

JULIA ESTELA WILLRICH BOELL

**RESILIÊNCIA DE PESSOAS COM DOENÇAS
CRÔNICAS: DIABETES MELLITUS E INSUFICIÊNCIA
RENAL CRÔNICA TERMINAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem. Linha de Pesquisa: Cuidado em Saúde e Enfermagem nas Situações Agudas e Crônicas de Saúde.

Orientadora: Dra. Denise Guerreiro Vieira da Silva.

Coorientadora: Dra. Kathleen Hegadoren

**FLORIANÓPOLIS
2013**

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

Boell, Julia Estela Willrich

Resiliência de pessoas com doenças crônicas : diabetes mellitus e insuficiência renal crônica terminal / Julia Estela Willrich Boell ; orientadora, Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva ; co-orientadora, Kathleen Hegadoren. - Florianópolis, SC, 2013.
137 p.

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

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Resiliência . 3. Doenças crônicas. 4. Diabetes mellitus. 5. Insuficiência renal crônica terminal. I. Silva, Denise Maria Guerreiro Vieira da . II. Hegadoren, Kathleen . III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. IV. Título.

JULIA ESTELA WILLRICH BOELL

**RESILIÊNCIA DE PESSOAS COM DOENÇAS
CRÔNICAS: DIABETES MELLITUS E INSUFICIÊNCIA
RENAL CRÔNICA TERMINAL.**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 18 de outubro de 2013.

Prof.^a Dr.^a Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do PEN/UFSC

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva
Universidade Federal de Santa Catarina
Orientadora

Prof.^a Dr.^a Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Universidade Federal de Santa Catarina

Dr.^a Sabrina Silva de Souza
Prefeitura Municipal de São José/SC

Prof.^a Dr.^a Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt
Universidade Federal de Santa Catarina

Dedico este trabalho aos meus pais, José Henrique
Peron Boell e Marion Willrich Boell.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por sempre estar comigo, a Nossa Senhora da Penha, por manter meu caminho iluminado e aos anjos e santos que sempre me guardam e me protegem.

Aos meus pais, José Henrique Peron Boell e Marion Willrich Boell, pela garantia de uma excelente educação, por serem fontes de inspiração e dedicação, por acreditarem em mim e pela possibilidade de seguir o caminho acadêmico, como sempre desejei.

À minha irmã, Heloiza Richter, por me impulsionar de diferentes maneiras, à minha sobrinha Isabela Richter, pela felicidade que trouxe à família e ao meu cunhado André Richter, por me acompanhar nos momentos de surf.

À minha orientadora, Dra. Denise Guerreiro, pelos maravilhosos momentos de orientação, pelo incentivo, pela motivação, por me encorajar a buscar sempre mais e pelos ensinamentos durante essa caminhada.

À Professora Dra. Kathy Hegadoren, que fez meu horizonte se ampliar quanto ao conceito de resiliência, agradeço aos bons momentos que pude desfrutar de sua companhia, as conversas fortaleceram esse estudo.

À minha tia Cleide Boell Pimentel e meu tio Sebastião Pimentel e seus filhos, pelo carinho e acolhimento durante os momentos que escapava da UFSC para desfrutar de um delicioso almoço, cheio de conversas e reflexões que definitivamente contribuíram para me impulsionar e tomar muitas decisões sábias.

Ao Patricio Rene, por acreditar no meu potencial, pelas longas conversas e risadas, por ter me acompanhado no “leva e traz” das coletas desse estudo, pelas horas dispensadas ao meu lado sem trocar uma palavra, apenas me incentivando e observando estudar e, principalmente, por manter acessa a chama do amor.

À Juliana Lessmann Reckziegel, pelas tardes que dedicamos juntas a estatística desse trabalho, pelos ensinamentos que me deram base para compreender as análises desse estudo, por seu carinho e sua amizade, por partilhar os dados de sua pesquisa para que esse estudo acontecesse.

As colegas do NUCRON, que acompanharam essa caminhada, através das tardes de orientações, com fabulosas discussões, aprendizados e risadas. Em especial a Soraia e Cecilia pelo carinho e amizade.

À Juliana Zillmer por partilhar os dados de sua pesquisa para que esse estudo acontecesse e pelas contribuições realizadas nos artigos.

Às minhas amigas de coração: Silvia, Taciana, Ana Paula, Maiara, Ariane, Isis por sempre estarem dispostas a me escutar, por proporcionar momentos maravilhosos e únicos de alegrias e amizade, e também pelos conselhos nos períodos mais confusos que já passei.

A todos aqueles que não citei o nome, mas que estiveram presentes nessa etapa da minha vida, que entenderam as ausências e contribuíram para que me tornasse uma pessoa mais resiliente. Agradeço de coração!

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC pela oportunidade.

Agradeço ao CNPq pelo apoio financeiro.

MUITO OBRIGADA!

“A lei da mente é implacável...
O que você pensa, você cria;
O que você sente, você atrai;
O que você acredita, torna-se
realidade.”
(Buddha)

RESUMO

Introdução: O convívio com doenças crônicas implica em adaptações na vida de quem experiencia essas situações. Ao focalizarmos diferentes doenças crônicas nos questionamos sobre a possibilidade de existirem diferenças na maneira como as mesmas se expressam e na maneira como as pessoas as enfrentam. Quando buscamos pesquisas sobre essa temática percebemos quão escassas são os estudos comparativos entre doenças crônicas. Assim, realizamos estudo para explorar com maior profundidade as diferenças e aproximações existentes em populações com distintas doenças crônicas, como a diabetes mellitus tipo 2 e insuficiência renal crônica terminal em relação à resiliência. Questionamos-nos como a resiliência se expressa em pessoas com estas doenças que têm em comum a cronicidade, mas que se manifestam de formas diferentes com alterações físicas e principalmente emocionais e sociais. **Objetivo Geral:** Conhecer como a resiliência se expressa em pessoas com diabetes mellitus tipo 2 e insuficiência renal crônica terminal, residentes na Grande Florianópolis/SC. **Objetivos Específicos:** Comparar os fatores sociodemográficos, de saúde e a resiliência entre pessoas com diabetes mellitus tipo 2 e insuficiência renal crônica terminal, residentes da Grande Florianópolis/SC; e Verificar a associação entre resiliência e variáveis sociodemográficas e de saúde de pessoas com doença crônica, residentes na Grande Florianópolis/SC. **Método:** Estudo observacional transversal utilizando dados de duas pesquisas realizadas pelo Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoa em Condição Crônica, desenvolvidas na cidade de Florianópolis/SC com 603 pessoas com diagnóstico médico de diabetes mellitus tipo 2 e insuficiência renal crônica terminal. Os dados reuniram as variáveis constantes em ambos os estudos, envolvendo dados sociodemográficos e de condições de saúde, além de escores de resiliência obtidos por meio da escala de resiliência desenvolvida por Connor e Davidson. A análise descritiva dos dados foi realizada pelo sistema computacional on-line SEstatNet® e a análise multivariada pelo programa STATA SE 9.0. **Resultados:** Os participantes do estudo possuíam em média 61 anos de idade; a maioria era da cor branca (79,3%); católicos (71,81); vivendo em união estável (52,24); aposentados (49,09); com ensino fundamental (65%) e renda de até três salários mínimos. Apresentaram média de tempo de doença de 9,97 anos, 40,6% dos participantes relataram complicações da doença, e 79,27% apresentaram outras doenças sendo que a hipertensão arterial

sistêmica atingiu 77,04% dos participantes; 30,2% estavam acima do peso. A resiliência de pessoas com doenças crônicas teve escore médio de 76,27, ocorrendo variação expressiva nos escores, com mínimo de 25 e máximo de 100. As pessoas com diabetes mellitus tipo 2 apresentaram escore médio de resiliência igual a 79,85 e as pessoas com insuficiência renal crônica terminal apresentaram o escore médio de 67,50, considerada estatisticamente significativa a diferença entre as duas amostras ($p < 0,05$). Através dos resultados da análise multivariada ficou evidente que as variáveis que influenciaram a resiliência dos participantes nesse estudo foram: o tempo de doença, tipo de doença crônica, a crença religiosa e o índice de massa corporal. Esses resultados estão apresentados nas formas de dois artigos

Conclusões: As pessoas com diabetes mellitus tipo 2 mostraram ser mais resilientes do que as pessoas com insuficiência renal crônica terminal, provavelmente como decorrência das repercussões da insuficiência renal crônica que são mais impactantes, tornando a superação dessa situação mais difícil para a pessoa. O presente estudo contribui para oferecer informações que poderão ser utilizadas para a melhoria da assistência à essas pessoas. Dessa maneira, a enfermagem poderá atuar no desenvolvimento de habilidades que tragam um sentido positivo à vida da pessoa, contribuindo para o aumento da autoestima e da autonomia e promovendo a resiliência de pessoas com doenças crônicas. A limitação desse estudo foi o uso de dados secundários. Ressaltamos a necessidade da realização de estudos que envolvam a cronicidade e a resiliência, ampliando o campo da pesquisa nessa área do conhecimento.

Palavras chave: Doença Crônica. Resiliência. Enfermagem. Diabetes Mellitus. Insuficiência Renal Crônica.

ABSTRACT

Introduction: Living with a chronic disease involves adaptations in the lives of those who experience this situation. By focusing different chronic diseases we wondered about whether there are differences in the way how it express and in the way how people face it. When we seek research on this topic noticed how scarce are studies comparing chronic diseases. Thus, we conducted studies to explore more deeply the differences and approaches existing in populations with distinct chronic diseases, such as type 2 diabetes mellitus and end stage renal disease in relation to resilience. We question ourselves as resilience is expressed in people with these diseases that have in common the chronicity, but manifested in different ways with physical changes and especially emotional and social changes. **General Objective:** To know how resilience is expressed in people with type 2 diabetes mellitus and end stage renal disease residing in Florianópolis/SC. **Specific Objective:** Compare the sociodemographic, health and resilience among people with type 2 diabetes mellitus and end stage renal disease, residents of Florianópolis/SC, and verify the association between resilience, sociodemographic variables and health of people with chronic disease living in Florianópolis/SC. **Method:** Cross-sectional study with data from two surveys conducted by the Center for Research and Service in Nursing and Health with people in Chronic Condition, developed in the city of Florianópolis/SC with 603 people that had a medical diagnosis of type 2 diabetes mellitus and end stage renal disease. Data gathered information variables constant in both studies, involving demographics and health conditions, as well as scores of resilience acquired by applying the resilience scale developed by Connor and Davidson. A descriptive analysis was performed by computer system online SEstatNet ® and multivariate analysis using STATA SE 9.0. **Results:** The study participants had an average age of 61 years (SD = 13.2), the majority were white (79.3%), catholics (71.81), with stable union (52.24), retirees (49.09), with primary education (65%) and income of up to three minimum salaries. Had a mean disease duration of 9.97 years (SD = 8.03), reported complications of the disease 40.6% of participants, 79.27% had other diseases, and hypertension achieved 77.04% of participants, 30.2% were overweight. The resilience of people with chronic diseases had a mean score of 76.27 (SD = 14.75), occurring significant variation in scores, with a minimum of 25 and maximum of 100. People with type 2 diabetes presented a mean score of

resilience equal to 79.85 (SD = 12.98), for people with end stage renal disease the average score was 67.50 (SD = 15.41), regarded as statistically significant difference between the two samples (p-value <.05). Through multivariate analysis, it was evident that the variables that influence the resilience of the participants in this study were: disease duration, type of chronic disease, religious belief and body mass index. **Conclusions:** People with type 2 diabetes mellitus showed to be more resilient than people with end stage renal disease, probably as a result of the impact of end stage renal disease that are more impactful, making overcoming this situation more difficult for the person. Already type 2 diabetes mellitus has implications milder in daily life facilitating the adjustment process towards chronicity. This study helped to provide additional information about the topic that can be used to improve the assistance to these people. Thus, nurse may act on development skills that bring a positive effect on one's life, contributing to increased self-esteem and autonomy, and promoting the resilience of people with chronic diseases. Limitations of this study were due to the use of secondary data, resulting in obtaining further information about the participants. We emphasize the need for studies involving chronicity and resilience, expanding the field of research in this area of knowledge. **Keywords:** Chronic disease. Resilience. Nursing. Diabetes Mellitus. End stage renal disease.

RESUMEN

Introducción: Vivir con una enfermedad crónica implica adaptaciones en la vida de aquellos que experimentan esa situación. Al centrarse diferentes enfermedades crónicas nos cuestionamos sobre la posibilidad de las diferencias en la forma en que se expresan y de la manera que las personas las enfrentan. Cuando investigamos sobre este tema nos damos cuenta cómo son escasos los estudios que comparan las enfermedades crónicas. Siendo así, realizamos este estudio para explorar más a fondo las diferencias y enfoques existentes en las poblaciones con distintas enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus tipo 2 y la insuficiencia renal crónica terminal con relación a la resiliencia. Nos preguntamos como la resiliencia se expresa en las personas con estas enfermedades que tienen en común la cronicidad, pero que se manifiesta de diferentes maneras con los cambios físicos, sobre todo emocionales y sociales. **Objetivo General:** Conocer cómo la resiliencia se expresa en personas con diabetes mellitus tipo 2 y la insuficiencia renal crónica terminal que viven en Florianópolis/SC. **Objetivos Específicos:** Comparar los factores sociodemográficos, la salud y la resiliencia entre personas con diabetes mellitus tipo 2 e insuficiencia renal crónica terminal, que viven en Florianópolis/SC, y comprobar la asociación entre la resiliencia, factores sociodemográficos y de salud de las personas con enfermedades crónicas, que viven en Florianópolis/SC. **Método:** Estudio observacional transversal utilizando datos procedentes de dos estudios realizados por el Centro de Investigación y Servicio de Enfermería y Salud a la Persona con enfermedad crónica, desarrollado en la ciudad de Florianópolis/SC, con 603 personas con diagnóstico médico de diabetes mellitus tipo 2 e insuficiencia renal crónica terminal. Los datos utilizados reunieron las variables de información constante en ambos estudios, que incluyeron datos demográficos y las condiciones de salud, así como puntuaciones de la resiliencia adquirida mediante la aplicación de la escala de la resiliencia desarrollada por Connor y Davidson. Un análisis descriptivo se realizó mediante el sistema informático en línea SEstatNet® y el análisis multivariado utilizando STATA SE 9.0. **Resultados:** Los participantes en el estudio tenían una edad media de 61 (DE=13,2), la mayoría eran blancos (79,3%), católicos (71.81), casados (52,24), jubilados (49.09), con estudios primarios (65%) y los ingresos de hasta tres salarios mínimos. Tuvieron una duración media de la enfermedad de 9,97 años (DE = 8,03), informaron complicaciones de la enfermedad el 40,6% de los participantes, y 79.27% tenían otras enfermedades, y la

hipertensión alcanzó al 77.04% de los participantes, 30,2% tenían sobrepeso. La resiliencia de las personas con enfermedades crónicas tuvo una puntuación media de 76,27 (DE=14,75), presentando una variación significativa en las puntuaciones, con un mínimo de 25 y un máximo de 100. Las personas con diabetes mellitus tipo 2 mostraron una puntuación media de la resiliencia igual a 79.85 (SD=12.98), para las personas con insuficiencia renal crónica terminal la puntuación media fue de 67,50 (DE = 15,41), se consideró una diferencia estadísticamente significativa entre las muestras (pvalor <0,05). Mediante las análisis multivariadas, se evidenció que las variables que influyen en la resiliencia de los participantes en este estudio fueron: duración de la enfermedad, el tipo de enfermedad crónica, la creencia religiosa y el IMC. **Conclusiones:** Las personas con diabetes mellitus tipo 2 demostraron ser más resilientes que las personas con insuficiencia renal crónica terminal, probablemente como resultado del impacto en el diagnóstico de la insuficiencia renal crónica terminal, haciendo la superación de esta situación más difícil para la persona. Ya que la diabetes mellitus tipo 2 tiene consecuencias más leves en la vida cotidiana, facilitando el proceso de ajuste a la cronicidad. Este estudio ayudó a proporcionar información adicional que se puede utilizar para mejorar la asistencia a estas personas. De esta manera, enfermería puede actuar en el desarrollo de habilidades que traigan un sentido más positivo a la vida de la persona, lo que contribuye a un aumento de la autoestima y la autonomía, y promoviendo la resiliencia de las personas con enfermedades crónicas. Las limitaciones de este estudio fueron debido a la utilización de datos secundarios. Resaltamos la necesidad de realizar estudios que desarrollen la cronicidad y la resiliencia, con el intuito de ampliar el campo de la investigación en esta área del conocimiento.

Palabras clave: Enfermedad Crónica. Resiliencia. Enfermería. Diabetes Mellitus. Insuficiencia renal crónica.

LISTA DE TABELAS

Manuscrito 1

- Tabela 1** Resiliência de pessoas com condições crônicas de saúde. Florianópolis, 2013. **49**
- Tabela 2** Análise multivariada dos aspectos sociodemográficos e a resiliência de pessoas com doenças crônicas. Florianópolis, 2013. **50**

Manuscrito 2

- Tabela 1** Caracterização sociodemográfica por doença e da amostra total do estudo. Florianópolis, 2013. **65**
- Tabela 2** Condições de saúde das pessoas com DM2, com IRCT e amostra total. Florianópolis, 2013. **67**
- Tabela 3** Resiliência de pessoas com DM2, IRCT e amostra total. Florianópolis, 2013. **68**

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AR	Artrite reumatoide
ARS	<i>Adolescent Resilience Scale</i>
BPFI	<i>Baruth Protective Factors Inventory</i>
BRCS	<i>Brief-Resilient Coping Scale</i>
CD-RISC	<i>Connor–Davidson Resilience Scale</i>
CEPSH	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
DC	Doença Crônica
DCNT	Doença Crônica não transmissível
DM	Diabetes Mellitus
DM2	Diabetes Mellitus do tipo 2
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DRC	Doença Renal Crônica
HAS	Hipertensão Arterial
HbA1c	Hemoglobina glicada
IRC	Insuficiência renal crônica
IMC	Índice de massa corporal
IRCT	Insuficiência Renal Crônica Terminal
Kt/V	Clearance fracional de ureia
MS	Ministério da Saúde
NUCRON	Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoa em Condição Crônica
OMS	Organização Mundial de Saúde
RISC-Br	Escala de Resiliência de Connor-Davidson para o Brasil
RS	<i>Resilience Scale</i>
RSA	<i>Resilience Scale for Adults</i>
RT	Radioterapia
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	17
LISTA DE SIGLAS.....	19
1 INTRODUÇÃO.....	23
2 OBJETIVOS.....	33
2.1 OBJETIVO GERAL.....	33
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	33
3 REVISÃO DE LITERATURA	35
3.1 A RESILIÊNCIA E O CÂNCER.....	35
3.2 IMPACTOS DA DOR CRÔNICA NA RESILIÊNCIA.....	37
3.3 EXPLORANDO A RESILIÊNCIA NAS DOENÇAS CRÔNICAS....	39
3.4 A RESILIÊNCIA , O DIABETES E A INSUFICIENCIA RENAL CRÔNICA TERMINAL	41
4 METODOLOGIA	44
4.1 TIPO DE ESTUDO	44
4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	44
4.3 COLETA DE DADOS.....	45
4.4 VARIÁVEIS	46
4.4.1 Variáveis relacionadas a dados sociodemográficos.....	46
4.4.2 Variáveis relacionadas aos hábitos de vida e de saúde.....	47
4.4.3 Variáveis biométricas	48
4.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	49
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	50
5 RESULTADOS.....	51
5.1 MANUSCRITO 1: FATORES ASSOCIADOS À RESILIENCIA DE PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICA: DIABETES MELLITUS E INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA TERMINAL.....	53

5.2 MANUSCRITO 2:.....	72
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	93
REFERÊNCIAS	97
APÊNDICE A: PADRONIZAÇÃO DAS CATEGORIAS E CÓDIGOS DAS VARIÁVEIS.	108
ANEXO A: INSTRUMENTO DA PESQUISA “MULHERES COM DIABETES MELLITUS TIPO 2: ESTRESSE E RESILIÊNCIA”... 	111
ANEXO B –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO DA PESQUISA “MULHERES COM DIABETES MELLITUS TIPO 2: ESTRESSE E RESILIÊNCIA”	119
ANEXO C – INSTRUMENTO DA PESQUISA “PERFIL DOS PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA, EM HEMODIÁLISE, DA GRANDE FLORIANÓPOLIS/SC”.	122
ANEXO D– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA “PESQUISA PERFIL DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA, EM HEMODIÁLISE, DA GRANDE FLORIANÓPOLIS/SC”.	131
ANEXO E – ESCALA DE RESILIÊNCIA DE CONNOR-DAVIDSON PARA O BRASIL – RISC – BR.....	134
ANEXO F – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS REFERENTE A PESQUISA: MULHERES COM DIABETES MELLITUS TIPO 2: ESTRESSE E RESILIÊNCIA.	136
ANEXO G – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS REFERENTE A PESQUISA: E PERFIL DOS PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA, EM HEMODIÁLISE, DA GRANDE FLORIANÓPOLIS/SC.	137

1 INTRODUÇÃO

Atualmente as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem o principal problema de saúde pública, acometendo homens e mulheres, das mais variadas idades. Os idosos são a maior parte dessa população, no entanto, jovens e adultos também se enquadram como grupos de risco das DCNT (BRASIL, 2011a).

No Brasil, as DCNT abrangem cerca de 72% das causas de morte e trazem onerosos gastos ao Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011a). Mesmo com o avanço nos cuidados e tratamentos, observamos que o modelo tradicional de tratamento nem sempre tem resultados satisfatórios, o que pode ser evidenciado pelo aumento das complicações referentes às doenças crônicas (DC).

As repercussões das DC afetam a família e a pessoa, sendo necessário implementar mudanças nos hábitos de vida para um viver saudável. Os ajustes implicam na realização de cuidados como adequação da dieta alimentar, realização de exercícios físicos, uso de medicamentos e outras terapias, controle e monitoramento da saúde por meio de exames, dentre outras mudanças incorporadas para viver com qualidade (ARRUDA, 2010).

As doenças que estão categorizadas como DC são diversas e possuem tratamentos específicos. Por exemplo, a hipertensão arterial (HAS) e o diabetes mellitus (DM) tipo 2 podem ser assintomáticos, com manifestações apenas quando as complicações de saúde já estão presentes, enquanto outras doenças como a artrite reumatoide (AR), a insuficiência renal crônica terminal (IRCT) e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), têm manifestações expressivas como dor, falta de ar e modificações físicas evidentes. Assim, o impacto que as diferentes doenças crônicas podem trazer à vida das pessoas pode ser distinto.

No presente estudo, focalizaremos duas dessas DC, por serem ambas de grande expressão epidemiológica, social, econômica, com importantes repercussões pessoais e familiares: o DM e a IRCT.

Quando se trata do DM, esta doença é caracterizada por um conjunto de alterações metabólicas e endócrinas, causada pela diminuição da produção de insulina e/ou pela ineficiência da insulina produzida. Resulta no aumento de glicose no sangue, o qual ao longo dos anos acarretará danos no organismo. Seu aparecimento pode estar relacionado a fatores hereditários ou ambientais (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013).

Em âmbito mundial, o DM vem tomando grandes proporções e sua incidência cresce progressivamente, apresentando alta morbimortalidade (BRASIL, 2006). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) mais de 220 milhões de pessoas têm diabetes, sendo que esse número deve duplicar nos próximos 20 anos. No Brasil estima-se que existam 10 milhões de pessoas com DM, sendo que a maioria da população residente nas capitais brasileiras, na faixa etária de 35 a 65 anos ou mais, foi de 9,7%, e, na cidade de Florianópolis – SC, foi de 7,7% (BRASIL, 2008).

A descoberta do DM implica em modificações no viver, requer cuidados contínuos e específicos, incluindo dieta alimentar restrita em carboidratos e lipídios; prática de exercícios físicos; uso de medicação; e monitoramento através de exames (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009). Dessa forma, é preciso que a pessoa se adapte às situações que modificam seu cotidiano, garantindo condições adequadas e saudáveis para viver em seu contexto (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013).

Além disso, o DM tem impacto econômico significativo sobre as pessoas, familiares e o sistema de saúde do país. É importante causa de óbito devido ao alto risco de desenvolvimento de complicações agudas e crônicas (OMS, 2003). O DM é apontado como um dos principais responsáveis pelo desenvolvimento de insuficiência renal crônica, retinopatia, doenças cardiovasculares, doença arterial coronariana e amputação de membros inferiores (BRASIL, 2006).

O DM e a hipertensão (HAS) são os principais desencadeadores da doença renal crônica (DRC), que consiste em lesão nos rins (glomerular, tubular e endócrina), ocasionando diminuição progressiva e geralmente irreversível da função renal. São classificados em cinco os estágios de progressão da doença. No estágio I, existem evidências de dano renal pela presença de proteinúria (a filtração glomerular é normal, maior ou igual a 90ml/min). O estágio II apresenta dano renal e leve diminuição de função (filtração glomerular entre 60 e 89 ml/min); o estágio III, existe perda moderada da função renal (a filtração glomerular entre 30 e 59 ml/min). O estágio IV apresenta perda grave da função renal (filtração glomerular entre 15 e 29 ml/min). O estágio V, também conhecido como estágio terminal da doença renal e/ou insuficiência renal crônica terminal (IRCT), necessita de diálise (a filtração glomerular é menor do que 15 ml/min) (ROMÃO JUNIOR, 2004; THOMÉ et al., 2006).

Existem três formas de tratamento que podem ser realizados no estágio terminal da doença: a diálise peritoneal, a hemodiálise (HD) e o

transplante renal. Através da diálise, por meio de uma membrana semipermeável, são removidos os resíduos sanguíneos e excesso de líquidos de forma a manter o equilíbrio eletrolítico no organismo (GOES JUNIOR, 2006). Na HD o sangue, com ajuda de uma bomba, passa por dentro de um dialisador que em contato com a solução de diálise promoverá a filtração do sangue. O transplante renal consiste na realização de um procedimento cirúrgico para inserção de um novo rim de um doador vivo ou cadáver em uma pessoa que tenha os rins comprometidos (RIELLA, 2010).

Nos últimos anos, a DRC tem crescido de forma alarmante em todo o mundo, inclusive no Brasil, o que levou alguns pesquisadores a descreverem como “a nova epidemia do século XXI” (KIRSZTANY, 2007, p. 07). Estima-se que existam mais de dois milhões de brasileiros com algum grau de disfunção renal e o que torna assustador é o fato que 70% desta população desconhece o seu diagnóstico (SESSO, 2006).

Segundo Sesso et al. (2010), o censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia em janeiro de 2009, o número estimado de pacientes em diálise foi de 77.589. As estimativas das taxas de prevalência e de incidência de doença renal crônica em tratamento dialítico foram de 405 e 144 pacientes por milhão da população, respectivamente. O número estimado de pacientes que iniciaram tratamento em 2009 foi de 27.612, sendo que 89,6% estavam em hemodiálise e 10,4% em diálise peritoneal. Destes, encontravam-se em fila de espera para transplante 30.419 (39,2%) (SESSO et al., 2010).

A IRCT implica em adaptações psicossociais e econômicas, sendo que toda mudança pode ser um fator estressor, cujo impacto pode alterar o processo de viver saudável (PAIM et al., 2006). Ocorre a necessidade de um tratamento que provoca dependência de uma máquina para filtragem do sangue, sendo que este tratamento invasivo geralmente causa dor e/ou desconforto, além de alterações físicas e emocionais, sendo indispensável para continuar a viver. Assim como o diabetes, a IRCT ocasiona inúmeras limitações: readaptação alimentar, abstinência à água, afastamento do trabalho e dificuldade de locomoção entre grandes distâncias devido à dependência às sessões de hemodiálise (TERRA et al., 2010; CARDOSO, SADE, 2012).

Essas são duas doenças que possuem um importante impacto no viver das pessoas, porém têm características específicas e exigem mudanças por se tratarem de DC. Essas mudanças que as DC trazem nem sempre são enfrentadas de maneira adequada, podendo ocasionar dificuldades no controle das doenças trazendo sofrimento para as pessoas e suas famílias ou gerando estresse (PAIM et al., 2006). No

entanto, percebemos que algumas pessoas conseguem superar essas dificuldades, mantendo-se aderentes ao tratamento e encarando suas doenças como algo a mais para ser superado, mesmo que, muitas vezes, possuam inúmeros outros problemas nos diversos âmbitos de suas vidas.

A partir de discussões realizadas no grupo de pesquisa Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoa em Condição Crônica (NUCRON)¹, do qual esse estudo faz parte, sobre os processos de adaptação, enfrentamento e superação da DC, emergiram pesquisas que utilizaram o conceito de resiliência.

No âmbito científico, autores acreditam que a resiliência teve origem Física, usualmente utilizada no campo da resistência de materiais, definida como a capacidade de uma estrutura para absorver energia sem sofrer deformação permanente (YUNES; GARCIA; ALBUQUERQUE, 2007).

O uso do termo resiliência, na área da psicologia e em outras disciplinas da área da saúde, teve início na transição da década de 1970 para 1980. Neste período, pesquisadores americanos e ingleses realizaram estudos baseados nos fenômenos que envolviam pessoas que permaneciam saudáveis, mesmo passando por adversidades e/ou eventos traumáticos. Nestes estudos, as pessoas que vivenciavam este processo de maneira positiva eram consideradas invulneráveis e ao fenômeno atribuiu-se o nome de invulnerabilidade, mais tarde sendo substituído por resiliência (BRANDÃO; MAHFOUD; GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2011).

Souza e Cervený (2006) relataram que na década de 1970, estudos passaram a utilizar o termo resiliência na área da saúde. Estes descreviam que algumas pessoas, mesmo tendo sofrido algum trauma grave, que era considerado um precursor para o desenvolvimento de alguma enfermidade, ao contrário do que era esperado, não adoeceram.

Os primeiros estudos enfocavam a resiliência em crianças que passavam por situações de violência física ou moral, abandono, doenças e outras adversidades e mesmo assim se adaptaram positivamente. Um estudo pioneiro sobre a resiliência foi realizado no Havaí com 505 pessoas, durante 32 anos, buscou identificar em pessoas que viviam em

¹ Grupo de pesquisa vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), integra a linha de pesquisa “Cuidado em Saúde e Enfermagem nas Situações Agudas e Crônicas de Saúde”, área de concentração Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

adversidades similares, fatores que contribuíram para o desenvolvimento positivo. O foco da pesquisa resgatou as qualidades pessoais para a superação de adversidades (INFANTE, 2005).

Masten (2001, p. 228) relaciona resiliência com os conceitos de adaptação e vulnerabilidade. Adaptação evoca a interação com o meio ambiente, onde é necessário considerar os fatores envolvidos no contexto como as próprias demandas da vida e o percurso que cada ser humano se defronta, considerando como subjetivas as respostas a tais adversidades, levando em conta a vulnerabilidade de cada um. A vulnerabilidade é compreendida como uma pré-disposição, inerente a cada ser, potencializada pelos efeitos de um evento nocivo (MANSTEN; POWELL, 2003).

Cabe ressaltar que os autores Masten (2001) e Pesce et al. (2005) enfatizam que o conceito de resiliência está associado à presença dos fatores de proteção e de fatores de risco. Os fatores de proteção são capazes de promover influências de caráter positivo em pessoas em situação adversa, de modo a reduzir o impacto causado pelos fatores de risco, considerados como provocativos para a adaptação. Os fatores de risco englobam situações do viver, perdas importantes, violência física e psicológica, bem como a descoberta de alguma doença, além de outras situações que podem vir a causar problemas no desenvolvimento da pessoa (NORONHA et al., 2009).

Inúmeras são as definições e abordagens acerca do que é resiliência, alinhadas a complexidade e a presença de fatores e variáveis em estudos sobre fenômenos humanos, havendo convergência de sua vinculação às pessoas que conseguem superar eventos adversos.

Infante (2005) retrata duas gerações de pesquisadores, a primeira com publicações da década de 70, que iniciaram os estudos com o desenvolvimento humano de crianças e se questionavam acerca de quais eram os fatores de risco e proteção que influenciavam no desenvolvimento da resiliência. A maioria desses pesquisadores defendem o modelo de resiliência que envolve os atributos individuais, a família e o ambiente social. A partir dos anos 1990, as publicações voltaram-se para a interação entre fatores de risco e proteção e sua influência no desenvolvimento da resiliência para o enfrentamento de adversidades, assumindo o dinamismo desse processo e as particularidades de cada indivíduo como moduladores da expressão da resiliência frente as adversidades.

Para Anaut (2005) a resiliência envolve condições biológicas e sócio psicológicas para a adaptação à situações adversas, permitindo desenvolver capacidades a partir dos recursos internos e externos da

pessoa, de maneira a permear uma construção psíquica adequada e sua inserção social. Na mesma linha, Jackson, Firtko e Edenborough (2007, p.3) conceituam resiliência como “habilidade do indivíduo para se ajustar à adversidade, manter o equilíbrio, manter algum sentido de controle sobre seu ambiente e continuar a agir de maneira positiva”.

Pinheiro (2004) refere que no campo da psicologia foram desenvolvidos vários estudos que focalizam a resiliência alicerçada na capacidade, não apenas, individual, mas também familiar, de enfrentar adversidades e a partir dessas sofrer transformação de modo a conseguir superá-las.

Rutter (1987) menciona a autoestima e a autoeficácia como mecanismos protetores e considera que cada pessoa tem determinada maneira de reagir à situação de risco, considerando que cada situação provoca respostas diferentes do indivíduo. Pessoas que reagem bem em alguma situação da vida podem reagir negativamente frente a diferente fator estressor, ou seja, se a circunstância muda, a resiliência pode se alterar. Nesta mesma linha, Angst (2009) reforça a necessidade de considerar a história de vida e a individualidade de cada pessoa, apontando que a mesma enfermidade provoca reações únicas a cada pessoa refletindo em diferentes maneiras de defrontar-se com a doença.

Garcia (2001) refere-se ao desenvolvimento da resiliência emocional a partir das experiências vivenciadas pela pessoa e que geraram bons sentimentos, como a autoestima e a autonomia, os quais tendem a ser resgatados pela pessoa, contribuindo na adaptação em futuras reações adversas.

Nesse sentido, Angst (2009) relata que a resiliência faz com que a pessoa seja capaz de buscar recursos em si mesmo e no ambiente para superar as situações adversas e resolver os conflitos. E, reforça ainda, que a resiliência é desenvolvida de várias maneiras e inclusive com a participação de profissionais.

A resiliência tem se apresentado como importante aspecto na promoção e manutenção da saúde mental (GROTBORG, 2005), podendo minimizar sentimentos negativos e melhorar o enfrentamento de situações adversas, com posterior ganho de autoestima, o que a tornou de grande interesse de investigação.

Quando se trata de enfermidade, o conceito de resiliência surge como possibilidade para o manejo e adaptação à doença, aceitando as limitações impostas pela condição, com a devida adesão ao tratamento, buscando adaptar-se a situação e viver de forma positiva (BIANCHINI; DELL’AGLIO, 2006).

A resiliência pode possibilitar certo controle sobre o impacto negativo das consequências físicas, sociais e econômicas decorrentes de doenças. A resiliência poderia ser um dos fatores para explicar o paradoxo do bem estar que ocorre quando as pessoas doentes e com limitações no funcionamento cotidiano, informam mesmo assim, um bom nível de bem estar (VINACCIA; QUICENO, 2011).

Neste sentido, temos nos questionado sobre o papel da resiliência na adaptação às demandas terapêuticas e emocionais decorrentes do viver com DC. Assim como, se existem outros fatores associados à própria doença ou fatores sociodemográficos que modificam a resiliência. Esses questionamentos nos ocorreram a partir dos resultados que Connor e Davidson (2003) encontraram em seus estudos, que pessoas da população em geral, tinham escores de resiliência mais elevados do que pessoas enfrentando transtornos psiquiátricos crônicos, como depressão e ansiedade.

Considerando a complexidade do termo resiliência e os diversos conceitos acerca de sua definição, a abordagem utilizada nesse estudo vai ao encontro do que refere Agnst (2009) quando retrata que a resiliência está relacionada ao ambiente, fatores de proteção e de risco e reações inerentes a cada pessoa. Além disso, consideramos a resiliência como um processo que depende do contexto individual de cada pessoa, engloba os acontecimentos do passado, bem como as vivências recentes, dependendo de processos de adaptação inerentes a cada ser e a cada situação adversa.

Ao pensar nas pessoas com DC, o uso do conceito de resiliência emerge como possibilidade para promover mudanças positivas, facilitando a aceitação das modificações indicadas e a adequação mais fácil aos novos hábitos de saúde. Enfrentar as DC e adaptar-se a novos hábitos de vida requer esforço, dedicação e adaptação constante. Assim, a resiliência tem se mostrado como conceito que pode contribuir para o avanço no controle de condições crônicas. No entanto, pouco ainda se sabe sobre como tal conceito se expressa entre pessoas com DM e IRCT.

Mensurar a resiliência tem sido desafio para pesquisadores. Ahern et al. (2006) realizaram revisão na literatura que indicou seis instrumentos com adequação de construção e validação referente para mensurar a resiliência. Selecionaram seis instrumentos reconhecidos como adequados à avaliação, sendo eles: *Baruth Protective Factors Inventory* – BPF (BARUTH; CARROLL, 2002); *Brief-Resilient Coping Scale* - BRCS (SINCLAIR; WALLSTON, 2004); *Adolescent Resilience Scale* - ARS (OSHIO; KANEKO; NAGAMINE; NAKAYA, 2003), *Connor-Davidson Resilience Scale* – CD-RISC (CONNOR;

DAVIDSON, 2003), *Resilience Scale for Adults - RSA* (FRIBORG; HJEMDAL; ROSENVINGE; MARTINUSSEN, 2003) e *Resilience Scale - RS* (WAGNILD; YOUNG, 1993).

No Brasil, para mensurar a resiliência ganham destaque dois instrumentos com propriedades psicométricas consideradas adequadas e com credibilidade de aplicação: RS de Wagnild e Young e CD-RISC desenvolvida por Connor e Davidson em 2003.

O presente estudo utilizou o instrumento - CD-RISC - que foi desenvolvida por Connor e Davidson em 2003 e tem sua versão original na língua inglesa. Sendo que, Solano et al. (2011) validaram para uso em nosso país a versão completa da escala, designada como: Escala de Resiliência de Connor-Davidson para o Brasil (RISC-Br) Essa escala é composta por 25 itens em escala *likert*, variando de 0 (nem um pouco verdadeiro) a 4 (quase sempre verdadeiro). Avalia cinco fatores: competência pessoal; confiança nos próprios instintos e tolerância à adversidade; aceitação positiva da mudança; controle; e espiritualidade.

Destacamos que este estudo foi realizado utilizando dados de duas pesquisas desenvolvidas pelo NUCRON. A primeira realizada com pessoas com diabetes mellitus tipo 2 (DM2) englobando 412 participantes (SILVA, LESSMANN, 2009). O segundo estudo foi realizado com 191 pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico (SILVA, ZILLMER, 2011).

Em observação preliminar dos resultados desses dois estudos identificamos que a resiliência mostrou-se importante no processo de adaptação ao viver com DC, fato que nos estimulou a explorar com maior profundidade as diferenças e aproximações existentes em populações com distintas DC em relação à resiliência. Questionamos nos como a resiliência se expressa em pessoas com estas doenças que têm em comum a cronicidade, mas que se manifestam de formas diferentes com alterações físicas e principalmente emocionais e sociais.

Apontamos a relevância do estudo pela escassez de publicações envolvendo a temática e por compreendermos que esta pesquisa poderá trazer importante contribuição na atenção às pessoas com DC.

Nesse sentido, o presente estudo poderá contribuir para que os profissionais da saúde possam trabalhar condutas que ampliem a resiliência para o enfrentamento das DC. Destacamos que as equipes de saúde e, em especial, a equipe de enfermagem tem papel fundamental na promoção da resiliência, sendo fundamental ao reconhecer como ela se expressa em pessoas com doenças como a DM2 e a IRCT. Identificar fatores associados à resiliência, tais como, idade, condição socioeconômica, educacional, tempo de doença, dentre outros, poderá

orientar o desenvolvimento de grupos de apoio, consultas de enfermagem e outras atividades educativas visando promover um viver mais saudável.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer como a resiliência se expressa em pessoas com DM2 e IRCT, residentes na Grande Florianópolis/SC.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Comparar os fatores sociodemográficos, de saúde e a resiliência entre pessoas com DM2 e IRCT residentes na Grande Florianópolis/SC.
- ✓ Verificar a associação entre resiliência e variáveis sociodemográficas e de saúde de pessoas com doença crônica, residentes na Grande Florianópolis/SC.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Para compor a revisão de literatura desse estudo buscamos a produção científica desenvolvida entre 2006 a 2013 nas bases de dados: LILACS, WEB OF SCIENCE, PUBMED/MEDLINE, CINAHAL, utilizando as palavras chaves resiliência e condição crônica em português, inglês e espanhol. Iniciamos esta revisão retratando os estudos que abordaram a resiliência, o câncer e a dor crônica, e também outras condições crônicas presentes na literatura, como por exemplo estudo que abordaram a resiliência e a DPOC. Seguido disto, apresentamos os estudos voltados para as doenças crônicas foco desta pesquisa, expondo, mesmo que de forma escassa, os estudos com resiliência envolvendo a diabetes e a insuficiência renal.

3.1 A RESILIÊNCIA E O CÂNCER

Enfrentar as consequências emocionais, físicas, psicossociais, bem como o tratamento do câncer exige muito da pessoa, como mostrou estudo realizado em Taiwan que buscou examinar o significado, direção e magnitude da relação de fatores de risco, fatores protetores e resiliência à qualidade de vida em sobreviventes de câncer. A amostra contemplou 98 adultos jovens de até 21 anos sobreviventes de tumores cerebrais (n = 49) e leucemia (n = 49). O instrumento utilizado para avaliar a resiliência foi desenvolvido por Hunter e Hurtes em 2001 e é intitulado de Escala de Atitudes de resiliência e perfil de competências. Os achados do estudo mostraram que as pessoas com leucemia apresentaram escores de resiliência mais elevados e também melhor qualidade de vida do que aqueles que sobreviveram de tumor cerebral. Tal fato se deve a presença nas pessoas com leucemia de mais fatores de proteção e menor influencia dos fatores de risco (CHOU; HUNTER, 2009).

Um estudo desenvolvido na Alemanha com 98 pessoas que realizaram radioterapia (RT) objetivou determinar se a resiliência influenciava a fadiga de pessoas com câncer que realizavam este tratamento. A resiliência foi determinada através da Escala de Resiliência de Wagnild e Young (1993), a fadiga por meio do Inventário Multidimensional de Fadiga e também foi utilizado questionário para mensurar a saúde relacionada à qualidade de vida dessas pessoas. O estudo mostrou que a fadiga é maior nessas pessoas e que a qualidade de vida é menor. A resiliência apresentou-se como importante estimativa

psicológica de qualidade de vida e enfrentamento de pessoas com câncer. Entretanto a resiliência teve pouco influencia no tratamento da fadiga durante a RT (STRAUSS et al., 2007).

No Japão, um estudo que envolveu sete adolescentes com câncer e suas mães, coletou informações através de entrevistas semiestruturadas e um mapa da rede social dos participantes, objetivando explorar a forma como os adolescentes com câncer desenvolvem a resiliência durante a experiência do câncer. Dentre eles, cinco foram informados do diagnóstico e suportaram bem a experiência do câncer. Dois adolescentes que foram informados do diagnóstico de maneira indireta não experimentaram passagem completa pelo processo. Os autores determinaram que o processo como um todo englobou as seguintes fases: o desconforto cognitivo, a distração, o conforto cognitivo, e a competência pessoal. Os resultados mostraram que os adolescentes que receberam o diagnóstico de câncer conseguiram aperfeiçoar mais a resiliência do que os que desconheciam o diagnóstico. Para esses, o desconhecimento do diagnóstico implicou apenas na presença de potencial para desenvolver a resiliência. Por fim, o estudo apresentou que o foco na resiliência de pessoas com câncer promove a qualidade de vida, a partir da compreensão entre as diferenças individuais e culturais de cada pessoa (ISHIBASHI et al., 2010).

Ainda abordando estudos realizados com crianças, destacamos um desenvolvido na Colômbia, com seis crianças com câncer que objetivou, a partir da narrativa da história de vida, conhecer o sentido e o significado atribuído ao câncer por essas crianças. Os autores enfatizaram que as crianças apresentaram grande capacidade de superar a situação vivida, atribuindo a isso a presença de características resilientes, como inteligência e flexibilidade, aliadas a relevância do apoio familiar, do apoio das instituições de saúde, bem como da espiritualidade (LAFABRIE et al., 2007).

Em outro estudo que envolveu pessoas com câncer em tratamento radioterápico, buscou-se avaliar a influencia do enfrentamento dessa situação a partir dos sintomas de estresse, de bem estar subjetivo e da resiliência. Como instrumentos foram utilizados: *Coping Response Inventory – Adult Form* de Moos (1993), o Inventário de Resiliência de Mota et al. (2006), a Escala de Bem-Estar Subjetivo de Albuquerque e Tróccoli (2004), o Inventário de Sintomas de Estresse, de Benevides-Pereira e Moreno-Jiménez (2002). Os autores apontaram que as mulheres apresentaram maiores sintomas de estresse psicológico do que os homens, no entanto, elas demonstraram maiores estratégias de

superação. A resiliência se relacionou positivamente com bem estar-subjetivo, com consequente diminuição do aparecimento de sintomas psicológicos. Dessa forma, a estratégia de *coping* para enfrentar os problemas denotou a presença de características associadas à resiliência, como tenacidade e inovação (JUNIOR; ZANINI, 2011).

3.2 IMPACTOS DA DOR CRÔNICA NA RESILIÊNCIA

Além do câncer, foram identificados alguns estudos associando resiliência e dor crônica. Incluímos tais estudos considerando que o processo de aceitação da dor crônica demanda tempo e provoca impacto físico e emocional no cotidiano de quem vivencia a dor.

Em estudo realizado na Austrália com 10 pessoas com dor crônica, que explorou o significado da resiliência ou adaptação frente à adversidade a partir de um questionário em profundidade, baseado em perguntas como: “o que significa resiliência para você?” (WEST et al., 2011 p. 1286), os autores identificaram que no início, experienciar a dor crônica é algo negativo para a pessoa. No entanto, após o difícil período de transição, a aceitação da dor leva a resultados positivos com a situação vivida. Os autores concluíram que indivíduos resilientes com dor crônica reconheceram o valor de permanecer otimista, aceitar ajuda e aprender a viver com a dor (WEST et al., 2011). Esses autores sugerem que enfermeiros e profissionais de saúde podem utilizar uma abordagem que saliente os aspectos positivos da vida da pessoa que convive com dor crônica evitando centrar-se nas dificuldades enfrentadas. Pessoas resilientes são mais propensas a adotarem estratégias de enfrentamento e possuem maior crença de que podem efetivamente controlar a dor em suas vidas.

Estudo que abordou estratégias de enfrentamento e resiliência foi também realizado na Austrália e buscou investigar o impacto da resiliência no funcionamento psicológico de 87 adultos com dor crônica. Como instrumentos foram utilizados o Questionário de Dor de McGill, a CD-RISC, Questionário de Estratégias de Enfrentamento, o *Short Form Health Survey* e a Escala de Depressão Ansiedade e Estresse. Os achados confirmaram que níveis altos de dor crônica se relacionaram positivamente com escores elevados de depressão, ansiedade e estresse. De acordo com a forma como a dor é avaliada pela própria pessoa, há influencia da resiliência e do enfrentamento nesse processo, podendo impactar na qualidade de vida relacionada a saúde. O estudo sugere que atitudes e respostas resilientes à dor proporcionam melhor qualidade de

vida mental e abrandam os sintomas de ansiedade e depressão (VIGGERS; CALTABIANO, 2012).

Karoly e Ruehlman (2006) realizaram estudo que identificou a resiliência em 2.407 pessoas com dor crônica através do *Profile of Chronic Pain: Screen*. A amostra foi dividida em pessoas com dor crônica resilientes e não-resilientes. Os que eram mais resilientes, analisados conforme escala que avalia interferência e carga emocional, apresentaram mais crenças e atitudes adaptativas a dor, bem como menor tendência catastrófica e melhor resposta a dor. Além disso, as pessoas consideradas resilientes desse estudo se autoavaliaram como tendo mais capacidades para lidar com os eventos de dor (KAROLY; RUEHLMAN, 2006).

O Estudo de Ong, Reid e Zautra (2010) realizado com amostra de 95 homens e mulheres com dor crônica, buscou compreender como a resiliência e as emoções positivas interferem na resposta à dor de quem convive com dor crônica ao longo dos anos. O estudo abordou termos como “catastrofização da dor” e “neuroticismo”. O primeiro termo refere-se a exarcebação da dor e o segundo a instabilidade emocional relacionada a tendência em vivenciar emoções negativas. Foi entregue aos participantes instrumento em forma de diário para anotações durante 14 dias, que contemplavam questões emocionais e a intensidade da dor. A escala *The Ego-Resilience Scale* foi utilizada para mensurar a resiliência, o neuroticismo foi mensurado através do *The Mini-International Personality Item Pool*. Os achados mostraram que a resiliência colabora para o aumento de sentimentos positivos, que por sua vez, estão relacionados com a diminuição da catastrofização da dor. Além disso, as diferenças de gênero se mostraram presentes no estudo, as mulheres apresentaram maior tendência a catastrofização da dor em relação aos homens. No entanto, as mulheres apresentaram maiores sentimentos positivos em relação à situação vivida.

Outro estudo que levantou considerações semelhantes ao supracitado em relação a dor crônica e resiliência foi realizado com 124 mulheres com fibromialgia e/ou osteoartrite. As participantes responderam questionário referente a dados demográficos e de saúde, medidas de dor e fadiga e traços de personalidade como neuroticismo e extroversão. Aliado a isso, no início do estudo foram realizadas entrevistas com enfoque na saúde mental e física e avaliação física de dor, e no decorrer do estudo, durante 10 a 12 semanas as participantes foram entrevistadas semanalmente para averiguar: índice numérico de dor, eventos da vida diária e estresse interpessoal e medidas de sentimento positivo e negativo. Os achados permitiram afirmar que

peças com bom nível de afeto positivo reagem melhor nos momentos de agudização da dor e momentos de conflitos interpessoais. Os autores relatam que o aumento de sentimentos negativos pareceu estar relacionado com aumento da dor na semana subsequente, aqueles que demonstraram alto afeto positivo apresentaram menor dor semanalmente. O estudo também mostrou que os participantes com sentimentos positivos apresentaram maior resiliência frente à situação de dor. No entanto investigações acerca do afeto positivo como fonte de resiliência ainda necessitam ser realizadas (ZAUTRA; JONHSON; DAVIS, 2005).

Diante dos estudos apresentados, percebemos o papel da resiliência frente circunstâncias difíceis da vida. Verificamos que a resiliência contribui para amenizar a situação vivenciada, encarar as adversidades e seguir adiante no percurso da vida. Mesmo que outras adversidades apareçam, as características positivas das pessoas tendem a favorecer a superação da adversidade, ainda que para cada situação seja exigida particular aceitação, bem como a própria resiliência. Além disso, a partir dos estudos retratados, entendemos que as pessoas com dor crônica que apresentaram escores maiores de resiliência tendem a lidar melhor com a dor e com a situação que enfrentam rotineiramente. Já aquelas pessoas com baixa resiliência apresentaram acentuada tendência a catastrofização do momento experienciado. Alguns dos estudos sugerem a atuação de profissionais de saúde para o aprimoramento da resiliência de pessoas em condições crônicas, bem como o apoio familiar e citam também a importância da espiritualidade.

3.3 EXPLORANDO A RESILIÊNCIA NAS DOENÇAS CRÔNICAS

Vinaccia, Quiceno e Remor (2012) afirmam que a “carga” da doença crônica provoca severos efeitos adversos na pessoa trazendo também efeitos econômicos para a família, comunidade e para a sociedade. Os autores realizaram estudo na Colômbia com 121 participantes com DPOC (n=40), IRCT (n=40) e AR (n=41), acerca da relação entre a qualidade de vida e saúde com resiliência, percepção da doença, de crenças e enfrentamento espiritual e religioso. Para mensurar a resiliência foram utilizados a RS de Wagnild e Young e também a Escala de Resiliência Breve de Connor e Davidson. Outros instrumentos utilizados foram: questionário breve de percepção da doença, inventário de sistema de crenças, escala de estratégia de enfrentamento espiritual, e

questionário de saúde. Observou-se relação positiva entre a compreensão da doença e a resiliência, indicando que quanto maior o conhecimento sobre a doença melhor a pessoa pode resistir, enfrentar e aceitar de forma mais adaptável os efeitos adversos da situação.

No estudo supracitado (VINACCIA; QUICENO; REMOR, 2012), o grupo com DPOC apresentou menor qualidade de vida, seguido dos com AR e IRCT. Nos grupos IRCT e AR a resiliência teve relação positiva com a saúde mental mais do que com a qualidade de vida física, ou seja, quanto maior resiliência maior saúde mental. As crenças e a religiosidade não apresentaram influência sobre a qualidade de vida.

Esses autores (VINACCIA; QUICENO; REMOR, 2012), encontraram resultados relevantes no grupo com DPOC e revelaram correlações positivas entre a resiliência e a saúde mental evidenciando que o controle pessoal e a percepção da doença influenciam a qualidade de vida. Dessa forma, ressaltaram que em momentos de crise aguda da doença, a saúde mental encontra-se alterada. A adaptação às mudanças e a capacidade de recuperação frente à DPOC, possibilita afirmar que a resiliência é fator de controle sobre os pensamentos catastróficos, acerca das consequências emocionais, físicas, sociais e econômicas percebidas da doença.

Ainda nesse mesmo estudo, relacionando esses aspectos ao otimismo pessoal, afirmam que é possível ter a visão amena da doença o que contribui para a regulação da saúde mental em momentos críticos. Quanto aos escores de resiliência, as pessoas com DPOC obtiveram bons resultados. Segundo os autores, os participantes do estudo apresentaram habilidades e capacidades pessoais como: autoconfiança, independência, decisão, invencibilidade, sagacidade, poder, e também capacidades de perseverança, adaptabilidade, equilíbrio, flexibilidade, além da perspectiva de vida estável para alcançar a autoaceitação tanto de si mesmo como da vida apesar da adversidade (VINACCIA; QUICENO; REMOR, 2012).

Nos Estados Unidos, um estudo com 83 pessoas com doença de Parkinson, descreveu a relação da resiliência com a gravidade da doença, incapacidades, qualidade de vida e sintomas não-motores, utilizando como instrumento para mensurar a resiliência a RS de Wagnild e Young. Reportou significativa relação entre maior resiliência e menor incapacidade e melhor qualidade de vida, mas não encontrou relação com a gravidade da doença. Maior resiliência foi correlacionada com redução de sintomas não motores como: apatia, depressão e fadiga. Observou-se também a associação entre escores maiores de resiliência e a presença na pessoa de domínio de personalidade que assume visão

otimista. No estudo, os autores concordaram que mesmo ao fim da vida, a resiliência pode ser aumentada e o suporte social seria a maneira de melhorar esta resiliência (ROBOTTON et al., 2012).

3.4 A RESILIÊNCIA , O DIABETES E A INSUFICIENCIA RENAL CRÔNICA TERMINAL

Um estudo realizado no Brasil caracterizou a resiliência e as variáveis sócio demográficas e de saúde e doença de 60 pessoas com diabetes mellitus atendidas em três diferentes locais de um hospital: unidade de internação, emergência e ambulatório. Utilizaram como instrumento para mensurar a resiliência a CD-RISC. Mesmo não havendo diferença estatística significativa, os escores de resiliência das pessoas atendidas na emergência eram maiores do que aquelas atendidas no ambulatório ou que estavam internadas. Outro achado foi de que mesmo apresentando idade avançada, baixa renda e baixa escolaridade, os escores de resiliência se mostraram elevados quando comparados com outros estudos. Isto levou as autoras a pensarem que a resiliência se desenvolve no processo de conviver com o DM. Uma característica que julgaram relevante foi o fato da maioria relatar morar com outras pessoas tendo assim, suporte para lidar com a doença e superar infortúnios da vida (TAVARES et al., 2011).

Outro interessante estudo realizado nos Estados Unidos buscou descrever a relação entre os escores de resiliência e os níveis de hemoglobina glicada (HbA1c) em mulheres americanas de descendência africana com diabetes tipo 2. As variáveis caracterizadas no estudo foram: resiliência, hemoglobina glicada, renda, idade, tempo de DM, dieta, e exercício físico. Os escores de resiliência das 71 participantes foram avaliados por meio da RS de Wagnild e Young. Os resultados mostraram que grande parte das mulheres encontraram-se resilientes, com mais de metade da amostra com escores altos de resiliência. Apresentando escores de resiliência considerados baixos no estudo foram identificadas apenas nove mulheres. A idade não influenciou a resiliência, entretanto, a maioria das participantes era de meia-idade. A renda foi significativamente correlacionada com escores de resiliência, aquelas com baixa renda apresentaram níveis mais baixos de resiliência. As participantes que relataram realizar exercícios regulares tiveram escores mais altos de resiliência. Os níveis de HbA1c e os escores de resiliência tiveram correlação negativa significativa, de modo que para aquelas que pontuaram mais na escala RS, os níveis de HbA1c foram

menores, o que sugeriu que a resiliência pôde influenciar o controle glicêmico nesta amostra (DENISCO, 2011).

A pesquisa supracitada confirmou a importância de se considerar a resiliência no cuidado das populações com doença crônica, como a DM2. Altos níveis de resiliência foram significativamente relacionados com menores níveis de HbA1c, indicando melhor controle glicêmico (DENISCO, 2011).

Nos Estados Unidos foi realizado estudo com 111 pessoas que objetivou investigar o efeito protetor da resiliência em pessoas com diabetes frente ao autocuidado e níveis de glicemia. Os participantes responderam aos questionários do estudo e tiveram os valores de hemoglobina glicosilada (HbA1c) avaliados no início do estudo e após um ano. A resiliência foi considerada através dos valores de quatro fatores: otimismo (mensurado através do “Life Orientation Test”), autoestima (mensurada através da “Rosenberg Self-Esteem Scale”), autoeficácia (mensurada por meio da “Confidence in Diabetes Self-care scale”) e autodomínio (mensurado pela “Self-Mastery Scale”). Para mensurar o nível de estresse emocional relacionados à diabetes foi utilizado a “Problem Areas in Diabetes Scale”, o comportamento relacionado ao autocuidado foi avaliado por meio do “Self-Care Inventory-Revised” e o controle glicêmico foi avaliado pelos níveis HbA1c. A junção dos fatores resilientes 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 comparar a resiliência, o estresse e os valores de HbA1c após um ano. Além de constatarem que o estresse emocional relacionado à diabetes 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 susceptíveis ao aumento do estresse emocional e a 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 diabetes 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 demonstraram apresentar estratégias mal adaptativas de enfrentamento, demonstrando a relevância entre tais variáveis, sugerindo assim, o impacto da resiliência no manejo do tratamento e o no cotidiano daqueles que convivem com a diabetes.

Estudos sobre resiliência em pessoas com insuficiência renal crônica são escassos. Slomka (2011) avaliou a associação entre a resiliência e o estado clínico de 60 pessoas com doença renal crônica em hemodiálise. O estado clínico foi avaliado através do índice de Kt/V (clearance fracional de ureia), da taxa de hemoglobina e do índice de massa corporal (IMC) e a resiliência foi mensurada através da RS de Wagnild e Young. Ainda que os resultados apontassem não haver associação significativa entre resiliência e o estado clínico das pessoas, perceberam leve tendência das pessoas com escore de resiliência mais elevados a apresentarem estado clínico próximo do ideal. A associação de maior significância ocorreu a partir dos valores de resiliência e do IMC, no qual, aqueles que eram mais resilientes apresentaram o IMC dentro da normalidade.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional transversal retrospectivo, utilizando o banco de dados de duas pesquisas realizadas pelo NUCRON, intituladas respectivamente como: **Perfil dos Pacientes com Insuficiência Renal Crônica, em hemodiálise, da Grande Florianópolis** (SILVA; ZILMER, 2011); e **Mulheres com Diabetes Mellitus tipo 2: estresse e resiliência** (SILVA; LESSMANN, 2011). Foi realizada análise da resiliência e de outras variáveis de pessoas com DM2 e pessoas com IRCT em tratamento hemodialítico obtidos por meio da aplicação da escala de resiliência de Connor e Davidson (2003) validada para uso no Brasil e por meio de questionários de ambas as pesquisas com variáveis sociodemográficas e de saúde.

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo consistiu em homens e mulheres que fizeram parte da amostra das pesquisas supracitadas.

No que diz respeito à pesquisa **Perfil dos Pacientes com Insuficiência Renal Crônica, em hemodiálise, da Grande Florianópolis**, a população foi composta por homens e mulheres, com diagnóstico de insuficiência renal crônica, submetidos à hemodiálise nos quatro Serviços de Nefrologia da Grande Florianópolis, SC. Foram incluídas todas as pessoas que estavam em tratamento hemodialítico no período de coleta dos dados e que atendessem aos critérios do estudo, totalizando 191 participantes. Foram considerados como critérios de inclusão: ter idade mínima de 18 anos completos; estar em tratamento hemodialítico; ter capacidade de compreensão e comunicação verbal.

Com relação à pesquisa **Mulheres com Diabetes Mellitus tipo 2: estresse e resiliência**, a população foi determinada com base no número de mulheres com DM2 cadastradas no município de Florianópolis no ano de 2009, correspondendo a 1820 (PMF/SIAB, 2009). Para a seleção das participantes foi utilizado cálculo amostral através do website SEstatNet[®] (NASSAR et al., 2011) com intervalo de confiança de 95%, utilizando a amostra estratificada que indicou a amostra mínima de 317, porém foi realizada coleta de dados com 412 participantes, com vistas a ampliar o poder da amostragem. A estratificação foi realizada a partir do sorteio de 19 Centros de Saúde

(CS) do município de Florianópolis, dentre os 47 existentes no momento da coleta de dados. Nesses 19 CS, foi obtida a população total de mulheres e então efetuada a estratificação com sorteio daquelas que participariam. Caso as mulheres sorteadas não pudessem ser encontradas ou não aceitassem participar do estudo, a imediatamente seguinte era entrevistada. Foi utilizado como critério de inclusão: ter idade mínima de 18 anos; ter capacidade de compreensão e comunicação verbal; ter recebido o diagnóstico do DM2 há mais um ano.

Em ambos os estudos foram considerados como critérios de exclusão: pessoas com alteração de comportamento, com dificuldade de comunicação ou com problemas no sistema auditivo. A amostra do presente estudo, portanto, foi constituída por 603 pessoas.

4.3 COLETA DE DADOS

Na pesquisa **Perfil dos Pacientes com Insuficiência Renal Crônica, em hemodiálise, da Grande Florianópolis** a coleta de dados foi efetuada, nos Serviços de tratamento hemodialítico por meio de questionário pré-codificado (ANEXO A), aplicado individualmente, o qual abordou dados sócio-demográficos, econômicos, hábitos de vida, co-morbidades existentes, sobre a doença, o tratamento, rede de cuidados e situação atual de saúde, com assinatura ao Termo Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO B). A coleta de dados ocorreu entre maio a outubro de 2011, realizada por três enfermeiras alunas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC e três acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem, todos foram capacitados para realizar a atividade e supervisionados pela enfermeira responsável pelo estudo.

O questionário aplicado às pessoas com IRCT não tinha a informação sobre o tempo de diagnóstico da doença. Diante disso, houve a necessidade de voltar aos serviços de saúde de nefrologia para a coleta dessa informação. A coleta foi realizada no período de junho a agosto de 2013, que buscou especificamente a informação referente ao tempo de doença, ou seja, a data da descoberta da doença. Todos os 191 integrantes da pesquisa foram contatados, aqueles que não foram encontrados nos serviços onde a pesquisa foi realizada, foram contatados via telefone.

Na pesquisa **Mulheres com Diabetes Mellitus tipo 2: estresse e resiliência**, a coleta de dados ocorreu no período de abril de 2009 a dezembro de 2011, no domicílio das mulheres, realizadas por uma enfermeira e cinco acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem,

previamente treinadas que utilizaram kits de coleta, formulários, uniforme e procedimentos padronizados. Destaco que fui umas das integrantes do grupo de coleta de dados, ficando responsável pela entrevista de 100 mulheres.

Para o agendamento do encontro, as mulheres sorteadas foram contatadas via telefone. Em algumas situações do agendamento foi necessário contar com a colaboração dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para a chegada ao domicílio, porém esta estratégia foi utilizada somente quando o número de telefone estava incorreto ou não existia. É importante lembrar que não foi delegada ao ACS função alguma junto à pesquisa, sendo apenas solicitado que o mesmo mostrasse a localização das casas que pertenciam às suas micro-áreas.

Os encontros para a coleta de dados ocorreram no domicílio, segundo as necessidades e possibilidades das participantes, agendados em horário em que fosse favorecida a entrevista com 90 a 120 minutos de restrição alimentar. Desta forma, a coleta de dados envolveu dois momentos: primeiro o contato telefônico ou pessoal para agendamento e o segundo a entrevista em domicílio utilizando o formulário de coleta de dados (ANEXO C) bem como o TCLE (ANEXO D).

As variáveis que integraram ambos os estudos serão apresentadas a seguir, ressaltando que foram selecionadas apenas aquelas que constavam nos dois instrumentos de coleta dos dados.

4.4 VARIÁVEIS

As variáveis desse estudo contemplam os dados sociodemográficos, condições saúde-doença e a resiliência, presentes no banco de dados dos estudos realizados anteriormente. As variáveis selecionadas estavam presentes em ambos os estudos. Para a unificação das bases de dados das pesquisas com pessoas com DM2 e pessoas com IRCT, foram padronizadas as categorias e códigos das variáveis (APÊNDICE A), que após a revisão compuseram uma base única, específica para esta pesquisa.

4.4.1 Variáveis relacionadas a dados sociodemográficos

- **Sexo** (qualitativa nominal): sexo do indivíduo, obtido por meio de aplicação do questionário.

- **Idade** (quantitativa contínua): calculada com base na data de nascimento do indivíduo, obtido por meio de aplicação do questionário.
- **Raça** (qualitativa nominal): cor da pele, obtido por meio de aplicação do questionário. Pode ser: branca, negra, amarela, parda, indígena, outra.
- **Religião** (qualitativa nominal): religião do entrevistado. Podendo ser Católica, Evangélica, Espírita, outras religiosidades ou sem religião. Referida pelo (a) entrevistado (a).
- **Situação Conjugal** (qualitativa nominal): Considera o estado civil e/ou união formal ou não 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 entrevistado(a).
- **Escolaridade** (quantitativa contínua): 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 incompleto, 3º ano do ensino superior, 4º ano do ensino superior, 5º ano do ensino superior, ensino superior completo, especialização, mestrado, doutorado.
- **Ativo economicamente** (qualitativa nominal): exercício de atividade laboral oficial ou informal remunerada. O dado foi obtido por meio de relato verbal da pessoa.
- **Renda mensal da pessoa** (quantitativa contínua): valor em reais que recebia mensalmente, posteriormente o valor foi convertido em salários mínimos vigente de acordo com o período da coleta de dados.

4.4.2 Variáveis relacionadas aos hábitos de vida e de saúde

- **Doença** (qualitativa nominal): referente a doença que a pessoa tinha, se apresentava DM e/ou IRC.
- **Tempo de diagnóstico do DM2** (quantitativa contínua): período em anos após o recebimento do diagnóstico da doença, ou seja, tempo em que a pessoa tinha ciência que possuía DM. O dado foi mensurado em

anos e obtido por meio de relato verbal da pessoa entrevistada acerca da data aproximada do recebimento do diagnóstico.

- **Tempo de diagnóstico da IRCT** (quantitativa contínua): período em anos após o recebimento do diagnóstico da doença, ou seja, tempo em que a pessoa tem ciência que possuía IRC. O dado será mensurado em anos e obtido por meio de relato verbal da pessoa entrevistada acerca da data aproximada do recebimento do diagnóstico.
- **Hipertensão Arterial Sistêmica** (qualitativa nominal): presença ou não de HAS.
- **Outras doenças** (qualitativa nominal): presença ou não de outras doenças referidas pela pessoa entrevistada.
- **Complicações da doença de base** (qualitativa nominal): presença ou não de complicações da doença de base referidas pela pessoa entrevistada.

4.4.3 Variáveis biométricas

- **Peso** (quantitativa contínua) peso corporal em quilogramas (BRASIL, 2002).

Aferido por balança digital portátil fornecendo resultados divididos a cada 100 gramas (g).

- **Estatura** (quantitativa contínua): altura corporal em metros, identificado pela medição utilizando trena rígida.
- **Índice de Massa Corporal** (quantitativa contínua): Divisão entre o peso corporal em quilogramas e a altura em metros quadrados, identificado pela fórmula ($IMC = \text{Peso} / \text{altura}^2$). A obtenção destes dados é preconizada pelo MS (BRASIL, 2002) para a caracterização numérica do estado nutricional do indivíduo.

Serão considerados como valores de referência para o IMC: abaixo de 18.5 Kg/m² baixo peso; 18.5 a 24,9 Kg/m² = peso ideal; 25.0 a 29.9 Kg/m² = sobrepeso; 30.0 a 34.9 Kg/m² = obesidade grau I; 35.5 a 39.9 Kg/m² = obesidade grau II; ≥ 40.0 = obesidade mórbida (BRASIL, 2002).

- **Resiliência** (quantitativa discreta): capacidade de superar um evento adverso mantendo equilíbrio emocional perante a situação. Foi avaliada utilizando a Escala de Resiliência de CONNOR e DAVIDSON (CD-RISC) em sua versão traduzida e validada para a população brasileira – RISC-Br (ANEXO E). A CD-RISC foi inicialmente validada através de um estudo realizado com seis grupos distintos: população geral americana, pacientes de cuidados primários, pacientes psiquiátricos ambulatoriais, sujeitos de um estudo de ansiedade generalizada e duas

amostras de transtorno de estresse pós-traumático. A versão completa da escala, com 25 itens, reuniu cinco fatores (competência pessoal, confiança nos próprios instintos e tolerância à adversidade, aceitação positiva da mudança, controle e espiritualidade) e apresentou provas de boa confiabilidade, tanto pelo alfa de *Cronbach* (0,89 referente a aplicação da escala na população geral), como pelas análises de teste-reteste (coeficiente de correlação = 0,87). Após seu estudo inicial, a CD-RISC vem sendo utilizada em outras pesquisas em inúmeros países, dentre eles Turquia (KARAIRMAK, 2010), Austrália (BURNS; ANSTEY, 2010) e Irã (HOSSEINI; BESHARAT, 2010).

Observa-se o crescimento da literatura sobre o uso da CD-RISC, com o seu uso em diferentes países, incluindo China (YU; ZHANG, 2007), África do Sul (JORGENSEN; SEEDAT, 2008), Coreia (BAEK et al., 2010), Irã (KHOSHOUEI, 2009). Uma ampla variedade de populações tem sido estudada, incluindo amostras da população geral, sobreviventes de traumas diversos, adolescentes, idosos, pacientes em tratamento para transtorno de estresse pós-traumático, membros de diferentes etnias e culturas (CAMPBELL-SILLS, COHAN, STEIN, 2006; GILLESPIE, CHABOYER, WALLIS, 2007; LAMOND et al., 2009; ROY, SARCHIAPONE, CARLI, 2007).

Connor (2006) avaliou a resiliência em pacientes com transtorno de estresse pós-traumático e Roge, Austin e Pollack (2007) utilizaram a escala com pacientes que apresentaram transtorno de ansiedade. Lamond et al. (2008) validaram a CD-RISC com 1.395 mulheres idosas afirmando ser uma escala com consistência interna para mensurar a resiliência dessa população, no qual níveis altos de resiliência associaram-se positivamente ao bom envelhecimento.

Para uso no Brasil, Solano et al. (2011) validaram a escala, sendo pelos autores designada como: Escala de Resiliência de Connor-Davidson para o Brasil - RISC-Br. Essa escala, assim como a versão original, é composta por 25 itens em escala *likert* variando de zero (nem um pouco verdadeiro) a quatro (quase sempre verdadeiro), os escores altos significam maior resiliência.

4.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados sofreram dupla digitação no programa Excel® da Microsoft®, por duas digitadoras capacitadas, supervisionadas pela pesquisadora. Para maior confiabilidade, foi realizada checagem automática de consistência e amplitude através do

software EpiData 3.1, o qual possibilitou a identificação de inconsistências e foi realizada correção dos dados.

O banco de dados foi exportado para a ferramenta computacional *on-line* SEstatNet[®], por meio desse programa foram efetuadas as análises descritivas (proporções e médias). As análises comparativas foram realizadas por intermédio do programa *Stata SE 9.0* através do teste do Qui-quadrado de Pearson, adotando-se o nível de significância de 0,05 para as variáveis categóricas. Para as variáveis contínuas, depois de verificado a normalidade, foi utilizado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis.

Foi realizada análise multivariada regressiva através do programa *Stata SE 9.0* considerando a média da variável resiliência com respectivos intervalos de confiança de 95% de acordo com as variáveis independentes. Como a variável dependente – resiliência – era do tipo discreta, utilizou-se o modelo de contagem com regressão de *Poisson*, para análise bruta e também para análise ajustada, de forma a estimar como as mudanças nas variáveis independentes afetaram a média condicional e as probabilidades da contagem. O valor de p foi estimado pelo teste F. Na análise ajustada, as variáveis que apresentaram valor de $p < 0,200$ na análise bruta foram incluídas no modelo, e permaneceram no modelo as variáveis que atingiram valor de $p < 0,05$ e/ou ajustaram a análise.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Foram contemplados os aspectos éticos e legais nos dois estudos, de acordo com a Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Saúde, com aprovação dos projetos no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina, com o processo número 151/09 e FR 259792 (ANEXO F) referente ao estudo com mulheres com DM2 e o processo número 2181 e FR: 434113 (ANEXO G) referente ao estudo com pessoas com IRCT. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo sido garantido o anonimato e o sigilo dos dados.

Mesmo utilizando dados de estudos anteriores, foram respeitados todos os princípios éticos, garantindo o anonimato dos participantes, atribuindo-lhes números, garantindo o sigilo e confidencialidade em qualquer forma de apresentação dos dados, seja em publicação ou na apresentação do relatório final da pesquisa, bem como a guarda segura dos dados.

5 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa estão apresentados no formato de dois artigos científicos, cujos títulos estão descritos abaixo, 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.

Manuscrito 1: Fatores associados à resiliência de pessoas com doenças crônicas: diabetes mellittus e insuficiência renal crônica terminal.

Manuscrito 2: Comparação entre pessoas com diabetes mellitus e doença renal crônica terminal: aspectos sociodemográficos, de saúde e resiliência.

5.1 MANUSCRITO 1: FATORES ASSOCIADOS À RESILIÊNCIA DE PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICA: DIABETES MELLITUS E INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA TERMINAL.

FATORES ASSOCIADOS À RESILIÊNCIA DE PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS: DIABETES MELLITUS E INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA TERMINAL

RESUMO: Trata-se de estudo observacional transversal que teve como objetivo verificar a associação entre resiliência e variáveis sociodemográficas e de saúde de 603 pessoas com doenças crônicas com diagnóstico de insuficiência renal crônica terminal (IRCT) e/ou diabetes mellitus tipo 2 residentes na Grande Florianópolis/SC/Brasil. Para análise descritiva dos dados utilizou-se o programa on-line SEstatNet® e para análise multivariada o programa STATA SE 9.0. Os participantes do estudo possuíam em média 61 anos de idade (DP=13,2), a maioria era da cor branca (79,3%), católicos (71,81%), com união estável (52,24%), aposentados (49,09%), com ensino fundamental (65%) e renda de até três salários mínimos. O escore médio de resiliência foi de 76,27 (DP=14,75). Observamos que o tipo de doença crônica, o tempo de doença, o índice de massa corporal e a crença religiosa influenciaram a resiliência dos participantes do estudo, sendo que ter IRCT e o tempo do diagnóstico da doença implicaram em menor resiliência. Esses resultados podem contribuir com a assistência às pessoas com doenças crônicas, indicando aos profissionais elementos importantes que devem ser considerados no cuidado em saúde.

Palavras chave: Resiliência. Doença Crônica. Enfermagem. Diabetes Mellitus. Insuficiência Renal Crônica.

FACTORS ASSOCIATED WITH THE RESILIENCE OF PEOPLE WITH CHRONIC DISEASE

ABSTRACT: It is a cross sectional observational study that aimed to investigate the association between resilience and sociodemographic variables and health with 603 people with chronic disease diagnosed with end stage renal disease and/or type 2 diabetes mellitus living in Florianópolis /SC/Brazil. For descriptive analysis were used the online program SEstatNet ® and for the multivariate analysis STATA SE 9.0. The study participants had an average age of 61 years, the majority were white (79.3%), Catholics (71.81%), married (52.24%), retired (49.09%), with primary education (65%) and income of up to three minimum

wages. The average score of resilience was 76.27. We note that the type of chronic disease, duration of disease, body mass index and religious beliefs influenced the resilience of study's participants, however have renal disease and the years of disease resulted in lower resilience. These results can contribute to the care of people with chronic diseases, indicating for professionals important elements that should be considered in health care.

Keywords: Resilience. Chronic Disease. Nursing. Diabetes Mellitus. Renal Insufficiency, Chronic.

INTRODUÇÃO

Em muitos países, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem o principal problema de saúde pública e representam hoje a maior causa de morte, acometendo homens e mulheres, das mais variadas idades. Os idosos são a maior parte dessa população, no entanto, jovens e adultos também se enquadram como grupos de risco para as DCNT (BRASIL, 2011).

No Brasil, as DCNT abrangem cerca de 72% das causas de morte e trazem onerosos gastos ao Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011), além de provocarem importante impacto no viver das pessoas. As mudanças que a doença crônica traz nem sempre são enfrentadas de maneira adequada, podendo ocasionar dificuldades no cuidado e controle da doença, gerando estresse e trazendo sofrimento para as pessoas e suas famílias (PAIM et al., 2006). No entanto, percebemos que algumas pessoas conseguem superar essas dificuldades mantendo-se aderentes ao tratamento e encarando sua doença como algo a mais para ser superado, mesmo que, muitas vezes, possuam inúmeros outros problemas nos diversos âmbitos em sua vida. Esse enfrentamento pode ser compreendido como resiliência.

Inúmeras são as definições e abordagens acerca do que é resiliência, alinhadas a complexidade e a presença de fatores e variáveis em estudos sobre fenômenos humanos, havendo convergência de sua vinculação às pessoas que conseguem superar eventos adversos, considerada como processo dinâmico com interação entre os fatores que a envolvem (INFANTE, 2005).

Quando se trata de enfermidade, o conceito de resiliência surge como possibilidade de mudança. Bianchini e Dell'Aglio (2006) retratam a resiliência como sendo a capacidade da pessoa de lidar com a doença

aceitando as limitações impostas pela condição, com a devida adesão ao tratamento, buscando adaptar-se a situação e viver de forma positiva.

A resiliência pode possibilitar certo controle sobre o impacto negativo das consequências físicas, sociais e econômicas percebidas na doença e as consequências emocionais sentidas. A resiliência poderia ser um dos fatores para explicar o paradoxo do bem estar que ocorre quando as pessoas doentes e com limitações no funcionamento cotidiano, informam bom nível de bem estar (VINACCIA; QUICENO, 2011).

Ao pensar nas pessoas em condições crônicas, o uso do conceito de resiliência emerge também como possibilidade para promover mudanças positivas, facilitando a aceitação das modificações indicadas e a adequação mais fácil aos novos hábitos de saúde. Enfrentar a doença crônica e adaptar-se a novos hábitos de vida requer esforço, dedicação e superação da situação. Assim, a resiliência tem se mostrado como um conceito que pode contribuir para o avanço no controle da doença crônica, como indicado nos estudos de Grotberg (2005); Vinaccia e Quiceno (2011); Li-Na e Hunter (2009); Robottom et al. (2012); Denisco (2011); Tavares et al.(2011). Porém, poucos são os estudos que têm mostrado a associação entre resiliência e aspectos sociodemográficos e de condição de saúde. Focalizar essas variáveis em associação com a resiliência poderá contribuir para a elaboração de modelo teórico que mostre como a resiliência se expressa na doença crônica, de modo a colaborar no cuidado em saúde, indicando elementos para promover melhor enfrentamento da situação.

O Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condição Crônica (NUCRON) tem estudado diferentes condições crônicas, buscando compreender a experiência de viver com as mesmas. Mais recentemente foram realizados dois estudos com delineamento transversal focalizando a resiliência: um com mulheres com DM2 e outro com pessoas com Insuficiência Renal Crônica Terminal (IRCT) em tratamento hemodialítico. O presente estudo utilizou o banco de dados dos estudos mencionados visando aprofundar o conhecimento e a identificação da resiliência em pessoas com doenças crônicas.

Nesse sentido, buscou-se conhecer como a resiliência se expressa nessas pessoas e quais aspectos poderiam influenciá-la. Dessa forma, foi definido como objetivo do estudo: Verificar a associação entre resiliência e variáveis sociodemográficas e de saúde de pessoas com doença crônica residentes na Grande Florianópolis/SC.

MÉTODO

Trata-se de estudo observacional transversal realizado com pessoas com doenças crônicas. Fizeram parte da amostra pessoas com diagnóstico de IRCT e mulheres com DM2.

As pessoas com IRCT foram selecionadas em quatro serviços de nefrologia localizados na Grande Florianópolis/SC. Foram incluídas aquelas que estavam em tratamento hemodialítico e atenderam aos critérios de inclusão do estudo no período de coleta dos dados, totalizando 191 participantes. Os critérios de inclusão determinados foram: ter idade mínima de 18 anos completos; estar em tratamento hemodialítico; ter capacidade de compreensão e comunicação verbal.

As participantes com DM2 foram selecionadas a partir da população de 1820 mulheres com DM2 cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica em Saúde da Prefeitura Municipal de Florianópolis, sendo que a amostra aleatória totalizou 412 participantes. Os critérios de inclusão foram: ter idade mínima de 18 anos; ter capacidade de compreensão e comunicação verbal; ter recebido o diagnóstico do DM2 há mais um ano.

Para os dois estudos os critérios de exclusão considerados foram: apresentar dificuldade de comunicação ou problemas no sistema auditivo. A amostra do presente estudo, portanto, foi constituída por 603 pessoas.

A coleta de dados para as pessoas com IRCT ocorreu nos meses de maio a outubro de 2012, já a coleta realizada com as pessoas com DM2 ocorreu no período de abril de 2009 a dezembro de 2011. Ambas utilizaram questionários contendo informações sociodemográficas, e de saúde, assim como a Escala de Resiliência desenvolvida por Connor e Davidson (CD-RISC) em 2003 para avaliar a resiliência, composta por 25 itens em escala *likert* variando de zero (nem um pouco verdadeiro) a quatro (quase sempre verdadeiro), cujos escores oscilam de zero a 100 pontos, com valores altos indicando alta resiliência. Esta avalia cinco fatores: competência pessoal; confiança nos próprios instintos e tolerância à adversidade; aceitação positiva da mudança; controle; e espiritualidade. A escala foi validada e foram comprovadas propriedades psicométricas e consistência interna, com coeficiente alfa de Cronbach igual a 0.89. A versão utilizada nesse estudo foi validada para uso no Brasil por Solano et al (2011) e designada como: Escala de Resiliência de Connor-Davidson para o Brasil (RISC-Br).

Para o presente estudo as variáveis independentes analisadas e que compuseram o banco de dados foram: sexo, faixa etária, raça,

religião, situação conjugal, escolaridade, atividade econômica, renda mensal, diagnóstico médico da doença crônica, tempo de doença, presença de complicações da doença de base, presença de hipertensão arterial sistêmica (HAS), presença de outras doenças e índice de massa corporal (IMC). Os dados foram armazenados no programa *Excel® da Microsoft®*. As análises descritivas foram realizadas por meio da ferramenta computacional on-line *S EstatNet®*, já a análise multivariada regressiva foi realizada através do programa *Stata SE 9.0*, sendo considerada a média da variável resiliência com respectivos intervalos de confiança de 95% de acordo com as variáveis independentes. Como a variável dependente – resiliência – era do tipo discreta, utilizou-se o modelo de contagem com regressão de *Poisson*, para análise bruta e também para análise ajustada, de forma a estimar como as mudanças nas variáveis independentes afetaram a média condicional e as probabilidades da contagem. O valor de p foi estimado pelo teste F. Na análise ajustada, as variáveis que apresentaram valor de $p < 0,200$ na análise bruta foram incluídas no modelo, e permaneceram no modelo as variáveis que atingiram valor de $p < 0,05$ e/ou ajustaram a análise.

Para a realização deste estudo, foram respeitados todos os preceitos éticos determinados pela Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, através do cumprimento das exigências do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, recebendo parecer favorável sob número do protocolo 151/09 e FR 259792 referente ao estudo com mulheres com DM2 e o protocolo 2118 e FR: 434113 referente ao estudo com pessoas com IRCT.

RESULTADOS

Resiliência

A resiliência de pessoas com doenças crônicas, obtidas através da escala de resiliência RISC-Br (2011), teve escore médio de 76,27 com DP de 14,75, ocorrendo variação expressiva nos escores, com mínimo de 25 e máximo de 100. As pessoas com DM2 apresentaram escore médio de resiliência maior do que as pessoas com IRCT, conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1 – Resiliência de pessoas com condições crônicas de saúde. Florianópolis, 2013.

	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Amostra total	76,27	14,75	79,0	25	100
Pessoas com DM2	79,85	12,98	82,0	34	100
Pessoas com IRCT	67,50	15,41	69,0	25	99

Fonte: Projetos Mulheres com Diabetes Mellitus tipo 2: estresse e resiliência; e Perfil dos Pacientes com Insuficiência Renal Crônica, em Hemodiálise, da Grande Florianópolis/SC.

Perfil sociodemográfico e de saúde

Quanto às demais variáveis, os participantes do estudo possuíam em média 61 anos de idade (DP=13,2) com maior distribuição na faixa de 60 – 91 anos (58,7%); a maioria era da cor branca (79,3%) e 96,7% dos participantes declararam ter crença religiosa. Para a situação conjugal, obteve-se que 52,5% eram casados/união estável.

Exerciam algum tipo de atividade remunerada 20,6% dos participantes, enquanto entre os demais, 20,6% relataram que não trabalhavam, e 58,8% recebiam benefícios do governo como aposentadoria ou auxílio-doença. Quanto à renda mensal, informada em salários mínimos, 6% recebiam até um salário mínimo (SM), 75,5% recebiam entre um a três salários mínimos e 18,5% dos participantes recebiam acima de três salários mínimos, esse dado foi informado por apenas 368 participantes.

Com relação ao grau de instrução, foram considerados os anos de estudo dos participantes, sendo que 6,8% deles nunca estudaram. Tinham ensino fundamental nas séries iniciais (1ª a 5ª série) 51,7% dos

participantes e nas séries finais (da 6ª a 9ª série), 14,1%. Relataram ter completado o ensino médio 21,4% e apenas 6% possuía ensino superior completo.

Com relação à doença crônica, 67% tinham apenas diabetes, ao passo que 22,2% tinham apenas IRCT e 10,9% tinham ambas as doenças. Quanto ao tempo de doença, o maior percentual foi encontrado nos primeiros cinco anos (38,8%).

A maioria das pessoas (59%) não reconhecia a presença de complicações de sua doença. No entanto, ao serem questionados a respeito da presença de outras doenças, 79,3% das pessoas referiram outras enfermidades. Foi então, questionado a todos os participantes a presença de HAS e 78% declararam possuir a doença.

Quanto ao IMC dos participantes, 33,4% foram enquadrados com peso ideal; 66,6% estavam acima do peso, com a seguinte distribuição: 30,2% tinham sobrepeso; 23,6% com obesidade grau I; 8% com obesidade grau II; e ainda 4,8% das pessoas tinham obesidade mórbida.

Estes dados até aqui descritos constam da Tabela 2, juntamente com a análise multivariada que será apresentada a seguir.

Fatores associados à resiliência

Através dos resultados da razão de média da análise ajustada ficou evidente que as variáveis que influenciaram a resiliência nesse estudo foram: o tempo de doença, tipo de doença crônica (IRCT, DM2 ou ambas), religião e IMC. Com relação ao **tempo de doença**, as pessoas com seis a 10 anos de doença e as com mais de 16 anos de doença tiveram os menores escores de resiliência. Ao se tratar do **tipo de doença crônica**, pessoas com insuficiência renal crônica tiveram resiliência mais baixa. Possuir uma **crença religiosa** afetou a resiliência positivamente, ou seja, as pessoas que alegaram ter religião apresentaram melhor escore médio de resiliência. Com relação ao **IMC**, as pessoas com obesidade grau I apresentaram melhor resiliência que as demais. Esses dados constam da Tabela 2.

Tabela 2 – Análise multivariada dos aspectos sociodemográficos e a resiliência de pessoas com doenças crônicas, Florianópolis, 2013.

Variáveis	n(%)	Média Resiliência (IC95%)	Razão médias bruta (IC95%)	Valor P	Razão médias ajustada (IC95%)
Sexo				<0,001	
Masculino	110(18,2)	68,9(65,7-72,2)	1,13(1,10-1,16)		1,02(0,96-1,08)
Feminino	493(81,8)	77,9(76,7-79,1)			
Faixa etária				0,0083	
Adulto	249(41,3)	75,1(73,3-77,0)	1,03(1,01-1,04)		1,02(0,98-1,05)
Idoso	354(58,7)	77,0(75,5-78,6)			
Doença Crônica				<0,001	
DM2	404(67)	79,8(78,5-81,0)	0,85(0,83-0,87)		0,85(0,80-0,90)
IRCT	134(22,2)	67,5(64,8-70,2)	0,91(0,88-0,94)		0,97(0,91-1,03)
DM2 e IRCT	65(10,8)	72,5(68,8-76,2)			
Raça				<0,001	
Branca	478(79,3)	76,5(75,2-77,8)	0,99(0,97-1,03)		1,03(0,99-1,07)
Negra	76(12,6)	76,4(73,2-79,7)	0,97(0,94-1,01)		0,97(0,92-1,03)
Amarela	45(6,5)	74,6(70,4-78,7)	0,78(0,69-0,89)		1,22(0,96-1,54)
Outras	4(0,6)	60,2(44,1-76,4)			
Religião				0,0016	
Sem religião	20(3,3)	70,3(61,2-79,4)	1		1

Com religião	583(96,7)	76,5(75,3-77,6)	1,09(1,03-1,15)	1,13(1,06-1,20)
Situação Conjugal				0.18
Sem				29
companheiro	288(47,8)	76,7(75,1-78,5)	1	1
Casado/Com			0,98(0,97-	0,98(0,95-
companheiro	315(52,2)	75,8(74,2-77,5)	1,01)	1,00)
Escolaridade				0.00
Nunca				57
estudou	41(6,8)	75,4(71,3-79,6)	1	1
Ensino				
Fundamental			1,02(0,98-	0,99(0,94-
(1ª a 5ª série)	312(51,7)	76,8(75,2-78,4)	1,06)	1,03)
Ensino				
Fundamental			1,01(0,97-	1,02(0,97-
(6ª a 9ª série)	129(21,4)	76,4(73,7-79,1)	1,05)	1,08)
Ensino			1,04(0,99-	1,04 (0,97-
Médio	36(6)	78,9(75,1-82,8)	1,10)	1,12)
Ensino			0,97(0,93-	0,96(0,90-
Superior	85(14,1)	73,3(69,9-76,9)	1,01)	1,02)
Ativo econômica-mente				<0,001
Não trabalha	124(20,6)	77,3(74,8-79,7)	1	1
Trabalha			1,04(1,01-	0,98(0,92-
Aposentado	124(20,6)	80,0(77,7-82,4)	1,06)	1,04)
ou				
Pensionista	355(58,8)	74,6(73,0-76,2)	0,96(0,94-0,99)	0,96(0,91-1,01)
Renda				0.14
Até 1 SM	22(6,0)	78,6(72,7-84,5)	1	1
>1 SM até 3 SM			0,99(0,95-1,05)	0,99(0,94-1,06)
>3 SM	278(75,5)	78,5(76,9-80,1)	0,97(0,92-1,02)	0,96(0,90-1,02)
Tempo de				0.01

doença				46	
Até 5 anos	234(38,8)	77,0(75,1-79,0)	1		1
6 – 10 anos	174(28,9)	75,2(72,9-77,4)	0,98(0,95-0,99)		0,95(0,92-0,98)
11 – 15 anos	81(13,4)	74,5(71,5-77,5)	0,96(0,93-0,99)		0,97(0,94-1,01)
>16 anos	114(18,9)	80,2	1,01(0,98-1,03)		0,95(0,91-0,98)
Presença de Complicação				<0,001	
Não	356(59,0)	77,5(76,0-79,0)	1		1
Sim	247(41,0)	74,5(72,7-76,3)	0,96(0,94-0,98)		1,00(0,97-1,03)
HAS				0,2546	
Não	133(22,1)	75,5(73,0-78,0)	1		
Sim	470(77,9)	76,5(75,1-77,8)	1,01(0,99-1,03)		
Outras doenças				<0,001	
Não	125(20,7)	68,7 (71,5)	1		1
Sim	478(79,3)	78,2 (77,0-79,5)	(1,11-1,16)		1,03(0,98-1,08)
IMC				<0,001	
Peso ideal	193(33,4)	71,3(69,2-73,4)	1		1
Sobrepeso	174(30,2)	76,8(74,6-79,1)	1,08 (1,05-1,10)		1,03(0,99-1,08)
Obesidade grau I	136(23,6)	81,6(79,6-83,7)	1,14 (1,11-1,17)		1,06(1,02-1,09)
Obesidade grau II	46(8,0)	79,7(76,1-83,2)	1,12 (1,08-1,16)		1,03(0,98-1,09)
Obesidade mórbida	28(4,8)	80,2(74,6-85,8)	1,12 (1,07-1,18)		1,03(0,98-1,09)

Fonte: Projetos Mulheres com Diabetes Mellitus tipo 2: estresse e resiliência; e Perfil dos Pacientes com Insuficiência Renal Crônica, em Hemodiálise da Grande Florianópolis/SC.

DISCUSSÃO

Os participantes do estudo atingiram escores médios de resiliência semelhantes aos encontrados no estudo original de validação da CD-RISC. No estudo de Connor e Davidson (2003), a pontuação média na amostra da população geral foi de 80,4 (DP=12,8) e na amostra de pacientes em cuidados primários de saúde foi de 71,8 (DP=18,4). Os resultados da nossa amostra foram intermediários entre esses dois grupos em termos de escores da resiliência através da CD-RISC.

Outro estudo com escores de resiliência semelhantes ao nosso, que utilizou a CD-RISC, foi verificado em mulheres idosas com média de idade de 72,7 anos (DP=7,2) e média de resiliência de 75,3 (DP=13,1) (LAMOND et al., 2008).

Quando se trata da resiliência de pessoas com doenças crônicas, recentes estudos que utilizaram a CD-RISC, apresentaram a média de resiliência de pessoas com diabetes. No estudo de Steinhart et al. (2009) as pessoas com DM2 tinham idade média de 54,83 anos e apresentaram média de resiliência de 74,9 (DP=14,8). O estudo de Tavares et al. (2011), mostrou que as pessoas com diabetes tinham idade média de 77 anos e o escore médio de resiliência foi de 77,96 (DP=12,56). Valores maiores de resiliência foram encontrados por Huang et al. (2010), com pessoas com DM2 com idade média de 60,3 anos, obtendo média de resiliência de 83,1 (DP=8,5). Como pode ser observado, o presente estudo teve escores de resiliência semelhante a estes outros estudos.

Em outro estudo também com pessoas com diabetes, porém utilizando outra escala de resiliência (RS de Wagnild e Young), os achados mostraram que mais da metade dos participantes (66,4%) foram classificados com alta resiliência, tal classificação foi feita através da média e desvio padrão encontrados no estudo (DENISCO, 2011). Esses achados também vão ao encontro dos resultados do estudo que está sendo aqui apresentado, reforçando que pessoas com diabetes têm apresentado escores elevados de resiliência, ou seja, bastante próximos de pessoas saudáveis (CONNOR; DAVIDSON, 2003).

Apesar das pesquisas sobre a resiliência de pessoas com IRCT serem escassas, o que temos observado é que, os achados fazem referência a escores menores de resiliência para essa população. Esta mesma escala (RS de Wagnild e Young) foi aplicada em pessoas com doença renal crônica, encontrando escore médio de 139,05 (DP=21,17)

(LI-CHING et al., 2013), semelhante ao escore médio de resiliência de pessoas com câncer (140,7 e DP de 26) (ARMANDO, 2010). Os estudos realizados com a CD-RISC que obtiveram menores escores de resiliência, e que se aproximam aos encontrados nas pessoas com IRCT, foram aqueles com populações que tinham problemas psiquiátricos, tais como depressão, transtornos psiquiátricos de ansiedade e esquizofrenia e que sofreram algum trauma (MIN et al., 2012; CONNOR; DAVIDSON, 2003). Os escores nesses estudos foram entre 46,1 (DP=18,7) a 68,0 (DP=15,3) pontos.

De fato, é observado que viver com doença crônica requer adaptações, tanto para aqueles que convivem com o diabetes (LESSMANN; SILVA; NASSAR, 2012) quanto para quem vive com IRCT (COUTINHO; TAVARES, 2011). Nesse estudo é importante enfatizar que os escores de resiliência encontrados são referentes às percepções das pessoas, nesse sentido, sabe-se que o viver com diabetes demanda mudanças não tão bruscas como as provocadas pela doença renal, o que pode estar relacionado aos escores menores em pessoas com IRCT. Algumas implicações do viver com a doença renal podem modificar essa percepção de vida e afetar a resiliência, como o que foi encontrado no estudo de Terra et al. (2010) onde 96,6% das pessoas com IRCT apresentaram complicações durante as sessões de hemodiálise, e também com estudos que apontam que pessoas que realizam hemodiálise apresentaram comprometimento cognitivo (PEREIRA et al., 2005; MURRAY et al., 2006).

A partir da análise multivariada ajustada, foi constatado que dentre os fatores sócio-demográficos, apenas a religião teve influência na resiliência, contrapondo-se ao estudo de Taranu (2011) que verificou correlação significativa positiva, porém baixa, entre o grau de resiliência e a religião. São poucos os autores que correlacionam a resiliência com a religiosidade, fé ou espiritualidade. O estudo de Vinaccia e Quiceno (2011) aborda a importância da crença religiosa como fonte de apoio para enfrentar situações difíceis.

No presente estudo, a influência na resiliência esteve mais relacionada aos fatores de saúde, tais como: tipo de doença crônica, tempo de doença e o IMC. No que diz respeito à doença, ter IRCT implica em menor resiliência. Tal fato pode estar vinculado às inúmeras mudanças que ocorrem na vida das pessoas com esta condição, trazendo mais limitações a vida das pessoas, tais como: ter que seguir uma dieta restritiva com baixa ingestão líquida; lidar com limitações físicas importantes; impossibilidade de manter o emprego levando a aposentadoria precoce; enfrentar a dependência de uma máquina para o

tratamento, com sensação de perda da autonomia, pois precisam ficar muitas horas na hemodiálise e no transporte para tal tratamento (TERRA et al., 2010; CARDOSO, SADE, 2012).

O tempo de doença influenciou negativamente a resiliência em dois períodos: aqueles participantes enquadrados com seis a 10 anos de doença, bem como aqueles com mais de 16 anos, ou seja, o modelo desse estudo revelou, através da análise ajustada, que pessoas nessas faixas de tempo de doença apresentaram menores escores de resiliência. Os estudos realizados com a resiliência em grande maioria não enfocam a relação de tempo da doença, no entanto sabemos que as complicações se relacionam com a não adesão ao tratamento ao longo dos anos em ambas as doenças (LESSMANN, SILVA, NASSAR, 2012; COUTINHO, TAVARES, 2010; TERRA et al., 2010). Sendo assim, o aumento das complicações advindas dos anos da doença pode estar relacionado com menores escores de resiliência obtidos nessas faixas etárias de nosso estudo.

Quanto ao IMC, estudo anterior realizado com essa mesma população (BOELL; SILVA, dados não publicados) comprovou que as pessoas com IRCT mantiveram o peso ideal, ou seja, o que parece estar associado à imposição de muitas restrições na alimentação e aos sintomas da doença, como o emagrecimento. Pela sua frágil condição de saúde e pelas expressivas manifestações que experimentam, seguem com maior rigor essa dieta (SILVA; GONCALVES, 2011).

De modo contrário, pessoas com DM2 têm baixa adesão ao tratamento e, muitas vezes, vivem como se não tivessem a doença, não encarando as restrições indicadas. De certo modo, isso faz com que não considerem o DM um estressor, que requer enfrentamento específico. No estudo de Barros et al. (2008) houve prevalência da não adesão ao tratamento farmacológico atingindo 71% das pessoas com DM, bem como a inatividade física (68,6%). Assim também foi apresentado no estudo de Lessmann, Silva e Nassar (2012), onde 55,78% das mulheres estudadas não realizam dieta e 61,22% não praticavam atividade física, evidenciando que os cuidados específicos nem sempre são seguidos.

Com relação às demais variáveis sócio-demográficas: idade, situação conjugal, sexo, raça, atividade laboral, escolaridade e renda, não foram fatores identificados como influenciando a resiliência. Com relação à idade, assim como apresentado nesse estudo, não houve relação entre a idade e a resiliência no estudo de DeNisco (2011). Em contrapartida, Gillespie et al. (2009) realizaram pesquisa para investigar os fatores preditores da resiliência. A análise foi baseada em 735 participantes que eram enfermeiras residentes na Austrália com média

de idade de 46.1 anos (DP=9.4), os resultados apontaram que a idade esteve significativamente relacionada com a resiliência ($p < 0,001$).

Com relação a associação entre resiliência, situação conjugal e sexo, os achados encontrados corroboram com o estudo de Connor e Davidson (2003), Lamond et al. (2008) e Fortes et al. (2009) os quais também não apresentaram correlação significativa para as variáveis. Escores de resiliência semelhantes entre homens e mulheres foram encontrados no estudo de Tavares et al. (2011). No entanto, no estudo de Yi-Frazier et al. (2010) as mulheres apresentaram menor escore de resiliência.

Quanto à raça, a região Sul do Brasil, local onde o estudo foi realizado, apresenta maioria da população de cor branca (IBGE, 2010), provavelmente decorrente dos padrões históricos de colonização e ocupação do estado de Santa Catarina (alemães, italianos e açorianos). Essa variável, quando associada à resiliência, não apresentou resultados relevantes, assim como o encontrado em outros estudos (CONNOR, DAVIDSON, 2003; WILKS, 2006; CAMPBELL-SILLS et al., 2009).

Com relação a variável escolaridade, o que observamos é que os escores de resiliência são altos mesmo naquelas pessoas que nunca estudaram, o que representa dizer que ser resiliente independe do grau de instrução, bem como mostram outros achados (TAVARES et al., 2011; GILLESPIE et al., 2009).

As pessoas que possuíam trabalho apresentaram escores mais altos de resiliência, no entanto, a análise ajustada mostrou não existir influência dessa variável na resiliência, bem como da renda. Outro estudo mostrou situação diferente, com a renda significativamente correlacionada com a resiliência (DeNISCO, 2011). São poucos estudos que relacionam a resiliência e classe econômica, porém, Grotberg (2005) coloca que possuir baixo nível socioeconômico não impede o desenvolvimento da resiliência.

CONCLUSÕES

Este trabalho propôs-se a estudar a resiliência em pessoas com doenças crônicas e sua relação com variáveis sociodemográficas e condições de saúde. A média de resiliência foi semelhante a outros estudos com pessoas com doença crônica, porém ter IRCT implica em escores mais baixos do que ter DM2.

O estudo revelou que a resiliência não foi associada às variáveis sociodemográficas idade, situação conjugal, sexo, raça, atividade laboral, escolaridade e renda. No entanto, o tipo de doença, o tempo da

doença, o IMC e ter uma religião foram fatores que influenciaram a resiliência de pessoas com doenças crônicas.

Esses resultados podem contribuir com a assistência as pessoas com doenças crônicas, indicando aos profissionais elementos importantes que devem ser considerados no cuidado em saúde, passando a considerar que a doença crônica que traz mais alterações na vida das pessoas bem como o tempo menor de doença pode afetar a resiliência. Esses são elementos que juntamente com outros relacionados à adesão ao tratamento que afetam o IMC e a religiosidade precisam ser trabalhados na promoção da saúde de pessoas com doença crônica. O enfermeiro e demais profissionais da saúde podem atuar diretamente com essa população oferecendo maneiras de compreensão da doença e do tratamento, mostrando aspectos positivos da vida da pessoa e possibilitando opções para a pessoa se adaptar a doença crônica e viver bem.

A principal limitação deste estudo foi o fato de ter usado dados secundários investigando somente as variáveis que já haviam sido coletadas, além do fato de serem duas pesquisas distintas realizadas com objetivos distintos e em momento diferentes.

Diante do exposto, espera-se que este estudo possa ter reunido informações que contribuam para ampliar os níveis de conhecimento científico sobre a relação entre a resiliência e doenças crônicas. Esses resultados também indicam a necessidade de futuras pesquisas que ampliem a investigação da resiliência associando-a a outras variáveis.

REFERÊNCIAS

ARMANDO, A. **Avaliação de escores de resiliência, qualidade de vida e depressão e suas associações em pacientes com câncer de pulmão em tratamento radioterápico**. 53p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

BARROS, et al. Adesão ao tratamento e satisfação com o serviço entre pessoas com diabetes mellitus atendidas no PSF em Blumenau. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 37, n. 1, p. 54-62, 2008. Disponível em: <<http://www.uff.br/higienesocial/antigo/trabalho-de-campo/adesao-ao-tratamento-e-satisfacao-com-o-servico.pdf>>. Acesso em 27 de set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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. Série B. Textos Básicos de Saúde Brasília-DF, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_dcnt_completa_portugues.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2013.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010- Características Gerais da População:** Resultados da Amostra. Brasília, Brasil, 2010. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em 12/05/2013.

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.

CAMPBELL-SILLS, L. et al. Demographic and childhood environmental predictors of resilience in a community sample. **J Psychiatric Res**, v. 43, p. 1007-1012, 2009.

CARDOSO, L. B.; SADE, P. M. C. O enfermeiro frente ao processo de resiliência do paciente em tratamento hemodialítico. **Revista Eletrônica da Faculdade Evangélica do Paraná, Curitiba**, v.2, n.1, p.2-10, 2012.

CONNOR, K. M.; DAVIDSON, J. R.T. Development of a new Resilience Scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (Cd-Risc). **Depression and Anxiety** v.18,p.76–82, 2003. Disponível em <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/da.10113/pdf>>. Acesso em 8 de jul. 2013.

COUTINHO, N. P. S.; TAVARES, M. C. H. T. Atenção ao paciente renal crônico, em hemodiálise, sob a ótica do usuário. **Cad. Saúde Colet.**, v. 19, n. 2, p. 232-239, 2011.

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.

FORTES, T. F. R.; PORTUGUEZ, M. W.; ARGIMON, I. I. L. A resiliência em idosos e sua relação com variáveis sociodemográficas e

funções cognitivas. **Estud. psicol.**, v.26, n.4, p. 455-463, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2009000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 maio de 2013.

GILLESPIE, B.M. et al. The influence of personal characteristics on the resilience of operating room nurses: a predictor study. **International Journal of Nursing Studies**, v.46, p. 968–976, 2009.

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.

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**. 310f Tese (Doutorado). University of Queensland, Austrália, 2009. Disponível em: <<http://eprints.qut.edu.au/30313/>>. Acesso em: 22 abr. 2010.

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.

LAMOND, et al. Measurement and Predictors of Resilience Among Community-Dwelling Older Women. **J Psychiatr Res**, v. 43, n. 2, p.148-154, 2008.

LESSMANN, J. C.; SILVA, D. M. G. V.; NASSAR, S. M.. Mulheres com Diabetes mellitus tipo 2: perfil sociodemográfico, biométrico e de saúde. **Acta paul. enferm.**, v. 25, n. spe 1, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000800013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 Set. 2013.

LI-CHING, M. et al, The Relationship between Health Promoting Behaviors and Resilience in Patients with Chronic Kidney Disease. **The Scientific World Journal**, v. 2013, p.1-7, 2013.

LI-NA, C.; HUNTER, A. Factors affecting quality of life in taiwanese survivors of childhood cancer. **J Adv Nurs**, v. 65, n. 10, p. 2131-41, 2009.

MIN, J. A. et al. Low trait anxiety, high resilience, and their possible interaction as predictors for treatment response in patients with depression. **J Affective Disorders**; v. 137, p. 61-69, 2012.

MURRAY, A. M. et al. Cognitive impairment in hemodialysis patients is common. **Neurology**, v. 67, n. 2, p. 216-223, 2006. Disponível em: <http://www.neurology.org/content/67/2/216.short>. Acesso em 27 de set. 2013.

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 2013. Disponível em: <http://www.sestatnet.ufsc.br>

PAIM, L.; SILVA, D.G.V.S; TRENTINI, M.; VIEIRA, R.M; KOSCHNIK, Z. Tecnologias e cuidado de enfermagem a pessoas em tratamento de hemodiálise. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 5, n. 3, p. 335-343, 2006. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5051/3256>. Acesso em 10 de out. 2013.

PEREIRA, A. A. et al. Cognitive function in dialysis patients. **Am J Kidney Dis.**, v. 45, n. 3, p.448-62, 2005. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15754267>. Acesso em 27 de set. 2013.

ROBOTTOM, B. J. et al. What determines resilience in patients with Parkinson's disease? **Parkinsonism and Related Disorders**, v.18, p.174-177. 2012.

SILVA, A. S. et al. Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. *Rev. Bras. Enfermagem*, v. 64, n. 5, p. 839-844, 2011.

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. 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 <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3001398/>>. Acesso em 10 de ago 2013.

TAVARES, B. C. et al. Resiliência de pessoas com Diabetes Mellitus. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 4, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072011000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 ju. 2013.

TERRA, F. S. et al. O portador de insuficiência renal crônica e sua dependência ao tratamento hemodialítico: compreensão fenomenológica. **Rev. Bras. Clin. Med.**, v. 8, n. 4, p. 306-310, 2010.

TARANU, O. Estudo da relação entre resiliência e espiritualidade numa amostra Portuguesa. 69 p. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Lisboa, Portugal, 2011.

VINACCIA, S.J.; QUICENO M. Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Factores Psicológicos: Un Estudio desde la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica - EPOC. **Terapia Psicológica**, v.29, n.1, p.65-75, 2011.

TERRA et al. As principais complicações apresentadas pelos pacientes renais crônicos durante as sessões de hemodiálise. **Rev Bras Clin Med.**, v.8, n.3, p.187-92, 2010.

WILKS, S. Intrinsic spirituality among Alzheimer’s caregivers: a pathway to resiliency. **Advances in Social Work**, v.7, p. 67-89, 2006.

Yi-FRAZIER, J. P. et al. A Person-Focused Analysis of Resilience Resources and Coping in Diabetes Patients. **Stress Health**, v. 26, n.1, p. 51–60, 2010.

5.2 MANUSCRITO 2: COMPARAÇÃO ENTRE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS E DOENÇA RENAL CRÔNICA TERMINAL: ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS, DE SAÚDE E RESILIÊNCIA.

COMPARAÇÃO ENTRE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS E DOENÇA RENAL CRÔNICA TERMINAL: ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS, DE SAÚDE E RESILIÊNCIA.

RESUMO: As doenças crônicas apresentam diferentes formas e especificidades. Reconhecer como se apresentam essas diferenças pode contribuir para o cuidado em saúde. O estudo teve como objetivo comparar os fatores sociodemográficos, de saúde e a resiliência de pessoas com diabetes mellitus do tipo 2 e insuficiência renal crônica terminal moradoras da Grande Florianópolis/SC. Estudo transversal com 603 pessoas com diabetes mellitus do tipo 2 e insuficiência renal crônica terminal, as quais foram aplicados questionários contendo informações sociodemográficas, condições de saúde e doença e aplicada escala de resiliência. Os resultados mostraram diferenças significativas entre pessoas que têm diabetes e insuficiência renal, tanto relacionadas aos aspectos sociodemográficos quanto de saúde e resiliência. Com relação aos aspectos sociodemográficos, houve significância estatística nas variáveis: idade, raça, situação conjugal, escolaridade, situação econômica e a renda da pessoa. Apenas a religião manteve-se homogênea representando fraca associação entre as pessoas com diabetes quando comparadas às pessoas com insuficiência renal. No que tange as condições de saúde houve diferença estatística significativa em relação ao tempo de doença, presença de complicações, presença de outras doenças e o IMC. Os escores de resiliência também tiveram diferença significativa.

Palavras chave: Doenças crônicas. Resiliência. Enfermagem. Diabetes Mellitus. Doença renal crônica.

COMPARISON BETWEEN PEOPLE WITH DIABETES MELLITUS AND END STAGE RENAL DISEASE: SOCIODEMOGRAPHIC FACTORS, HEALTH AND RESILIENCE.

ABSTRACT: Chronic diseases present different forms and specificities. Recognize how to present these differences may contribute to health care. The study aimed to compare the sociodemographic factors, health and resilience of people with type 2 diabetes mellitus and end stage renal disease living in Florianópolis / SC. Cross-sectional study of 603 people with diabetes mellitus and end stage renal disease, was applied a questionnaire containing sociodemographic information, health and disease and a resilience scale. The results showed significant differences between people who have diabetes and renal disease, related to sociodemographic factors, health and resilience. Regarding the sociodemographic characteristics, there were significant differences in the variables: age, race, marital status, education, economic status and income of the person. Only religion remained homogeneous representing weak association between people with diabetes compared people with renal disease. Concerning the health conditions was verified statistically significant difference in relation to duration of disease, complications, presence of other diseases and body mass index. Resilience scores were also significant differences.

Keywords: Chronic diseases. Resilience. Nursing. Diabetes Mellitus. Chronic kidney disease.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são um problema de saúde global, consideradas como principais causas de morte no mundo. No Brasil, as DCNT correspondem a 72% das causas de morte e trazem onerosos gastos ao Sistema Único de Saúde (SUS), representando a principal carga de doença no Brasil (BRASIL, 2011).

As doenças crônicas provocam, além de impacto econômico e social, grandes mudanças para as pessoas, comprometendo sua qualidade de vida. Lidar com essas doenças requer profissionais com compreensão ampliada do que significa a cronicidade, domínio técnico-

científico das doenças e o estabelecimento de relações que promovam a interação efetiva com essas pessoas (ARRUDA; SILVA, 2012).

As doenças crônicas têm diferentes configurações na forma como se apresentam e nas alterações que provocam na vida das pessoas. Temos percebido que ao estudar as doenças crônicas, há duas abordagens utilizadas pelos autores com maior frequência. Na primeira, os autores abordam as doenças crônicas de forma genérica como se todas tivessem a mesma configuração. Focalizam aspectos do viver com a doença crônica, de seu significado, do tratamento e dos cuidados, muitas vezes, sem destacar as especificidades de cada doença (SANTOS et al., 2012; VERAS, 2012). Na segunda forma, os autores focam a doença crônica específica, abordando mais como patologia e o envolvimento do viver com a doença (SILVA et al., 2013; LESSMANN, SILVA, NASSAR, 2012).

Neste sentido, passam a ser relevantes estudos que comparam diferentes doenças crônicas, de modo a encontrar suas convergências e divergências, evidenciando especificidades que devem ser consideradas na atenção a saúde dessas pessoas.

Focalizamos neste estudo duas doenças crônicas que têm diferenças clínicas marcantes, mas que parecem ter pontos de interseção, que são o Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) e a Insuficiência Renal Crônica Terminal (IRCT).

O DM2 é uma doença geralmente de instalação lenta, podendo permanecer silenciosa por vários anos, mesmo após seu diagnóstico que pode ser eventual, sem que a pessoa tenha queixas específicas. Suas causas podem ser múltiplas, com destaque para as relacionadas a padrões genéticos e decorrentes do estilo de vida, especialmente a obesidade (ADA, 2013). O fato de não ter manifestações tão evidentes tem levado a baixo padrão de adesão ao tratamento, o que aumenta o risco do desenvolvimento de complicações graves que reduzem os anos potenciais de vida (SANTOS et al., 2012).

O tratamento do DM2 envolve, basicamente, dieta saudável com restrição de carboidratos e lipídios; prática de exercícios físicos rotineiros; uso ou não de medicação; e monitoramento da doença através

de exames e consultas com profissionais da saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

A IRCT tem variadas causas, porém as que têm sido responsáveis pelo crescente avanço dessa doença são a hipertensão arterial e o DM. As pessoas que vivem nesta condição têm suas vidas devastadas, com mudanças que envolvem diferentes âmbitos: condição física deteriorada, com incapacidade ou diminuição da capacidade para manter suas atividades cotidianas e manifestações desagradáveis; alteração nas relações sociais; mudanças nos papéis na família; perda do emprego e diminuição da renda (COUTINHO, TAVARES, 2010; MACHADO et al., 2011).

Assim como o DM, essa doença em seus estágios iniciais pode ser assintomática, mas com a progressão para a IRCT, onde há perda irreversível da função renal, suas manifestações são graves e impõem a busca por tratamento, não sendo possível a sobrevivência sem o mesmo (diálise peritoneal, hemodiálise ou transplante renal) (SESSO, 2006). A hemodiálise é a terapia mais utilizada no Brasil (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2011), exigindo a realização de duas a três sessões semanais que duram de três a quatro horas. Esta terapia, além de não mudar completamente o quadro da doença, pode ainda: provocar dor, desconforto, alterações físicas e emocionais, além da dependência de uma máquina para continuar a viver (TERRA et al., 2010; CARDOSO; SADE, 2012).

Apesar de identificarmos diferenças na forma como se apresentam e na forma como evoluem, não conhecemos estudos que tenham feito comparação entre aspectos sociodemográficos e de saúde e também na forma como as pessoas lidam com essas doenças, suas manifestações e tratamentos. Elegemos o conceito de resiliência como variável que poderia nos dar informações sobre a superação decorrente do convívio com essas doenças. Resiliência é um conceito complexo que está vinculado à superação de eventos adversos. É compreendida como a habilidade ou capacidade da pessoa “se ajustar à adversidade, manter o equilíbrio, manter algum sentido de controle sobre seu ambiente e continuar a agir de maneira positiva” (JACKSON; FIRTKO; EDENBOROUGH, 2007, p.3). Quando se trata de enfermidade, o

conceito de resiliência surge como possibilidade de mudança, no sentido da pessoa ter capacidade de lidar com a doença aceitando as limitações impostas pela condição, com a devida adesão ao tratamento, buscando adaptar-se a situação e viver de forma positiva (BIANCHINI, DELL'AGLIO, 2006; VINACCIA, QUICENO, 2011).

Nesse contexto, definimos como objetivo do estudo: Comparar os fatores sociodemográficos, de saúde e a resiliência de pessoas com DM2 e IRCT moradoras da Grande Florianópolis/SC.

MÉTODO

Estudo quantitativo de cunho observacional transversal realizado com mulheres com diagnóstico de DM2 e pessoas com IRCT, que integraram dois estudos² distintos realizados pelo grupo de pesquisa Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condição Crônica - NUCRON.

As participantes com DM2 foram selecionadas a partir da população de 1.820 mulheres com DM2 cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica em Saúde da Prefeitura Municipal de Florianópolis, sendo que a amostra aleatória totalizou 412 participantes. Os critérios de inclusão foram: ter idade mínima de 18 anos; ter capacidade de compreensão e comunicação verbal; ter recebido o diagnóstico do DM2 há mais um ano.

Com relação às pessoas com IRCT foram incluídas todas as que estavam em tratamento hemodialítico nos quatro serviços de nefrologia existentes na Grande Florianópolis e que atendessem aos critérios do estudo, totalizando 110 homens e 81 mulheres. Os critérios de inclusão considerados foram: ter idade mínima de 18 anos completos; estar em tratamento hemodialítico; ter capacidade de compreensão e comunicação verbal. Em ambos os estudos foram considerados como

² Dados do NUCRON disponíveis através da realização das pesquisas: Mulheres com Diabetes Mellitus tipo 2: estresse e resiliência; e Perfil dos Pacientes com Insuficiência Renal Crônica, em Hemodiálise, da Grande Florianópolis/SC.

critérios de exclusão: apresentar dificuldade de comunicação e/ou problemas no sistema auditivo.

A coleta de dados para as pessoas com DM2 ocorreu no período de abril de 2009 a dezembro de 2011, já a coleta realizada com pessoas com IRCT ocorreu nos meses de maio a outubro de 2012. Ambas foram realizadas utilizando questionários contendo informações sociodemográficas e de saúde, e aplicada escala de resiliência. A resiliência foi avaliada utilizando a Escala de Resiliência de CONNOR e DAVIDSON -CD-RISC (2003). No estudo original de validação dessa escala, os autores avaliaram a mesma em diferentes amostras incluindo: adultos da comunidade, pacientes atendidos na atenção primária de saúde, pessoas com transtornos psiquiátricos, pessoas com transtorno de ansiedade e pessoas com transtorno mental de estresse pós-traumático. A escala apresentou consistência interna, com *alfa de Cronbach* de 0,89 quando aplicada em adultos da comunidade. No presente estudo, foi aplicada a versão traduzida e validada para a população brasileira por Solano et al (2011) designada como: Escala de Resiliência de Connor-Davidson para o Brasil (RISC-Br). Essa escala avalia cinco fatores: competência pessoal; confiança nos próprios instintos e tolerância à adversidade; aceitação positiva da mudança; controle; e espiritualidade. Os 25 itens que compõe a escala *likert* variam entre zero (nem um pouco verdadeiro) a quatro (quase sempre verdadeiro). Os escores da escala oscilam de zero a 100 pontos, com valores altos indicando melhor resiliência.

A partir do banco de dados dos dois estudos foi composto um novo banco de dados no programa Excel[®] da Microsoft[®], selecionando as variáveis que eram comuns a ambos os estudos: sexo, faixa etária, raça, religião, situação conjugal, escolaridade, ativo economicamente, renda mensal, diagnóstico médico da doença crônica, tempo de doença, presença de complicações da doença de base, presença de hipertensão arterial sistêmica (HAS), presença de outras doenças e índice de massa corporal (IMC). O banco de dados foi exportado para a ferramenta computacional *on-line* SEstatNet[®], e por meio desse programa foram efetuadas as análises descritivas. As análises comparativas foram realizadas por intermédio do programa *Stata SE 9.0* através do teste do

Qui-quadrado de Pearson, adotando-se o nível de significância de 0,05 para as variáveis categóricas. Para as variáveis contínuas, depois de verificado a normalidade, foi utilizado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis.

Os aspectos éticos e legais foram contemplados nos dois estudos, de acordo com a Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Saúde. Os projetos foram aprovados no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina, com o processo número 151/09 e FR 259792, referente ao estudo com mulheres com DM2 e o processo número 2118 e FR: 434113 referente ao estudo com pessoas com IRCT. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo sido garantido o anonimato e o sigilo dos dados.

RESULTADOS

A faixa etária dos participantes variou de 18 a 91 anos, apresentando maior distribuição acima dos 60 anos, com idade média geral de 61 anos (DP:13,27). Para as pessoas com a média de idade foi de 53,2 anos (DP:14,9) e as pessoas com DM2, apresentaram média de idade superior, igual a 64,6 anos (DP:10,6).

A raça branca teve predomínio tanto para as pessoas com DM2 (83,01%) como para as pessoas com IRCT (71,20%). Dentre as pessoas com DM2, 50,73% referiram ser casados/união estável, o percentual dos participantes que declararam serem viúvos somados àqueles divorciados alcançou 43,69% nos participantes com DM2. A situação conjugal das pessoas com IRCT se configurou diferente na categoria referente aqueles que se declaram solteiros, alcançando 21,47% dos participantes e referiram união estável 55,5% deles.

Com relação à escolaridade dos participantes, entre as pessoas com DM2, mais da metade tinha ensino fundamental (69%), com baixo percentual no ensino superior (5%). Dentre os participantes com IRCT apresentaram ensino fundamental 56% deles e no ensino superior maior percentual (17%) quando comparado às pessoas com DM2.

No que diz respeito à renda mensal, informada por 368

participantes, os percentuais mais expressivos foram encontrados na faixa de até um salário mínimo atingindo 42% das pessoas com DM2 e 31% das pessoas com IRCT, seguidos dos percentuais de um a três salários mínimos (41% das pessoas com DM2 e 47% das pessoas com IRCT) (Tabela 1). Foi observado, a partir dos dados da Tabela 1, que houve diferença estatisticamente significativa entre a maioria das variáveis. Apenas a religião teve comportamento homogêneo nas duas amostras, sendo confirmado pelo p-valor inferior a 0,05.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica por doença e da amostra total do estudo. Florianópolis, 2013.

Variável	Pessoas com DM2 (n=412)		Pessoas com IRCT (n=191)		Amostra total (n=603)		Valor- p*
	n	%	n	%	n	%	
Idade							<0,001
Adulto Jovem	1	1	17	9	18	3	
Adulto	128	31	103	54	231	38	
Idoso	283	68	71	37	354	59	
Raça							<0,001
Branca	324	83,0	136	71,20	478	79,27	
Negra	52	12,6	24	12,57	76	12,60	
Amarela	18	4,37	27	14,14	45	7,46	
Outras	0	0	4	2,10	4	0,66	
Religião							<0,866
Sem religião	14	3,4	6	3,14	20	3,32	
Católica	299	72,57	134	70,16	433	71,81	
Evangélica	69	16,7	32	16,75	101	16,75	
Espírita	22	1,94	14	7,33	36	5,97	
Outras	8		5	2,62	13	2,16	
Situação Conjugal							<0,001
Solteiro(a)	23	5,58	41	21,47	64	10,61	
Casado(a)/uniã o estável	209	50,73	106	55,5	315	52,24	
Viúvo(a)	120	29,13	18	9,42	138	22,89	
Divorciado(a)	60	14,56	25	13,09	85	14,10	
Outro	0	0	1	0,52	1	0,17	

Escolaridade							<0,001
Nunca estudou	29	7	12	6	41	6,8	
Ensino Fundamental	284	69	107	56	391	65,0	
Ensino Médio	77	19	39	21	116	19,3	
Superior	22	5	33	17	55	8,9	
Atividade econômica							<0,001
Não possui trabalho remunerado	97	23.54	27	14.14	124	20.56	
Possui trabalho remunerado	100	24.27	24	12.57	124	20.56	
Aposentado	179	43.45	117	61.26	296	49.09	
Pensionista	36	8.74	23	12.04	59	9.78	
Renda da Pessoa	(n=296)		(n=72)		(n=368)		
Em salários mínimos (SM)							
até 1 SM	125	42	22	31	146	40	<0,007
de 1 até 3 SM	121	41	34	47	156	42	
de 3 até 6 SM	33	11	13	18	46	13	
acima de 6 SM	17	6	3	4	20	5	

*Valor P referente à comparação entre a amostra de pessoas com DM2 e a amostra de pessoas com IRCT, obtido por meio do teste X^2 de Pearson para proporções e teste Kruskal-Wallis para comparação de médias.

Fonte: Banco de dados das pesquisas: Mulheres com Diabetes Mellitus tipo 2: estresse e resiliência; e Perfil dos Pacientes com Insuficiência Renal Crônica, em Hemodiálise, da Grande Florianópolis/SC.

Quanto as variáveis relacionadas à condição de saúde, o tempo de doença foi maior entre as pessoas com DM2, com média de 10 anos (DP: 8,4), enquanto as pessoas com IRCT apresentaram tempo médio de doença de oito anos (DP: 6,7). Referente à presença de complicações da doença, 30% dos participantes relataram a presença de complicações relacionadas ao DM2, e 57% relataram complicações da IRCT. Foi constatada em 478 pessoas (79%) a presença de outras doenças. A hipertensão arterial atingiu 78% da amostra total, com percentual

semelhante entre as pessoas com DM2 e com IRCT (Tabela 2). Para as pessoas com IRCT foi questionada a presença do diabetes, considerada como uma das principais causas dessa doença, atingindo 30% dos participantes.

O IMC dos participantes teve média de 28,11(DP=6,38), no entanto, as pessoas com DM apresentaram valores mais elevados, o que os enquadrou com obesidade de grau I, já os participantes com IRCT foram classificados com peso ideal (Tabela 2).

No que diz respeito às condições de saúde, ao serem comparadas as duas amostras do estudo, foi observada significância estatística nas variáveis: tempo de doença, presença de complicações, presença de outras doenças e no IMC ($p<0,05$), apenas a presença de hipertensão arterial ($p=0,854$) não apresentou diferença significativa entre as amostras, conforme dados da tabela 2.

Tabela 2 – Condições de saúde das pessoas com DM2, com IRCT e amostra total. Florianópolis, 2013.

Variável	Pessoas com DM2 (n=412)	Pessoas com IRCT (n=191)	Amostra total (n=603)	Valor-p*
Tempo doença em anos Média (DP)	10,73 (8,47)	8,32 (6,70)	9,97 (8,03)	<0,007
Complicações				<0,001
Sim				
Não	33,01%	57,07%	40,6%	
	66,99%	42,93%	59,4%	
Outras doenças				<0,001
Sim	96,12%	57,07%	79,27%	
Não	3,88%	42,93%	20,73%	

HAS				<0,854
Sim	78,16%	77,49%	77,04%	
Não	21,84%	22,51%	22,96%	
IMC				<0,001
Media (DP)	30(5,5)	23,34(5.86)	28,11(6,38)	

*Valor P referente à comparação entre a amostra de pessoas com DM2 e a amostra de pessoas com IRCT, obtido por meio do teste Kruskal-Wallis para comparação das médias.

Fonte: Banco de dados das pesquisas: Mulheres com Diabetes Mellitus tipo 2: estresse e resiliência; e Perfil dos Pacientes com Insuficiência Renal Crônica, em Hemodiálise, da Grande Florianópolis/SC.

Com relação à resiliência, o escore médio geral dos participantes do estudo foi de 76,27 (DP: 14,75). As pessoas com DM2 apresentaram escores mais altos de resiliência 79,85 (DP: 12,98) e aqueles com IRCT apresentaram escores mais baixos com média de 67,50 (DP: 15,41). As diferenças entre as duas amostras foram significativas estatisticamente ($p < 0,05$) conforme apresentado na tabela 3.

Tabela 3 – Resiliência de pessoas com DM2, IRCT e amostra total. Florianópolis, 2013.

	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	Valor -p*
						<0,001
Amostra total	76,27	14,75	79,0	25	100	
Pessoas com DM2	79,85	12,98	82,0	34	100	
Pessoas com IRCT	67,50	15,41	69,0	25	99	

*Valor P referente à comparação entre a amostra de pessoas com DM2 e a amostra de pessoas com IRCT, obtido por meio do teste Kruskal-Wallis para comparação das médias.

Fonte: Banco de dados das pesquisas: Mulheres com Diabetes Mellitus tipo 2: estresse e resiliência; e Perfil dos Pacientes com Insuficiência Renal Crônica, em Hemodiálise, da Grande Florianópolis/SC.

DISCUSSÃO

Os resultados evidenciaram que houve diferenças na maioria das variáveis investigadas entre as pessoas que têm DM2 e as que têm IRCT, sendo que estas diferenças foram confirmadas pela avaliação do p-valor.

Com relação aos aspectos sociodemográficos, nas pessoas com DM2 houve predomínio dos idosos, semelhante a outros estudos com pessoas com diabetes (GRILLO, GORINI, 2007; TAVARES et al., 2007). Tal fato pode ser explicado pelas características dessa doença, que pode permanecer durante anos sem manifestações clínicas, com início assintomático e aparecimento por volta dos 50 anos (LESSMANN, SILVA, NASSAR, 2012; LIMA et al., 2011; BARROS et al., 2008). Os participantes com IRCT estavam na faixa etária mais jovem, o que pode ser justificado pelo fato dessa doença ser mais prevalente em adultos como também encontrado em outros estudos (CHERCHIGLIA et al., 2010; MACHADO et al., 2011).

A ocorrência da raça branca, tanto em pessoas com DM2 como em pessoas com IRCT, apresentou percentual elevado e significância estatística ($p < 0,05$) entre as amostras. A raça branca apareceu em parte significativa dos participantes, corroborado por estudos que demonstraram que o DM2 acometeu 81% de pessoas brancas (DODE et al., 2007). Em estudo com pessoas com IRCT (MACHADO et al., 2011), a raça branca apareceu na maioria dos participantes (46%) que estavam em lista de espera por transplante renal, seguido da raça parda (33%), fato que diverge dos dados encontrados nesse estudo, no qual a raça parda não apresentou percentual expressivo. Conforme o IBGE (2010) a região Sul apresenta maioria da população de cor branca, o que vem ao acordo dos padrões históricos de colonização e ocupação do estado de Santa Catarina.

Os dados obtidos quanto à escolaridade mostram que grande parte estudou até o ensino fundamental. As pessoas com DM2 apresentam menor escolaridade que as pessoas com IRCT, sendo que tal fato pode estar ligado à idade, tendo em vista que a maioria das pessoas

com DM é idosa e o acesso à educação tem se ampliado nas últimas décadas no Brasil (BRASIL, 2007).

No que diz respeito à situação econômica, a maioria das pessoas com DM2 apresentava renda de até três salários mínimos e era aposentada ou pensionista. Em geral, estudos com essa população corroboram com os achados obtidos, no qual a renda é baixa, tendo como principal fonte a aposentadoria (TAVARES et al., 2011; GRILLO, GORINI, 2007).

Quando se trata das pessoas com IRCT, a renda informada também foi baixa, tal fato pode estar relacionado às limitações da doença que prejudicam as funções laborais. As horas dispensadas nas sessões semanais de hemodiálise impossibilitam a pessoa de manter a jornada de trabalho, implicando, muitas vezes, no afastamento ou na aposentadoria por invalidez (PALMEIRA, 2009). As consequências são inúmeras para as pessoas, afetando suas famílias e também a sociedade, com impacto econômico importante.

As desigualdades sociais que envolvem a maior exposição a fatores de risco e a maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde têm ampliado a problemática das pessoas com menor *status* socioeconômico, que acabam tendo maior dificuldade de controle da doença, que evolui mais rapidamente para estágios de deterioração da função renal (PUGSLEY et al., 2009). A importância de analisar esses aspectos está relacionada ao fato da baixa renda e a baixa escolaridade poderem dificultar o acesso à informação e comprometerem os cuidados e a adesão ao tratamento (GRILLO; GORINI, 2007). O cuidado adequado, tanto do DM2 como da IRCT pode minimizar e/ou prevenir o aparecimento de complicações crônicas (LIMA et al., 2011).

Nos dados obtidos quanto aos aspectos de saúde, mais da metade das pessoas com DM2 referiu não possuir complicações relacionados ao diabetes, porém a presença de outras doenças, além do diabetes, atingiu 96.12% dos participantes, com alto percentual da ocorrência de hipertensão arterial, doença associada ao aparecimento do diabetes. Sobre tal fato, existe um consenso entre autores de que a hipertensão arterial é uma comorbidade comum entre pessoas com diabetes (LIMA et al., 2011; TAVARES et al., 2007).

Outra comorbidade observada foi o sobrepeso e a obesidade, presente nas pessoas com DM2, possivelmente favorecidos pela não realização de dieta aliada a estilos de vida sedentários (LESSMANN; SILVA; NASSAR, 2012). Relacionamos tal situação com os sintomas do diabetes, pois esses são mais amenos e se expressam de maneira mais lenta e silenciosa durante os anos (GRILLO; GORINI, 2007), o que poderia levar a pessoa ao descuido alimentar aliada a questão econômica, que favorece as pessoas a preferirem alimentos com valores acessíveis, no entanto, de alto teor calórico, do que alimentos saudáveis devido ao custo elevado (GRILLO; GORINI, 2007). Os participantes com IRCT encontraram-se no peso ideal e tal fato pode estar vinculado com a questão da dieta alimentar ser restritiva o que de certa forma obriga as pessoas a seguirem a mesma, pois o não seguimento reflete em repercussões agudas e imediatas (BORTOLOTTI, 2008).

O tempo de doença das pessoas com IRCT foi menor do que as pessoas com diabetes, fato esse que pode estar relacionado a idade dos participantes com IRCT, grande maioria na idade adulta. Outro estudo também confirma o início da IRCT na idade adulta, com descobrimento por volta dos 40 anos de idade (CRAVO et al., 2011).

A diferença significativa nos escores de resiliência entre pessoas com DM e com IRCT, pode ser justificada por algumas características específicas das pessoas com essas duas condições. A idade é um aspecto abordado em estudos sobre resiliência, indicando que nos processos de desenvolvimento humano, os acontecimentos são superados ao longo dos anos com maior facilidade (GROTBERG, 2005).

Estudos que utilizaram a CD-RISC em pessoas com diabetes apresentaram resultados semelhantes ao encontrado nesse estudo, assumindo escores médios de resiliência entre 74,9 a 83,1 pontos (STEINHARDT et al., 2009; HUANG, 2010; TAVARES et al., 2011). Outro estudo que mensurou a resiliência de pessoas com DM2 por meio de outra escala encontrou elevados escores de resiliência (DENISCO, 2011), reforçando que pessoas com diabetes têm apresentado escores elevados de resiliência, ou seja, bastante próximos de pessoas saudáveis (CONNOR; DAVIDSON, 2003).

Poucos são os estudos que abordam a resiliência em pessoas com IRCT, os estudos que apresentaram escores que se assemelham ao encontrado nos participantes com IRCT desse estudo refletem a média de resiliência de pessoas com câncer (ARMANDO, 2010), e que sofreram algum trauma, tinham depressão ou transtornos psiquiátricos. Nesses estudos, a média de resiliência foi menor do que a de pessoas com diabetes (LI-CHING et al., 2013; MIN et al., 2012; CONNOR, DAVIDSON, 2003).

No estudo de Ma et al. (2013) foi comparado os escores de resiliência durante as fases da doença renal, as pessoas que se encontravam no estágio final da doença renal (prestes a realizar hemodiálise) apresentaram menor resiliência do que aquelas que recém descobriram a doença e aquelas com risco para desenvolver a doença renal. Tal fato se enquadra com os achados do estudo atual, onde consideramos que os menores valores de resiliência podem estar atrelados ao impacto que o tratamento da hemodiálise provoca na pessoa com IRCT.

CONCLUSÕES

Este estudo mostrou que há diferenças significativas entre pessoas que têm DM2 e IRCT, tanto relacionadas aos aspectos sociodemográficos quanto de saúde e resiliência. Com relação aos aspectos sociodemográficos, aqueles que apresentaram significância estatística na população estudada foram: idade, raça, situação conjugal, escolaridade, situação econômica e a renda da pessoa, apenas a religião manteve-se homogênea representando fraca associação entre as pessoas com DM2 quando comparadas as pessoas com IRCT. No que tange as condições de saúde e doença, estatisticamente significativas encontramos: o tempo de doença presença de complicações, presença de outras doenças e o IMC.

Os escores de resiliência também tiveram diferenças significativas. As pessoas com DM2 mostraram ser mais resilientes do que as pessoas com IRCT, provavelmente como decorrência das repercussões da IRCT que são mais impactantes, tornando a superação

dessa situação mais difícil para a pessoa, pois se vê afastada de seu emprego, tendo que depender de uma máquina para realizar o tratamento semanal, com limitações para o convívio social e a constante tentativa de superação, implicando na adaptação positiva. Já o DM2 parece ter implicações mais brandas no cotidiano das pessoas facilitando o processo de adaptação perante a cronicidade.

Destacamos a escassez de estudos que comparem duas doenças crônicas, quanto aos aspectos sociodemográficos e de saúde e quanto a resiliência, o que torna o presente artigo relevante pela contribuição de trazer informações complementares quanto a temática que podem ser utilizadas para a melhoria da assistência a essas pessoas.

Esses resultados podem ajudar a enfermagem na sua atuação com essas pessoas despertando fatores que contribuem com sentido mais positivo na vida da pessoa, contribuindo para o aumento da autoestima e da autonomia e promovendo a resiliência de pessoas com doenças crônicas.

As limitações desse estudo foram devido ao uso de dados secundários, implicando na obtenção de outros dados restritos aos existentes. Ressaltamos a necessidade da realização de novos estudos que envolvam a cronicidade e a resiliência, ampliando o campo da pesquisa nessa área do conhecimento.

REFERÊNCIAS

ARMANDO, A. Avaliação de escores de resiliência, qualidade de vida e depressão e suas associações em pacientes com câncer de pulmão em tratamento radioterápico. 53p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

ARRUDA, C.; SILVA, D. M. G. V. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus. **Rev. bras. enferm.**, v. 65, n. 5, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000500007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 Aug. 2013.

BARROS, et al. Adesão ao tratamento e satisfação com o serviço entre pessoas com diabetes mellitus atendidas no PSF em Blumenau.

Arquivos Catarinenses de Medicina, v. 37, n. 1, p. 54-62, 2008.
Disponível em: <http://www.uff.br/higienesocial/antigo/trabalho-de-campo/adesao-ao-tratamento-e-satisfacao-com-o-servico.pdf>. Acesso em 27 de set. 2013.

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, maio, 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v16n35/v16n35a13.pdf>>. Acesso em: 05 de jun. de 2012.

BORTOLOTTO, L. A. Hipertensão arterial e insuficiência renal crônica. **Rev Bras Hipertens** v.15, n.3, p.152-155, 2008. Disponível em <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/15-3/09-hipertensao.pdf>>. Acesso em 25 de setembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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**. Série B. Textos Básicos de Saúde Brasília-DF, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_dcnt_completa_portugues.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria Normativa Interministerial nº17 de 24 de abril de 2007. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=16689&Itemid=1115>. Acesso em 25 de set. 2013.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010- Características Gerais da População: Resultados da Amostra**. Brasília, Brasil, 2010. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em 12 maio 2013.

CARDOSO, L. B.; SADE, P. M. C. O enfermeiro frente ao processo de resiliência do paciente em tratamento hemodialítico. **Revista Eletrônica da Faculdade Evangélica do Paraná, Curitiba**, v.2, n.1, p.2-10, jan./mar. 2012.

CONNOR, K. M.; DAVIDSON, J. R.T. Development of a new Resilience Scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (Cd-Risc).

Depression and Anxiety v.18, p.76–82, 2003 Disponível em <
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/da.10113/pdf>>. Acesso em
8 de jul. 2013.

COUTINHO, N. P. S.; TAVARES, M. C. H. T. Atenção ao paciente renal crônico, em hemodiálise, sob a ótica do usuário. **Cad. Saúde Colet.**, v. 19, n. 2, p. 232-239, 2011.

CHERCHIGLIA, M.L. et al. Perfil de pacientes em Terapia Renal Substitutiva no Brasil, 2000-2004. **Rev Saúde Pública**, v.44, n.4, p.639-4, 2010.

CRAVO, C.D.L. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes em hemodiálise. **Cienc Cuid Saude**; v.10, n.1, p.110-115, 2011.

DODE, M.A. et. al. Coverage, focus, risk factors associated with participation, and linkage to the National Campaign for Diabetes Detection in a city in Southern Brazil. **Cad Saúde Pública**, v.23, n.8, p.1877-85, 2007.

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.

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.

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.

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.

LI-CHING, M. et al, The Relationship between Health Promoting Behaviors and Resilience in Patients with Chronic Kidney Disease. **The Scientific World Journal**, v. 2013, p.1-7, 2013.

LESSMANN, J. C.; SILVA, D. M. G. V.; NASSAR, S. M.. Mulheres com Diabetes mellitus tipo 2: perfil sociodemográfico, biométrico e de saúde. **Acta paul. enferm.**, v. 25, n. spe1, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000800013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 Sept. 2013.

LIMA, L.M. et al. Perfil dos usuários do Hiperdia de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.32, n. 2, p. 323-9, 2011.

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. 310f Tese (Doutorado) University of Queensland, Austrália, 2009 . Accessed 4/22/2010 at <http://eprints.qut.edu.au/30313/>.

MA, L.C. et al. The relationship between health-promoting behaviors and resilience in patients with chronic kidney disease. **Scientific World Journal**, v.25; p.1-7, 2013.

MACHADO, E. L. et al. Perfil e desfecho clínico de pacientes em lista de espera por transplante renal, Belo Horizonte (MG, Brasil), 2000-2005. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.3, p.1981-1992, 2011.

MIN, J. A. et al. Low trait anxiety, high resilience, and their possible interaction as predictors for treatment response in patients with depression. **J Affective Disorders**; v. 137, p. 61-69, 2012

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> Acessado em 08 de jul. de 2013.

PALMEIRA, A. T. **Representações sociais de doença crônica: um estudo qualitativo com pessoas com diagnóstico de insuficiência renal ou dor crônica**. 2009. 192 f. Dissertação (mestrado) Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Salvador, 2009.

PUGSLEY, D. et al. Global approaches for understanding the disproportionate burden of chronic kidney disease. **Ethn Dis.**, v.19, n.1, p. S1-1–S1-2, 2009.

SILVA, F. M. et al. Hipertensão: condição de não doença - o significado da cronicidade na perspectiva dos sujeitos. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 24 set. 2013.

SANTOS, A. L. et al. Conhecendo a funcionalidade familiar sob a ótica do doente crônico. **Texto contexto - enferm.**, v. 21, n. 4, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000400019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 24 set. 2013.

SESSO, R. Epidemiologia da doença renal crônica no Brasil. In: BARROSS, E. et al. **Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento**. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 39-46.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Rio de Janeiro: SBD, 2009. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/attachments/diretrizes09_final.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2013

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Censo de diálise. São Paulo: Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2011. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/pdf/censo_2011_publico.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2013

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

STEINHARDT 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 <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3001398/>>. Acesso em 10 de ago 2013.

TAVARES, B. C. et al. Resiliência de pessoas com Diabetes Mellitus.

Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 20, n. 4, 2011.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072011000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 jun. 2012.

TAVARES, D. M. S. et al. Caracterização de idosos diabéticos

atendidos na atenção secundária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.5, p.1341-1352, 2007.

TERRA, F. S. et al. O portador de insuficiência renal crônica e sua

dependência ao tratamento hemodialítico: compreensão

fenomenológica. **Rev. Bras. Clin. Med.**, v. 8, n. 4, p. 306-310, 2010.

VINACCIA, S. J.; QUICENO M. Calidad de Vida Relacionada con la

Salud y Factores Psicológicos: Un Estudio desde la Enfermedad

Pulmonar Obstruictiva Crónica - EPOC. **Terapia Psicológica**, v.29, n.1, p.65-75. 2011.

VERAS, R. P. Gerenciamento de doença crônica: equívoco para o grupo

etário dos idosos. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 6, 2012 . Disponível

em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000600001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 24 set. 2013.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A resiliência é um conceito recente na área da saúde, ainda são escassas as pesquisas na enfermagem e principalmente que relacionam a resiliência com a cronicidade. Esse estudo conheceu como a resiliência se expressou em pessoas com DM2 e em pessoas com IRCT. Um dos principais achados do estudo foi que as pessoas com DM2 são mais resilientes que pessoas com IRCT.

Ao comparar a resiliência com as variáveis sociodemográficas e de saúde das duas amostras estudadas, foram encontrados resultados com diferenças estatisticamente significativas. Isto significa que cada doença contém especificidades, evidenciadas pelas diferenças encontradas entre as variáveis estudadas.

Além disso, identificamos que há fatores que influenciam positivamente a resiliência em pessoas com doença crônica, tais como possuir crença religiosa e ter IMC acima do indicado. Por outro lado, outros aspectos tiveram impacto negativo na resiliência, ou seja, ter IRCT leva a menor resiliência, bem como ter a doença entre seis e dez anos ou há mais de 16 anos.

É relevante considerarmos que os achados encontrados referentes ao escore de resiliência são percepções da pessoa e isso pode estar comprometido com o momento em que a pessoa se encontra na vida.

A resiliência se expressa como conceito que é influenciado pela doença crônica, podendo afetar sua resiliência, como no caso da IRCT e não se mostrar muito alterada em outras doenças como o DM2, cujos escores foram semelhantes ao de pessoas saudáveis. No entanto, acreditamos que a resiliência é um conceito dinâmico que pode se alterar em diferentes momentos da vida das pessoas, especialmente relacionado a maneira como a pessoa percebe sua condição e como a mesma altera a vida das pessoas. Os resultados do estudo nos levam a compreender a importância de envolver o conceito resiliência nas práticas de cuidados de profissionais da saúde e principalmente na equipe de enfermagem. Os fatores sociodemográficos e de saúde que interferem na resiliência de pessoas com DM2 e IRCT podem ser considerados e manejados de

forma a melhorar a resiliência das pessoas, uma vez que elas podem aprender estratégias para melhorar sua resiliência.

Considerando que maiores escores de resiliência são compatíveis com melhor adequação à situação, há necessidade da enfermagem trabalhar os atributos para fortalecer a resiliência. Com isso a pessoa tenderia a buscar recursos em si na busca para viver com harmonia, aceitando as limitações impostas pela doença.

Nesse estudo, o tempo de doença influenciou a resiliência, sendo que os primeiros anos da doença não assumiram influência estatisticamente significativa sobre a resiliência, o que pode ser levado em consideração como o momento imprescindível para atuação dos profissionais de saúde e da equipe de enfermagem com as pessoas com doenças crônicas. Isso porque é o início de tudo, onde o enfermeiro pode atuar desenvolvendo educação em saúde, com contribuições essenciais quanto aos saberes da doença e aos novos hábitos de vida que as pessoas precisam incorporar em suas rotinas para melhor conviverem com a doença crônica e também é o momento de reforçar quanto as possíveis complicações advindas com os anos de doença. Dessa forma, o profissional contribuirá para despertar nas pessoas a necessidade de maior conhecimento da situação a ser encarada, contribuindo para o convívio perante sua condição, interferindo positivamente na resiliência.

A situação de pessoas com DM2 parece expressar esta situação, uma vez que em muitos casos a descoberta do diabetes é proveniente de exames de rotina, sem sintomatologia e não apresentando momentos críticos expressivos da doença. Além disso, há tendência de quem a apresenta não modificar rigidamente seu cotidiano, isso porque as complicações surgem somente depois de alguns anos da vivência com a doença.

Já em relação à IRCT o impacto que a doença traz na vida das pessoas é diário e mais constante, podendo levá-las à depressão, ou visão negativa de sua vida, com medo da morte e com ansiedade em relação a um futuro incerto., Essas situação promoveu menores escores de resiliência nessas pessoas.

A enfermagem pode estimular os atributos que colaboram para o aprimoramento da resiliência através de diferentes ações como

consultas de enfermagem, visitas domiciliares e também por meio de grupos educativos e de apoio. Há necessidade de reforçar nas pessoas com doenças crônicas, os fatores positivos presentes em sua vida, como a família ou a realização de um sonho, o que tende a motivar a pessoa a seguir em frente e aderir aos cuidados necessários exigidos para manter a qualidade de vida com uma doença crônica.

O importante é que os profissionais, através de suas ações assistenciais e educativas com pessoas com doenças crônicas consigam despertar nelas a motivação de viver, mesmo que tenham que enfrentar diariamente implicações do tratamento da doença, buscando a superação diária e, principalmente, alicerces para seguir em frente.

Outro fator que pode ser aliado a isso, é a crença religiosa, que nesse estudo contribuiu positivamente com a resiliência. A crença religiosa poderia também ser estimulada e/ou favorecida pelos profissionais de saúde como fonte de apoio para as pessoas com doenças crônicas, influenciando positivamente na aceitação da doença, no enfrentamento e na adequação aos cuidados de saúde.

A fragilidade desse estudo se ancorou na utilização de dados secundários o que delimitou a escolha das variáveis, implicando na obtenção de outros dados restritos aos existentes. Além do fato de serem duas pesquisas distintas realizadas com objetivos distintos e em momento diferentes.

Percebemos que publicações científicas sobre resiliência e doenças crônicas, além de recentes são escassas, sendo necessários maiores investimentos em estudos sobre a abordagem da resiliência, principalmente para consolidação do conceito e aplicação na prática de enfermagem e para os demais profissionais da área da saúde, buscando resultados que tragam benefícios às pessoas que convivem com doenças crônicas, bem como formas de aplicação do aprimoramento da resiliência com essa população.

O estudo deixa evidente a necessidade de mais pesquisas relacionadas com essa temática. O contexto do diabetes e da doença renal crônica e seus tratamentos requerem muitos estudos que sensibilizem os profissionais da saúde e os órgãos responsáveis pela prestação do cuidado em massa sobre a temática. Destacamos a

necessidade de explorar mais as variáveis “tempo da doença” e “IMC”, cujos resultados não ficaram suficientemente esclarecidos. Outras variáveis também precisam ser mais bem exploradas em estudos futuros, tais como a relação com outros problemas da vida cotidiana das pessoas, a relação com qualidade de vida, com apoio social, dentre outras inúmeras possibilidades suscitadas pelo presente estudo.

REFERÊNCIAS

- ARMANDO, A. **Avaliação de escores de resiliência, qualidade de vida e depressão e suas associações em pacientes com câncer de pulmão em tratamento radioterápico**. 2010. 53f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.
- ARRUDA, C. **Avaliação da humanização do cuidado de enfermagem as pessoas com diabetes mellitus**. 2010. 158f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.
- ARRUDA, C.; SILVA, D. M. G. V. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 5, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000500007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 ago. 2013.
- AHERN, N. R.; KIEHL, E. M., SOLE, M. L.; BYERS, J. A review of instruments measuring resilience. **Issues in Comprehensive Pediatric Nursing**, v.29, p.103-125, 2006.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes-2013. **Diabetes Care**, v. 36, n. Supplement 1, p. **S11-S66**, 2013. Disponível em: http://care.diabetesjournals.org/content/36/Supplement_1/S11.full#ref-list-1. Acesso em: 27 ago 2013.
- ANAUT, M. **Resiliência ultrapassar traumatismos**. 1ª ed. Lisboa: Climepsi, 2005. 157p.
- ANGST, R. Psicologia e Resiliência: uma revisão de literatura. **Psicol. Argum**, v. 27, n.58, p. 253-260, 2009.
- 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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**. Série B. Textos Básicos de Saúde Brasília-DF, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_dcnt_completa_portugues.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica: Diabetes mellitus**. Brasília; 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Indicadores de Saúde**. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico: VIGITEL**. Brasília, 2011.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010- Características Gerais da População: Resultados da Amostra**. Brasília, Brasil, 2010. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em 12 maio de 2013.

_____. Ministério da Educação. Portaria Normativa Interministerial nº17 de 24 de abril de 2007. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=16689&Itemid=1115>. Acesso em 25 de set. 2013.

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.

CAMPBELL-SILLS, L. Demographic and childhood environmental predictors of resilience in a community sample. **J Psychiatric Res**, v. 43, p. 1007-1012, 2009.

CARDOSO, L. B.; SADE, P. M. C. O enfermeiro frente ao processo de resiliência do paciente em tratamento hemodialítico. **Revista Eletrônica da Faculdade Evangélica do Paraná**, Curitiba, v.2, n.1, p.2-10. 2012.

CONNOR, K. M.; DAVIDSON, J. R.T. Development of a new Resilience Scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (Cd-Risc). **Depression and Anxiety**, v.18, p.76–82, 2003. 2013. Disponível em < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/da.10113/pdf>>. Acesso em 8 de jul.

CHERCHIGLIA, M.L. et al. Perfil de pacientes em Terapia Renal Substitutiva no Brasil, 2000-2004. **Rev Saúde Pública**, v.44, n.4, p.639-4, 2010.

CHOU, L.N; HUNTER, A. Factors affecting quality of life in Taiwanese survivors of childhood cancer. *J Adv Nurs.*, v.65, n.10, p.2131-41, 2009. Disponível em < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2009.05078.x>>. Acesso em 21 de maio de 2013.

CRAVO, C.D.L. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes em hemodiálise. **Cienc Cuid Saude**; v.10, n.1, p.110-115, 2011.

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.

DINA, Antonio. A fábrica automática e a organização do trabalho. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1987. 132 p.

FIORENTINO, M. T. La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. **Suma Psicol.**, v. 15, n. 1, 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-43812008000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 05 jun. 2012.

GARCIA, I. Vulnerabilidade e resiliência. **Adolescência Latinoamericana**, v.2, n.3, p. 128-130, 2001. Disponível em < http://raladolec.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14147130200100030004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt >. Acesso em 15 jun de 2012.

GROTBERG, E. H. Introdução: novas tendências em resiliência. In: Aldo Melillo, Elbio Néstor Suárez Ojeda e colaboradores. Resiliência

descobrimo as próprias fortalezas. Porto Alegre: Artmed, 2005. p 15 – 22.

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.

ISHIBASHI, A.; UEDA, R.; KAWANO, Y.; NAKAYAMA, H.; MATSUZAKI, A.; MATSUMURA T. How to Improve Resilience in Adolescents With Cancer in Japan. **Journal of Pediatric Oncology Nursing**, v. 27, n. 2, p. 73–93, 2010.

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

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

JUNIOR, W. P.; ZANINI. D. S. Estratégias de *Coping* de Pacientes Oncológicos em Tratamento Radioterápico. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Goiás, v. 27, n. 4, p.491-497, Out-Dez 2011.

KAROLY, P.; RUEHLMAN, L. S. Psychological “resilience” and its correlates in chronic pain: Findings from a national community sample. **Pain**, v. 123, p.90-97, Fev., 2006.

KIRSZTANY, G. M. Previna-se: uma idéia que esta dando certo. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 26, n. 1, supl. 1, mar. 2007.

LAMOND, et al. Measurement and Predictors of Resilience Among Community-Dwelling Older Women. **J Psychiatr Res**, v. 43, n. 2, p.148-154, Dec, 2008.

LANDEIRO, F.M. Aspectos psicológicos do paciente obeso: um estudo dos sintomas depressivos em portadores de obesidade CLASSES II e III e suas relações com o grau de resiliência. XV Encontro Nacional da ABRAPSO, Maceió, out./nov., 2009.

LASMAR, M., RONZANI, T. Qualidade de vida e resiliência: uma interface com a promoção da saúde. **Revista de APS**, América do Norte, v.12, n.3, p. 339- 50, jul./set., 2009. Disponível em < <http://www.aps.ufff.br/index.php/aps/article/view/191/233>>. Acesso em: 05 Jun. 2012.

LAFABURIE, M. M.; CAVIEDES, M. B.; CORTES, C. M.; GUZMAZ, A. M.; HERNANDEZ, M. R.; ALEXANDRA, D. Histórias de vida de niños (as) con cancer: construcción de significado y sentido. *Rev. colomb. Enferm.*; 2(2): 55-65, 2007. Acesso em maio de 2013. Disponível em < http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen2/historias_vida_ninos_cancer.pdf >

LESSMANN, Juliana Cristina; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da; NASSAR, Silvia Modesto. Mulheres com Diabetes mellitus tipo 2: perfil sociodemográfico, biométrico e de saúde. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 25, n. spe1, 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000800013&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Sept. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000800013>

LIMA, L.M. et al. Perfil dos usuários do Hiperdia de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.32, n. 2, p. 323-9, 2011.

LI-NA, C.; HUNTER, A. Factors affecting quality of life in taiwanese survivors of childhood cancer. **J Adv Nurs**, Taiwan, v. 65, n. 10, p. 2131-41, Oct, 2009.

LOPES, V. R.; MARTINS, M. C. F. Validação Fatorial da Escala de Resiliência de Connor e Davidson (CD-RISC-10) para brasileiros. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, v.11, n.2, jul-dez, p.36-50, 2011. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v21n49/14.pdf>> Acesso em 17 de janeiro de 2013.

MA, L.C. et al. The relationship between health-promoting behaviors and resilience in patients with chronic kidney disease.

[ScientificWorldJournal](#), v.25; p.1-7, 2013.

MACHADO, E. L. et al. Perfil e desfecho clínico de pacientes em lista de espera por transplante renal, Belo Horizonte (MG, Brasil), 2000-2005. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.3, p.1981-1992, 2011.

MALOFF, Joel. A internet e o valor da "internetização". *Ciência da Informação*, Brasília, v. 26, n. 3, 1997. Disponível em:

<<http://www.ibict.br/cionline/>>. Acesso em: 18 maio 1998.

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

MASTEN, A. S.; POWELL, J. L. *Resilience and Vulnerability adaptiton in the context of childhood adversities*. 1ª ed. United Kingdom: Suniya S. Luthar, 2003.

MEDRONHO, R. A.; BLOCH, K. V.; LUIZ, R. R.; WERNECK, G. L. **Epidemiologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2ª ed., p. 685, 2009.

NASSAR, Silvia M., WRONSCKI, Vilson R., OHIRA, Masanao 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 2013. Disponível em: <http://www.sestatnet.ufsc.br>

NORONHA, Maria Glícia Rocha da Costa e Silva et al . Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, Apr. 2009 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000200018&lng=en&nrm=iso>. access on 05 June 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000200018>.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília, 2003.

ONG, A. D.; REID, M. C.; ZAUTRA, A. J. Psychological Resilience Predicts Decreases in Pain Catastrophizing Through Positive Emotions. **Psychology and Aging**, v. 25, n. 3, p. 516–523, 2010.

PAIM, L.; SILVA, D.G.V.S; TRENTINI, M.; VIEIRA, R.M; KOSCHNIK, Z. Tecnologias e cuidado de enfermagem a pessoas em tratamento de hemodiálise. 2006. [Acesso em: 15 set 2010]. Disponível em:<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5051/3256>.

PALMEIRA, A. T. **Representações sociais de doença crônica: um estudo qualitativo com pessoas com diagnóstico de insuficiência renal ou dor crônica**. 2009. 192 f. Dissertação (mestrado) Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Salvador, 2009.

PESCE, R. P et al. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 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.

RIBEIRO, R. C. et al. O perfil sócio demográfico e as principais complicações intradialíticas entre pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. **Arq Ciênc Saúde**; v.16, n.4, p.175-80, 2009.

RIELLA, M. C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

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

ROBOTTOM, B. J.; GRUBER-BALDINIB, A. L., ANDERSON, K.E.; *et al.* What determines resilience in patients with Parkinson's disease? *Parkinsonism and Related Disorders*, v.18, p.174-177. 2012.

ROMÃO JUNIOR, J. E. Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 26, n.3, supl. 1, ago. 2004.

SANTOS, Aliny de Lima et al . Conhecendo a funcionalidade familiar sob a ótica do doente crônico. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 21, n. 4, dez. 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000400019&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 24 set. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000400019>.

SESSO, R. Epidemiologia da doença renal crônica no Brasil. In: BARROSS, E. et al. **Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento**. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 39-46.

SESSO, R. C.; LOPES, A. A.; THOMÉ, F. S.; LUGON, J.R.; BURDMANN, E.A. Censo Brasileiro de Diálise, 2009. J Bras Nefrol;v. 32, n.4, p. 380-384, 2010.

SILVA, D.M.G.V.; ZILLMER, J.G.V. **Perfil dos pacientes com insuficiência renal crônica, em hemodiálise, da Grande Florianópolis/SC**. 2011. Projeto de Pesquisa. Universidade Federal de Santa Catarina, SC, 2011.

SILVA, D.M.G.V.; LESSMANN, J.C. **Mulheres com diabetes mellitus tipo 2: estresse e resiliência**. 2009. Projeto de Pesquisa. Universidade Federal de Santa Catarina, SC, 2009.

SILVA, Fernanda Machado da et al . Hipertensão: condição de não doença - o significado da cronicidade na perspectiva dos sujeitos. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 22, n. 1, mar. 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100015&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 24 set. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000100015>.

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 junho de 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Rio de Janeiro: SBD, 2009. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/attachments/diretrizes09_final.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2013

SOUZA, Marilza Terezinha Soares de; CERVENY, Ceneide Maria de Oliveira. 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: 05 jun. 2012.

SANTO, Michelle Brandão do Espírito et al. Adesão dos portadores de diabetes mellitus ao tratamento farmacológico e não farmacológico na atenção primária à saúde. **Enfermagem Revista**, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p. 88-101, mai. 2012. ISSN 2238-7218. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/3275/3655>>. Acesso em: 24 Set. 2013.

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

STRAUSS, B.; BRIX, C.; FISCHER, S.; LEPPERT K.; FÜLLER, J.; ROEHRIG, B; SCHLEUSSNER, C.; WENDT, T. G. The influence of resilience on fatigue in cancer patients undergoing radiation therapy (RT). **J Cancer Res Clin Oncol.**, v. 133, p. 511-518, 2007.

TARANU, O. Estudo da relação entre resiliência e espiritualidade numa amostra Portuguesa. 69 p. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Lisboa, Portugal, 2011.

TAVARES, B. C. et al. Resiliência de pessoas com Diabetes Mellitus. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 4, Dec., 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072011000400014&lng=en&nrm=iso>. access on 04 June 2012.

TAVARES, D. M. S. et al. Caracterização de idosos diabéticos atendidos na atenção secundária. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(5):1341-1352, 2007.

TERRA, Fábio de Souza; COSTA, Ana Maria Duarte Dias, FIGUEIREDO, Estevão Tavares de; MORAIS, Alline Moterani de, COSTA, Marina Dias; Costa, Rosane Dias. As principais complicações apresentadas pelos pacientes renais crônicos durante as sessões de hemodiálise. **Rev Bras Clin Med**; v.8, n.3, p.187-92, 2010.

TERRA, F. S. et al. O portador de insuficiência renal crônica e sua dependência ao tratamento hemodialítico: compreensão fenomenológica. **Rev. Bras. Clin. Med.**, v. 8, n. 4, p. 306-310, 2010.

VERAS, Renato Peixoto. Gerenciamento de doença crônica: equívoco para o grupo etário dos idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 46, n. 6, dez. 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000600001&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 24 set. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000600001>

VIGGERS, L.C.; CALTABIANO, M. L. Factors affecting the psychological functioning of Australian adults with chronic pain. **Nursing and Health Sciences**, Austrália, v. 14, p. 508–513, Junho, 2012.

VINACCIA, S. e J.; QUICENO M. Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Factores Psicológicos: Un Estudio desde la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica - EPOC. **Terapia Psicológica**, v.29, n.1, p.65-75. 2011.

VINACCIA, 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.

WEST, C.; STEWART, L.; FOSTER, K.; USHER K. The meaning of resilience to persons living with chronic pain: an interpretive qualitative inquiry. **Journal of Clinical Nursing**, v.21, p.1284–1292. 2011.

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.

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.

YUNES, Maria Angela Mattar; GARCIA, Narjara Mendes; ALBUQUERQUE, Beatriz de Mello. Monoparentalidade, pobreza e resiliência: entre as crenças dos profissionais e as possibilidades da convivência familiar. *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre, v. 20, n. 3, 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722007000300012&lng=en&nrm=iso>. access on 28 May 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722007000300012>.

ZAUTRA, A. J.; JOHNSON, L. M.; DAVIS, M. C. Positive Affect as a Source of Resilience for Women in Chronic Pain. *J Consult Clin Psychol.*, v. 73, n. 2, p.212–220, April 2005.

APÊNDICE A: PADRONIZAÇÃO DAS CATEGORIAS E CÓDIGOS DAS VARIÁVEIS.

VARIÁVEL	CLASSIFICAÇÃO	CATEGORIA	CÓDIGO
Resiliência	Quantitativa discreta	Numérica	resiliencia
Sexo	Qualitativa nominal	(1) Masculino (2) Feminino	genero
Idade	Quantitativa contínua	Numérica	idade
Doença	Qualitativa nominal	(1)DM; (2)IRC; (3)DM +IRC; (4)IRC+DM	dm_irc
Raça	Qualitativa nominal	(1)Branca; (2)Negra; (3)Amarela; (4)Parda; (5)Indígena; (6)Outra	raça_alt
Religião	Qualitativa nominal	(0)Sem religião; (1)Católica; (2)Evangélica; (3)Espírita; (4)Outras;	religião_alt
Estado Marital	Qualitativa nominal	(1)Solteira; (2)Casada/união estável; (3)Viúva; (4)Divorciada; (5)Outro	marital_alt
Escolaridade	Quantitativa discreta	Em anos de estudo	escolaridade_alt
Ativo Economicamente	Qualitativa nominal	(0) Não possui trabalho	trabalha

		remunerado (não é aposentada ou pensionista) (1) Sim (possui trabalho remunerado); (2) Aposentada; (3) Pensionista	
Renda da pessoa	Quantitativa contínua	Em salários mínimos vigente no ano da entrevista	renda_alt
Tempo de doença	Quantitativa discreta	Em anos, referido pela pessoas	tempo_doença
Presença de complicação da DM	Qualitativa nominal	(0)Não (1)Sim (88) Não se aplica	complicacao_ dm
Presença de complicação na realização da diálise	Qualitativa nominal	(0)Não (1)Sim (88) Não se aplica	complicacao_ hemo
Hipertensão Arterial Sistêmica	Qualitativa nominal	(0)Não (1)Sim	HAS_alt
Diabetes Mellitus	Qualitativa nominal	(0)Não (1)Sim	DM
Presença de outras doenças	Qualitativa nominal	(0)Não (1)Sim	outras_doenca s
Peso	Quantitativa contínua	Numérica	peso
Estatura	Quantitativa contínua	Numérica	estatura

Índice de massa corporal (IMC)	Quantitativa contínua	Numérica	IMC
---	-----------------------	----------	-----

ANEXO A: INSTRUMENTO DA PESQUISA “MULHERES COM DIABETES MELLITUS TIPO 2: ESTRESSE E RESILIÊNCIA”.

MULHERES COM DIABETES MELLITUS TIPO 2: estresse e resiliência	
Autoras: SILVA, D.M.G.V.; LESSMANN, J.C., 2009	
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Grupo de pesquisa NUCRON População do estudo: Mulher com Diabetes Mellitus Tipo 2	
Entrevista	Campo p/ digitação
QUESTÕES RELACIONADAS AOS HÁBITOS DE VIDA E SAÚDE	
1) Há quanto tempo a Sra. descobriu que tinha diabetes? _____ (tempo em anos)	tmp_D M ____
2) A Sra. pratica atividade física? (0)Não (1)Sim	ativ_fisicaSN _____
3) Se sim, que tipo de atividade? (88)Não se aplica/NA; (1) caminhada; (2) Musculação; (3)ginástica/hidroginástica; (4) outros	tipo_ativ_fis _____
4) Quantas vezes por semana pratica? (NA); (1)1x; (2)2x; (3)3x; (4)4x; (5)5x; (6) 6x; (7)7x	freq_ativ_fis _____
5) Quanto tempo de atividade? _____ minutos/dia; (NA)	temp_ativFis _____
6) A Sra. segue a dieta prescrita pelo médico ou nutricionista? (1)Nunca; (2)Quase nunca; (3)As vezes; (4)Quase sempre; (5)Sempre	dieta _____

7) A Senhora toma algum medicamento oral (comprimido) para controlar o diabetes? Qual?			
Glibenclamida/ Daonil;	(0)Não; (1) Sim	G_	
Metformina/ Glucoformin/ Glifage/ Dimefor;	(0)Não; (1) Sim	M_	
Outros	(0)Não (1) Sim		
8) A Senhora usa insulina? (0)Não; (1) Sim		Insulina	
9) Que tipo de insulina a Sra. usa?			
Regular	(0)Não; (1) Sim; (88)NA	R	
NPH	(0)Não; (1) Sim; (88)NA	NP	
Outros	(0)Não; (1) Sim; (88)NA	H	
		out	
10) Que outros medicamentos a Sra. utiliza?		M	
_____		1	
_____		M	
_____		2	
_____		M	
_____		3	
_____		M	
_____		4	
_____		M	
_____		5	
_____		M	
_____		6	
_____		M	
_____		7	
_____		M	
_____		8	
_____		M	
_____		9	
_____		M	
_____		1	
_____		0	
11) A Sra. toma algum remédio por conta própria (sem receita médica)? (0)Não (1)Sim		medic_S receita	

12) Onde a Sra. mede o açúcar no sangue (glicemia) com maior frequência? (0) não mede; (1) em casa; (2) posto de saúde; (3) laboratório; (4) outro local;		local_H GT ____	
13) Qual a frequência com que a Sra. mede o açúcar no sangue? (88)NA; (1) Diário; (2) Semanal; (3) Mensal; (4) Semestral; (5) Anual		freq_HG T ____	
14) Quando a senhora consultou a última vez com o médico? ____/____/____. (preencher data aproximada) (IGN)		cons_me dic	
15) Quando a senhora consultou a última vez com o enfermeiro? ____/____/____ (IGN)		cons_en fo ____	
16) A Sra. Tem alguma complicação do diabetes?			
Microvascular (retinopatia, renais, dificuldade circulatória periférica)	(0) Não; (1) Sim	mi cro	
Macro vascular (AVC/IAM, feridas MMII)	(0) Não; (1) Sim	ma cro	
Neuropatias (perda sensibilidade)	(0) Não; (1) Sim	neu ro	
Outros	(0) Não; (1) Sim	out ros	
17) Essa complicação lhe traz alguma limitação?			
Física	(0) Não; (1) Sim; (88) NA; (99) IGN	Fís ica	
Emocional	(0) Não; (1) Sim; (88) NA; (99) IGN	em o	
Funcional	(0) Não; (1) Sim; (88) NA; (99) IGN	Fu n	
outras	(0) Não; (1) Sim; (88) NA; (99) IGN	out	
18) Essa limitação lhe traz algum sofrimento? (0) não; (88) NA; (99) IGN; (1) irritação/ nervoso; (2) falta de vontade de viver/ tristeza; (3) doença/ não sentir-se bem/ dor; (4) medo/ insegurança/ preocupação/ angústia; (5) deixar de fazer o que gostava/ fazia antes/ limitação;		limit_tra z_sof ____	

19) Que outros tipos de sofrimento, nervoso ou tristeza você tem?			
Ela doente/ esquecimento	(0)Não; (1)Sim; (88) (99)IGN	do	
Familiar doente	(0)Não; (1)Sim; (88) (99)IGN	fa	
Morte de familiar/amigo	(0)Não; (1)Sim; (88) (99)IGN	m	
Brigas com- entre familiares / preocupação com familiares/ problemas com vizinhos	(0)Não; (1)Sim; (88) (99)IGN	m	
Ser/ter nervoso	(0)Não; (1)Sim; (88) (99)IGN	bri	
Questões financeiras	(0)Não; (1)Sim; (88) (99)IGN	ne	
Solidão/ tristeza/ problemas da vida	(0)Não; (1)Sim; (88) (99)IGN	Rs	
Familiar usuário de drogas	(0)Não; (1)Sim; (88) (99)IGN	tri	
		dr	
20) Esse sofrimento ou tristeza influenciam no seu diabetes? (0) Não; (88)NA; (99)IGN; (1) Aumenta a glicemia; (2) Fica doente/ sintomas de hipo/hiper; (3) Teve DM após sofrimento intenso na vida.		influ_so	
21) Alguma coisa lhe aconteceu no último mês? (0) Não. (1) Ela ficou; está/é doente; (2) Familiar doente; acidente com familiares; (3) Morte de familiar/amigo; (4) Brigas com/entre familiares; (5) Nervoso; preocupação; (6) Solidão; tristeza; afastamento.		brer_D	
22) Mais alguma coisa lhe aconteceu no último mês? (0) Não; (88)NA; (99)IGN; (1) Questões financeiras; (2) Nascimento/casamento/encontro com familiares-amigos; (3) Passeio/ viagem/ festa/ felicidade; (4) Problemas no trabalho/ trabalho; (5) Violência urbano-assaltada.		M ____	
		ultmes	
		Sof__	

Autoras: SILVA, D.M.G.V.; LESSMANN, J.C., 2009	
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem	
Grupo de pesquisa NUCRON	
População do estudo: Mulher com Diabetes Mellitus Tipo 2	
Entrevista	Campo p/ digitação
DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS	
1) Tempo de jejum (em minutos)	jejum ____
2) Glicemia ____ mg/dL	glicemia ____
3) Qual a sua data de nascimento? ____/____/____	nasc ____/____/____
4) Data da entrevista? ____/____/____	data ____/____/____
5) Qual sua raça? (1)branca; (2)negra; (3)amarela; (4)parda; (5)indígena; (6)outra	raça ____
6) Qual sua religião? (88)ING/Ignorado. (0)sem religião, (1)Católica; (2)Evangélica; (3)Espírita; (4)outras;	relig ____
7) A Senhora é: (1)solteira; (2)casada/união estável; (3)viúva; (4)divorciada; (5)outro	marital ____
8) Quantos filhos VIVOS a Senhora tem? _____	filhos ____
9) Quantas pessoas moram com a Senhora? _____ Obs: Descontar a entrevistada. Ex: 3 pessoas + a entrevistada = 3	cohabit ____
10) Até que série a Sra. Estudou?	colar ____
(0) Não estudou (88) IGN	
Ensino fundamental: (11)1ª série; (12)2ª série; (13)3ª série; (14)4ª série; (15)5ª série; (16)6ª série; (17)7ª série; (18)8ª série.	
Ensino Médio: (21)1ª série; (22)2ª série; (23)3ª série.	
Ensino Superior: (30) ensino superior completo (31) incompleto parando no 1º ano; (32)incompleto parando no 2º ano; (33)incompleto parando no 3º ano; (34)incompleto	

parando no 4º ano; (35)incompleto parando no 5º ano	
Pós-Graduação: (40) especialização (50) mestrado (60) doutorado	
11) A Senhora tem um trabalho no qual recebe remuneração/ pagamento? (0) Não possui trabalho remunerado (não é aposentada ou pensionista) (1) Sim (possui trabalho remunerado) (2) Aposentada; (3) Pensionista	ocupac _____
12) Se possuir um trabalho remunerado, informar a profissão: _____ (88)NA	profissão _____
13) Quanto a Senhora recebe R\$ _____ (IGN)	renda_mul _____
14) Quanto toda a sua família recebe: R\$ _____ (IGN)	renda_fam _____
15) Tipo de domicílio: (1) madeira; (2) alvenaria; (3) outro	domic _____
16) Propriedade do domicílio: (1)alugado; (2)próprio; (3)outro.	propried_domic _____

**ANEXO B –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE
ESCLARECIDO DA PESQUISA “MULHERES COM DIABETES
MELLITUS TIPO 2: ESTRESSE E RESILIÊNCIA”**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM/UFSC
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 3721-9480
e-mail: pen@ccs.ufsc.br**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos a Senhora para participar do estudo chamado “Mulheres com Diabetes Mellitus Tipo 2: estresse e resiliência” que será coordenado pela Enfermeira Professora Doutora **Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva**.

O estudo tem por objetivo mostrar a relação entre o estresse, a resiliência e a glicemia (açúcar no sangue) em mulheres com Diabetes Mellitus 2.

A coleta de dados será realizada através de entrevista, contendo perguntas sobre: estado civil, número de filhos, número de pessoas que moram com você, anos de estudo e atividade profissional. Serão perguntados os seus hábitos de vida como a prática de exercício

físico, alimentação e uso de medicamentos. Também serão medidas a pressão do sangue (pressão arterial) o peso, a altura, o tamanho da barriga e da cintura (circunferência do abdômen e da cintura)

Será medida a glicose (açúcar) no sangue por meio de teste realizado com o uso de aparelho que necessita de uma gota de sangue, coletada por uma enfermeira ou aluna de enfermagem que fará uma “picadinha” com agulha descartável na ponta do seu dedo da mão. Será garantido o uso de material só para você (material descartável) e todos os procedimentos corretos. Este procedimento causa um pequeno desconforto (dor), podendo ocorrer pequeno sangramento, calor, e/ou vermelhidão no local, além de poder ser necessário repeti-lo, caso a leitura do aparelho não ocorra corretamente.

Também serão realizadas perguntas que fazem parte de uma escala para medir se a Senhora apresenta estresse (se está nervosa) e sua resiliência (resistência ao estresse).

Garantimos que seu nome e qualquer outro dado que possa identificá-la serão mantidos em segredo e que a Senhora terá liberdade para desistir do estudo a qualquer momento, mesmo que já tenha assinado este termo de consentimento, não causando qualquer custo ou prejuízo à senhora.

Após ler este termo ou pedir que seu familiar leia, e caso aceite participar da pesquisa, pedimos que o assine ou carimbe seu dedo ao final da folha. Quando o familiar ler o termo, pedimos que também assine este papel.

Caso necessite de maiores informações ou tenha alguma dúvida, poderá entrar em contato a qualquer momento com:

- Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde. Bairro Trindade, Florianópolis/SC, Cep: 88.040-900. Telefone: (48) 3721-9480/ 88456878. E-mail: denise@ccs.ufsc.br

Eu, _____
_____, declaro que aceito participar e que fui informada sobre os objetivos e formas de realização deste estudo, sabendo que posso desistir de participar em qualquer momento e que terei o direito de não ter meu nome divulgado ou qualquer outra informação que me

identifique (direito ao anonimato e sigilo dos dados pessoais fornecidos).

Assinatura da participante ou responsável

Assinatura da coletadora de dados

Florianópolis, ____ de _____ de 20__.

ANEXO C – INSTRUMENTO DA PESQUISA “PERFIL DOS PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA, EM HEMODIÁLISE, DA GRANDE FLORIANÓPOLIS/SC”.

PERFIL DOS PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA, EM HEMODIÁLISE, DA GRANDE FLORIANÓPOLIS/SC. Autoras: SILVA, D.M.G.V.; ZILLMER, J. G. V., 2011	
“Perfil dos pacientes com insuficiência renal crônica, em hemodiálise, da Grande Florianópolis/SC” Questionário para a pessoa com Insuficiência Renal Crônica	
1. Número do questionário	nquest _ _ _
2. Serviço de Diálise: (0) HGCR (1) IHC (2) HUPE (3) APAR Vida	serviço _
3. Coletador(a): _____ _____ Código: __ Data da entrevista: __/__/____ Horário da entrevista: __: __	codcol __ dent __/__/__ ____
BLOCO A – IDENTIFICAÇÃO	
4. Qual o seu nome? _____ _____ _____	
5. Em qual município o (a) senhor (a) reside? _____ _____ Qual seu endereço? _____ _____ Ponto de Referência? _____ _____ Qual o seu telefone/contato? (__) _____ (__) _____	munic __
6. Qual é a sua data de nascimento? __/__/____	dnasc __/__/__ ____
7. Qual a sua idade? ____ em anos completos	idade ____
8. Sexo (OBSERVADO PELO ENTREVISTADOR) (1) Masculino (2) Feminino	sex _
9. Qual a altura do(a) senhor(a)? ____ em centímetros (999) IGN (CONSIDERAR A REFERIDA PELA PESSOA)	alt ____

remunerado? (0) Não (1) Sim Se não pule para a questão 24.	
23. O(a) senhor(a) pode descrever sua atividade ocupacional não remunerada? ----- ----- (88) NSA	aocpn 1 __ __ aocpn 2 __ __
24. Qual a sua principal (MAIOR) fonte de renda? <i>(CITE AS OPÇÕES)</i> (01) emprego (04) benefício (ex: pensão, auxílio doença) (02) aposentadoria (05) renda do cônjuge/companheiro (03) aluguel de imóveis (06) outro – Qual? ----- -----	rendfo __ __
25. Qual a sua renda mensal? _____, __	renda _____, __
26. Qual a renda mensal da sua família? _____, __	rendaf _____ __
27. Quantas pessoas dependem da renda mensal da família – incluindo o(a) senhor(a)? __	depend __
28. Quantas pessoas moram na sua casa incluindo o(a) senhor(a)? __	npessoas __
29. Qual a sua religião? (CITE AS OPÇÕES) (0) não tem (1) católica (2) protestante (3) espírita (4) umbanda (5) evangélica (6) pentecostais (7) outros – Qual? ----- -----	rel __
30. O(a) senhor(a) tem filhos? (0) Não (__) número de filhos	filh __
31. O senhor vem acompanhado, a maioria das vezes, para o serviço de diálise? (0) Não (1) Sim Se não , pule para a questão 33	acomp __
32. Se sim quem lhe acompanha? CONSIDERAR A COM MAIOR FREQUENCIA (01) esposa (a) (02) filho (a) (03) pai (04) mãe (05) outro – Qual? ----- -----	quemaco __ __
AGORA VAMOS FALAR SOBRE OUTRAS DOENÇAS E FATORES	

DE RISCO	
BLOCO B – DOENÇAS DE BASE E FATORES DE RISCO	
33. O(a) senhor(a) tem doenças do coração? (0) Não (1) Sim (9) IGN	docor_
34. O(a) senhor(a) tem diabetes (açúcar alto no sangue)? (0) Não (1) Sim (9) IGN	dm _
35. O(a) senhor(a) tem pressão alta e/ou toma remédio para controlar a pressão? (0) Não (1) Sim (9) IGN	has _
36. O(a) senhor(a) tem outros problemas de saúde? (0) Não (1) Sim (9) IGN Se não , ou ING , pule para a questão 38	outpro _
37. Se sim, quais os outros problemas de saúde? _ _ _ ----- ----- ----- -----	quaispr1 _ _ quaispr2 _ _ quaispr3 _ _
38. O(a) senhor(a) tem/teve familiares com problemas nos rins? (0) Não (1) Sim (9) IGN	antrena _
39. O(a) senhor(a) fuma ou já fumou? (1) Não, nunca fumou (2) Já fumou, mas parou de fumar a _ _ anos _ _ meses. (3) Sim, fuma (mais de 1 cigarro por dia há mais de 1 mês). (9) IGN	fum _ fumt _ _ _
40. O(a) senhor(a) costuma ou costumava tomar bebida alcoólica? (Ex: cerveja, chopp, vinho, aperitivo, licor, cachaça, pinga, caipirinha, sidra, whisky, vodka) (0) Não (1) Sim (9) IGN Se não pule para a questão 43.	bebin _
41. Há quanto tempo o(a) senhor(a) toma (ou tomava) bebida alcoólica? (LEIA AS ALTERNATIVAS) (1) menos de cinco anos (2) de seis a dez anos (3) de onze a vinte anos (4) de 21 a 30 anos (5) mais de 30 anos (8) NSA (9) IGN	tbebi _
42. Com que frequência o(a) senhor(a) costuma (ou costumava) tomar alguma bebida alcoólica? (LEIA AS ALTERNATIVAS) (1) 2 a 3 dias por semana (2) 4 a 6 dias por	fbebi _

semana (3) todos os dias (4) uma vez por mês (5) duas a quatro vezes por mês (6) esporadicamente ao ano (8) NSA				
AGORA VAMOS FALAR SOBRE A SUA DOENÇA E A HEMODIÁLISE BLOCO C – DOENÇA RENAL E TRATAMENTO				
43. Há quanto tempo o (a) senhor (a) está realizando a hemodiálise? _____ anos. <i>APÓS A ENTREVISTA</i> <i>CALCULAR EM MESES</i> _____ (888) NSA (999) IGN				temreal __ --
44. Quanto tempo o (a) senhor (a) leva para chegar até o serviço de diálise? __ horas minutos ___ (Desde a saída da residência até chegar no serviço de hemodiálise) <i>CONSIDERAR O TEMPO DE MAIOR FREQUÊNCIA</i>				templev _ --
45. Qual o acesso para realizar a hemodiálise. (NÃO FAZER ESTA PERGUNTA, APENAS OBSERVAR) (1) Fistula arteriovenosa (2) cateter duplo lúmen				aceshemo_
46. O (a) senhor (a) apresenta alguma complicação, na maioria das vezes, durante a sessão de hemodiálise? (0) Não (1) Sim Se não pule para a 48				complica_
47. Quais as PRINCIPAIS complicações que o (a) senhor (a) apresenta durante as sessões de hemodiálise? (LEIA AS ALTERNATIVAS)				
Hipotensão arterial	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	hipo_
Vômito	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	vomito_
Tontura	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	tontura_
Cefaléia	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	cefal_
Hipertensão arterial	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	has_
Dor no peito	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	dor_
Hipoglicemia	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	hipo_
Desmaio	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	desmaio_

Fraqueza	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	fraquez_
Câimbras	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	câimbras_
Outras – Quais? _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	outras_
48. Qual(is) o(s) serviço(s) que o(a) senhor(a) utilizou até chegar ao serviço de diálise? (LEIA AS ALTERNATIVAS)				
Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde	(0) Não	(1) Sim		unidb _
Unidade hospitalar pública/SUS	(0) Não	(1) Sim		unidh _
Ambulatório público/SUS	(0) Não	(1) Sim		amb _
Ambulatório privado/particular	(0) Não	(1) Sim		ambpr _
Unidade hospitalar privada/particular	(0) Não	(1) Sim		hospr _
Consultório médico - PARTICULAR	(0) Não	(1) Sim		consp _
Convênios (HELP, UNIMED)	(0) Não	(1) Sim		conv _
Outro	(0) Não	(1) Sim		outr _
Qual? _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				outr _
49. Em relação a sua doença e tratamento, no que o(a) senhor(a) mais gasta com o seu dinheiro? (LEIA AS ALTERNATIVAS) (0) Não tem gastos (1) Medicamentos (2) Consultas (3) Transporte (4) Outros – Qual? _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				gastd _
50. Onde o (a) senhor(a) consegue o medicamento para a doença e o tratamento?				
Serviço de diálise	(0) Não	(1) Sim		serdia_
Unidade Básica de Saúde	(0) Não	(1) Sim		ubs_
Farmácia Popular	(0) Não	(1) Sim		farmapo_
Farmácia do Município	(0) Não	(1) Sim		farmamu_

Outro? – Qual? _____ _____	(0) Não	(1) Sim	outro _
51. O (a) senhor (a) tem algum custo com o medicamento? (0) Não (1) Sim			custmed_
AGORA VAMOS FALAR SOBRE A SUA REDE DE CUIDADO BLOCO D – REDE DE CUIDADO			
52. O(a) senhor(a) frequenta algum grupo/associação de apoio para a sua doença atual? (0) Não (1) Sim Se não pule para a questão 55.			cgrupo _
53. Se sim, qual(is) grupo(s)/associação(ões) o(a) senhor(a) frequenta? _____ _____ (88) NSA			cgrupo1 _ _ cgrupo2 _ _
54. Com que frequência o(a) senhor(a) participa de grupo(s)/associação(ões) o(a) ? (_) semana (_) mês			freqgru_ _
55. Se precisar de cuidados o(a) senhor(a) tem alguém que possa lhe cuidar? (0) Não (1) Sim Se não pule para a questão 57.			cuida _
56. Quem é essa pessoa que cuida ou poderia cuidar do(a) senhor(a), A MAIOR PARTE DO TEMPO? (CITE AS OPCÕES) (88) NSA (1) Esposo(a) (4) Pais ou companheiro(a) (2) Filho(a) (5) Vizinho(a) (3) Irmão(ã) (6) Uma pessoa contratada (7) Outros – Quais? _____ _____			pescuid _
VAMOS FALAR SOBRE TRANSPLANTE BLOCO E – TRANSPLANTE RENAL			
57. O(a) senhor(a) está cadastrado para transplante? (0) Não (1) Sim (9) ING Se SIM pule para a questão 59			transp_
58. Porque o senhor não está cadastrado? _____ _____ _____			motivo _ _

-----_(88) NSA				
59. Há quanto tempo o (a) senhor (a) esta cadastrado para o transplante? ___ meses ___ anos APÓS A ENTREVISTA CALCULAR EM MESES ___				transmes_ _ _
AGORA VAMOS FALAR SOBRE A SUA SITUAÇÃO ATUAL DE SAÚDE				
BLOCO F – SITUAÇÃO ATUAL DE SAÚDE				
60. Em geral o(a) senhor(a) diria que sua saúde é: (LEIA AS ALTERNATIVAS) (1) Excelente (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (9) IGN				saud _
61. Comparando sua saúde de hoje com há de 12 meses atrás o(a) senhor(a) diria que sua saúde é: (LEIA AS ALTERNATIVAS) (1) Pior (2) Igual (3) Melhor (9) ING				sahoj _
62. Em comparação com a saúde de outras pessoas da sua idade, que estão em hemodiálise, o(a) senhor(a) diria que sua saúde é: (LEIA AS ALTERNATIVAS) (1) Pior (2) Igual (3) Melhor (9) ING				saouthd _
63. Em comparação com a saúde de outras pessoas da sua idade, o(a) senhor(a) diria que sua saúde é: (LEIA AS ALTERNATIVAS) (1) Pior (2) Igual (3) Melhor (9) ING				saout _
64. Nas duas últimas semanas, além do serviço de diálise, o (a) senhor (a) procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde? (NÃO CONSIDERAR O SERVIÇO DE DIÁLISE)- Se não pule para a questão 67 (0) Não (1) Sim				acesso _
65. Nessa primeira vez, que procurou atendimento de saúde, nas duas últimas semanas foi atendido? (0) Não (1) Sim (8) NSA				atendid _
66. Qual (quais) os serviços de saúde o (a) senhor (a) procurou nas duas últimas semanas?				
Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	acesubs _

Unidade hospitalar pública/SUS	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	aceshos _
Ambulatório público/SUS	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	acesambu _
Ambulatório privado/particular	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	acesamb_
Unidade hospitalar privada/particular	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	aceshosp _
Consultório médico PARTICULAR	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	acesconsp _
Convênio (HELP, UNIMED)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	acescon _
SAMU	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	samu_
Outro – Qual? _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	acesout_
67. Nas duas últimas semanas, por que motivo não procurou atendimento de saúde?				
Não houve necessidade (não houve problema de acesso)	(0) Não	(1) Sim		naonece_
Não tinha dinheiro	(0) Não	(1) Sim		naodinh_
Horário incompatível (houve problema de acesso)	(0) Não	(1) Sim		horarin_
Outros – Qual? _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	(0) Não	(1) Sim		outrom_
68. Quais as informações que o (a) senhor (a) gostaria de receber no serviço de hemodiálise a respeito dos cuidados com a sua saúde? _				
69. O (a) senhor (a) gostaria de dizer mais alguma coisa? _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
A entrevista foi realizada: _ _ _ _ _ Hora do término: _ : _				
OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO				

ANEXO D- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA “PESQUISA PERFIL DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA, EM HEMODIÁLISE, DA GRANDE FLORIANÓPOLIS/SC”.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM/UFSC
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 3721-9480
e-mail: pen@ccs.ufsc.br**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a)

Desenvolvemos um trabalho intitulado: “**Perfil de pacientes com insuficiência renal crônica, em hemodiálise, da Grande Florianópolis/SC**”. Venho por meio deste documento, convidá-lo a participar do estudo e solicitar sua autorização para aplicação do instrumento de pesquisa, o qual é direcionado às pessoas com problemas renais crônicos, em tratamento por hemodiálise. A pesquisa tem como objetivo conhecer o perfil das pessoas com insuficiência renal crônica (IRC), em tratamento por hemodiálise, da Grande Florianópolis/SC.

As conversas serão realizadas no setor de diálise em local reservado. Sua identidade será mantida em anonimato e quando não mais desejar participar do trabalho, o(a) senhor(a) terá liberdade de sair. Em caso de dúvida sinta-se a vontade para perguntar.

Não há previsão de riscos ou desconfortos, porém, em algum momento, pode ser incômodo falar sobre sua vida, por isso, ao sentir-se desconfortável, terá a liberdade de encerrar a entrevista sem prejuízo algum para seu tratamento.

As informações que nos dará poderão contribuir para que o senhor(a) e outras pessoas tenham um melhor cuidado de enfermagem. As informações após analisadas serão divulgadas em eventos e

publicações, sempre com a garantia de que as pessoas que participaram do estudo não serão identificadas.

Não haverá qualquer despesa para senhor(a) e não haverá nenhuma indenização pela sua participação.

A coleta de dados será realizada por pesquisadores devidamente capacitados, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Denise M. Guerreiro Vieira da Silva. Para que aceite participar do estudo, deverá ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e assinar em duas vias, permanecendo uma delas com o senhor(a) e outra com a pesquisadora.

Pelo presente consentimento, declaro que fui informado de forma clara e detalhada dos objetivos, da justificativa e maneira como será desenvolvido este estudo. Igualmente fui informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento referente à pesquisa;
- da liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que me traga qualquer prejuízo;
- da segurança de que terei minha identidade preservada e que se manterá caráter confidencial das informações;
- do consentimento para divulgação do estudo para a comunidade.

Caso precise de maiores informações ou tenha alguma dúvida o/a Senhor/a pode entrar em contato a qualquer momento com:

- Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde. Bairro Trindade, Florianópolis/SC, Cep: 88.040-900. Telefone: (48) 3721- 9480. E-mail: denise@ccs.ufsc.br

Eu _____

aceito participar da pesquisa **“Perfil dos pacientes com insuficiência renal crônica, em hemodiálise, da Grande Florianópolis/SC”**, permitindo meu parecer quando solicitado. Estou ciente de que minha identidade permanecerá em anonimato.

Assinatura da participante ou responsável

Assinatura da coletadora de dados

Florianópolis, ____ de _____ de 20__.

ANEXO E – ESCALA DE RESILIÊNCIA DE CONNOR-DAVIDSON PARA O BRASIL – RISC – BR.

Escala de Resiliência de Connor-Davidson para o Brasil – RISC-Br

1

		(1) Participante Nº	(2) Data	(3) Nome	(4) Pesquisador		
<p>Quanto as afirmações abaixo são verdadeiras para você, pensando no <u>mês passado</u> ?</p> <p>Se algumas dessas situações não ocorreram no mês passado, responda como você acha que teria se sentido se elas tivessem ocorrido.</p>							
		Nem um pouco verdadeiro	Raramente verdadeiro	Às vezes verdadeiro	Frequentemente verdadeiro	Quase sempre verdadeiro	
1	Eu consigo me adaptar quando mudanças acontecem.	0	1	2	3	4	
2	Eu tenho pelo menos um relacionamento próximo e seguro com alguém que me ajuda quando estou nervoso.	0	1	2	3	4	
3	Quando meus problemas não têm uma solução clara, às vezes Deus ou o destino podem ajudar.	0	1	2	3	4	
4	Eu consigo lidar com qualquer problema que acontece comigo.	0	1	2	3	4	
5	Os sucessos do passado me dão confiança para enfrentar novos desafios e dificuldades.	0	1	2	3	4	
6	Eu tento ver o lado humorístico das coisas quando estou com problemas	0	1	2	3	4	
7	Ter que lidar com situações estressantes me faz sentir mais forte.	0	1	2	3	4	
8	Eu costumo me recuperar bem de uma doença, acidentes e outras dificuldades.	0	1	2	3	4	

9	Eu acredito que a maioria das coisas boas ou ruins acontecem por alguma razão.	0	1	2	3	4
10	Eu me esforço ao máximo, não importa qual seja o resultado.	0	1	2	3	4
11	Eu acredito que posso atingir meus objetivos mesmo quando há obstáculos.	0	1	2	3	4

Solano JP, Braucher E, Pietrobón R, Carmona MJ. Adaptação cultural e estudo de validade da escala de resiliência de Connor-Davidson para o Brasil. Nenhuma parte deste documento pode ser reproduzida ou transmitida por qualquer meio, eletrônico ou mecânico, incluindo fotocópias simples e digitalização, sem permissão escrita de Dr. Davidson - david111@mc.duke.edu. Direitos reservados. Copyright © 2001, 2002, 2007, 2009, 2011 by Kathryn M. Connor, M.D., and Jonathan R.T. Davidson, M.D.

Escala de Resiliência de Connor-Davidson para o Brasil – RISC-Br

		Nem um pouco verdadeiro	Raramente verdadeiro	Às vezes verdadeiro	Frequentemente verdadeiro	Quase sempre verdadeiro
12	Mesmo quando tudo parece sem esperanças, eu não desisto.	0	1	2	3	4
13	Nos momentos difíceis ou de crise, eu sei onde procurar ajuda.	0	1	2	3	4
14	Fico concentrado e penso com clareza quando estou sob pressão.	0	1	2	3	4
15	Eu prefiro assumir a liderança para resolver problemas, em vez de deixar os outros tomarem as decisões.	0	1	2	3	4
16	Eu não desanimo facilmente com os fracassos.	0	1	2	3	4
17	Eu me considero uma pessoa forte quando tenho que lidar com desafios e dificuldades da vida.	0	1	2	3	4
18	Se for necessário, eu consigo tomar decisões difíceis e desagradáveis que afetem outras pessoas.	0	1	2	3	4

3

19	Eu consigo lidar com sentimentos desagradáveis ou dolorosos como tristeza, medo e raiva.	0	1	2	3	4
20	Ao lidar com os problemas da vida, eu às vezes sigo minha intuição, sem saber por quê.	0	1	2	3	4
21	Eu sei onde quero chegar na vida.	0	1	2	3	4
22	Eu sinto que tenho controle sobre minha vida.	0	1	2	3	4
23	Eu gosto de desafios.	0	1	2	3	4
24	Eu me esforço para atingir meus objetivos, não importa que obstáculos eu encontre pelo caminho.	0	1	2	3	4
25	Eu tenho orgulho das minhas conquistas.	0	1	2	3	4

Solano JP, Braucher E, Pietrobón R, Carmona MJ. Adaptação cultural e estudo de validade da escala de resiliência de Connor-Davidson para o Brasil. Nenhuma parte deste documento pode ser reproduzida ou transmitida por qualquer meio, eletrônico ou mecânico, incluindo fotocópias simples e digitalização, sem permissão escrita de Dr. Davidson - david111@mc.duke.edu. Direitos reservados. Copyright © 2001, 2002, 2007, 2009, 2011 by Kathryn M. Connor, M.D., and Jonathan R.T. Davidson, M.D.

ANEXO F – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS REFERENTE A PESQUISA: MULHERES COM DIABETES MELLITUS TIPO 2: ESTRESSE E RESILIÊNCIA.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 193

O Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, CERTIFICA que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

APROVADO

PROCESSO: 151/09 FR- 259792
TÍTULO: Mulheres com diabetes mellitus tipo2: estresse e resiliência.
AUTOR: Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva.
DPTO.: CCS/UFSC

FLORIANÓPOLIS, 27 de julho de 2009.


Coordenador do CLPSE/UFSC - Prof.º Washington Portela de Souza

ANEXO G – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS REFERENTE A PESQUISA: E PERFIL DOS PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA, EM HEMODIÁLISE, DA GRANDE FLORIANÓPOLIS/SC.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO nº 2118

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 584 GR 99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

APROVADO

PROCESSO: 2118 FR: 434113

TÍTULO: PERFIL DOS PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA, EM HEMODIÁLISE, DA GRANDE FLORIANÓPOLIS/SC

AUTOR: DENISE MARIA GUERREIRO VIEIRA DA SILVA, Denise M. Guerreiro Vieira da Silva, Juliana Gracieli Vestena Zillmer, Soraia Geraldo da Rozzo,

FLORIANÓPOLIS, 03 de Outubro de 2011.

Coordenador do CEPSH UFSC