO TRANSVERSAL

PREDICTORS OF RESILIENCE IN PEOPLE WITH DIABETES MELLITUS: A CROSS STUDY

PREDITORES DE LA RESILIENCIA EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS: UN ESTUDIO TRANSVERSAL

RESUMO

A resiliência é um construto com potencial para ajudar as pessoas com diabetes mellitus a enfrentarem melhor sua condição crônica. O estudo teve como objetivo identificar fatores sociodemográficos e psicossociais preditores da resiliência em pessoas com diabetes mellitus atendidas na Atenção Primária à Saúde em Florianópolis/SC. Estudo observacional transversal, no qual foi aplicado questionário sociodemográfico e escalas para avaliar: resiliência, estresse, ansiedade, depressão, apoio social, esperança e impacto do diabetes na qualidade de vida. Foi realizada análise de regressão linear multivariada no programa *SPSS*[®]. Os fatores sociodemográficos preditores da resiliência foram: o hábito de rezar, ser viúvo, e ter baixa escolaridade. Entre os fatores psicossociais foram identificados como preditores da resiliência: baixa esperança, apoio social, estresse elevado e diagnóstico possível e provável depressão. Os achados apontam a relação entre a resiliência e sintomas do humor (estresse, ansiedade e depressão). A resiliência pode ser determinante dos comportamentos de autocuidado e influenciar o cotidiano de quem convive com uma doença crônica. A associação entre resiliência e processo de doença deve ser considerada por enfermeiros e profissionais de saúde, no sentido de prestar maior atenção em ações que fortaleçam esse construto e avaliem aspectos do humor no cuidado refletindo positivamente no autocuidado da pessoa com diabetes.

Palavras chave: Resiliência. Diabetes Mellitus. Enfermagem.

ABSTRACT

Resilience is a construct with the potential to help people with diabetes mellitus better cope with their chronic condition. The purpose of this study was to identify sociodemographic and psychosocial factors that predict resilience in people with diabetes mellitus treated at Primary Health Care in Florianópolis / SC. Cross-sectional observational study, in which a sociodemographic questionnaire and scales were applied to evaluate: resilience, stress, anxiety, depression, social support, hope and diabetes related problems. Multivariate linear regression analysis was performed in the SPSS® program. The socio-demographic factors predictors of resilience were: the habit of praying, being a widower, and having low schooling. Among the psychosocial factors were identified as predictors of resilience: low hope, social support, high stress and possible diagnosis and probable depression. The findings point to the relationship between resilience and mood symptoms (stress, anxiety, and depression). Resilience can be a determinant of self-care behaviors and influence the daily life of those living with a chronic illness. The association between resilience and disease process should be considered by nurses and health professionals, in order to pay more attention to actions that strengthen this construct and evaluate aspects of the mood in care reflecting positively the self-care of the person with diabetes.

Keywords: Resilience. Diabetes Mellitus. Nursing.

RESUMEN

La resiliencia es un constructo con potencial para ayudar a las personas con diabetes mellitus a enfrentar mejor su condición crónica. El estudio tuvo como objetivo identificar factores sociodemográficos y psicosociales predictores de la resiliencia en personas con diabetes mellitus atendidas en la Atención Primaria a la Salud en Florianópolis / SC. Estudio observacional transversal, en el cual se aplicó cuestionario sociodemográfico y escalas para evaluar: resiliencia, estrés, ansiedad, depresión, apoyo social, esperanza y problemas relacionados con la diabetes. Se realizó un análisis de regresión lineal multivariada en el programa SPSS®. Los factores sociodemográficos predictores de la resiliencia fueron: el hábito de rezar, ser viudo, y tener baja escolaridad. Entre los factores psicosociales fueron identificados como predictores de la resiliencia: baja esperanza, apoyo social, estrés elevado y diagnóstico posible y probable depresión. Los hallazgos apuntan la relación entre la resiliencia y los síntomas del humor (estrés, ansiedad y depresión). La resiliencia puede ser determinante de los comportamientos de autocuidado e influenciar el cotidiano de quien convive con una

enfermedad crónica. La asociación entre resiliencia y proceso de enfermedad debe ser considerada por enfermeros y profesionales de salud, en el sentido de prestar mayor atención en acciones que fortalezcan ese constructo y evalúen aspectos del humor en el cuidado reflejando positivamente en el autocuidado de la persona con diabetes.

Palabras clave: Resiliencia. Diabetes Mellitus. Enfermería.

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) está entre as doenças crônicas que adquire *status* crescente e alarmante em nível mundial. Atualmente, cerca de 415 milhões de pessoas possuem essa condição crônica com estimativas para atingir 220 milhões de pessoas nos próximos 25 anos (IDF, 2015). No Brasil, estima-se que 14 milhões de pessoas possuam a doença, atingindo a prevalência de 11,7% na população (IDF, 2015). O Ministério da Saúde não mede esforços na elaboração de manuais e protocolos, baseados em *guidelines* internacionais, como o da Associação Americana de Diabetes, para estabelecer ações e condutas profissionais no cuidado à saúde da pessoa com DM. Além disso, conta com a Sociedade Brasileira de Diabetes que dissemina conhecimento de alto nível científico nessa temática.

Conviver com o DM pode provocar impacto na vida das pessoas exigindo um remodelamento no estilo de vida, o qual envolve mudanças no hábito alimentar, controle glicêmico, uso de medicamentos, adesão à atividades físicas, acompanhamento médico, entre outros hábitos que são fundamentais na terapia e objetivam um viver mais saudável a fim de prevenir complicações agudas e crônicas (ADA, 2015; SBD, 2016; COSTA; COUTINHO, 2016).

Manter o controle da doença realizando os cuidados adequados ainda é desafiador, uma vez que estratégias bem-sucedidas de autocuidado demandam comprometimento diário, o que pode desencadear reações estressoras e sentimentos negativos, comprometendo, assim, o manejo da doença (AGHILI, 2016). É preciso considerar também que os hábitos alimentares da sociedade atual englobam uma dieta rica em derivados do leite, carboidratos e carnes gordas, dificultando a incorporação de alimentos saudáveis na dieta familiar, gerando estresse para a pessoa que diariamente tenta lidar com sua doença. Nessa direção, alguns estudos têm mostrado que intervenções para aprimorar a resiliência de pessoas com DM têm contribuído para condutas positivas e melhoras significativas no controle glicêmico (HILL-BRIGGS et al., 2011; MIYONG et al., 2009; DENISCO, 2011).

O construto da resiliência tem atraído importância acadêmica, consiste em um processo dinâmico, o qual reflete em adaptação positiva perante a adversidade (RUTTER, 1987; MASTEN, 2001), garante boas estratégias em situações de risco, alinhadas à autoeficácia e confiança pessoal (YI et al., 2008). Em termos de condição crônica e, considerando o convívio com o DM, a resiliência reflete ações positivas relacionadas ao autocuidado, aderência ao tratamento e percepção da doença (STEWART; YUEN, 2011). A dinamicidade da resiliência tende a permitir estabilidade perante as condições agudas e crônicas de saúde (SHRIVASTAVA; DESOUSA, 2016). Condições biológicas e fatores psicossociais estão atrelados a esse construto (ANAUT, 2005). Estudos têm mostrado que níveis mais elevados de resiliência estão associados a menores níveis de estresse (MATZKA et al., 2016), bem como de depressão e ansiedade (WAGNILD; COLLINS, 2009). Fatores psicossociais, como a esperança e o apoio social, contribuem para adaptações a eventos negativos (SU et al., 2012) e têm refletido positivamente nos níveis de resiliência (SOLANO et al., 2016; HAN MO et al., 2014), mostrando nos estudos citados avaliações dessas variáveis associadas isoladamente com a resiliência.

Ainda são escassos os estudos que mostram em seus achados a avaliação da resiliência atrelada às características sociodemográficas e fatores psicossociais, principalmente em pessoas com DM. Explorar como esses fatores juntos influenciam a resiliência nessa população pode ser promissor na atenção à saúde de quem convive com a doença. Alguns estudos mostram, isoladamente, a associação entre resiliência e esperança (SOLANO et al., 2016), apoio social (HAN MO et al., 2014), ansiedade (CARVALHO, 2016), depressão (RISTEVSKA-DIMITROVSKA et al., 2015) e estresse (ANYAN; WORSLEY; HJEMDAL, 2017; MATZKA et al., 2016), mas de forma geral para diferentes doenças crônicas, e não especificamente em estudos com pessoas com DM.

Considerando o exposto, tivemos a intenção de realizar este estudo, no qual pretendemos desenvolver um modelo que englobe essas variáveis no estudo da resiliência em pessoas com DM a fim de identificar fatores sociodemográficos e psicossociais preditores da resiliência em pessoas com DM.

Acreditamos na resiliência como potencial construto a ser explorado na atenção à saúde de pessoas com DM, uma vez que pode influenciar no cuidado à saúde (HILL-BRIGGS et al., 2011; MIYONG et al., 2009; DENISCO, 2011), considerando os fatores mencionados, e assim proporcionar abordagens diferentes e significativas no cuidado de

enfermagem à pessoa com DM, refletindo em respostas positivas no autocuidado. Nesse sentido, o estudo teve como objetivo identificar fatores sociodemográficos e psicossociais preditores da resiliência em pessoas com DM.

MÉTODOS

Este estudo transversal foi desenvolvido em Centros de Saúde (CSs) da Atenção Primária à Saúde do município de Florianópolis - Santa Catarina com amostragem intencional, calculada a partir de 6.251 registros de atendimentos a pessoas com DM realizados no período de um ano, conforme dados da Secretaria de Planejamento do município, sendo calculada a amostra do estudo, através do *website* Sestatnet® (NASSAR et al., 2011), considerando intervalo de confiança de 95%, indicando uma amostra mínima de 362 pessoas.

Os dados foram coletados entre dezembro de 2015 e abril de 2016, em dez CSs do município de Florianópolis. Os participantes foram selecionados para formar parte da amostra de estudo conforme os seguintes critérios: possuir diagnóstico médico de DM estabelecido por pelo menos um ano, ser usuário cadastrado no sistema de atenção básica à saúde do município, sendo homens e mulheres com idade acima de 18 anos. O critério de exclusão se baseou na pontuação mínima conforme aplicação do Mini Exame do Estado Mental, realizado pela necessidade de o participante apresentar nível cognitivo adequado para responder ao questionário aplicado, considerando o ponto de corte 23/24 pontos para pessoas com escolaridade e entre 19/20 pontos para aqueles sem escolaridade.

Os participantes foram identificados nas salas de espera e grupos de atividades dos CSs, sendo convidados a participar do estudo e, posteriormente, para os que aceitaram e atenderam aos critérios de inclusão foi agendada entrevista no domicílio ou CS, de acordo com a preferência do participante.

A coleta de dados foi padronizada com treinamento prévio e realizada pela pesquisadora e sete coletadoras, que aplicaram inicialmente o questionário sociodemográfico (idade, sexo, religião, hábito de rezar, estado civil, escolaridade, ocupação e renda mensal familiar) e o de condições de saúde (tempo de diagnóstico da doença, presença de hipertensão arterial, uso de medicamentos, presença de complicações da doença de base). Para a variável renda foi considerado o valor do salário mínimo no Brasil nos anos da coleta de dados (2015 e 2016 - R\$880,00), é preciso salientar que oito pessoas não quiseram informar a renda familiar.

Além do questionário sociodemográfico foram aplicados questionários para avaliação de: resiliência, esperança, apoio social, ansiedade e depressão, estresse e impacto do DM na qualidade de vida.

A Escala de Resiliência de Connor-Davidson (*Connor-Davidson Resilience Scale*), versão validada no Brasil (SOLANO et al., 2011), foi utilizada para avaliar resiliência. É composta por 25 itens, avaliados por meio de Escala do tipo *Likert*, com pontuação entre 0 (nunca) a 4 (sempre). As pontuações poderiam variar de 0 a 100. Pontuações mais altas indicando melhor resiliência.

A Escala de Esperança (*Herth Hope Index*), em sua versão adaptada e validada para a língua portuguesa (SARTORI; GROSSI, 2008) foi aplicada para avaliar esperança. A escala é composta por 12 afirmações, avaliadas em escala *Likert* de quatro pontos, variando de 1 (discordo completamente) a 4 (concordo completamente), com pontuações totais variando entre 12 a 48 pontos. Pontuações globais mais altas indicam maior nível de esperança. Para interpretação dos resultados foi utilizada a classificação: Esperança alta (pontuações ≥ 40 pontos); Esperança moderada (33 a 39 pontos) e Esperança baixa (≤ 32 pontos).

Para avaliar apoio social foi aplicada Escala de Apoio Social (*Medical Outcomes Study Suporte Survey-Social*), na versão validada à realidade brasileira (GRIPE et al., 2005). O questionário consta de 20 itens que avaliam o apoio social estrutural e funcional, numa escala *Likert*, na qual as pontuações oscilam entre 1 (nunca) a 5 (sempre). As pontuações totais podem variar entre 19 a 95. Escores mais altos indicam melhor apoio social.

Para avaliar a ansiedade e depressão foi utilizada a Escala Hospitalar para Ansiedade e Depressão (*Hospital Anxiety and Depression Scale*), na versão validada para a realidade brasileira (BOTEGA et al., 1995). Composta por 14 itens, sendo que 7 são direcionados para avaliar ansiedade e 7 para depressão, com afirmações que pontuam entre 0 a 3 pontos. Escores mais altos indicam níveis mais altos de ansiedade e depressão. A categorização utilizada foi baseada em Botega et al. (1995), considerando: diagnóstico improvável (0 a 7 pontos), possível (8 a 11 pontos) ou diagnóstico provável (12 a 21 pontos) de ansiedade/depressão.

O estresse foi mensurado através da Escala de Estresse Percebido (*Perceived Stress Scale*), em sua versão validada para a realidade brasileira (LUFT et al., 2007). Composta por 14 itens avaliados por meio de escala tipo *Likert* variando de 0 (nunca) a 4 (sempre). A escala pode somar pontuações totais de 0 a 56 pontos. A categorização

utilizada no estudo correspondeu a somatórias inferiores a 25 pontos indicando níveis toleráveis de estresse e acima de 25 pontos indicando níveis elevados de estresse (COHEN; KAMARK; MERMELSTEIN, 1983).

Para avaliar o impacto do diabetes e do tratamento na qualidade de vida da pessoa foi utilizada a escala de Problemas relacionados ao Diabetes (*Problems Areas in Diabetes*), em sua versão validada para a população brasileira, recebendo a abreviação de B-PAID (GROSS et al., 2007). Composta por 20 itens que enfocam aspectos da qualidade de vida e problemas emocionais relacionados a viver com diabetes e seu tratamento. As pontuações variam de 0 (não é um problema) a 4 (problema sério). A pontuação total varia de 0 a 100. Escores mais altos significam alto nível de sofrimento emocional referente ao DM.

A versão 20.0 do Programa *Statistical Package for Social Science SPSS*[®] (IBM Corp. in Armonk, NY) foi utilizada para análise de dados. A análise descritiva foi usada para ilustrar as proporções de respostas. Análises bivariadas a partir do teste-t foram utilizadas para comparar as médias entre variáveis contínuas. A ANOVA unidirecional foi usada para comparar mais de duas médias. A significância estatística foi determinada com um valor $p < 0,05$.

A análise de regressão linear múltipla foi realizada para identificar as variáveis preditoras da resiliência em pessoas com DM. Foi considerado o escore da resiliência como variável dependente, e as demais variáveis sociodemográficas, para as quais, nas análises bivaridas, obtiveram valor mínimo de $p < 0,20$ foram incluídas no modelo como variáveis independentes (sexo, idade, estado civil, escolaridade, ocupação, renda mensal da família). Foi obtido o coeficiente de explicação (R^2) do modelo, as estimativas dos coeficientes de regressão, seus respectivos coeficientes padronizados (β), o t-valor e p-valor de cada variável do modelo. Também foi obtido o valor de F e seus graus de liberdades com o respectivo p-valor.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo aprovado pelo número do protocolo 550.587 e 1.960.220. Todos os preceitos éticos determinados pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde Foram respeitados. Todos os participantes assinaram o Termo de consentimento livre e esclarecido após o aceite em participar do estudo.

RESULTADOS

Participaram do estudo 362 pessoas, a maioria casada (55%) e do sexo feminino, com média de idade de 62,4 anos (DP: 11,5). O ensino fundamental prevaleceu entre os participantes (55,6%), bem como o *status* social de aposentado (55,8%), e a renda entre um a três salários mínimos (37%). Grande parte referiu possuir religião (94%) e hábito de rezar diariamente (85%). O tempo médio de diagnóstico do DM foi de 11 anos (DP: 10,25), sendo que o uso apenas de medicamentos orais para o DM prevaleceu nos participantes (60%). A hipertensão arterial foi referida pela maioria (72%).

A Tabela 1 apresenta a distribuição das pontuações das variáveis mensuradas no estudo.

Tabela 1 – Distribuição das pontuações das variáveis mensuradas no estudo. Florianópolis, SC, Brasil (2015-2016).

| Variáveis | Média (DP) | Mediana (mín.-máx.) |
|------------------------------------|-------------|---------------------|
| Resiliência | 80,5 (14,0) | 83,0 (23,0-100,0) |
| Estresse | 20,9 (10,5) | 20,0 (0-54,0) |
| Ansiedade | 5,8 (4,5) | 5,0 (0-21,0) |
| Depressão | 5,1 (4,5) | 4,0 (0-21,0) |
| Esperança | 39,8 (5,5) | 40,0 (20,0-48,0) |
| Apoio Social | 90,1 (16,1) | 99,0(20,0-100,0) |
| Impacto do DM na qualidade de vida | 29,0 (25,1) | 20,0(0-100,0) |

Com o intuito de averiguar especificamente a potencialidade de determinados fatores psicossociais, para a análise da regressão, foram definidas categorizações para o estresse, ansiedade, depressão e esperança, como consta na Tabela 2.

Tabela 2 – Categorização e percentil das variáveis de estresse, ansiedade, depressão e esperança. Florianópolis, SC, Brasil (2015-2016).

| Potencial preditor | n | (%) |
|---------------------------|----------|------------|
| Estresse | | |
| Tolerável | 242 | (67) |
| Elevado | 120 | (33) |
| Ansiedade | | |
| Improvável | 258 | (71) |
| Possível | 58 | (16) |
| Provável | 46 | (13) |
| Depressão | | |
| Improvável | 268 | (74) |
| Possível | 54 | (15) |
| Provável | 40 | (11) |
| Esperança | | |
| Baixa | 34 | (10) |
| Moderada | 125 | (34) |
| Alta | 203 | (56) |

A análise resultou em um modelo estatisticamente significativo com valores de $f = 12,256$ [$f(22,339) = 12,256$; $p < 0,001$; $R^2 = 0,443$], com ausência de multiconlinearidade. Os preditores para resiliência encontrados no modelo foram: hábito de rezar; o estado civil viúvo; escolaridade até a 4ª série; possível e provável escore de depressão; baixa esperança; apoio social; estresse elevado ($p < 0,001$) (Tabela 3).

Tabela 3 – Preditores da resiliência em pessoas com diabetes mellitus. Florianópolis, SC, Brasil (2015-2016).

| Preditor | β | <i>t</i>-valor | <i>p</i>-valor* |
|---------------------------|---------------------------|-----------------------|------------------------|
| Hábito de rezar | 0,153 | 3,444 | 0,001 |
| Viúvo | -0,144 | -2,377 | 0,018 |
| Ter estudo até a 4ª série | -0,174 | -2,397 | 0,017 |
| Depressão possível | -0,103 | -2,208 | 0,028 |
| Depressão provável | -0,198 | -3,725 | 0,000 |
| Esperança baixa | -0,227 | -4,003 | 0,000 |
| Apoio Social | 0,124 | 2,541 | 0,012 |
| Estresse elevado | -0,207 | -3,929 | 0,000 |

*Valores estatisticamente significativos com $p < 0,05$.

Como mostra a Tabela 3, dois fatores se destacam na predição positiva da resiliência em pessoas com DM: hábito de rezar, apresentando variância de 15,3% na resiliência ($p = 0,001$); e apoio social, o qual apresentou variância de 12,4% na resiliência ($p = 0,012$).

Entre os fatores psicossociais, observa-se que possuir esperança baixa contribuiu negativamente em 22,7% na variância da resiliência ($p = 0,001$), seguida do estresse elevado que apresentou variância de 20,7% ($p < 0,001$) e do diagnóstico provável de depressão apresentando 19,8% na variância da resiliência ($p < 0,001$). O diagnóstico possível de depressão também influenciou negativamente a resiliência, porém não foi tão expressivo quanto as demais variáveis (10,3%; $p = 0,028$).

DISCUSSÃO

O presente estudo buscou identificar fatores preditores da resiliência, considerando fatores sociodemográficos e psicossociais em pessoas com DM. O modelo elaborado a partir da regressão linear múltipla apresentou estatística significativa, sendo que as variáveis independentes contribuíram 44,3% para a variação da resiliência em pessoas com DM.

Os fatores sociodemográficos que contribuíram para essa variação foram o hábito de rezar, influenciando positivamente a resiliência e, negativamente, o fato de estar viúvo e ter estudado apenas até a quarta série. Apesar de poucos autores relacionarem a espiritualidade, fé ou religiosidade com a resiliência, há evidências na

literatura mostrando que pessoas que têm fé (PENTZ, 2005) ou declaram possuir uma religião (BOELL, SILVA, HEGADOREN; 2016) apresentam melhor resiliência. Como apontado nos achados deste estudo, rezar diariamente pode servir como fonte de apoio para enfrentar situações adversas (VINACCIA; QUICENO; REMOR, 2012) e aprimorar a resiliência.

A escolaridade não é apontada na literatura como fator relacionado com a resiliência (INFANTE, 2005), ter maior nível de escolaridade não representa ser mais resiliente (TAVARES et al., 2011; BOELL; SILVA; HEGADOREN, 2016; STEINHARDT et al., 2009), ao contrário do que nos mostrou nosso modelo, no qual ter estudado apenas até a quarta série representou uma variação inversa na resiliência de 17%.

No que se refere à situação conjugal e à resiliência, alguns estudos demonstram não haver relação entre ambas variáveis (CONNOR; DAVIDSON, 2003, BOAS et al., 2011, BOELL; SILVA; HEGADOREN, 2016), diferente de nossos achados, os quais mostraram que estar viúvo implica em menor resiliência. Reforçado pela associação significativa encontrada no estudo de Wang e colaboradores (2017), no qual viver sozinho implica também em maior sofrimento relacionado ao DM.

Com relação aos fatores psicossociais mensurados no estudo, observamos que o diagnóstico possível e provável de depressão, a baixa esperança e o estresse elevado foram significativamente associados com a resiliência surtindo efeito negativo na mesma; ao contrário do suporte social que esteve diretamente relacionado à resiliência, contribuindo positivamente para maiores valores dessa variável.

Estudos apontam a ocorrência da depressão em pessoas com DM (SIDDIQUI, 2014; RAVAL, 2010) e também relacionam a depressão com menor controle glicêmico (SANTOS et al., 2013; RICHARDSON et al., 2008). Os achados do estudo de Santos e colaboradores (2013), em adolescentes com DM, com idade entre 11 e 22 anos, mostraram a associação significativa com os valores de HbA1c e depressão. Relacionamos tal fato com a questão de a depressão estar diretamente associada com a resiliência em nosso estudo, uma vez que implica em diminuição da resiliência, comprometendo o manejo e o controle do DM (SCHMITT et al., 2017; GONZALEZ et al., 2013), evidenciando a importância dos nossos achados, ao passo que escores mais altos de resiliência predizem menor pontuação nos níveis de depressão, ansiedade, estresse e sintomas obsessivo-compulsivos (HJEMDAL et al., 2010). Assim como mostrado em estudo com pessoas com doenças

cardiovasculares, no qual pessoas mais resilientes não apresentaram sintomas depressivos (CARVALHO et al., 2016).

A associação entre resiliência e esperança é pouco discutida na literatura. Estudo com pessoas com câncer de colo retal apontou correlação forte entre resiliência e esperança. Associações entre a presença de depressão, baixa resiliência e esperança também foram encontradas (SOLANO et al., 2016). Em nossos achados, a baixa esperança é um preditor inverso que implica em forte variação da resiliência.

Obsevamos a partir da análise de regressão que o apoio social se mostrou como preditor diretamente relacionado com a resiliência, ao contrário do modelo apresentado por Wang e colaboradores (2017), no qual não foi encontrada associação significativa entre apoio social e a resiliência.

Seguido do apoio social e considerando a relação inversa com a resiliência no modelo apresentado, o estresse elevado foi o peditor com maior influência na resiliência na amostra estudada. Este resultado é consistente com a literatura (ANYAN; WORSLEY; HJEMDAL, 2017; MATZKA et al., 2016) e corrobora com estudos que mostram uma associação entre estresse, níveis mais altos de HbA1c e complicações do DM (BODEN; GALA, 2017).

O efeito positivo da resiliência foi avaliado quando comparada ao estresse e valores de HbA1c em um estudo longitudinal, além de constatarem que o estresse emocional relacionado ao DM diminuiu após um ano de intervenções voltadas para aprimorar a resiliência e o manejo da doença, aqueles com resiliência mais alta melhoraram o autocuidado e os níveis de HbA1c quando comparados ao grupo com baixa resiliência. Os resultados também demonstraram que o aumento do estresse foi associado à piora do autocuidado no grupo com baixa resiliência, sugerindo que quando as pessoas são confrontadas com dificuldades, aquelas com maior resiliência são menos suscetíveis ao aumento do estresse emocional e à piora dos níveis de HbA1c (YI-FRAZIER et al., 2008).

Limitações do estudo

Existem algumas limitações importantes neste estudo. A primeira limitação é a incapacidade de avaliar os fatores causais devido ao desenho transversal do estudo. Outra limitação são aquelas variáveis conhecidas por ter um efeito sobre a resiliência que não foram investigadas no estudo, por exemplo, autoeficácia, autoestima e qualidade de vida. Futuros estudos longitudinais são necessários para

explorar relações causais desses fatores e como incorporar o construto da resiliência na prática clínica de enfermeiros.

CONCLUSÕES

O estudo revelou como fatores sociodemográficos preditores da resiliência em pessoas com DM: o hábito de rezar, a situação conjugal de estar viúvo e possuir escolaridade até a quarta série. Entre os fatores psicossociais explorados, os preditores identificados foram possuir apoio social, esperança baixa, diagnóstico possível e provável de depressão e estresse elevado.

A relação entre resiliência, fatores sociodemográficos e psicossociais observados neste estudo aponta a necessidade de suporte e direcionamento para desenvolver e testar intervenções específicas como componente da atenção à saúde de pessoas com DM. É possível que enfermeiros atuem contemplando os fatores apresentados para melhorar a resiliência de pessoas com DM, refletindo no apropriado autocuidado e manejo do DM, incluindo em sua rotina a avaliação do humor e sintomas de estresse, depressão e ansiedade. Trata-se de uma abordagem inovadora que inclui a resiliência no cuidado à saúde de quem possui DM, em busca de mudanças no estilo de vida e possíveis limitações que afetam o comportamento perante a doença, buscando melhorar fatores psicossociais, como os investigados nesta pesquisa, refletindo em empoderamento, melhor enfrentamento da doença e cuidados adequados.

Destaca-se a necessidade da abordagem multiprofissional na Atenção Primária à Saúde como ferramenta de suporte interpessoal contínuo para aqueles que possuem DM, bem como futuros estudos que explorem estratégias de promoção da resiliência.

REFERÊNCIAS

AGHILI, R. et al. Type 2 Diabetes: Model of Factors Associated with Glycemic Control. **Canadian Journal Of Diabetes**, v. 40, n. 5, p.424-430, 2016.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION-ADA. Standards of Medical Care in Diabetes 2015. **Diabetes Care**, v. 38, 2015. Disponível em: <<http://diabetes.teithe.gr/UsersFiles/entypa/STANDARDS%20OF%20MEDICAL%20CARE%20IN%20DIABETES%202015.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2015.

ANAUT, M. **Resiliência ultrapassar traumatismos**. 1ª ed. Lisboa: Climepsi, 2005. 157p.

ANYAN, F.; WORLEY, L.; HJEMDAL, O. Anxiety symptoms mediate the relationship between exposure to stressful negative life events and depressive symptoms: a conditional process modelling of the protective effects of resilience. **Asian Journal of Psychiatry**, v. 29, p. 41-8, 2017.

BOAS, L. C. G. V.; FOSS, M. C.; FOSS-FREITAS, M. C.; TORRES, H. D. C.; MONTEIRO L. Z. , PACE, A. E. Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. **Texto Contexto Enferm.**, v. 20, n. 2, p.272-9, 2011.

BODEN, M. T.; GALA, S. Exploring correlates of diabetes-related stress among adults with type 1 diabetes in the T1D Exchange clinic registry. **Diabetes Research and Clinical Practice**, v. 28, n. s0168, 2017.

BOELL, Julia Estela Willrich; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da; HEGADOREN, Kathleen Mary. Fatores sociodemográficos e condicionantes de saúde associados à resiliência de pessoas com doenças crônicas: um estudo transversal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 24, e2786, 2016 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100408&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 Nov. 2017.

BOTEGA, N. J. et al. **Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão**. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 29, n. 5, p. 359-363, Oct. 1995 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101995000500004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 Out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Indicadores e dados básicos. **Indicadores de fatores de risco e de proteção**: planilha com o resumo dos indicadores do grupo G, para o Brasil, regiões, unidades da federação, Distrito Federal, capitais e regiões metropolitanas, no ano mais recente. 2012. Disponível em <http://datasus.saude.gov.br/index.php?option=com_blankcomponent&view=default&Itemid=631> Acesso em: 16 de outubro de 2017.

CARVALHO, I. G. et al . Ansiedade, depressão, resiliência e autoestima em indivíduos com doenças cardiovasculares. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 24, e2836, 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100432&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Nov. 2017.

COHEN, S.; KARMARCK, T.; MERMELSTEIN , R.. A global measure of perceived stress. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 24, n. 24, p. 385-96, 1983. Disponível em: <http://www.psy.cmu.edu/~scohen/globalmeas83.pdf>. Acesso em 02 de abril de 2017.

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. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/da.10113/epdf>>.

COSTA, F. G.; COUTINHO, M.P. L. Representações sociais no contexto do diabetes mellitus. **Psicologia em Estudo**, v. 21, n. 1, p.175-185, 12 jul. 2016.

DENISCO, S. 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, 2011. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1745-7599.2011.00648.x/pdf>>. Acesso em 14 de fev 2016.

GONZALEZ, J. S.; PEYROT, M.; MCCARL, L. A.; COLLINS, E. M.; SERPA, L.; MIMIAGA, M. J.; SAFREN, S. A. Depression and Diabetes Treatment Nonadherence: A Meta-Analysis . **Diabetes Care**, v. 31, n. 12, p. 2398–2403, 2008. Disponível em: <http://doi.org/10.2337/dc08-1341>. Acesso em 07 de nov. 2017.

GRIEP, R. H. et al. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 703-714, June 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Oct. 2015.

HAN, M. O. P. K.; LAU, J. T. F. L.; YU, X.; GU, J. The role of social support on resilience, posttraumatic growth, hopelessness, and depression among children of HIV-infected parents in mainland China, **AIDS Care**, v. 26, n. 12, p. 1526-33, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/09540121.2014.923810>. Acesso em 17 de out de 2017.

HILL-BRIGGS et al. Effect of Problem-Solving-Based Diabetes Self-Management Training on Diabetes Control in a Low Income Patient Sample. **J Gen Intern Med.**, v. 26, n. 9, p. 972-78, 2011.

HJEMDAL, O. et al. The relationship between resilience and levels of anxiety, depression, and obsessive-compulsive symptoms in adolescents. **Clinical Psychology & Psychotherapy**, v. 18, n. 4, p.314-321, 2011. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cpp.719/epdf>>. Acesso em: 15 mai 2016.

IBM Corp. Released 2011. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. Armonk, NY: IBM Corp.

INFANTE, F. A resiliência como processo: uma revisão de literatura recente. In: Aldo Melillo, Elbio Néstor Suárez Ojeda e colaboradores. **Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas**. Porto Alegre: Artmed, 2005. p 23 – 38.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. IDF. **Diabetes Atlas**: seventh edition, 2015. Disponível em: <http://www.idf.org/sites/default/files/Atlas-poster-2014_EN.pdf>. Acesso em: 30 jul 2015.

LUFT, Caroline Di Bernardi et al . Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 41, n. 4, p. 606-615, Aug. 2007 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 abr 2017.

MASTEN, A. S. Ordinary Magic: Resilience Processes in Development. **American Psychologist**, v.53, n.3, p. 227-238, 2001.

MATZKA M, et al. Relationship between Resilience, Psychological

Distress and Physical Activity in Cancer Patients: A Cross-Sectional Observation Study. **PLoS ONE**, v. 11, n. 4, p: e0154496, 2016.

NASSAR, et al. SEstatNet - Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. [Internet]. Florianópolis-SC: Universidade Federal de Santa Catarina; 2011. Disponível em: <http://www.sestatnet.ufsc.br>. Acesso em 08 de jul de 2015.

PENTZ, M. Resilience among older adults with cancer and the importance of social support and spirituality-faith. *Journal of Gerontological Social Work*, v. 44, n. 3-4, p. 3-22, 2005.

RAVAL, A.; DHANARAJ, E.; BHANSALI, A.; GROVER, S.; TIWARI, P. Prevalence & determinants of depression in type 2 diabetes patients in a tertiary care centre. **Indian Journal of Medical Research**, v. 132, p. 195-200, 2010.

RICHARDSON, L. K.; EGEDE, L. E.; MUELLER, M.; ECHOLS, C. L.; GEBREGZIABHER, M. Longitudinal effects of depression on glycemic control in veterans with type 2 diabetes. **General Hospital Psychiatry**, v. 30, p.509-14, 2008.

RISTEVSKA-DIMITROVSKA, G.; STEFANOVSKI, P.; SMICHKOSKA, S., RALEVA M.; DEJANOVA B. Depression and Resilience in Breast Cancer Patients. *OA Maced J Med Sci*. 2015 Dec 15; 3(4):661-665. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3889/oamjms.2015.119>. Acesso em: 18 de set. de 2017.

RUTTER, M. Psychosocial resilience and protective mechanism. **Amer. J. Orthopsychiat.**, v. 57, n. 3, 1987.

SANTOS, F. R.; BERNARDO, V.; GABBAY, M. A.; DIB, S. A.; SIQLEM, 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. **Diabetol Metab Syndr.**, v. 5, p. 1-5, 2013.

SARTORE, A.C.; GROSSI, S.A.A. Escala de Esperança de Herth – Instrumento adaptado e validado para a língua portuguesa. **Rev Esc Enferm USP**, v.42, n.2, p. 227-32, 2008. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000200003>. Acesso em 12 maio 2017.

SCHMITT, A.; REIMER, A.; HERMANN, N.; KULZER, B.; EHRMANN, D.; KRICHBAUM, M.; HUBER, J.; HAAK, T. Depression is linked to hyperglycaemia via suboptimal diabetes self-management: A cross-sectional mediation analysis. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 94, p. 17–23, 2017.

SHRIVASTAVA, A.; DESOUSA, A. Resilience: A psychobiological construct for psychiatric disorders. **Indian Journal of Psychiatry**, v. 1, n. 58, p.38-43, 2016.

SIDDIQUI, S. Depression in type 2 diabetes mellitus—A brief review. **Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews**, v. 8, p. 62–65, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. SBD. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2014-2015. [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. – São Paulo: **AC Farmacêutica**, 2015.

SOLANO, J. P. C.; SILVA, A. B. G.; SOARES, I. A.; ASHMAWI, H. A.; VIEIRA, J. E. V. Resilience and hope during advanced disease: a pilot study with metastatic colorectal cancer patients. **BMC Palliative Care**, v. 15, n. 70, 2016.

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.

STEINHARDT, M.A; MAMEROW, M. M.; BROWN, S. A.; JOLLY, C. A. A Resilience Intervention in African American Adults with Type 2 Diabetes: A Pilot Study of Efficacy. *Diabetes Educ.* [Internet]. 35(2):274-84, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3001398/>. Acesso 06 de nov 2017.

STEWART, D. E.; YUEN, T. A systematic review of resilience in the physically ill. **Psychosomatics**, v. 52, n. 199-209, 2011.

SU, D.; WU, X. N.; ZHANG, Y. X.; LI H. P.; WANG W. L. ZHANG, J. P.; ZHOU, L. S. Depression and social support between China rural and urban empty-nest elderly. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 55, n. 3, p. 564-69, 2012.

TAVARES, B. C. et al. Resiliência de pessoas com Diabetes Mellitus. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 4, p. 751-757, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 Oct. 2015.

VINACCIA, S. J.; QUICENO, J. M., REMOR, E. Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso en relación con la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos. **Anales Psicología**, v. 28, n. 2, p. 366-77, 2012.

WAGNILD, G. M., COLLINS, J. A. Assessing resilience. **Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services**, v. 47, p. 28-33, 2009.

WANG, R.-H.; HSU H.-C.; KAO C.-C.; YANG Y.-M.; LEE, Y.-J.; SHIN, S.-J. Associations of changes in psychosocial factors and their interactions with diabetes distress in patients with type 2 diabetes: a longitudinal study. **Journal of Advanced Nursing**, v. 73, n. 5, p. 1137-1146, 2017.

YI, J. P.; VITALIANO, P. P.; SMITH, R. E.; YI, J. C.; WEINGER, K. The role of resilience on psychological adjustment and physical health in patients with diabetes. **Br J Health Psychol.**, v. 13, p. 311-25, 2008. Yi-FRAZIER, J. P.; VITALIANO, P.P.; SMITH, R. E.; Yi, J. C.; WEINGER, K. The role of resilience on psychological adjustment and physical health in patients with diabetes. **Br J Health Psychol.** v. 13, n. 2, p. 311-325, 2008.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The hospital anxiety and depression scale. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 67, n. 6, p. 361-70, 1983.

5.4 MANUSCRITO 4 – AUTOCUIDADO E RESILIÊNCIA EM PESSOAS COM DIABETES MELLITUS

AUTOCUIDADO E RESILIÊNCIA EM PESSOAS COM DIABETES MELLITUS

SELF-CARE AND RESILIENCE IN PEOPLE WITH DIABETES MELLITUS

AUTOCUIDADO Y RESILIENCIA EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS

RESUMO

Estudo transversal com o objetivo de investigar a associação entre resiliência e autocuidado em pessoas com diabetes mellitus atendidas na Atenção Primária à Saúde, de dezembro a maio de 2016, em dez Centros de Saúde de uma capital do sul do país. A amostra foi composta por 362 pessoas, com idade igual ou superior a 18 anos. Aplicou-se Escala de Resiliência e Questionário de Atividades de Autocuidado com Diabetes, contendo seis dimensões: alimentação geral, alimentação específica, atividade física, monitorização da glicemia, cuidados com pés, uso de medicamento, acrescidos de três itens sobre tabagismo. Das 15 atividades de autocuidado, quatro apresentaram associação estatisticamente significativa quando comparadas à média de resiliência, destacando-se: seguir alimentação saudável e orientação profissional, não ingerir doces, avaliar o açúcar no sangue o número de vezes recomendado. Os resultados obtidos apontam a relação entre médias altas de resiliência e o desempenho adequado nos cuidados do diabetes mellitus.

Palavras-chave: Enfermagem; Diabetes Mellitus; Resiliência; Autocuidado; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

A cross sectional study to investigate the association between resilience and self-care in people with diabetes mellitus treated in primary health care from December to May 2016 at ten health centers in a capital city in the south of the country. The sample consisted of 362 people, aged 18 years or over. Applied Resilience Scale and Self-Care Activity Questionnaire with Diabetes, containing six dimensions: general diet, specific diet, physical activity, glucose monitoring, foot care, medication use, and three items about smoking. Of the 15 self-care

activities, four had a statistically significant association when compared to the average resilience scores, especially: following healthy diet and professional orientation, not eating sweets, assessing blood sugar the recommended number of times. The results obtained indicate the relationship between high resilience means and adequate performance in diabetes mellitus care.

Keywords: Nursing; Diabetes Mellitus; Resilience; Self-care; Primary Health Care.

RESUMEN

Estudio transversal con el objetivo de investigar la asociación entre resiliencia y autocuidado en personas con diabetes mellitus atendidas en la atención primaria de salud, de diciembre a mayo de 2016, en diez centros de salud de una capital del sur del país. La muestra fue compuesta por 362 personas, con edad igual o superior a 18 años. Se aplicó la Escala de Resiliencia y Cuestionario de Actividades de Autocuidado con Diabetes, conteniendo seis dimensiones: alimentación general, alimentación específica, actividad física, monitorización de la glucemia, cuidados con pies, uso de medicamentos, más tres artículos sobre tabaquismo. De las 15 actividades de autocuidado, cuatro presentaron asociación estadísticamente significativa cuando comparadas a las puntuaciones medias de resiliencia, destacándose: seguir alimentación saludable y orientación profesional, no ingerir dulces, evaluar el azúcar en la sangre el número de veces recomendado. Los resultados obtenidos apunta la relación entre medias altas de resiliencia y el desempeño adecuado en el cuidado de la diabetes mellitus.

Palabras clave: Enfermería; Diabetes Mellitus; Resistencia; Autocuidado; Atención Primaria a la Salud.

INTRODUÇÃO

Conforme dados da Federação Internacional de Diabetes (2015), 77% das pessoas que convivem com o diabetes são de países de média e baixa renda. Na América Central e do Sul, é estimado que 29 milhões de pessoas tenham a doença, atingindo a prevalência de 8,1% na população. O Brasil encontra-se em quarto lugar no *ranking* dos 10 países com maior número de pessoas com DM, aproximadamente 14 milhões de brasileiros convivem com a doença e o que torna assustador é o fato que três milhões destes desconhecem o diagnóstico da doença (IDF, 2015). A prevalência do DM em homens e mulheres, conforme dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças

Crônicas por Inquérito Telefônico no ano de 2013, foi de 6,9% na população (BRASIL, 2013). Além dessa expansão da doença, deve-se considerar sua gravidade e complexidade para a pessoa e sua família e o impacto que provoca no sistema de saúde brasileiro, pois as modificações que pode trazer para a vida das pessoas tendem a comprometer a qualidade de vida das mesmas.

Dessa forma, faz-se necessário desenvolver a educação em saúde de pessoas com DM para seu autocuidado. Este pode ser definido como um conjunto de práticas e atividades que a pessoa realiza em seu próprio benefício na manutenção da vida, saúde e bem-estar. Trata-se de deixar de ser passivo em relação aos cuidados e diretrizes propostas pelos profissionais de saúde (TORRES; PEREIRA; ALEXANDRE, 2011).

A Organização Mundial da Saúde descreve cinco fatores principais que podem influenciar a adesão ao autocuidado: características pessoais; condição socioeconômica e cultural; aspectos relacionados ao tratamento, à doença, ao sistema de saúde e à equipe profissional (OMS, 2003). Estudos têm mostrado que pessoas com DM aderem melhor ao tratamento medicamentoso e apresentam maior dificuldade em aderir à dieta e ao exercício físico (VILAS-BOAS et al., 2011; FARIA et al., 2014).

Os profissionais de saúde, em particular enfermeiros, têm como propósito promover a saúde das pessoas com DM, de modo que possam ter melhor controle sobre sua doença. Promover a adesão da pessoa aos cuidados e tratamentos é de grande relevância para o adequado manejo do DM. Isso pode ser obtido por meio do estímulo a mudanças no estilo de vida que promovam adequações no convívio com a cronicidade. As orientações sobre autocuidado recebidas pela pessoa com DM, o fato de adotar hábitos de vida saudável e as habilidades para executá-las implicam em prevenção e redução de complicações causadas pelo DM (NETA; SILVA; SILVA, 2015).

Um construto que pode contribuir para o manejo da doença por pessoas com DM é a resiliência, considerada como capacidade de superar situações adversas, saindo fortalecido ou transformado das mesmas (INFANTE, 2005; JACKSON, FIRTKO E EDENBOROUGH, 2007; RUTTER, 1987). Quando se trata de uma condição crônica de saúde, a resiliência surge como possibilidade de melhor adaptação à doença, aceitando as limitações impostas pela condição, com a devida adesão ao tratamento, buscando adaptar-se à situação e viver de forma positiva (BIANCHINI; DELL'AGLIO, 2006).

Os estudos sobre resiliência têm avançando mundialmente com pesquisas na área da saúde e da enfermagem, inicialmente com situações traumáticas e mais recentemente com estudos que indicam relevância no tratamento de condições crônicas de saúde como o DM (YI-FRAZIER et al., 2008; LIVINGSTONE; MORTEL; TAYLOR, 2011, LESSMANN; SILVA; NASSAR, 2012, BOELL; SILVA; HEGADOREN, 2016).

O que se indaga neste estudo é qual poderia ser a relação entre a resiliência e o autocuidado de pessoas com DM. Tendo como hipótese a questão de que aqueles que possuem melhor resiliência conseguem aderir melhor ao tratamento proposto. Questionamos a possibilidade de utilizar esse construto em busca de práticas que reforcem o cuidado à saúde, contribuindo para as pessoas viverem melhor com DM.

Buscando responder o proposto, optou-se por estudar a relação entre a resiliência de pessoas com DM e o autocuidado referido, para tanto determinou-se como objetivo: investigar a associação entre resiliência e autocuidado em pessoas com diabetes mellitus atendidas na Atenção Primária à Saúde.

MÉTODOS

Estudo observacional transversal realizado com pessoas com DM atendidas na Atenção Primária à Saúde (APS) da cidade de Florianópolis (SC), no período de dezembro de 2015 a maio de 2016.

A população de 6.251 foi obtida a partir do número de atendimentos a pessoas com DM nos 49 Centros de Saúde (CSs) de Florianópolis, conforme registro dos profissionais no período de 01/09/2014 a 30/08/2015, fornecido pela Secretaria de Planejamento da Prefeitura Municipal de Florianópolis. Para definir a amostra, realizou-se cálculo amostral através do *website* Sestatnet[®] (NASSAR et al., 2012), com intervalo de confiança de 95%, que indicou a amostra mínima de 362 pessoas. A escolha dos CSs foi intencional, selecionando os dois Centros de cada Distrito Sanitário que apresentavam maior número de atendimentos à pessoas com DM.

Para a composição da amostra, os critérios de inclusão foram: pessoas com diagnóstico de DM há mais de um ano, cadastradas e atendidas em um CS de Florianópolis/SC; homens e mulheres com idade acima de 18 anos. Foram excluídos do estudo pessoas que não alcançaram a pontuação mínima no teste de avaliação cognitiva do Mini Exame do Estado Mental, considerando o ponto de corte 23/24 pontos para pessoas com escolaridade e entre 19/20 pontos para aqueles sem escolaridade. A aplicação do Mini Exame do Estado Mental se justificou

pela necessidade de o participante apresentar nível cognitivo adequado para responder aos questionários aplicados.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora principal do estudo e sete coletadoras previamente treinadas para aplicação padronizada de questionário sociodemográfico (idade, sexo, estado civil, escolaridade, religião, ocupação e renda familiar) e de condições de saúde (tempo de diagnóstico da doença, presença de hipertensão arterial, uso de medicamentos, presença de complicações da doença de base), bem como escala de Adesão ao Autocuidado e de Resiliência. Para a variável renda familiar, foi considerado o valor do salário mínimo nos anos vigentes da coleta de dados (R\$ 880,00 reais), essa variável foi respondida por 354 participantes.

Ao primeiro contato realizado na sala de espera ou nos grupos do CS, as pessoas com DM foram convidadas a participar do estudo, sendo esclarecidas acerca dos objetivos e benefícios, permitindo à pessoa manifestar sua vontade de participar. A entrevista foi realizada após o aceite ou agendada conforme a preferência do participante em relação ao local e a hora da entrevista: no domicílio ou nas dependências do CS.

A **resiliência** foi avaliada a partir da aplicação da Escala de Resiliência desenvolvida por Connor e Davidson (CD-RISC). Foi realizado contato prévio com os autores que disponibilizaram a versão validada para a população brasileira, designada como: Escala de Resiliência de Connor-Davidson para o Brasil (RISC-Br). O instrumento é composto por 25 itens, avaliados a partir de escala *likert*, com as seguintes opções de respostas: nem um pouco verdadeiro (zero); raramente verdadeiro (um); às vezes verdadeiro (dois); frequentemente verdadeiro (três) a quase sempre verdadeiro (quatro). As pontuações totais podem variar entre zero a 100 pontos, com valores altos indicando alta resiliência. A escala foi avaliada em relação à consistência interna, teste/reteste, validade convergente e validade discriminante e ao fator estrutural e apresenta propriedade psicométrica satisfatória, permitindo distinguir entre pessoas com maior e menor resiliência.

Para avaliar o **autocuidado** foi utilizado “Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes” (QAD). A versão brasileira originou-se do instrumento “*Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire*” (SDSCA), autoria de Glasgow, Toobert e Hampson (2000), este sofreu tradução e adaptação transcultural por Michels et al. (2010) e apresentou propriedades psicométricas semelhantes a do instrumento original, garantindo validade e confiabilidade para avaliar a adesão ao tratamento por meio dos níveis de autocuidado em pessoas com DM. O questionário possui seis dimensões: alimentação geral (dois

itens), alimentação específica (três itens), atividade física (dois itens), monitorização da glicemia (dois itens), cuidados com os pés (três itens) e medicação (três itens), além de três itens sobre tabagismo. A pontuação das respostas varia de zero a sete e corresponde aos comportamentos referentes aos últimos sete dias, em que zero indica situação menos desejável e sete a mais desejável. Além desses questionamentos, o instrumento possui três itens com relação ao tabagismo. As pontuações mais altas indicam melhores performances das atividades de autocuidado (MICHELS et al., 2010). Para este estudo, em relação à adesão das práticas de autocuidado, considerou-se: desejável comportamento de autocuidado (7 dias); moderado comportamento de autocuidado (6 a 5 dias); e baixo comportamento de autocuidado (0 a 4 dias). O domínio Alimentação específica apresenta os itens: ingerir carnes e ingerir doces, com valores inversos, dessa forma a categorização também foi inversa para esses itens e modificou-se quantos aos dias de seguimento, considerou-se: desejável comportamento de autocuidado (0 dias); moderado comportamento de autocuidado (1 a 2 dias); e baixo comportamento de autocuidado (3 a 7 dias). Para o domínio atividade física, considerou-se: desejável comportamento de autocuidado (7 a 4 dias); moderado comportamento de autocuidado (3 a 2 dias); e baixo comportamento de autocuidado (0 a 1 dia).

A análise de dados foi realizada no *Statistical Package for Social Science SPSS*[®] versão 20.0 (IBM Corp. in Armonk, NY), foram realizadas análises descritivas, de dispersão e tendência central das variáveis, sendo calculados a média, o desvio padrão, os valores máximos e mínimos. A ANOVA unidirecional foi usada para comparar mais de duas médias. A significância estatística foi determinada com um valor de $p < 0,05$.

Foram respeitados todos os preceitos éticos determinados pela Resolução número 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) por meio do cumprimento das exigências do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, recebendo parecer favorável sob número do protocolo 580.587 e 1.960.220, e aprovação na Prefeitura Municipal de Florianópolis.

RESULTADOS

A média de idade dos participantes do estudo foi de 62,4 (DP 11,5). Prevaleceu o gênero feminino (64%) e a maioria declarou ser casada (55,5%). Poucos participantes nunca estudaram (6,6%), a grande parte completou o ensino fundamental (56%), sendo que no momento da entrevista a maior parte declarou ser aposentada ou pensionista (62%), com predominância da renda entre um até três salários mínimos (37%). A hipertensão arterial foi declarada pela maioria (68%) e as complicações da doença apareceram em menos da metade dos participantes (21%).

Os aspectos do cuidado que apresentaram diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) foram: seguir uma dieta saudável, seguir orientação alimentar, menor ingestão de doces e tomar injeções de insulina conforme recomendado. Nesses aspectos, a pontuação média da resiliência esteve mais alta nas pessoas com desejável comportamento de autocuidado (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição e diferenças da média de resiliência segundo o autocuidado referido de pessoas com diabetes mellitus. Florianópolis – SC, Brasil, 2015 a 2016.

| Variável | n(%) | Média de resiliência (DP) | <i>p</i> |
|--------------------------------------|------------|---------------------------|----------|
| <i>Alimentação Geral</i> | | | |
| Seguir uma dieta saudável | | | |
| Desejável | 157 (43,4) | 82,4 (13,1) | 0,015* |
| Moderada | 67 (18,5) | 81,6 (14,8) | |
| Baixa | 138 (38,1) | 77,8 (14,3) | |
| Seguir a orientação alimentar | | | |
| Desejável | 103 (28,5) | 82,4 (13,3) | 0,039* |
| Moderada | 54 (14,9) | 83,0 (13,5) | |
| Baixa | 205 (56,6) | 78,8 (14,3) | |

Alimentação Específica
Ingerir cinco ou mais porções de frutas/e ou vegetais

| | | | |
|-----------|------------|-------------|-------|
| Desejável | 192 (53,0) | 81,2 (13,7) | 0,056 |
| Moderada | 50 (13,8) | 83,4 (11,9) | |
| Baixa | 120 (33,1) | 78,2 (15,1) | |

Ingerir carnes vermelhas e/ou derivados do leite integral

0,683

| | | |
|-----------|------------|-------------|
| Desejável | 249 (68,8) | 80,8 (13,8) |
| Moderada | 59 (16,3) | 80,3 (13,5) |
| Baixa | 54 (14,9) | 79,0 (15,7) |

Ingerir doces

0,034*

| | | |
|-----------|------------|-------------|
| Desejável | 147 (40,6) | 82,0 (13,0) |
| Moderada | 129 (35,6) | 81,0 (13,0) |
| Baixa | 86 (23,8) | 77,1 (16,6) |

Atividade física
Realizar atividade física - mínimo 30 minutos

0,590

| | | |
|-----------|------------|-------------|
| Desejável | 112 (30,9) | 81,3 (13,6) |
| Moderada | 62 (17,1) | 81,3(12,2) |
| Baixa | 188 (51,9) | 79,7 (14,8) |

Realizar exercício físico específico

0,145

| | | |
|-----------|------------|-------------|
| Desejável | 86 (23,8) | 82,2 (13,3) |
| Moderada | 60 (16,6) | 82,4 (11,8) |
| Baixa | 216 (59,7) | 79,3 (14,8) |

| <i>Monitorização da glicemia</i> | | |
|---|------------|--------------|
| Avaliar o açúcar no sangue (n=120) | | 0,633 |
| Desejável | 88 (73,3) | 78,9 (14,4) |
| Moderada | zero (0) | - |
| Baixa | 32 (26,7) | 80,30 (14,0) |
| Avaliar o açúcar no sangue o número de vezes recomendado (n=120) | | 0,422 |
| Desejável | 75 (62,5) | 79,9 (14,3) |
| Moderada | 1 (0,8) | 98,0 |
| Baixa | 44 (36,7) | 79,45 (14,3) |
| <i>Cuidado com os pés</i> | | |
| Examinar os pés | | 0,171 |
| Desejável | 239 (66,0) | 81,5 (13,4) |
| Moderada | 4 (1,1) | 81,2 (11,95) |
| Baixa | 119 (32,9) | 78,5 (15,1) |
| Examinar o interior dos sapatos antes de calçá-los | | 0,209 |
| Desejável | 210 (58,0) | 81,5 (13,9) |
| Moderada | 6 (1,7) | 84,0 (13,0) |
| Baixa | 146 (40,3) | 78,9 (14,2) |
| Secar os espaços interdigitais depois de lavar os pés | | 0,074 |
| Desejável | 303 (83,7) | 81,2 (13,8) |
| Moderada | 2 (0,6) | 85,5 (3,5) |
| Baixa | 57 (15,7) | 76,7 (14,6) |

Medicação

| | | | |
|---|------------|--------------|--------|
| Tomar os medicamentos conforme recomendado (n=336) | | | 0,172 |
| Desejável | 314 (86,7) | 80,8 (13,53) | |
| Moderada | 10 (2,8) | 74,8 (17,3) | |
| Baixa | 12 (3,6) | 75,4 (19,5) | |
| Tomar injeções de insulina conforme recomendado (n=120) | | | 0,015* |
| Desejável | 113 (94,2) | 80,1 (13,1) | |
| Moderada | 3 (0,8) | 73,0 (24,5) | |
| Baixa | 4 (3,3) | 60,0 (27,3) | |
| Tomar o número indicado de comprimidos de diabetes (n=302) | | | 0,219 |
| Desejável | 281 (93,0) | 81,2 (13,6) | |
| Moderada | 10 (3,3) | 74,8 (17,3) | |
| Baixa | 11 (3,6) | 76,6 (20,05) | |

*Valor estatisticamente significativos $p < 0,05$.

Os resultados obtidos nos itens do QAD com relação ao tabagismo foram expressos na Tabela 2. Quanto ao hábito tabágico, a maioria dos participantes declarou que nunca havia fumado.

Tabela 2 – Hábitos tabágicos dos participantes do estudo conforme QAD. Florianópolis – SC, Brasil, 2015 a 2016.

| Domínio QAD – Tabagismo | Frequência | N (%) |
|--------------------------------|---------------------------|--------------|
| Fumou nos últimos sete dias? | Não | 327 (90,3) |
| | Sim | 35 (9,7) |
| Quando fumou pela última vez? | Nunca fumou | 206 (56,9) |
| | Há mais de dois anos | 112 (30,9) |
| | De um a dois anos atrás | 10 (2,8) |
| | Quatro a doze meses atrás | - |
| | Um a três meses atrás | - |
| | No último mês | 4 (1,1) |
| | Hoje | 30 (8,3) |

DISCUSSÃO

As características sociodemográficas dos participantes do estudo são semelhantes a outros estudos com pessoas com DM, os quais também apontam o predomínio do gênero feminino, de idosos, casados e aposentados ou pensionistas, com baixa escolaridade (FELIX et al., 2016; VERAS et al., 2014; COELHO et al., 2015; BOELL; SILVA; HEGADOREN, 2016;). A alta prevalência de hipertensão foi identificada nos participantes, corroborando com outros estudos (BOELL; SILVA; HEGADOREN, 2016; VERAS et al., 2014;). A presença de complicações não foi evidente na amostra, diferente de outro estudo (VERAS et al., 2014).

O ineditismo da associação dos instrumentos aplicados na amostra deste estudo nos levou a comparar nossos achados com estudos que apresentaram dados descritivos acerca do autocuidado devido à ausência de pesquisas que realizaram associações entre o autocuidado (especificado por itens) e a resiliência em pessoas com DM, como revelado na presente pesquisa.

Os resultados indicaram que a pontuações mais altas de resiliência apresentaram associação com alguns comportamentos desejáveis de autocuidado em pessoas com DM atendidas na APS. Os itens que apresentaram diferenças estatisticamente significativas a partir da média de resiliência foram: seguir uma dieta saudável; seguir

orientação alimentar; ingestão de doces; e tomar injeções de insulina conforme recomendado.

Com relação ao domínio *alimentação geral*, os dois itens que compõem esse domínio foram estatisticamente significativos com a média de resiliência. Aqueles participantes com autocuidado desejável, em ambos os itens, possuíram médias elevadas de resiliência. Seguir uma dieta saudável a partir das orientações preconizadas por profissionais de saúde contribui para o gerenciamento da doença e o alcance de práticas ideais de cuidado, confluindo para maior autonomia, enfrentamento da doença e autoeficácia, características atreladas ao construto da resiliência quando se refere ao manejo da doença crônica (STEWART; YUEN, 2011). No que condiz ao domínio *alimentação específica*, apenas o consumo de doces foi significativo com a resiliência, mostrando que pessoas com comportamentos desejáveis perante o consumo de doces, apresentaram-se mais resilientes.

O seguimento adequado do plano alimentar é preconizado por diretrizes nacionais (SBD, 2015) e internacionais (ADA, 2015), a partir da escolha na qualidade dos alimentos, número de refeições, controle da ingestão de alimentos ricos em gorduras, bem como carboidratos e derivados do leite. No entanto, esse aspecto é intimamente influenciado por hábitos culturais, muitas vezes não seguidos adequadamente, como percebido em demais estudos que mencionam a dificuldade que as pessoas com DM apresentam em manter hábitos alimentares saudáveis (FERREIRA et al, 2014; BAQUEDANO et al., 2010; MICHELS at al., 2010). Nesse sentido, o estudo realizado mostra que promover a resiliência de pessoas com DM pode ser um caminho importante para avançar na adesão à dieta, que é um dos aspectos mais difíceis no controle do DM, como alguns estudos têm mostrado (CAL et al., 2015; GREGG at al., 2007).

Em relação à monitorização da glicemia, aqueles com ações desejáveis de autocuidado quanto ao uso de insulina apresentaram média alta de resiliência; em contrapartida, apesar de serem poucos indivíduos, aqueles com baixo comportamento de autocuidado apresentaram médias baixas de resiliência estatisticamente significativas. A monitorização da glicemia capilar aponta os níveis de glicose no sangue e permite autonomia, trazendo benefícios, visto que colabora para a tomada de decisões e o controle da doença (DLUGASCH; UGARRIZA, 2013), sendo preconizada sua realização três vezes ao dia para indivíduos que usam insulina e entre dois a quatro testes semanais para aqueles que não usam (SBD, 2015).

Apesar de poucos itens do autocuidado terem sido associados com a resiliência de pessoas com DM, destacamos seu potencial em promover condutas adequadas de saúde (ANGST, 2008; SHRIVASTAVA; DESOUSA, 2016), sendo apontado que o construto contribui no manejo e gerenciamento da doença crônica (YI et al, 2008), a partir da superação das adversidades e situações estressoras advindas da condição (CAL et al., 2014).

Os estudos sobre resiliência em pessoas com DM têm mostrado uma associação favorável entre resiliência e adesão ao tratamento, ou seja, pessoas com pontuações mais elevadas de resiliência apresentaram melhor adesão ao tratamento (DENISCO, 2011; JASER; WHITE, 2011; LESSMANN; SILVA; NASSAR, 2012). Também, estudos com abordagem qualitativa têm indicado que a resiliência é um construto que está associado à qualidade de vida de pessoas com DM (LIVISTONE; MORTEL; TAYLOR, 2011; PEREZ, 2013).

Os demais domínios do autocuidado não apresentaram relevância estatística, apesar disso, cabe ressaltar os achados quanto à frequência dos comportamentos da amostra estudada. Com relação ao uso de medicamentos, foram constatados comportamentos desejáveis entre a maioria dos participantes, corroborando com demais estudos que também apontam que, entre os cuidados, o uso de medicamentos tende a possuir melhor adesão entre as pessoas com DM (FERREIRA et al., 2014; MICHELS et al., 2010).

No entanto, o cuidado consiste em práticas integradas que envolvem também outros comprometimentos para quem possui DM, como a realização de atividades físicas regulares. Para esse domínio, identificamos fragilidades na amostra estudada, sendo que a maiorias dos participantes não incorporaram a atividade física em suas ações de autocuidado, como preconizado pelos *guidelines* internacionais e nacionais, que apontam a necessidade de no mínimo 150 minutos de atividades físicas semanais (ADA, 2015; SBD, 2015). Demais autores também apontam a fragilidade na adesão às práticas de atividades físicas nessa população (VERAS et al., 2014; ZHOU et al., 2013; VILA BOAS et al., 2012).

No que condiz ao *cuidado com os pés*, mesmo não havendo diferenças estatísticas, aqueles que seguem comportamentos desejáveis apresentaram maiores médias de resiliência. Quanto à essa dimensão, cabe ressaltar que, cerca de 30 a 40% dos participantes tem comportamentos indesejáveis relacionados ao exame dos pés e na verificação do interior dos sapatos antes de calçá-los, como apontam outros estudos, salientando a relevância da educação em saúde para

modificação destes comportamentos (GOMIDES et al., 2013; VERAS et al., 2014).

Com relação ao tabagismo, como também foi encontrado em outros estudos, a grande maioria não possui hábitos tabágicos (VERAS et al., 2014; ZHOU et al., 2013; FERREIRA et al., 2014; MICHELS et al., 2010).

Limitações do estudo

Foi realizada apenas a associação de um aspecto à resiliência. Esta pode ser uma limitação presente neste estudo pelo fato de que a resiliência é um construto que engloba o indivíduo em seu contexto integral. Considerando isso, a investigação aqui exposta limitou-se apenas ao autocuidado e não considerou demais aspectos biopsicossociais inerentes ao indivíduo e que podem influenciar a resiliência. Mesmo assim, consideramos a relevância dos achados deste estudo evidenciado pelas diferenças estatísticas significativas. A escassez de estudos, focalizando a relação entre a resiliência e o autocuidado no controle do DM, constituiu-se em limitação para a compreensão das implicações dos resultados obtidos na presente pesquisa. Nessa direção, sugerimos o desenvolvimento de estudos que contemplem estas e outras variáveis que podem estar relacionadas à capacidade de autocuidado para futuras comparações.

CONCLUSÃO

Ao investigar a relação entre resiliência e autocuidado de pessoas com DM atendidas na APS, conclui-se que quatro domínios apresentaram associação estatisticamente significativa quando comparadas às pontuações médias de resiliência, destacando-se: seguir alimentação saudável e orientação profissional; ingestão reduzida de doces; avaliação do açúcar no sangue o número de vezes recomendado. Os resultados obtidos apontam a potencial relação entre médias altas de resiliência e o desempenho adequado nos cuidados do diabetes.

A promoção da resiliência se faz relevante no cuidado à saúde de pessoas com DM, pois surge como possibilidade na prática clínica de enfermeiros, uma vez que contribui no gerenciamento da doença crônica, pois permite melhor enfrentamento da doença, garante autonomia, confiança e competência para realizar os cuidados exigidos pela doença e conviver de forma harmoniosa com uma condição crônica de saúde. Salientamos a necessidade de estudos que explorem a associação com outras variáveis, bem como a avaliação de estratégias de promoção da resiliência.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION-ADA. Standards of Medical Care in Diabetes 2015. **Diabetes Care**, v. 38, 2015. Disponível em: <<http://diabetes.teithe.gr/UsersFiles/entypa/STANDARDS%20OF%20MEDICAL%20CARE%20IN%20DIABETES%202015.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2014.

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

BAQUEDANO, I. R.; SANTOS, M. A.; MARTINS, T. A.; ZANETTI, M. L. Self-care of patients with diabetes mellitus cared for at an emergency service in Mexico. **Rev Latino-Am Enfermagem.**, v. 18, n. 6, p.1195-202. 2010.

BIANCHINI, D.C.S.; DELL'AGLIO, D.D. Processos de resiliência no contexto de hospitalização: um estudo de caso. **Paidéia**, v. 16, n.35, p. 427-36, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v16n35/v16n35a13.pdf>>. Acesso em: 05 de nov. de 2017.

BOELL, J. E. W.; SILVA, D. M. G. V., HEGADOREN, K. M. Sociodemographic factors and health conditions associated with the resilience of people with chronic diseases: a cross sectional study. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24:e2786, p. 1-9, 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466. **Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 13 jun. 2013. Seção 1 p. 59, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico: VIGITEL**. Brasília, 2013b.

CAL, S. F.; SÁ, L. R. de; GLUSTAK, M. E.; SANTIAGO, M. B. Resilience in chronic diseases: A systematic review. **Cogent Psychology**, v. 2, n. 1024928, p. 1-9, 2015.

COELHO, A. C. M. et al . Atividades de autocuidado e suas relações com controle metabólico e clínico das pessoas com diabetes Mellitus. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 24, n. 3, p. 697-705, Sept. 2015 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000300697&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 Nov. 2017.

COMPEÁN ORTIZ, L. G.; GALEGOS CABRIALES, E. C.; GONZÁLEZ GONZÁLEZ, J. G.; GÓMEZ MEZA, M. V. Conduas de autocuidado e indicadores de saúde em adultos com diabetes tipo 2. **Rev Latinoam Enferm** [Internet]., v. 18, n. 4, p. 675-80, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_03.pdf. Acesso em 08 de nov. 2017.

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. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/da.10113/epdf>>.

DENISCO, S. 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, 2011. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1745-7599.2011.00648.x/pdf>>.

DLUGASCH, L. B.; UGARRIZA, D. N. Self-monitoring of blood glucose experiences of adults with type 2 diabetes. **J Am Assoc Nurse Pract.**, v. 18, p. 1-7, 2013.

FARIA, H. T. G.; SANTOS, M. A.; ARRELIAS, C. C. A.; RODRIGUES, F. F. L.; GONELA J. T.; TEIXEIRA, C. R. S.; ZANETTI, M. L. Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP.**, v.48, n.2, p.257-63, 2014.

FELIX, L. G. et al. Adherence os older people with diabetes to self-care activities: a study on gender differences. **International Archives of Medicine**, v. 9, n. 364, 2016.

FERREIRA, P. S. G.; PETERS, A. S.; MORRA, F. L.; PINTO, K. J.; SILVA, A. N. A. A adesao ao autocuidado influencia parametros bioquimicos e antropometricos de pacientes diabeticos tipo 2 atendidos

no programa hiperdia do município de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. **Nutr. clin. diet. hosp.**, v.34, n. 3, p. 10-19, 2014.

GLASGOW, R. E.; TOOBER, D. J.; HAMPSON, S. E. **The Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure**. *Diabetes Care*.v. 23, n.7, p. 943-950, 2000.

GOMIDES, D. S.; VILLAS-BOAS, L. C. G.; COELHO, A. C. M.; PACE, A. E. Self-care of people with diabetes mellitus who have lower limb complications. **Acta Paul Enferm.**; v. 26, n. 3, p. 289-93, 2013.

GREGG, J. A.; CALLAGHAN, G. M.; HAYES, S. C.; GLENN-LAWSON. Improving Diabetes self-magement through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial. **Journal of consulting and clinical psychology**, v. 75, n. 2, p. 336-343, 2007.

IBM Corp. Released 2011. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. Armonk, NY: IBM Corp.

INFANTE, F. A resiliência como processo: uma revisão de literatura recente. In: Aldo Melillo, Elbio Néstor Suárez Ojeda e colaboradores. **Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas**. Porto Alegre: Artmed, 2005. p 23 – 38.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. IDF. **Diabetes Atlas**: seventh edition, 2015. Disponível em: <http://www.idf.org/sites/default/files/Atlas-poster-2014_EN.pdf>. Acesso em: 30 jul 2017.

JACKSON, D.; FIRTKO, A.; EDENBOROUGH, M. Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review, 2007.

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. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3134245/>>. Acesso em 15 jul 2016.

LESSMANN, J. C.; SILVA, D.G.V.; NASSAR, S. M. Women with type 2 diabetes mellitus: sociodemographic profile, biometrics and

health. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, p. 81-86, 2012.

Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000800013>. Acesso em 15 jul 2016.

LIVINGSTONE, W.; MORTEL, T. F. V. D.; TAYLOR, B. 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. Disponível em: <

<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.5172/conu.2011.39.1.20>>.

MICHELS, M. J. et al. Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 54, n. 7, p. 644-651, 2010. Disponível

em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302010000700009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 set.2015.

NASSAR, et al. SEstatNet - Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. [Internet]. Florianópolis-SC: Universidade Federal de Santa Catarina; 2011. Acessado em 08 de jul de 2015. Disponível em: <http://www.sestatnet.ufsc.br>. Acesso em 08 de jul de 2015.

NETA, d. S. R.; SILVA, A. R. V.; SILVA, G. R. F. Adesão das pessoas com diabetes mellitus ao autocuidado com os pés. **Rev Bras Enferm.**, v. 68, n. 1, p. 111-6, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília, 2003.

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.

RUTTER, M. Psychosocial resilience and protective mechanism. **Amer. J. Orthopsychiat.**, v. 57, n. 3, July, 1987.

SHRIVASTAVA, A.; DESOUSA, A. Resilience: A psychobiological construct for psychiatric disorders. **Indian J Psychiatry.**, v. 58, p. 38-43, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. SBD. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2014-2015. [organização José Egídio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. – São Paulo: **AC Farmacêutica**, 2015.

STEWART, D. E.; YUEN, T. A systematic review of resilience in the physically III. **Psychosomatics**, v. 52, n. 3, p. 199-209, 2011.

TORRES, H. C.; PEREIRA, F. R. L.; ALEXANDRE, L. R. Avaliação das ações educativas na promoção do autogerenciamento dos cuidados em diabetes mellitus tipo 2. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 45, n. 5, p.1077-1082, 2011.

VERAS, V. S.; SANTOS, M. A.; RODRIGUES, F. F. L.; ARRELIAS, C. C. A.; PEDERSOLI, T. A. M.; ZANETTI, M. L. Autocuidado de pacientes inseridos em um programa de automonitorização da glicemia capilar no domicílio. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 35, n. 4, p. 42-8, 2014.

VILAS-BOAS; L. C. G.; FOSS, M. S.; FOSS-FREITAS, M. C.; TORRES, H. C.; MONTEIRO LZ, PACE AE. Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. **Texto & Contexto Enferm** [Internet]., v. 20, n. 2, p. 272-9, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a08v20n2>. Acesso em 08 de nov 2017.

Yi-FRAZIER, J. P.; VITALIANO, P.P.; SMITH, R. E.; Yi, J. C.; WEINGER, K. The role of resilience on psychological adjustment and physical health in patients with diabetes. **Br J Health Psychol.** v. 13, n. 2, p. 311–325, 2008.

ZHOU, Y.; LIAO, L.; SUN, M.; HE, G. Self-care practices of Chinese individuals with diabetes. **Exp Ther Med.**,v. 5, n. 4, p. 1137-1142, 2013.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O complexo desenvolvimento deste estudo esteve atrelado à abordagem metodológica utilizada e ao aprofundamento do construto da resiliência relacionado à pessoa com DM. A consistência e profundidade dos dados aqui apresentados foram sustentados por alguns cuidados metodológicos, como a inclusão de número expressivo de pessoas com DM em cálculo amostral que permite a generalização para o município investigado.

Ao iniciar esta pesquisa, questionamos o potencial que a resiliência poderia refletir no cuidado à pessoa com DM, pois a grande maioria dos estudos explora a resiliência em doenças que provocam forte impacto na pessoa, como no caso do câncer, transtornos mentais, doença renal crônica, lúpus, entre outras. As reflexões acerca do mencionado levantaram a questão de que o DM não é um evento tão dramático e traumático quanto as situações mencionadas, porém, de maneira geral, o DM é considerado uma situação estressora e também uma doença complexa, muitas vezes, silenciosa, que pode ter impacto na qualidade de vida da pessoa. As mudanças necessárias na vida diária das pessoas para evitar a progressão da doença, com desenvolvimento de suas graves complicações, como cegueira, amputações e insuficiência renal crônica, podem ser potencialmente fatais, refletindo em impacto no cotidiano das pessoas com DM que têm consciência dos riscos que correm e, com isso, da necessidade que têm de lidar com as mudanças trazidas pela doença e, continuamente, manter estratégias de autocuidado. Nesse sentido, aprimorar a resiliência dessa população pode gerar sucesso no tratamento e melhor convívio e enfrentamento dessa condição crônica.

A aplicação de nove escalas para investigar a resiliência de pessoas com DM, a contar com a aplicação de escala que avaliou o estado mental dos participantes (critério de exclusão do estudo), gerou imensa quantidade de dados que possibilitaram explorar diferentes associações.

Ao considerar a resiliência como variável dependente do estudo (para realizar a análise de regressão múltipla), percebemos a importância de avaliar esse construto em quem possui DM, visto que sua relação apresentou diferenças estatísticas significativas quando comparada às variáveis estudadas.

A tese proposta *Fatores sociodemográficos e psicossociais estão associados à resiliência de pessoas com DM, uma vez que esse é um construto que tem potencial para contribuir no controle da doença e*

pode promover melhores resultados em relação à adesão aos cuidados e ao tratamento, com o intuito de aumentar o número de ações desejáveis de autocuidado em relação à saúde, foi confirmada indicando que pessoas com maior escore de resiliência são pessoas mais saudáveis em relação ao controle do estresse, ansiedade e depressão, têm mais esperança e maior apoio social e realizam melhor o autocuidado.

Dentre os fatores sociodemográficos, as associações com a resiliência revelaram-se significantes com o gênero, anos de estudo e o hábito de rezar. Os homens apresentaram-se mais resilientes que as mulheres, no entanto é importante considerar como limitação do estudo a fragilidade existente na escala de resiliência aplicada, pois autores indicam que a mesma não possui sensibilidade com relação ao gênero, privilegiando os homens com melhores médias de resiliência.

Os anos de estudo e o hábito de rezar são elementos modificáveis que refletem na resiliência e que podem ser objeto de atenção no cuidado à saúde dessas pessoas, quando tomamos como referência a integralidade do cuidado em saúde. Identificamos que pessoas menos resilientes foram as que estudaram menos em nosso estudo, contradizendo o que é apontado na literatura por autores relevantes da temática, o que convém ressaltar a importância de explorar essa variável em futuros estudos. O fato de possuir uma religião não apresentou relação com a resiliência, no entanto o hábito que as pessoas têm de rezar diariamente influenciou a resiliência podendo estar relacionado com a crença que a pessoa possui e o efeito motivador que provoca em seguir positivamente sua vida.

Assim como também através da esperança, apoio social, impacto que o DM possui na vida da pessoa e ansiedade, fatores esses que apresentaram correlações moderadas com a resiliência, enquanto que fortes correlações foram identificadas entre resiliência, estresse e depressão. Os achados indicam a importância da resiliência e a necessidade de inclusão dos fatores psicossociais nas condutas profissionais de saúde e, mais especificamente, como parte do cuidado de enfermagem.

A sistematização dos achados desta investigação nos levou a conduzir uma análise de regressão linear múltipla que identificou entre os fatores sociodemográficos e psicossociais dos participantes os preditores da resiliência de pessoas com DM atendidas na atenção primária à saúde do município de Florianópolis. O modelo elaborado apresentou força significativa, representado pelo $R^2=0,443$, indicando expressiva variação da resiliência por aquelas variáveis que foram significativas.

O presente estudo revelou como fatores sociodemográficos preditores da resiliência em pessoas com DM o hábito de rezar, a situação conjugal de estar viúvo e possuir escolaridade até a quarta série. Entre os fatores psicossociais explorados, os preditores identificados foram possuir apoio social, esperança baixa, diagnóstico possível e provável de depressão e estresse elevado.

Ao identificarmos que muitas das pessoas investigadas tinham níveis elevados de estresse (33%), bem como possível ou provável diagnóstico de ansiedade (29%) e depressão (29%) que podem ser decorrentes do DM e também de outras situações de suas vidas, salientamos a relevância de considerar esses transtornos do humor no cuidado a essas pessoas. Isso fortalece a relevância de profissionais da saúde, em destaque para enfermeiros, considerarem a resiliência na atenção à saúde das pessoas com DM, de modo a buscar novas estratégias de ações de saúde para aprimorar a resiliência de pessoas com diabetes refletindo no manejo adequado do diabetes.

Quanto ao autocuidado, identificamos pontuações mais altas de resiliência associadas a comportamentos desejáveis, como seguir a dieta e a orientação alimentar, não consumir doces e tomar injeções de insulina conforme recomendado. No entanto, ter avaliado o autocuidado isoladamente, sem considerar demais aspectos biopsicossociais, pode ser considerado uma limitação do presente estudo devido ao fato que a resiliência é um construto que engloba o indivíduo em seu contexto integral. Dessa forma, apontamos a necessidade de estudos que contemplem o autocuidado em conjunto com outras variáveis e possíveis associações com a resiliência.

O desenvolvimento deste trabalho nos permitiu olhar para a resiliência em uma perspectiva que desperta a necessidade de um cuidado multidimensional, para além da tríade “dieta – medicação – atividade física”, no sentido de explorar todo o contexto biopsicossocial inerente à pessoa com DM. Isso se remete a incluir nas ações de saúde dos profissionais de enfermagem a avaliação de fatores psicossociais, como estresse, ansiedade, depressão, apoio social, esperança.

Os *guidelines* estabelecidos pela Federação Internacional de Diabetes, bem como pela Associação Americana de Diabetes, reconhecem a importância de incluir aspectos psicossociais no cuidado à saúde da pessoa com DM, através de uma equipe com abordagem colaborativa e multidisciplinar, evidenciando que o tratamento desses aspectos reflete em melhor autocuidado e manejo da doença, o que vai ao encontro dos achados desta pesquisa.

Considerando o mencionado acima, a partir da exploração dos dados deste estudo, salientamos a importância de os profissionais de saúde irem além dos *guidelines* propostos no cuidado à pessoa com DM e realizarem avaliações multidimensionais contínuas, que englobam os fatores explorados neste estudo no tratamento da pessoa com DM. Para cada indivíduo podem existir ênfases em cada uma das diferentes dimensões psicossociais, seja nos transtornos do humor, como estresse ou ansiedade, seja no suporte social ou na esperança, não sendo necessário que todas as pessoas apresentem tais alterações, mas existem fortes indícios para o mesmo.

Considerando o exposto, como enfermeiras, buscamos que as pessoas se sintam confortáveis e confiantes na sua habilidade de realizar o autocuidado e tenham competência para fazê-lo. Tal competência e confiança na realização adequada do cuidado pode estar atrelada à resiliência, sendo imperativo incluir avaliações multidimensionais que identifiquem distúrbios emocionais que podem comprometer o autocuidado, deliberando o suporte adequado ou então referenciando aos demais profissionais que compõem a rede de atenção primária à saúde, garantindo o cuidado integral focado na pessoa.

Na prática clínica, a abordagem utilizada pelo enfermeiro pode utilizar escalas para mensurar a resiliência e os fatores psicossociais aqui destacados ou, então, durante a consulta de enfermagem, é possível realizar breves questionamentos que ajudem a identificar alterações psicoemocionais, como perguntar acerca do sono e repouso, do apoio por parte de amigos ou familiares, da expectativa positiva em relação à sua vida e a condição de saúde. A identificação de alterações do humor, de sentimentos esperançosos, do apoio social, do estresse e da depressão pode estar atrelada aos níveis de resiliência influenciando o gerenciamento do autocuidado. Identificando tais alterações na pessoa com DM, o enfermeiro consegue realizar o direcionamento adequado do cuidado, bem como, caso necessário, a referência para profissionais de saúde especializados.

A promoção da resiliência se faz relevante no cuidado à saúde de pessoas com DM, pois permite o empoderamento, enfrentamento da doença, promove autonomia, confiança e competência para realizar os cuidados exigidos pela doença e conviver de forma harmoniosa com uma condição crônica de saúde.

Percebemos a necessidade de estudos futuros que utilizem abordagem qualitativa e considerem a relação entre resiliência, sintomas do humor, confiança e autocuidado buscando compreender a interação e barreiras existentes entre esses aspectos.

REFERÊNCIAS

ABOLGHASEMI, A.; VARANIYAB, S. T. Resilience and perceived stress: predictors of life satisfaction in the students of success and failure. **Procedia - Social And Behavioral Sciences**, v. 5, p.748-752, 2010. Disponível em: <<http://api.elsevier.com/content/article/PII:S1877042810015521?httpAccept=text/xml>>. Acesso em: 12 maio 2017.

AGHILI, R.; POLONSKY, W. H.; VALOJERDI A. E.; MALEK, M.; KESHTKAR, A. A.; ESTEGHAMATI, A.; HEYMAN, M.; KHAMSEH, M. E. Type 2 Diabetes: Model of Factors Associated with Glycemic Control. **Can J of Diabetes.**, v. 40, p, 424-430, 2016.

AJZEN, J.; FISHBEIN, M. Overview. In: _____. **Understanding attitudes and predicting social behavior**. New Jersey: Prentice-Hall, 1998.

ALMEIDA, O. P. Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 56, n. 3B, p. 605-612, Sept. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1998000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 out. 2015.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION-ADA. Standards of Medical Care in Diabetes 2015. **Diabetes Care**, v. 38, 2015. Disponível em: <<http://diabetes.teithe.gr/UsersFiles/entypa/STANDARDS%20OF%20MEDICAL%20CARE%20IN%20DIABETES%202015.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2014.

ANAUT, M. **Resiliência ultrapassar traumatismos**. 1ª ed. Lisboa: Climepsi, 2005. 157p.

ANDRADE, Francine Pereira; MUNIZ, Rosani Manfrin; LANGE, Celmira, SCHWARTZ, Eda; GUANILO, Maria Elena Echevarria. Perfil sociodemográfico e econômico dos sobreviventes ao câncer segundo o grau de resiliência. **Texto contexto - enferm.**, v. 22, n. 2, p. 476-484, June 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000200025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 abr. 2017.

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

ANYAN, F.; WORLEY, L.; HJEMDAL, O. Anxiety symptoms mediate the relationship between exposure to stressful negative life events and depressive symptoms: a conditional process modelling of the protective effects of resilience. **Asian Journal of Psychiatry**, v. 29, p. 41-8, 2017.

ARRUDA, C; SILVA, D.G.V. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, p. 758-766, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000500007>. Acesso em: 28 abr. 2017.

BALSANELLI, Alessandra Cristina Sartore; GROSSI, Sonia Aurora Alves; HERTH, Kaye Ann. Cultural adaptation and validation of the herth hope index for portuguese language: study in patients with chronic illness. **Texto contexto - enferm.**, v. 19, n. 4, p. 754-761, Dec. 2010 .

Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000400019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 mai. 2017.

BAQUEDANO, I. R.; SANTOS, M. A.; MARTINS, T. A.; ZANETTI, M. L. Self-care of patients with diabetes mellitus cared for at an emergency service in Mexico. **Rev Latino-Am Enfermagem.**, v. 18, n. 6, p.1195-202. 2010.

BIANCHINI, D.C.S.; DELL'AGLIO, D.D. Processos de resiliência no contexto de hospitalização: um estudo de caso. **Paidéia**, v. 16, n.35, p. 427-36, 2006. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v16n35/v16n35a13.pdf>>. Acesso em: 05 de jun. de 2012.

BITSIKA, V.; SHARPLEY, C. F.; BELL, R. The Buffering Effect of Resilience upon Stress, Anxiety and Depression in Parents of a Child with an Autism Spectrum Disorder. **Journal Of Developmental And Physical Disabilities**, v. 25, n. 5, p.533-543, 2013. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10882-013-9333-5>>. Acesso em: 13 out. 2016.

BOAS, L. C. G. V.; FOSS, M. C.; FOSS-FREITAS, M. C.; TORRES, H. D. C.; MONTEIRO L. Z. , PACE, A. E. Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. **Texto Contexto Enferm.**, v. 20, n. 2, p.272-9, 2011.

BODEN, M. T.; GALA, S. Exploring correlates of diabetes-related stress among adults with type 1 diabetes in the T1D Exchange clinic registry. **Diabetes Research and Clinical Practice**, v. 28, n. s0168, 2017.

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

BÖELL, J. E. W.; SILVA, D. M. G. V., HEGADOREN, K. M. Sociodemographic factors and health conditions associated with the resilience of people with chronic diseases: a cross sectional study. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24: e2786, p. 1-9, 2016.

BOTEGA, N. J. et al. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Rev. Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 359-363, Oct. 1995 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101995000500004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 out. 2015.

BRANDÃO, J. M.; MAHFOUD, M.; GIANORDOLI-NASCIMENTO, I. F. A construção d conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. **Paidéia**, v.21, n.49, p. 263-271, maio-ago, 2011. Disponível em< <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v21n49/14.pdf>>. Acesso em 15 de jan. de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 13 jun. 2013. Seção 1 p. 59, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doenças crônicas: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. _____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica – Diabetes Mellitus n.16 Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB). **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php. Acesso em 19 Out. 2015.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de análise de situação de saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022, 2011.

_____. _____. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico: VIGITEL. Brasília, 2013b.

BRUCKI, Sonia M.D. et al . Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo , v. 61, n. 3B, p. 777-781, Sept. 2003 . Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2003000500014&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Feb. 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500014>.

CAL, S. F.; SÁ, L. R. de; GLUSTAK, M. E.; SANTIAGO, M. B. Resilience in chronic diseases: A systematic review. **Cogent Psychology**, v. 2, n. 1024928, p. 1-9, 2015.

CAMPANA, A. N.; TAVARES, M.C.; SILVA, D. Modelagem de Equações Estruturais: Apresentação de uma abordagem estatística multivariada para pesquisas em Educação Física. **Motricidade**, v. 5, n. 4, p. 59-80, 2009.

CAMPOS, T. S. P. **Percepções das pessoas com diabetes mellitus acerca da doença e das complicações crônicas**. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2014.

CARVALHO, I. G. et al. Ansiedade, depressão, resiliência e autoestima em indivíduos com doenças cardiovasculares. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2836, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100432&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 ago. 2017.

CATALANO, D et al. The buffering effect of resilience on depression among individuals with spinal cord injury: A structural equation model. **Rehabilitation Psychology**, v. 56, n. 3, p. 200-211, 2011. Disponível em: < <http://psycnet.apa.org/journals/rep/56/3/200/>>. Acesso em 23 mai 2016.

CAZAN, A. M.; TRUTA, C. Stress, Resilience and Life Satisfaction in College Students. **Revista de Cercetare si Interventie Sociala**, v. 48, p.95-108, 2015. Disponível em: < http://www.rcis.ro/images/documente/rcis48_08.pdf>. Acesso em 25 de julho 20107.

ÇELIK, D. A; ÇETIN, F.; TUTKUN, E.. The Role of Proximal and Distal Resilience Factors and Locus of Control in Understanding Hope, Self-Esteem and Academic Achievement among Turkish Pre-adolescents. **Current Psychology**, v. 34, n. 2, p. 321-345, 2014.

CEVADA, T. et al. Relação entre esporte, resiliência, qualidade de vida e ansiedade. **Rev Psiq Clín.**, v. 39, n. 3, p.85-9, 2012. Disponível em:< <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol39/n3/85.htm>>. Acesso em: 25 ago. 2015.

COELHO, A. C. M. et al . Atividades de autocuidado e suas relações com controle metabólico e clínico das pessoas com diabetes Mellitus. **Texto contexto - enferm.**, v. 24, n. 3, p. 697-705, Sept. 2015 . Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000300697&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 nov. 2017.

COHEN, S.; KARMARCK, T.; MERMELSTEIN , R.. A global measure of perceived stress. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 24, n. 24, p. 385-96, 1983. Disponível em:

<http://www.psy.cmu.edu/~scohen/globalmeas83.pdf>. Acesso em: 02 abril 2017.

COMPEÁN ORTIZ, L. G.; GALEGOS CABRIALES, E. C.; GONZÁLEZ GONZÁLEZ, J. G.; GÓMEZ MEZA, M. V. Condutas de autocuidado e indicadores de saúde em adultos com diabetes tipo 2. **Rev Latinoam Enferm** [Internet]., v. 18, n. 4, p. 675-80, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_03.pdf. Acesso em: 08 nov. 2017.

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. Disponível em: <

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/da.10113/epdf>>. Acesso em: 21 de mai. 2017.

CORATHERS, Sarah D.; KICHLER, Jessica C.; FINO, Nora F.; LANG, Wei; LAWRENCE, Jean M.; RAYMOND, Jennifer K. et al. High Health Satisfaction Among Emerging Adults With Diabetes: Factors Predicting Resilience. **Health Psychology**, v. 36, n. 3, 206 –214, 2017.

COSTA, F. G.; COUTINHO, M.P. L. Representações sociais no contexto do diabetes mellitus. **Psicologia em Estudo**, v. 21, n. 1, p.175-185, 2016.

COUTO, M. C. P. P.; KOLLER, S. H.; NOVO, R. Stressful Life Events and Psychological Well-being in a Brazilian Sample of Older Persons: The Role of Resilience. **Ageing Int**, v. 36, n. 4, p.492-505, 2011. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007/s12126-011-9123-2>>. Acesso em: 22 jul. 2016.

CURCIO, R.; LIMA, M.H.M.; ALEXANDRE, N.M.C. Instrumentos relacionados ao diabetes mellitus adaptados e validados para a cultura brasileira. **Rev. Eletr. Enf. [Internet].**, v. 13, n. 2, p. 331-7, 2011. Disponível em: from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.9476>. Acesso em: 20 out. 2015.

DENISCO, S. 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, 2011. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1745-7599.2011.00648.x/pdf>>. Acesso em: 13 jun.. 2017.

DLUGASCH, L. B.; UGARRIZA, D. N. Self-monitoring of blood glucose experiences of adults with type 2 diabetes. **J Am Assoc Nurse Pract.**, v. 18, p. 1-7, 2013.

EDWARD, Karen-leigh. Chronic illness and wellbeing: using nursing practice to Foster resilience as resistance. **British Journal of Nursing**, v. 22, n. 13, p. 741-6, 2013.

EGEDE, L. E.; WALKER, R. J.; PAYNE, E. H.; KNAPP, R. G.; ACIERNO, R.; FRUEH, C. Effect of psychotherapy for depression via home telehealth on glycemic control in adults with type 2 diabetes: subgroup analysis of a randomized clinical trial. **Journal of Telemedicine and Telecare**; p. 1-7, 2017.

FACHADO, A. A.; MARTINEZ, A. M. ; VILLALVA, C. M.; PEREIRA, M. G. Adaptação cultural e validação da versão portuguesa Questionário Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOSS-SS). **Acta Med Port**, v.20, p. 525-533, 2007.

FARIA, D. A. P.; REVOREDO, L. S.; VILAR, M. J.; MAIAL, E. M. C. Resilience and Treatment Adhesion in Patients with Systemic Lupus Erythematosus. **The Open Rheumatology Journal**, v. 8, p. 1-8, 2014.

FARIA, H. T. G.; SANTOS, M. A.; ARRELIAS, C. C. A.; RODRIGUES, F. F. L.; GONELA J. T.; TEIXEIRA, C. R. S.; ZANETTI, M. L. Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 48, n. 2, p.257-63, 2014.

FELIX, L. G. et al. Adherence os older people with diabetes to self-care activities: a study on gender differences. **International Archives of Medicine**, v. 9, n. 364, 2016.

FERREIRA, P. S. G.; PETERS, A. S.; MORRA, F. L.; PINTO, K. J.; SILVA, A. N. A. A adesao ao autocuidado influencia parametros bioquimicos e antropometricos de pacientes diabeticos tipo 2 atendidos no programa hiperdia do municipio de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. **Nutr. clin. diet. hosp.**, v.34, n. 3, p. 10-19, 2014.

FIELD, A. Discovering statistics using IBM SPSS STATISTICS. 4 ed. London: Sage, 2014.

FIGUEIRA, A. L.G.; VILLAS BOAS, L. C. G.; FREITAS, M. C. F.; FOSS, M. C.; PACE, A. E. Percepção do apoio social pela pessoa com Diabetes mellitus e úlceras nos pés. **Acta Paul Enferm.**, v. 25, (Número Especial 1), p. 20-6, 2012.

FISHER, L. et al. Clinical depression versus distress among patients with type 2 diabetes. **Diabetes Care**, v. 30, n. 2, p. 542-48, 2007.

FLECK, M.P.A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-183, Apr. 2000 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 out. 2015.

FONTES, A. P. Resiliência, segundo o paradigma do desenvolvimento ao longo da vida (life-span). **Revista Kairos**, caderno tematico 7, 2010.

FORTES, T. F. R.; PORTUGUEZ, M. W.; ARGIMON, I. I. L. A resiliência em idosos e sua relação com variáveis sociodemográficas e funções cognitivas. 2009. **Estud Psicol.**, [Internet].; v. 26, n. 4, p. 455-63, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v26n4/06.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2014.

FRANCIONI, F. F. **Compreendendo o processo de viver com diabetes mellitus em uma comunidade de Florianópolis, Santa Catarina**: das práticas de autoatenção ao apoio social. Tese (doutorado)

- Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2010.

FRIGIOLA, A.; BULL, C.; WRAY, J. Exercise capacity, quality of life, and resilience after repair of tetralogy of Fallot: a cross-sectional study of patients operated between 1964 and 2009. **Cardiology in the Young**, v. 24, n.1, p. 79–86, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23414679>>. Acesso em 14 abril 2016.

GLASGOW, R. E.; TOOBER, D. J.; HAMPSON, S. E. **The Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure**. **Diabetes Care**.v. 23, n.7, p. 943-950, 2000.

GOMIDES, D. S.; VILLAS-BOAS, L. C. G.; COELHO, A. C. M.; PACE, A. E. Self-care of people with diabetes mellitus who have lower limb complications. **Acta Paul Enferm.**; v. 26, n. 3, p. 289-93, 2013.

GONZALEZ, J. S.; PEYROT, M.; MCCARL, L. A.; COLLINS, E. M.; SERPA, L.; MIMIAGA, M. J.; SAFREN, S. A. Depression and Diabetes Treatment Nonadherence: A Meta-Analysis. **Diabetes Care**, v. 31, n. 12, p. 2398–2403, 2008. Disponível em: <http://doi.org/10.2337/dc08-1341>. Acesso em: 07 nov. 2017.

GREGG, J. A.; CALLAGHAN, G. M.; HAYES, S. C. Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 75, n. 2, p. 336 -343, 2007.

GRIEP, R. H. et al. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 703-714, June 2005 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 out. 2015

GRILLO, M. F. F.; GORINI, M. I. P. C. Caracterização de pessoas com diabetes mellitus tipo 2. **Rev Bras Enferm.**, v. 60, n. 1, p. 49-54, 2007.

GROSS, C.C. et al. Brazilian version of the problem areas in diabetes scale (B-PAId): validation and identification of individuals at high risk

for emotional distress. **Diabetes Res clin Pract**, v.76, n.3, p.455-9, 2007.

GROTBERG, E. H. Introdução: novas tendências em resiliência. In: Aldo Melillo, Elbio Néstor Suárez Ojeda e colaboradores. **Resiliência descobrindo as próprias fortalezas**. Porto Alegre: Artmed, 2005. p 15 – 22.

HAN, M. O. P. K.; LAU, J. T. F. L.; YU, X.; GU, J. The role of social support on resilience, posttraumatic growth, hopelessness, and depression among children of HIV-infected parents in mainland China, **AIDS Care**, v. 26, n. 12, p. 1526-33, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/09540121.2014.923810>. Acesso em: 17 out de 2017.

HASSANI, P.; IZADI-AVANJI, F. S., RAKHSHAN, M.; MAJD, H. A. A phenomenological study on resilience of the elderly suffering from chronic disease: a qualitative study. **Psychol Res Behav Manag.**, v. 10, p. 59-67, 2017.

HERTH, K. Development and refinement of an instrument to measure hope. **Sch Inq Nurs Pract**. 1991;5(1):39-51.

HILDON, Z.; SMITH, G.; NETUVELI, G.; BLANE D. Understanding adversity and resilience at older ages. **Sociol Health Illn.**, v.30, n.5, p. 726-40, 2008.

HILL-BRIGGS, F. et al. Effect of problem-solving-based diabetes self-management training on diabetes control in a low income patient sample. **J Gen Intern Med.**, v. 26, p. 972-8, 2011.

HILLIARD, M. E.; HARRIS, M. A.; WEISS-BENCHELL, J. Diabetes resilience: a model of risk and protection in type 1 diabetes. **Curr Diab Rep.**, v.12, n.6, p.739-48, 2012.

HJEMDAL, O. et al. The relationship between resilience and levels of anxiety, depression, and obsessive-compulsive symptoms in adolescents. **Clinical Psychology & Psychotherapy**, v. 18, n. 4, p.314-321, 2011. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cpp.719/epdf>>. Acesso em: 15 mai 2016.

HJEMDAL, O; FRIBORG, O; STILES, T. C. Resilience is a good predictor of hopelessness even after accounting for stressful life events, mood and personality (NEO-PI-R). **Scand J Psychol**, v. 53, p.174–180. 2012. Disponível em: <
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9450.2011.00928.x/abstract;jsessionid=CB2C91B7341199984EA70152A42ABD88.f03t02>>. Acesso em 12 jun 2016.

HOLDEN, K. B. et al. Prevalence and Correlates of Depressive Symptoms and Resiliency among African American Women in a Community-Based Primary Health Care Center. **Journal Of Health Care For The Poor And Underserved**, v. 24, n. 4, p.79-93, 2013. Disponível em: <
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4020280/>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

HUANG, Chin-Yu; RU-RONG, Chen; KAN-YUAN, Cheng; SU-CHING, Sung. Exploring Resilience and Its Related Factors in Patients With Chronic Mental Illness. **Journal of Nursing & Healthcare Research**, v. 10, n. 2, p. 154-163, 2014.

HUANG, M. F. **Resilience in chronic disease: the relationship among risk factors, protective factors, adaptive outcomes, and the level of resilience in adults with diabetes**. 310p. Tese. Queensland: University of Queensland, Austrália, 2009.

IBM Corp. Released 2011. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. Armonk, NY: IBM Corp.

INFANTE, F. A resiliência como processo: uma revisão de literatura recente. In: Aldo Melillo, Elbio Néstor Suárez Ojeda e colaboradores. **Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas**. Porto Alegre: Artmed, 2005. p 23 – 38.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico de 2012. Rio de Janeiro: **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2012. Disponível em: <
<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em jun. de 2014.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. IDF. **Diabetes Atlas**: sixth edition, 2014. Disponível em: <http://www.idf.org/sites/default/files/Atlas-poster-2014_EN.pdf>. Acesso em: 30 jul 2015.

JACKSON, D.; FIRTKO, A.; EDENBOROUGH, M. Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. **J Adv Nurs.**, v. 60, n. 1, p. 1-9, 2007.

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. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3134245/>>. Acesso em: 15 jul 2016.

JULIANO, M. C. C.; YUNES, M. A. N. Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. **Ambiente & Sociedade [en linea]**, 2014, XVII (Julio-Septiembre). Disponível em:< <http://www.redalyc.org/articulo.oa?>>. Acesso em: 10 maio 2017.

KALTMAN, S. et al. Type 2 diabetes and depression: a pilot Trial of na integrated self-managemente intervention for Latino immigrants. **Diabetes Educ.**; v. 42, p. 87-95, 2016.

LESSMANN, J. C.; SILVA, D.G.V.; NASSAR, S. M. Women with type 2 diabetes mellitus: sociodemographic profile, biometrics and health. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, p. 81-86, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000800013>. Acesso em: 15 jul 2016.

LIVINGSTONE, W.; MORTEL, T. F. V. D.; TAYLOR, B. 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. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.5172/conu.2011.39.1.20>>. Acesso em: 15 jul 2016.

LLOYD, T. J.; HASTINGS, R. Hope as a psychological resilience factor in mothers and fathers of children with intellectual disabilities. **J Intellect Disabil Res.**, v. 53, n. 12, p.957-68, 2009.

LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p.712-9, 2006.

LUFT, Caroline Di Bernardi et al. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 606-615, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 abr. 2017.

LUTHAR, S. S.; CICINATTI, D.; BECKER, B. The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. **Child Development**, 71, p. 534 – 562, 2000.

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.

MASTEN, A. S. Ordinary Magic: Resilience Processes in Development. *American Psychologist*. Minnesota, v.53, n.3, p. 227-238, 2001.

MATZKA, M. Et al. Relationship between Resilience, psychological distress and physical activity in cancer patients: a cross-sectional observation study. **PLoS ONE** 11, v. 4, n. e0154496, p. 1-13, 2016.

MELILLO, A. Prefácio. In: Aldo Melillo, Elbio Néstor Suárez Ojeda e colaboradores. **Resiliência descobrindo as próprias fortalezas**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

MENDENHALL, E.; NORRIS, S. A.; SHIDHAYE, R.; PRABHAKARAN D. Depression and Type 2 Diabetes in Low and Middle Income Countries: A Systematic Review. **Diabetes research and clinical practice.**; 2014;103(2):276-285. doi:10.1016/j.diabres.2014.01.001.

MICHELS, M. J. et al. Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 54, n. 7, p. 644-651, 2010. Disponível

em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302010000700009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Set. 2015.

MIN, J. A.; LEE, N. B.; LEE, C. U.; LEE, C.; CHAE, J. H. Low trait anxiety, high resilience, and their possible interaction as predictors for treatment response in patients with depression. *J Affect Disord*. 2012;137(1-3):61-9.

MIN, J.; LEE, C.; CHAE, J. Resilience moderates the risk of depression and anxiety symptoms on suicidal ideation in patients with depression and/or anxiety disorders. **Comprehensive Psychiatry**, v. 56, p.103-111, 2015. Disponível em:

<<http://api.elsevier.com/content/article/PII:S0010440X14001916?httpAccept=text/xml>>. Acesso em 12 jun 2017.

MO, P. K. H.; LAU, J. T. F; YU, X.; GU, J. The role of social support on resilience, posttraumatic growth, hopelessness, and depression among children of HIV-infected parents in mainland China. **AIDS Care**, v. 26, n. 12, p. 1526-32, 2014.

MOLINA, Y.; Yi, J. C.; MARTINEZ-GUTIERREZ, J.; REDING, K. W.; YI-FRAZIER, J. P.; ROSENBERG, A. R. Resilience Among Patients Across the Cancer Continuum: Diverse Perspectives. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, v. 18, n. 1, p. 93–101, 2014.

MORESCHI, C.; REMPEL, C.; CARRENO, I.; SILVA, D. S. da; POMBO, C. N. F.; CANO, M. R. L.. Prevalência e Perfil das Pessoas com Diabetes cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 28, n. 2, p: 184-190, abr./jun., 2015.

MOTTA, B. F. B.; ROSA, J. H. S. Aspectos sociais da resiliência em pacientes com diabetes mellitus tipo II. **Revista Científica Fagoc Saúde**, v. I, p. 27-36, 2016.

MUSTAPHA, W; HOSSAIN, Z. S.; LOUGHLIN, K. O. Management and Impact of Diabetes on Quality of Life among the Lebanese

Community of Sydney: **A Quantitative Study. J Diabetes Metab.**, v. 5, n. 329, p: 1-10, 2014.

NASSAR, et al. SEstatNet - **Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web**. [Internet]. Florianópolis-SC: Universidade Federal de Santa Catarina; 2011. Disponível em: <http://www.sestatnet.ufsc.br>. Acesso em: 08 de jul de 2015.

NAWAZ, A.; MALIK, J. A.; BATOOL, A. Relationship between resilience and quality of life in diabetics. **Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan: JCPSP**, v. 24, n. 9, p. 670-675, 2014. Disponível em: <<http://www.jcpsp.pk/archive/2014/Sep2014/15.pdf>>. Acesso em 9 de maio 2017.

NETA, D. S. R.; SILVA, A. R. V.; SILVA, G. R. F. Adesão das pessoas com diabetes mellitus ao autocuidado com os pés. **Rev Bras Enferm.**, v. 68, n. 1, p. 111-6, 2015.

NEWTON-JOHN, T. R.; MASON, C.; HUNTER, M. The role of resilience in adjustment and coping with chronic pain. **Rehabil Psychol.**, v. 59, n. 3, p. 360-5, 2014.

NUGENT, L. E.; CARSON, M.; ZAMMITT, N. N.; SMITH, G. D.; WALLSTON, K. A. Health value & perceived control over health: behavioural constructs to support Type 2 diabetes self-management in clinical practice. **J Clin Nurs**. [Internet].; v. 24, n. (15-16), p. :2201-10, 2015. Disponível em: <<http://Internetlibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12878/full>>. Acesso em: 11 jan. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília, 2003.

ORIHUELA, C. A.; MRUG, S.; BOGGIANO, M. M. Reciprocal relationships between emotion regulation and motives for eating palatable foods in African American adolescents. **Appetite**, v. 117, p. 303-309, 2017.

ORLANDI, F. de S. et al . Avaliação do nível de esperança de vida de idosos renais crônicos em hemodiálise. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 46, n. 4, p. 900-905, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000400017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 maio 2017.

ORLANDI, F. de S.; PRAÇA, N. de S. A esperança na vida de mulheres com HIV/AIDS: avaliação pela Escala de Herth. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 141-148, 2013.

PALLANT, J. **SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using SPSS**. 4 ed. London: Mcgraw Hill, 2010.

PENTZ, M. Resilience among older adults with cancer and the importance of social support and spirituality-faith: I don't have time to die. **J Gerontol Soc Work.**, v. 44(3-4), n. 3-22, 2005.

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, R. P et al. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n.2, p.436-448, mar-abr, 2005.

PINHEIRO, D. P. N. A Resiliência em Discussão. *Psicologia em estudo*. Maringá, v. 9, n.1, p.67-75, 2004.

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

POURAFZAL, F. et al. Relationship between Perceived Stress with Resilience among Undergraduate Nursing Students. **Journal of Hayat**, v. 19, n.1, p. 41-52, 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS - PMF. **Secretaria Municipal de Saúde**. Protocolo de Enfermagem Volume 1: Hipertensão, Diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares, 2015. Disponível em:

http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/14_09_2017_15.18.48.612d30e73975e107e02e50a2fb61b391.pdf. Acesso em 12 de out. 2017.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS - PMF. **Sistema de Informação da Atenção Básica**. Florianópolis, Brasil, 2016.

Disponível em:

<<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=siab&menu=5>>. Acesso em 15 de agost. de 2016.

RAVAL, A.; DHANARAJ, E.; BHANSALI, A.; GROVER, S.; TIWARI, P. Prevalence & determinants of depression in type 2 diabetes patients in a tertiary care centre. **Indian Journal of Medical Research**, v. 132, p. 195-200, 2010.

RECKZIEGEL, J. C. L. **Resiliência e adesão ao tratamento do diabetes mellitus em mulheres**. 2014. 200p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2014.

REICH, J. W.; ZAUTRA, A. J.; HALL, J. S. **Handbook of adult resilience**. England: Guilford Press, 2010.

RICHARDSON, L. K.; EGEDE, L. E.; MUELLER, M.; ECHOLS, C. L.; GEBREGZIABHER, M. Longitudinal effects of depression on glycemic control in veterans with type 2 diabetes. **General Hospital Psychiatry**, v. 30, p. 509-14, 2008.

RISTEVSKA-DIMITROVSKA, G.; STEFANOVSKI, P.; SMICHKOSKA, S., RALEVA M.; DEJANOVA B. Depression and Resilience in Breast Cancer Patients. *OA Maced J Med Sci*. 2015 Dec 15; 3(4):661-665. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3889/oamjms.2015.119>. Acesso em: 18 de setembro de 2017.

ROBERT, S. C. de et al . Estrés psicosocial y baja resiliencia, un factor de riesgo de hipertensión arterial. **Rev. argent. cardiol.**, v. 78, n. 5, p. 425-431, 2010 . Disponível em:

<http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482010000500009&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2017.

RUSA, S. G.; PERIPATO, G. I., PAVARINI, S. C. I.; INOUE, K.; ZAZZETTA, M. S.; ORLANDI, F. de S. Qualidade de vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais de adultos e idosos renais crônicos em hemodiálise. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 6, p. 911-7, 2014.

RUTTEN, B. P.; HAMMELS C.; GESCHWIND N.; MENNE-LOTHMANN, C.; PISHVA, E.; SCHRUERS, K.; WICHERS, M. Resilience in mental health: Linking psychological and neurobiological perspectives. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, n.128, p. 3–20, 2013.

RUTTER, M. Implications of resilience concepts for scientific understanding. **Annals of the New York of Sciences**, 1094, 1- 12, 2006.

RUTTER, M. Psychosocial resilience and protective mechanism. **Amer. J. Orthopsychiat.** v. 57, n. 3, 1987.

SANTOS, F. R.; BERNARDO, V.; GABBAY, M. A.; DIB, S. A.; SIQLEM, 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. **Diabetol Metab Syndr.**, v. 5, p. 1-5, 2013.

SANTOS, M. A. S. et al . Tendências da morbidade hospitalar por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2002 a 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 24, n. 3, p. 389-398, 2015 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000300389&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jun 2016.

SARTORE, A.C.; GROSSI, S.A.A. Escala de Esperança de Herth – Instrumento adaptado e validado para a língua portuguesa. **Rev Esc Enferm USP**, v.42, n.2, p. 227-32, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000200003>. Acesso em: 12 jun 2016.

SARTORE, A.C.; GROSSI, S.A.A. Escala de Esperança de Herth – Instrumento adaptado e validado para a língua portuguesa. **Rev Esc Enferm USP**, v.42, n.2, p. 227-32, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000200003>. Acesso em: 12 maio 2017.

SCHMITT, A.; REIMER, A.; HERMANN, N.; KULZER, B.; EHRMANN, D.; KRICHBAUM, M.; HUBER, J.; HAAK, T. Depression is linked to hyperglycaemia via suboptimal diabetes self-management: A cross-sectional mediation analysis. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 94, p. 17–23, 2017.

SHAH, R. K. P; GROVER, S.; KUMAR, S.; MALHOTRA, R., TYAGI, S. Relationship between spirituality/religiouness and coping in patients with residual schizophrenia. **Qual Life Res.**, v. 20, p.1053-60, 2011.

SHARPLEY, C. F. et al. Does resilience ‘buffer’ against depression in prostate cancer patients? A multi-site replication study. **European Journal Of Cancer Care**, v. 23, n. 4, p.545-552, 2014. Disponível em: < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ecc.12170/full>>. Acesso em: 12 jun 2016.

SHEIKH, B. Abu; ARABIAT, D. H.; HOLMES, S. L.; KHADER, Y.; HIYASAT, D.; COLLYER, D.; ABU-SHIEKH, S. Correlates of treatment satisfaction and well-being among patients with type II diabetes. **Int Nurs Rev.**, 2017.

SHI, M. et al. The mediating role of resilience in the relationship between stress and life satisfaction among Chinese medical students: a cross-sectional study. **BMC Medical Education**, v. 15, n. 16, p.1-7, 2015. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6920/15/16>>. Acesso em: 10 maio 2016.

SHRIVASTAVA, A.; DESOUSA, A. Resilience: A psychobiological construct for psychiatric disorders. **Indian Journal of Psychiatry**, v. 1, n. 58, p.38-43, 2016.

SIDDIQUI, SAMREEN. Depression in type 2 diabetes mellitus - a brief review. **Diabetes and metabolic Syndrome: Clinical Research and Reviews**, v. 8, p. 62-65, 2014.

SILVA, D.G.V.; HEGADOREN, K.; LASUIK G. The perspectives of Brazilian homemakers concerning living with type 2 diabetes mellitus. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, p. 469-477, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

[11692012000300007&lng=en&nrm=iso&tlng=en](#)>. Acesso em: 10 set. 2016.

SLOMKA, L. Associação entre o nível de resiliência e o estado clínico de pacientes renais crônicos em hemodiálise. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 34, p. 23-37, jan./jul., 2011. Disponível em <<http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/viewFile/1205/1570>>. Acesso em: 12 ago. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. SBD. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2014-2015. [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. – São Paulo: **AC Farmacêutica**, 2015.

SOLANO, J. P. C.; SILVA, A. B. G.; SOARES, I. A.; ASHMAWI, H. A.; VIEIRA, J. E. V. Resilience and hope during advanced disease: a pilot study with metastatic colorectal cancer patients. **BMC Palliative Care**, v. 15, n. 70, 2016.

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

SONGPRAKUN, W.; MCCANN, T. V. Effectiveness of a self-help manual on the promotion of resilience in individuals with depression in Thailand: a randomised controlled trial. **Bmc Psychiatry**, v. 12, n. 1, p.12-, 2012. Disponível em:< <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12/12>>. Acesso em: 18 Ago. 2015.

SOUZA, E. C. S.; SOUZA, S. A.; ALVES, T.O.S.; GOIS, C. F. L; GUIMARÃES, A.M. D. N. ; MATTOS, M.C.T.; CAMPOS, M.P.A. Avaliação da Qualidade de Vida de Portadores de Diabetes utilizando a medida específica B-Paid. **Rev. Min. Enferm.**; v. 16, n. 4, p. 509-514, out./dez., 2012.

SOUZA, M. T. S.; CERVENY, C. M. de O. Resiliência psicológica: revisão da literatura e análise da produção científica. **Interam. j. psychol.**, Porto Alegre, v. 40, n. 1, abr. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-96902006000100013&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 15 jul de 2016.

SPIES, G.; SEEDAT, S. Depression and resilience in women with HIV and early life stress: does trauma play a mediating role? A cross-sectional study. **Bmj Open**, v. 4, n. 2, p.1-7. 2014. Disponível em: <http://bmjopen.bmj.com/content/4/2/e004200.full>>. Acesso em: 12 jul. 2017.

STEINHARDT, M. A et al. A Resilience Intervention in African American Adults with Type 2 Diabetes: A Pilot Study of Efficacy. **Diabetes Educ.**, v.35, n.2, p.274–284, 2009.

STEWART, D. E.; YUEN, T. A systematic review of resilience in the physically ill. **Psychosomatics**, v. 52, n. 199-209, 2011.

STEWART-

KNOX, M.E.; DUFFY, B.; BUNTING, H.; PARR, M.D. Associations between obesity (BMI and waist circumference) and socio-demographic factors, physical activity, dietary habits, life events, resilience, mood, perceived stress and hopelessness in healthy older Europeans. **BMC Public Health**, v. 11, n. 12, p. 424, 2012.

STURGEON, J. A.; ZAUTRA, A. J. Resilience: a new paradigm for adaptation to chronic pain. **Curr Pain Headache Rep.**, v. 14, n. 2, p. 105-12, 2010.

SU, D.; WU, X. N.; ZHANG, Y. X.; LI H. P.; WANG W. L. ZHANG, J. P.; ZHOU, L. S. Depression and social support between China rural and urban empty-nest elderly. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 55, n. 3, p. 564-69, 2012.

TAVARES, B.C. et al. Resiliência de pessoas com Diabetes Mellitus. **Texto contexto - enferm.**, v. 20, n. 4, p. 751-757, 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 out. 2016.

TIAN, J.; HONG, J. Assessment of the relationship between resilience and quality of life in patients with digestive cancer. **World journal of gastroenterology: WJG**, v. 20, n. 48, p. 18439-18444, 2014.

TORRES, H. C.; PEREIRA, F. R. L.; ALEXANDRE, L. R. Avaliação das ações educativas na promoção do autogerenciamento dos cuidados

em diabetes mellitus tipo 2. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 45, n. 5, p.1077-1082, 2011.

TRINDADE, C. R. P. da; HAHN, G. V. Apoio Social ao doente oncológico com base na escala do Medical Outcomes Study. **Rev Enferm UFSM.**, v. 6, n. 1, p: 112-122, 2016.

TROMBETA, L. H. A. P.; GUZZO, R. S. L. **Enfrentando o cotidiano adverso: Estudo sobre resiliência em adolescentes.** Campinas, SP: Alínea, 2002.

VERAS, V. S.; SANTOS, M. A.; RODRIGUES, F. F. L.; ARRELIAS, C. C. A.; PEDERSOLI, T. A. M.; ZANETTI, M. L. Autocuidado de pacientes inseridos em um programa de automonitorização da glicemia capilar no domicílio. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 35, n. 4, p. 42-8, 2014.

VILAS-BOAS; L. C. G.; FOSS, M. S.; FOSS-FREITAS, M. C.; TORRES, H. C.; MONTEIRO LZ, PACE AE. Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. **Texto & Contexto Enferm** [Internet]., v. 20, n. 2, p. 272-9, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a08v20n2>. Acesso em: 08 nov. 2017.

VINACCIA, S., J. QUICENO M., REMOR. Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso en relación con la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos. **Anales de Psicología**, v. 28, n. 2, p. 366-377, 2012.

WAGNILD, G. M., COLLINS, J. A. Assessing resilience. **Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services**, v. 47, p. 28–33, 2009.

WAGNILD, G. M.; YOUNG, H. M. Development and psychometric evaluation of the resilience scale. **Journal of Nursing Measurement**, v. 1, n. 2, p. 165-178, 1993.

WANG R.-H.; HSU H.-C.; KAO C.-C.; YANG Y.-M.; LEE Y.-J.; SHIN S.-J. Associations of changes in psychosocial factors and their interactions with diabetes distress in patients with type 2 diabetes: a longitudinal study. **Journal of Advanced Nursing**, v. 73, n. 5, p. 1137–1146, 2017.

WINDLE, G.; BENNETT, K. M.; NOYES, J. A methodological review of resilience measurement scales. **Health and Quality of Life Outcomes**. v. 9, n. 8, 2011.

WRIGHT, M. O. D.; MASTEN, A. S.; NARAYAN, A. J. Resilience processes in development: Four waves of research on positive adaptation in the context of adversity. In S. Goldstein, & R. B. Brooks (Eds.), **Handbook of Resilience in Children** (2nd Edition ed., pp. 15-37). New York, NY: Springer, 2013.

WU, H. C. The protective effects of resilience and hope on quality of life of the families coping with the criminal traumatization of one of its members. **Journal of Clinical Nursing**, v.20, p.1906–1915, 2011. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21545570>>. Acesso em: 5 jun. 2017.

YI, J. P.; VITALIANO, P. P.; SMITH, R. E.; YI, J. C.; WEINGER, K. The role of resilience on psychological adjustment and physical health in patients with diabetes. **Br J Health Psychol.**, v. 13, p. 311–25, 2008.

Yi-FRAZIER, J. P.; SMITH, R. E.; VITALIANO, P.P.; Yi, J. C.; MAI, S.; HILLMAN M.; WEINGER, K. A Person-Focused Analysis of Resilience Resources and Coping in Diabetes Patients. **Stress Health**, v. 26, n.1, p. 51–60, Jan., 2010.

Yi-FRAZIER, J. P.; VITALIANO, P.P.; SMITH, R. E.; Yi, J. C.; WEINGER, K. The role of resilience on psychological adjustment and physical health in patients with diabetes. **Br J Health Psychol.** v. 13, n. 2, p. 311–325, 2008.

YUNES, M. A. M. Psicologia e resiliência: o foco no indivíduo e na família. **Psicol Estud.**, v.8, n. esp, p.75-84, 2003.

YUNES, M. A. M.; GARCIA, N. M.; ALBUQUERQUE, B. M. Monoparentalidade, pobreza e resiliência: entre as crianças dos profissionais e as possibilidades da convivência familiar. **Psicol. Reflex. Crit.**, v. 20, n. 3, 2007.

ZHOU, Y.; LIAO, L.; SUN, M.; HE, G. Self-care practices of Chinese individuals with diabetes. **Exp Ther Med.**, v. 5, n. 4, p. 1137-1142, 2013.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The hospital anxiety and depression scale. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 67, n. 6, p. 361-70, 1983.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E DE CONDIÇÕES DE SAÚDE

| | |
|--|----------------------------------|
| 1. Número do questionário: | nquest __ |
| 2. Local da coleta: (0) domicílio (1) Centro de Saúde (2) Nucron (3) Outro Qual: _____ | serviço _ |
| 3. Coletador(a): _____ _____ Código: __ Data da entrevista: __/__/____ Horário da entrevista: __:__ | codcol __ dent __/__/__ __ |
| BLOCO A – IDENTIFICAÇÃO | |
| 4. Nome Completo _____ _____ _____ | |
| 5. Endereço _____ _____ _____ Telefone/contato (__) _____ (__) _____ | munic __ |
| 6. Qual é a sua data de nascimento? __/__/____ | dnasc_ __/__/____ |
| 7. Qual a sua idade? ___ em anos completos | idade ___ |
| 8. Sexo (<i>OBSERVADO PELO ENTREVISTADOR</i>) (1) Masculino (2) Feminino | sex _ |

| | |
|--|-----------|
| <p>9. Qual a sua religião? (CITE AS OPÇÕES)</p> <p>(0) não tem (1) católica (2) protestante (3) espírita (4) umbanda (5) evangélica (6) pentecostais (7) outra Qual? _____</p> | rel _ |
| <p>10. Você tem hábito de rezar diariamente (tem fé)?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p> | rezar_ |
| <p>11. Qual seu estado civil?</p> <p>(1)casado(a)/união estável, (2)viúvo(a), (3)divorciado(a) (4)outro Qual? _____ _____</p> | conjuge _ |
| <p>12. O(a) senhor(a) tem filhos?</p> <p>(0)Não (1)Sim (_ _) número de filhos</p> | filh _ _ |
| <p>13. O(a) senhor(a) sabe ler e escrever?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p> | ler _ |
| <p>14. Até que série o Senhor (a) estudou?</p> <p>(0) Não estudou</p> <p>Ensino Fundamental - (11)1ª série (12)2ª série (13)3ª série (14)4ª serie (15)5ª série (16)6ª série (17)7ª série (18)8ª série</p> <p>Ensino Médio – (21)1ª série (22)2ª série (23)3ª série</p> <p>Ensino Superior - (30) Ensino Superior Completo (31) Ensino Superior Incompleto</p> <p>Pós Graduação - (40) Especialização (50) Mestrado (60)Doutorado</p> | anose _ _ |
| <p>15. O senhor (a) tem um trabalho no qual recebe remuneração/pagamento?</p> | Ocup__ |

| | |
|---|-------------------------------------|
| <p>(0) Não possui trabalho remunerado (não é aposentado ou pensionista)</p> <p>(1) Sim (possui trabalho remunerado)</p> <p>(2) Aposentado</p> <p>(3) Pensionista</p> | |
| <p>16. Qual a sua renda mensal? _____, __</p> | <p>renda _____, __</p> <p>_____</p> |
| <p>17. Qual a renda mensal da sua família? _____, __</p> | <p>rendaf _____, __</p> |
| BLOCO B – CONDIÇÃO DE SAÚDE | |
| <p>18. Há quanto tempo o senhor (a) descobriu o diabetes? (ANOTAR EM ANOS) __</p> | <p>diag__</p> |
| <p>19. Tipo de tratamento realizado (CITAR AS OPÇÕES):</p> <p>(0) não faz uso de medicamentos para DM (1) uso de medicamentos orais para DM</p> <p>(2) uso de insulina (3) Medicamentos Orais e Insulina</p> | <p>Med__</p> |
| <p>20. O senhor (a) possui hipertensão arterial?</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) IGN</p> | <p>has _</p> |
| <p>21. O (a) senhor (a) tem alguma complicação do diabetes?</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) IGN</p> | <p>compdm_</p> |
| <p>22. Se sim, indique quais complicações:</p> <p>(1) olhos (2) pés (3) rins (4) coração</p> <p>(5) cérebro (9) IGN () outra Qual? _____</p> <p>_____</p> | <p>comp</p> |
| <p>23. O(a) senhor(a) tem outros problemas de saúde?</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) IGN</p> | <p>outpro _</p> |

| | |
|--|--|
| 24. Se sim, quais os outros problemas de saúde? _ _ _ _ _ ----- ----- ----- ----- | quaispr1 _ _ quaispr2 _ _ quaispr3 _ _ |
| | |
| Hora do término: _ _ : _ _ | |

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CAMPUS UNIVERSITÁRIO – TRINDADE
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 3721-9480 – 3721-9399 Fax (048) 3721-9787

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Ao assinar este documento estou afirmando meu consentimento em participar da pesquisa intitulada a participar da pesquisa intitulada **“DIABETES MELLITUS E SUA INTERSEÇÃO COM A DOENÇA RENAL CRÔNICA ”** que será coordenada por uma professora da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Dra. Denise Guerreiro Vieira da Silva e pelos integrantes do Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condição Crônica (NUCRON).

Estou ciente de que participarei de uma pesquisa que tem como Avaliar a resiliência e fatores que podem influenciar este construto em pessoas com diabetes mellitus. Minha colaboração será respondendo algumas perguntas que serão feitas sobre minha doença ou fatores que podem influenciar de alguma maneira no desenvolvimento de minha condição de saúde. A pesquisadora irá me entrevistar respeitando minha disponibilidade e os locais de minha preferência para a condução da entrevista. Estou esclarecido de que as informações da entrevista mantém o sigilo e anonimato, sendo colocadas somente as iniciais do meu nome. As informações dessas entrevistas somente serão utilizadas no propósito da pesquisa.

Essas informações serão somente utilizadas em publicações em livro, artigos científicos ou divulgação em eventos de caráter científico,

mas sem que seu nome ou qualquer outra informação que o (a) identifique seja revelado.

Fui informado de que a pesquisa não me trará ônus e terei direito a indenização diante de eventuais danos ou custos decorrentes da mesma. Nas entrevistas podem ocorrer desconfortos em relação a algumas perguntas, mas estou ciente de que posso me negar a responder. Terei direito a receber assistência física, mental ou emocional se as entrevistas provocarem alguma necessidade.

Fui também informado que a pesquisa trará como contribuição a construção de mais conhecimentos sobre o que pode influenciar no controle do diabetes mellitus e, desse modo, possibilitar aos profissionais de saúde desenvolver uma atenção em saúde mais adequada.

Assinarei este documento, que terá duas vias, sendo que uma ficará comigo e outra ficará com a pesquisadora principal. Em caso de dúvida em relação ao estudo antes ou durante seu desenvolvimento, ou desistir de fazer parte dele, entrarei em contato com a pesquisadora responsável, professora Dra. Denise Guerreiro Vieira da Silva no endereço: Universidade Federal de Santa Catarina - Centro de Ciências da Saúde - Departamento de Enfermagem. Campus Universitário – Trindade, Florianópolis/SC - CEP: 88.040-900, ou através do telefone: (48) 8845687, ou pelo e-mail: denise.guerreiro@ufsc.br.

Destacamos que o projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC, telefone (48) 3721-9206 - endereço: Universidade Federal de Santa Catarina – Biblioteca Universitária Central, Campus Universitário – Trindade). Desde já agradecemos a sua participação.

Eu _____

_____ declaro através deste instrumento meu consentimento para participar como sujeito da pesquisa: **“DIABETES MELLITUS E SUA INTERSEÇÃO COM A DOENÇA RENAL CRÔNICA”** Declaro que estou ciente de seus objetivos, método, potenciais riscos, incômodos e benefícios que a pesquisa pode acarretar e bem como de meu direito de desistir a qualquer momento, sem penalização alguma e/ou prejuízo.

Nome: _____

Assinatura: _____

RG: _____

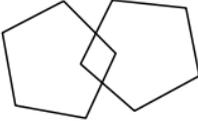
Florianópolis, de de 201 .

Pesquisador responsável

Pesquisadora participante

ANEXO A – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

| | |
|---|---|
| <p>Orientação Temporal (5 pontos)</p> | <p>Qual a hora aproximada? Em que dia da semana estamos? Que dia do mês é hoje? Em que mês estamos? Em que ano estamos?</p> |
| <p>Orientação Espacial (5 pontos)</p> | <p>Em que local estamos? Que local é esse aqui? Em que bairro nós estamos ou qual o endereço daqui? Em que cidade nós estamos? Em que estado nós estamos?</p> |
| <p>Registros (3 pontos)</p> | <p>Reperir: CARRO, VASO, TIJOLO</p> |
| <p>Atenção e cálculo (5 pontos)</p> | <p>Subtrair: $100-7=93-7=86-7=79-7=72-7=65$</p> |
| <p>Memória de evocação (3 pontos)</p> | <p>Quais os três objetos perguntados anteriormente?</p> |
| <p>Nomear dois objetos (2 pontos)</p> | <p>Relógio e caneta</p> |
| <p>Repetir (1 ponto)</p> | <p>“Nem aqui, nem ali, nem lá”</p> |
| <p>Comando de estágios (3 pontos)</p> | <p>Apague essa folha de papel com a mão direita, dobre-a no meio e coloque-a no chão</p> |
| <p>Escrever uma frase</p> | <p>Escrever uma frase que tenha sentido</p> |

| | |
|------------------------------|--|
| completa (1 ponto) | |
| Ler e executar (1 ponto) | Feche os olhos |
| Copiar diagrama (1 ponto) | Copiar dois pentágonos com intersecção.  |

Baseado em Bucki et al., 2003.

ANEXO B – ESCALA DE RESILIÊNCIA DE CONNOR-DAVIDSON PARA O BRASIL

A escala de resiliência não pode ser re-produzida nesta tese, pois está protegida contra direitos autorais de ser publicada de qualquer forma. Para obter uma cópia da escala é preciso entrar em contato com os autores Dr. Connor ou Dr. Davidson.

ANEXO C – ESCALA DE ESTRESSE PERCEBIDO

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

| Neste 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 vem 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 |
| 4 | Você tem sentido que as dificuldades se acumulam de forma que você acredita que não pode superá-las? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

(Fonte: LUFT et al, 2007, p. 615)

TOTAL= _____

ANEXO D - ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

Orientação: Leia todas as frases e marque com um X a resposta que melhor corresponder a como você está se **sentindo na última semana**.

1. **A.** Eu me sinto tenso ou contraído:
3 () a maior parte do tempo
2 () boa parte do tempo
1 () de vez em quando
0 () nunca
2. **D.** Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas que antes:
0 () sim, e de um jeito muito forte
1 () não tanto quanto antes
2 () só um pouco
3 () já não sinto prazer em nada
3. **A.** Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:
3 () sim, e de um jeito muito forte
2 () sim, mas não tão forte
1 () um pouco, mas isso não me preocupa
0 () não sinto nada disso
4. **D.** Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:
0 () do mesmo jeito que antes
1 () atualmente um pouco menos
2 () atualmente bem menos
3 () não consigo mais
5. **A.** Estou com a cabeça cheia de preocupações
3 () a maior parte do tempo
2 () boa parte do tempo
1 () de vez em quando
0 () raramente
6. **D.** Eu me sinto alegre
3 () nunca
2 () poucas vezes
1 () muitas vezes
0 () a maior parte do tempo
7. **A.** Consigo ficar a vontade e sentir relaxado

- 0 () sim, quase sempre
1 () muitas vezes
2 () poucas vezes
3 () nunca
8. **D.** Eu estou lento para pensar e fazer as coisas
3 () sim, quase sempre
2 () muitas vezes
1 () poucas vezes
0 () nunca
9. **A.** Eu tenho uma sensação ruim de medo, como frio na barriga ou um aperto no estômago:
0 () nunca
1 () de vez em quando
2 () muitas vezes
3 () quase sempre
10. **D.** Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:
3 () completamente
2 () não estou mais me cuidando como deveria
1 () talvez não tanto quanto antes
0 () me cuido do mesmo jeito que antes
11. **A.** Eu me sinto inquieto, como se não pudesse ficar parado em lugar nenhum:
3 () sim, demais
2 () bastante
1 () um pouco
0 () não me sinto assim
12. **D.** Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir
0 () do mesmo jeito que antes
1 () um pouco menos do que antes
2 () bem menos do que antes
3 () quase nunca
13. **A.** De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:
3 () a quase todo momento
2 () várias vezes
1 () de vez em quando
0 () Não sinto isso
14. **D.** Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

- 0 () quase sempre
- 1 () várias vezes
- 2 () poucas vezes
- 3 () quase nunca

ANEXO E- ESCALA DE APOIO SOCIAL

As seguintes questões fazem referência ao apoio ou ajuda que dispõe.

1) Aproximadamente quantos amigos íntimos ou familiares tem? (Pessoas com as quais está à vontade e pode falar sobre tudo que quiser). _____

A gente procura outras pessoas para ter companhia, assistência ou outro tipo de ajuda. Com que frequência dispõe de cada um dos seguintes tipos de apoio quando precisa de ajuda? Assinale com um círculo um dos números de cada coluna.

| | Nunca | Raramente | Às vezes | Quase sempre | Sempre |
|---|-------|-----------|----------|--------------|--------|
| 1. Alguém que o ajude se tiver que estar na cama | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Alguém com quem falar quando precise | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Alguém que lhe dê conselhos se tiver problemas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Alguém que o leve ao médico quando o necessite | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Alguém que lhe dê sinais de carinho, amor ou afeto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Alguém com quem passar um bom bocado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Alguém que lhe dê uma informação e o ajude a entender uma situação | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Alguém em quem confiar ou com quem falar de si próprio e das suas preocupações | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Alguém que lhe dê um abraço | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Alguém com | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| quem pode relaxar | | | | | |
| 11. Alguém para preparar suas refeições se não poder fazer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Alguém cujo conselho deseje | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Alguém com quem fazer coisas que o ajudem a esquecer seus problemas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Alguém que o ajude nas tarefas diárias se ficar doente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Alguém com quem falar dos seus medos e problemas mais íntimos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Alguém que lhe dê conselhos para ajudar a resolver seus problemas pessoais | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Alguém para se divertir | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Alguém que compreenda seus problemas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Alguém para amar e lhe fazer sentir-se querido | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ANEXO F - ESCALA DE ESPERANÇA

Várias afirmações estão abaixo enumeradas. Leia cada afirmação e coloque um [X] na coluna que descreve o quanto você concorda com esta afirmação neste momento.

| | Discordo completamente | Discordo | Concordo | Concordo completamente |
|---|-------------------------------|-----------------|-----------------|-------------------------------|
| 1. Eu estou otimista quanto à vida. | | | | |
| 2. Eu tenho planos a curto e longo prazos. | | | | |
| 3. Eu me sinto muito sozinho(a). | | | | |
| 4. Eu consigo ver possibilidades em meio às dificuldades. | | | | |
| 5. Eu tenho uma fé que me conforta. | | | | |
| 6. Eu tenho medo do meu futuro. | | | | |
| 7. Eu posso me lembrar de tempos felizes e prazerosos. | | | | |
| 8. Eu me sinto muito forte. | | | | |
| 9. Eu me sinto capaz de dar e receber afeto/amor. | | | | |
| 10. Eu sei onde eu quero ir. | | | | |
| 11. Eu acredito no valor de cada dia. | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 12. Eu sinto que minha vida tem valor e utilidade. | | | | |
|---|--|--|--|--|

ANEXO G – ESCALA DE PROBLEMAS RELACIONADOS AO DIABETES.

Instruções: a partir de sua própria perspectiva, em que grau as seguintes questões relacionadas ao diabetes são um problema comum para você? Por favor, circule o número que indica a melhor resposta para você em cada questão.

1. A falta de metas claras e concretas no cuidado do seu diabetes:

| | | | | |
|-------------------|-----------------------|------------------------|---------------------------|---------------------|
| Não é um problema | É um pequeno problema | É um problema moderado | É quase um problema sério | É um problema sério |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

2. Sentir-se desencorajado com seu tratamento do diabetes:

| | | | | |
|-------------------|-----------------------|------------------------|---------------------------|---------------------|
| Não é um problema | É um pequeno problema | É um problema moderado | É quase um problema sério | É um problema sério |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

3. Sentir medo quando pensa em viver com diabetes:

| | | | | |
|-------------------|-----------------------|------------------------|---------------------------|---------------------|
| Não é um problema | É um pequeno problema | É um problema moderado | É quase um problema sério | É um problema sério |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

4. Enfrentar situações sociais desconfortáveis relacionadas aos cuidados com seu diabetes (por exemplo, pessoas falando para você o que deve comer):

| | | | | |
|-------------------|-----------------------|------------------------|---------------------------|---------------------|
| Não é um problema | É um pequeno problema | É um problema moderado | É quase um problema sério | É um problema sério |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

5. Ter sentimentos de privação a respeito da comida e refeições:

| | | | | |
|-------------------|-----------------------|------------------------|---------------------------|---------------------|
| Não é um problema | É um pequeno problema | É um problema moderado | É quase um problema sério | É um problema sério |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

6. Ficar deprimido quando pensa em ter que viver com diabetes:

| | | | | |
|-------------------|-----------------------|------------------------|---------------------------|---------------------|
| Não é um problema | É um pequeno problema | É um problema moderado | É quase um problema sério | É um problema sério |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

7. Não saber se seu humor ou sentimentos estão relacionados com seu diabetes:

| | | | | |
|-------------------|-----------------------|------------------------|---------------------------|---------------------|
| Não é um problema | É um pequeno problema | É um problema moderado | É quase um problema sério | É um problema sério |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

8. Sentir que seu diabetes é um peso para você:

| | | | | |
|-------------------|-----------------------|------------------------|---------------------------|---------------------|
| Não é um problema | É um pequeno problema | É um problema moderado | É quase um problema sério | É um problema sério |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

9. Preocupar-se com episódios de glicose baixa:

| | | | | |
|-------------------|-----------------------|------------------------|---------------------------|---------------------|
| Não é um problema | É um pequeno problema | É um problema moderado | É quase um problema sério | É um problema sério |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

10. Ficar bravo/irritado quando pensa em viver com diabetes:

| | | | | |
|-------------------|-----------------------|------------------------|---------------------------|---------------------|
| Não é um problema | É um pequeno problema | É um problema moderado | É quase um problema sério | É um problema sério |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

11. Preocupar-se com a comida e o que comer:

| | | | | |
|-------------------|-----------------------|------------------------|---------------------------|---------------------|
| Não é um problema | É um pequeno problema | É um problema moderado | É quase um problema sério | É um problema sério |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

12. Preocupar-se com o futuro e com possibilidades de sérias complicações:

| | | | | |
|-------------------|-----------------------|------------------------|---------------------------|---------------------|
| Não é um problema | É um pequeno problema | É um problema moderado | É quase um problema sério | É um problema sério |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

13. Sentir-se culpado ou ansioso quando você deixa de cuidar do seu diabetes:

| | | | | |
|-------------------|-----------------------|------------------------|---------------------------|---------------------|
| Não é um problema | É um pequeno problema | É um problema moderado | É quase um problema sério | É um problema sério |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

14. Não aceitar seu diabetes:

| | | | | |
|-------------------|-----------------------|------------------------|---------------------------|---------------------|
| Não é um problema | É um pequeno problema | É um problema moderado | É quase um problema sério | É um problema sério |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

15. Sentir-se insatisfeito com o médico que cuida de seu diabetes:

| | | | | |
|-------------------|-----------------------|------------------------|---------------------------|---------------------|
| Não é um problema | É um pequeno problema | É um problema moderado | É quase um problema sério | É um problema sério |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

16. Sentir que o diabetes está tomando muito de sua energia mental e física diariamente:

| | | | | |
|-------------------|-----------------------|------------------------|---------------------------|---------------------|
| Não é um problema | É um pequeno problema | É um problema moderado | É quase um problema sério | É um problema sério |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

17. Sentir-se sozinho com seu diabetes:

| | | | | |
|-------------------|-----------------------|------------------------|---------------------------|---------------------|
| Não é um problema | É um pequeno problema | É um problema moderado | É quase um problema sério | É um problema sério |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

18. Sentir que seus amigos e familiares não apoiam seus esforços em lidar com seu diabetes:

| | | | | |
|-------------------|-----------------------|------------------------|---------------------------|---------------------|
| Não é um problema | É um pequeno problema | É um problema moderado | É quase um problema sério | É um problema sério |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

19. Lidar com as complicações do diabetes:

| | | | | |
|-------------------|-----------------------|------------------------|---------------------------|---------------------|
| Não é um problema | É um pequeno problema | É um problema moderado | É quase um problema sério | É um problema sério |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

20. Sentir-se esgotado com o esforço constante que é necessário para cuidar de seu diabetes:

| | | | | |
|-------------------|-----------------------|------------------------|---------------------------|---------------------|
| Não é um problema | É um pequeno problema | É um problema moderado | É quase um problema sério | É um problema sério |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

ANEXO H - QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO COM O DIABETES.

(As perguntas que se seguem questionam-no sobre seus cuidados com o diabetes durante os últimos sete dias. Se você esteve doente durante os últimos sete dias, por favor lembre-se dos últimos sete dias em que não estava doente)

| 1. ALIMENTAÇÃO GERAL | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma dieta saudável? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1.2 Durante o último mês, QUANTOS DIAS POR SEMANA, em média, seguiu a orientação alimentar, dada por um profissional de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA | | | | | | | | |
| 2.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos ricos em gordura, como carnes vermelhas ou alimentos com leite integral ou derivados? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2.3 Em quantos dos últimos sete dias comeu doces? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. ATIVIDADE FÍSICA | | | | | | | | |
| 3.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS realizou atividade física durante pelo menos 30 minutos (minutos totais de atividade contínua, inclusive andar)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou algum tipo de exercício físico específico (nadar, caminhar, andar de bicicleta), sem incluir suas atividades em casa ou em seu trabalho? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. MONITORIZAÇÃO DA GLICEMIA | | | | | | | | |
| 4.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue o número de vezes recomendado pelo médico ou enfermeiro? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. CUIDADOS COM OS PÉS | | | | | | | | |
| 5.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou os seus pés? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou dentro dos sapatos antes de calçá-los? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos dos pés depois de lavá-los? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. MEDICAÇÃO | | | | | | | | |
| 6.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou seus medicamentos do diabetes, conforme foi recomendado? OU (se insulina e comprimidos): | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou suas injeções de insulina, conforme foi recomendado? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou o número indicado de comprimidos do diabetes? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. TABAGISMO | | | | | | | | |
| 7.1 Você fumou um cigarro – ainda que só uma tragada – durante os últimos sete dias? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim | | | | | | | | |
| 7.2 Se sim, quantos cigarros fuma, habitualmente, num dia? Número de cigarros: _____ | | | | | | | | |
| 7.3 Quando fumou o seu último cigarro? | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Nunca fumou | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Há mais de dois anos atrás | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Um a dois anos atrás | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Quatro a doze meses atrás | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Um a três meses atrás | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> No último mês | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Hoje | | | | | | | | |

ANEXO I – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DIABETES MELLITUS E SUA INTERSEÇÃO COM A DOENÇA RENAL CRÔNICA

Pesquisador: DENISE MARIA GUERREIRO VIEIRA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 21888614.4.0000.0121

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 550.587

Data da Relatoria: 10/03/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa coordenado pela Profa. Dra. DENISE MARIA GUERREIRO VIEIRA DA SILVA, que pretende analisar a relação da doença renal crônica (DRC) com o diabetes mellitus (DM) a partir de várias perspectivas (assistentes e pacientes). Será realizada em três etapas:

1ª etapa: pesquisa qualitativa que irá explorar a percepção de pessoas com

DRC e os profissionais de saúde que atuam na atenção às pessoas com DM, focalizando a relação entre DM e DRC; Realizada em 4 Centros de Saúde de Florianópolis;

2ª etapa: pesquisa quantitativa que irá identificar os fatores individuais, contextuais e relacionados à atenção à saúde de pessoas com diabetes mellitus que podem contribuir para o controle da doença e/ou para o desenvolvimento da doença renal crônica; Será realizado com 120 pessoas com DM em diferentes momentos de experiência com a doença;

3ª etapa: pesquisa qualitativa que irá explorar a experiência de viver com um transplante renal nos diferentes momentos de sua trajetória. Será realizado no ambulatório de pós-transplante, vinculado ao Hospital Governador Celso Ramos com pessoas que realizaram o transplante renal na Grande Florianópolis. Os dados serão obtidos por meio de entrevistas semi-estruturadas e não estruturadas (em profundidade), além da aplicação de diferentes escalas psicométricas e questionário sócio demográfico. Total de participantes: 180.

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

Continuação do Parecer: 550.587

Objetivo da Pesquisa:

- Compreender as experiências de pessoas que realizaram transplante renal acerca da sua condição e que vivem na Grande Florianópolis/SC;
- Conhecer a interseção entre diabetes mellitus e doença renal crônica em pessoas que vivem na Grande Florianópolis/SC.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: decorrentes de constrangimento em responder alguma pergunta;

Benefícios: Embora não hajam benefícios diretos, ao participar do estudo, a pessoa estará contribuindo para a discussão e compreensão do processo de cuidar da pessoa com diabetes mellitus e com a doença renal crônica. Os resultados serão publicados e divulgados em periódicos e eventos científicos, socializando o conhecimento para outros profissionais e pessoas interessadas na temática.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem relevância científica.

No formulário da plataforma Brasil consta a informação de que não serão utilizados dados a partir de prontuários, o que está em desacordo com os TCLEs apresentados.

Cronograma adequado, com início da coleta de dados para maio/2014.

Informa que haverá financiamento pelo MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados:

- vários TCLEs (se referindo a pesquisas diferentes do título da pesquisa do presente protocolo);
- roteiros de entrevista;
- declaração de autorização da secretaria municipal de saúde de Florianópolis, parcialmente legível;
- declaração de autorização do Hospital Governador Celso Ramos, assinado pelo Diretor Geral, Dr. Libório Soncini;
- folha de rosto devidamente assinada pela pesquisadora principal e pela Profa. Dra. Vânia Backes, coordenadora da Pós-graduação em Enfermagem da UFSC.

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 550.587

Recomendações:

Ajustar os TCLES:

- todos deverão conter o mesmo título da pesquisa, mesmo que sejam direcionados a grupos de participantes diferentes;
- sempre incluir um parágrafo no qual o participante efetivamente consinta sua participação na pesquisa;
- devem conter declaração do pesquisador responsável que expresse o cumprimento das exigências contidas nos itens IV. 3 e IV.4 da resolução 466/2012.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Lista de pendências:

- adequar os TCLES;
- adequar o formulário da plataforma Brasil;
- rerepresentar declaração da secretaria municipal de saúde/PMF;

Para responder estas PENDÊNCIAS, o pesquisador deverá elaborar uma carta formal a ser anexada na Plataforma Brasil com título: RESPOSTA AS PENDENCIAS, respondendo tudo que foi questionado e solicitado pelo CEP neste Parecer Consubstanciado.

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANOPOLIS, 10 de Março de 2014

Assinador por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

ANEXO J –EMENDA DO PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: DIABETES MELLITUS E SUA INTERSEÇÃO COM A DOENÇA RENAL CRÔNICA

Pesquisador: DENISE MARIA GUERREIRO VIEIRA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 21888614.4.0000.0121

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.960.220

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma emenda solicitando ampliação do tamanho amostral, com a seguinte justificativa: "Ampliação da amostra da 2ª etapa do projeto de 120 para 362 participantes. Esta ampliação ocorreu do novo cálculo amostral da população de pessoas com diabetes mellitus atendidas nos Centros de Saúde, atualizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Neste sentido, foi necessária a autorização do referido órgão de ampliação do número de Centros de Saúde para atingir os 362 participantes da amostra calculada, conforme consta do documento já anexado. Além disso, o aumento da amostra dará maior consistência ao estudo, possibilitando análises mais fidedignas."

Objetivo da Pesquisa:

-

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

-

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

-

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi apresentada autorização da Prefeitura Municipal de Florianópolis permitindo a coleta de dados

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesa@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.960.220

em outras unidades de saúde (Agrônômica, Estreito, Saco Grande, Itacorubi, Rio Vermelho, Tapera e Fazenda do Rio Tavares), assinada por Evelise Ribeiro Gonçalves.

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pela aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|---------------------|--|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_858207 E1.pdf | 08/02/2017 11:02:00 | | Aceito |
| Outros | CARTA.doc | 08/02/2017 11:00:55 | DENISE MARIA GUERREIRO VIEIRA DA SILVA | Aceito |
| Outros | prefeitura.pdf | 26/01/2017 13:14:18 | DENISE MARIA GUERREIRO VIEIRA DA SILVA | Aceito |
| Folha de Rosto | rosto.pdf | 26/01/2017 13:13:19 | DENISE MARIA GUERREIRO VIEIRA DA SILVA | Aceito |
| Outros | resposta às pendências.doc | 12/03/2014 13:33:45 | | Aceito |
| Outros | autorização prefeitura2.pdf | 12/03/2014 13:33:01 | | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | termos de consentimento-macroprojetodoc.doc | 12/03/2014 13:31:50 | | Aceito |
| Outros | autorização Prefeitura.pdf | 19/02/2014 09:09:50 | | Aceito |
| Outros | autorização celso Ramos.pdf | 19/02/2014 09:09:36 | | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | termos de consentimento para CEPESH.doc | 19/02/2014 09:07:40 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | MACRO PROJETO_final após revisão.doc | 19/02/2014 08:49:04 | | Aceito |

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.960.220

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 11 de Março de 2017

Assinado por:
Yimar Correa Neto
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO K - APROVAÇÃO DA PESQUISA PELA PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS



Prefeitura de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Comissão de Acompanhamento de Projetos de Pesquisa em Saúde

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPISH, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: "Diabetes Mellitus e sua interseção com a Doença Renal Crônica", da Pesquisadora Profa Drª Denise Natzia Guerreiro Vieira da Silva, e cumprir os termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos, condicionando seu início à apresentação do parecer favorável do CEPISH.

Florianópolis, 28/12/2013

Maria Francisca dos Santos Daussy
Membro da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em
Saúde / SMS / PMF

ANEXO L- EMENDA DA APROVAÇÃO DA PESQUISA PELA PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS



Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

OE 126/SMS/GAB/RH/2016

Florianópolis, 04 de março de 2016

Prezada Senhora,

Cumprimentando-a, cordialmente, informamos que o Projeto de Pesquisa: "**Diabetes Mellitus e sua interseção com a doença renal crônica**", enviado por V^{rs} S^{rs} a esta comissão, foi analisado e considerado adequado estando, portanto, autorizado para ser desenvolvido nesta Secretaria de Saúde. Em um primeiro momento, nos anos de 2014 e 2015, a coleta foi feita nos Centros de Saúde Trindade, Córrego grande, Saco dos Limões, Coloninha e Ingleses.

A pesquisadora solicitou ampliação dos locais de coleta para o ano de 2016. Está portanto, autorizada, a realizar a pesquisa nos seguintes Centros de Saúde: **Agrônômica, Estreito, Saco Grande, Itacorubi, Rio Vermelho, Tapera e Fazenda do Rio Tavares.**

A pesquisadora deve se apresentar nestes centros de saúde com este Ofício para combinar com o coordenador da unidade a melhor forma de iniciar a coleta dos dados, de acordo com a disponibilidade do serviço e respeitando a autonomia dos sujeitos de pesquisa.

Seguimos à disposição para maiores esclarecimentos no telefone 3239-1593.

Atenciosamente,

Evelise Ribeiro Gonçalves
Setor de Educação em Saúde

Evelise Ribeiro Gonçalves

Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde
Setor de Educação em Saúde
Assessoria em Gestão de Pessoas

Evelise Ribeiro Gonçalves
Setor de Educação em Saúde
Matrícula 20723
SMS - PMS

Ilustríssima Senhora

Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva

Nesta