



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura

**Habilidades de resiliência, enfrentamento e autoeficácia como promoção de saúde
em pessoas com Diabetes *Mellitus* tipo 2**

Rosanna Jacobina Ribeiro

Brasília, agosto de 2017



Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura

**Habilidades de resiliência, enfrentamento e autoeficácia como promoção de saúde
em pessoas com Diabetes *Mellitus* tipo 2**

Rosanna Jacobina Ribeiro

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

Orientadora: Professora Dra. Eliane Maria Fleury Seidl

Brasília, agosto de 2017

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

RR464h Ribeiro, Rosanna Jacobina
Habilidades de resiliência, enfrentamento e autoeficácia
como promoção de saúde em pessoas com Diabetes Mellitus tipo
2 / Rosanna Jacobina Ribeiro; orientador Eliane Maria
Fleury Seidl . -- Brasília, 2017.
155 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Psicologia Clínica e
Cultura) -- Universidade de Brasília, 2017.

1. Diabetes mellitus. 2. Resiliência. 3. Estratégias de
enfrentamento. 4. Autoeficácia . 5. Intervenção em grupo. I.
Fleury Seidl , Eliane Maria, orient. II. Título.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Dissertação de Mestrado aprovado pela seguinte banca examinadora:

Professora Doutora Eliane Maria Fleury Seidl – Presidente
Instituto de Psicologia – Universidade de Brasília

Professora Doutora Jane Dullius – Membro
Faculdade de Educação Física – Universidade de Brasília

Professora Doutora Larissa Polejack – Membro
Instituto de Psicologia – Universidade de Brasília

Professora Doutora Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araújo – Suplente
Instituto de Psicologia – Universidade de Brasília

*Dedico este trabalho às pessoas que possuem
diabetes mellitus e
precisam ter sua singularidade respeitada
– por si mesmas, principalmente –
para construir, de forma autônoma,
seu melhor caminho de autocuidado.*

Agradecimentos

O mestrado era um plano certo desde a graduação, mas antes fiz outras escolhas para que quando retornasse ao meio acadêmico fizesse um trabalho próprio e com mais sentido. A resiliência, o enfrentamento e a autoeficácia apareceram “por acaso”, mas foi com surpresa que percebi como estes conceitos estavam presentes em minha postura profissional.

Esses dois anos foram desafiadores. Fizeram-me refletir sobre a vida acadêmica, sobre minha vida pessoal e sobre minha atuação também, já que decidi desenvolver e avaliar uma intervenção. Como o resultado foi satisfatório, e a cada dia acredito mais que não fazemos nada sozinhos, algumas pessoas merecem ser homenageadas.

Meus pais, Cássia e Bené, deram suporte financeiro e emocional para que eu me dedicasse com tranquilidade à construção deste trabalho. Foram amorosos e incentivadores como sempre souberam ser. A eles agradeço o apoio incondicional a todos os meus sonhos. Minha irmã, Marianna, foi companhia durante a escrita e continuou a me ensinar sobre alegria e superação. Meu irmão, Benito, mostrou-me como é fácil ouvir a intuição, e que precisamos de planos e ações para que seus resultados floresçam.

Mariana Borges, querida amiga, foi presença e escuta, e me brindou com contribuições que me levaram a elaborações importantes. Patrícia Loraine, admirada amiga e reikiana, foi serenidade e força do jeito mais belo que eu poderia ter; suas “mãos de luz” me auxiliaram a me transformar nesse período de desafios. Adriana Fittipaldi, minha psicóloga, passou junto comigo por transmutações significativas e, enquanto me ouvia, me ensinava. Gratidão imensa por estes encontros.

Minhas amigas Priscila Santos, Paolla Bandeira, Heliane Nagasava, Patrícia Milhomens e Josyane Barreto continuaram contribuindo, cada uma a sua maneira, para

que eu fosse autêntica e persistisse nos meus objetivos. Ana Clara Braga ofereceu seu carinho e apoio, e foi compreensiva quanto à minha ausência.

Quero também agradecer a Carolina Thomé por sua consideração e presença sempre tão amáveis, e por ter cozinhado várias vezes nesse período. Agradeço também sua extraordinária dedicação para me auxiliar a aprimorar este trabalho nos momentos finais, levando-me a um fechamento satisfatório. A Pedro Ivo, agradeço a revisão atenta e os momentos de compartilhamento de seu conhecimento, sempre com muito humor e desprendimento. E a Pérolla Goulart, minha gratidão por ter sido uma grande parceira no desenvolvimento das minhas ideias, por ter lido meus textos e ter sugerido melhoras, além de ter impulsionado a construção do meu pensamento com suas considerações certas e respeitadas.

Aos meus clientes de psicoterapia, agradeço a compreensão com que me cederam um tempo especial para finalizar a dissertação, além de todos os ensinamentos que me proporcionam durante os atendimentos. Agradeço a confiança no meu trabalho e a contribuição para que eu esteja em constante desenvolvimento profissional.

Agradeço carinhosamente à minha orientadora, Professora Eliane Seidl, por ter sido uma das boas surpresas do mestrado. Por ter estado junto comigo no desenvolvimento deste trabalho e pelo apoio e parceria nos momentos mais difíceis. Agradeço por ter me ensinado a como ser uma boa pesquisadora, como apresentar resultados de forma apropriada e aperfeiçoar os textos.

Agradeço aos meus colegas de mestrado, Heidmilene Rocha e Sérgio Knust, por terem dividido suas angústias e por sempre terem palavras de incentivo. Obrigada pelos abraços e pela atenção.

Aos participantes do meu grupo experimental, minha gratidão por terem confiado em mim e se voluntariado a participar deste trabalho. Também a minha admiração e

respeito por se reconstruírem frequentemente frente às dificuldades que a vida impõe. Obrigada por cada contribuição, por me ensinarem a ser pesquisadora e psicóloga, e por me mostrarem como o trabalho em grupo é inefavelmente prazeroso e desafiador.

Às professoras Larissa Polejack, Jane Dullius e Tereza Cristina C. F. Araújo por terem aceito o convite para participar da minha banca.

Ao Hospital Universitário de Brasília por ter cedido seu espaço para o desenvolvimento desta pesquisa. À Dra Maria de Fátima Neves, chefe do ambulatório de endocrinologia deste hospital, que apoiou e divulgou esta pesquisa. À Dra Michelle, endocrinologista do Centro de Saúde – Hospital Dia, por ter me recebido tão bem e por ter apoiado meu tema de pesquisa e minha proposta de intervenção. Agradeço também por ter, gentilmente, tirado minhas dúvidas técnicas a respeito da patologia.

Por fim, minha eterna gratidão à vida por ser generosa em me apresentar pessoas tão especiais que me fazem ter certeza de que sou amada. Aos bons espíritos, ao universo e a Deus, agradeço pelos caminhos que têm me guiado e por mais essa oportunidade de trabalho e evolução.

Resumo

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o diabetes *mellitus* é uma doença crônica causada pela deficiência na produção de insulina pelo pâncreas ou pela ineficácia da insulina produzida, que resulta em aumento da concentração de glicose no sangue que pode ocasionar prejuízos aos sistemas do corpo, particularmente vasos sanguíneos e nervos. Os estudos sobre resiliência decorrem da possibilidade de contribuição na constância do autocuidado, relevante em qualquer doença crônica. Estes estudos têm o intuito de estimular estratégias de promoção de saúde, trabalhando com os aspectos saudáveis dos indivíduos e englobando o desenvolvimento de outras variáveis, como enfrentamento e autoeficácia. O objetivo do estudo foi avaliar uma intervenção em grupo para o desenvolvimento das habilidades de resiliência, incluindo enfrentamento e autoeficácia, em pessoas adultas com diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 2. O delineamento foi quase experimental com avaliação quantitativa e qualitativa, pré e pós teste, e grupo controle. Os participantes dos grupos experimental (GE) e controle (GC) foram selecionados por conveniência em dois hospitais de Brasília-DF: quatro adultos, sendo dois homens e duas mulheres, com média de idade de 59,5 anos no GE, e três mulheres e um homem, com média de idade de 61,5 anos no GC. Foram utilizados os instrumentos CD-RISC (versão validada para brasileiros) para avaliar a resiliência, a EMEP para medir estratégias de enfrentamento, a Escala de Confiança no Autocuidado em Diabetes para a autoeficácia e questionários sociodemográfico e médico-clínico. Para os participantes do GE foram realizadas entrevistas nos momentos pré e pós intervenção, avaliadas segundo a análise de conteúdo de Bardin. Os dados quantitativos foram analisados mediante estatística descritiva e inferencial. A intervenção, implementada com procedimentos diversificados visando a participação ativa dos pacientes – como dinâmicas de grupo, técnicas cognitivo-comportamentais e psicoeducação – foi realizada durante oito semanas, com duração de duas horas cada sessão. As sessões trabalharam variáveis relacionadas à resiliência, dentre elas aceitação da doença, enfrentamento, autoestima, autoeficácia, apoio social e assertividade. A análise estatística mostrou significância na diferença dos escores médios das variáveis estratégia de enfrentamento focalizado no problema ($t=-4,11$; $p=0,028$) e autoeficácia ($t=-4,14$; $p=0,025$) na fase pós-intervenção do GE. Não houve mudança significativa das variáveis estudadas no GC, tampouco da resiliência nos dois grupos. A análise qualitativa revelou, mediante as categorias e temas identificados nos momentos antes e pós intervenção, mudanças positivas nos comportamentos relacionados à alimentação e atividade física, além da influência emocional no controle glicêmico, bem como mudança na percepção de apoio social dos participantes, que passaram a se posicionar com mais assertividade nos contextos familiares. O grupo foi descrito como espaço de troca e crescimento pessoal, que possibilitou mudanças de percepções e hábitos. É possível concluir que a intervenção foi bem sucedida dada a mudança das variáveis enfrentamento focalizado no problema e percepção de autoeficácia, considerados fatores relacionados à resiliência, com base na literatura pesquisada. O estudo tem implicações práticas, pois os resultados poderão nortear intervenções e ações da clínica da saúde em equipes profissionais que atuam na área, em especial os psicólogos.

Palavras-chave: Diabetes *mellitus*; resiliência, estratégias de enfrentamento, autoeficácia, intervenção em grupo.

Abstract

According to the World Health Organization, diabetes mellitus is a chronic disease caused by deficiency in the production of insulin or inefficiency of the produced insulin, which results in high glucose concentration in the blood and can damage the body systems, particularly blood vessels and nerves. Studies on resilience emerge from the possibility of contributing to the constancy self-care, relevant in any chronic disease. These studies aim to stimulate health promotion strategies, working with the individuals' healthy aspects and encompassing the development of other variables, such as coping and self-efficacy. The objective of this study was to evaluate a group intervention for the development of resilience skills, including coping and self-efficacy in adults diagnosed with type 2 diabetes *mellitus*. It was a quasi experimental study, with quantitative and qualitative evaluation, pre and post test and control group. Participants of the experimental group (EG) and control group (CG) were selected for convenience in two hospitals in Brasília – DF: in EG, four adults, two men and two women, mean age 59.5 years and, in GC, three women and one man, with mean age of 61.5 years in GC. The CD-RISC (version validated for Brazilians) instrument were used to evaluate resilience, EMEP to measure coping strategies, the Confidence in Diabetes Self-care Scale for self-efficacy, and sociodemographic and medical-clinical questionnaires. Participants were interviewed at the pre and post intervention moments, which were evaluated according to the Bardin analysis. Quantitative data were analyzed with descriptive and inferential statistics. The intervention, implemented with diversified procedures aimed at the active participation of patients – as group dynamics, cognitive-behavioral techniques and psychoeducation – happened during eight weeks, with two-hour sessions. The sessions worked on variables related to resilience, as disease acceptance, coping, self-esteem, self-efficacy, social support and assertiveness. Statistical analysis showed significance in the mean scores of the variables problem coping-focused ($t=-4.11$; $p=0,028$) and self-efficacy ($t=-4.14$; $p=0,025$) in the post-intervention phase of the EG. There was no significant change in the CG in the studied variables, nor in the resilience in the two groups. The qualitative analysis revealed, through the categories and themes identified in the moments before and after intervention, positive changes in behaviors related to nutrition and physical activity, besides the emotional influence on glycemic control, as well as change in the participants perception of social support, that became more assertive in family contexts. The group was described as a context for personal exchange and growth, which allowed changes in perceptions and habits. It is possible to conclude that the intervention was successful, given the change in variables problem coping-focused and self-efficacy, considered factors related to resilience based on the literature researched. The study has practical implications because the results may guide interventions and actions for health clinic projects in this area, especially psychologists.

Key words: diabetes *mellitus*, resilience, coping, self-efficacy, psychological intervention.

Lista de Tabelas

Tabela 1 Caracterização dos Participantes da Intervenção (N=4)	64
Tabela 2 Caracterização dos Participantes do Grupo Controle (N=4)	65
Tabela 3 Escores de Resiliência dos Grupos Experimental e Controle	82
Tabela 4 Escore dos Fatores das Estratégias de Enfrentamento nos Grupos Experimental e Controle	85
Tabela 5 Escores de Autoeficácia - Grupo Controle e Grupo Experimental	86
Tabela 6 Escores Médios das Variáveis do Estudo e Valores do Teste T para Amostras Pareadas dos Grupos Experimental e Controle	88
Tabela 7 Correlações entre as Variáveis Estratégias de Enfrentamento, Autoeficácia e Resiliência no Momento Pré-intervenção, dos Grupos Experimental e Controle	89
Tabela 8 Correlações entre as Variáveis Estratégias de Enfrentamento, Autoeficácia e Resiliência no Momento Pós-intervenção, dos Grupos Experimental e Controle.	90
Tabela 9 Temas da Categoria Percepção da Vida com Diabetes	92
Tabela 10 Temas da Categoria Alimentação e Exercício Físico	93
Tabela 11 Temas da Categoria Percepção do Apoio Social	94
Tabela 12 Temas da Categoria Fator Emocional e sua Influência no Diabetes	95
Tabela 13 Temas da Categoria Grupo como Espaço de Troca	96
Tabela 14 Temas da Categoria Exercício Físico, Alimentação e Controle Glicêmico	97
Tabela 15 Temas da Categoria Percepção do Apoio Social	98
Tabela 16 Temas da Categoria Influência do Fator Emocional no Cuidado com o Diabetes	99

Lista de Abreviaturas

APA	<i>American Psychological Association</i>
CACON	Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CEP-IH	Comitê de Ética em Pesquisa – Instituto de Ciências Humanas
CS-HD	Centro de Saúde – Hospital Dia
DCNT	Doença Crônica Não-Transmissível
GBD	<i>Global Burden Disease</i>
GC	Grupo Controle
GE	Grupo Experimental
HUB	Hospital Universitário de Brasília
IDF	<i>International Diabetes Federation</i>
OMS/WHO	Organização Mundial de Saúde/ <i>World Health Organization</i>
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Sumário

Agradecimentos	vi
Resumo	ix
Abstract	x
Lista de Tabelas	xi
Lista de Abreviaturas	xii
Apresentação	1
Capítulo 1 Cronicidade e Diabetes	4
1.1 Doenças crônicas: conceito, incidência e implicações	4
1.2 Diabetes <i>mellitus</i>	16
1.3 Diabetes <i>mellitus</i> tipo 2	18
1.4 Contribuição da Psicologia no campo das cronicidades	24
Capítulo 2 Psicologia Positiva e Resiliência	28
2.1 Psicologia Positiva: definição e contribuições	28
2.2 Resiliência: a evolução do conceito	34
2.3 Estudos sobre resiliência	43
2.4 Resiliência e diabetes: alguns estudos	46
Capítulo 3 Objetivos	61
Capítulo 4 Método	63
4.1 Delineamento do estudo	63
4.2 Participantes	63
4.2.1 Participantes do grupo experimental	63
4.2.2 Participantes do grupo controle	65
4.3 Local de realização do estudo	66
4.4 Instrumentos e materiais	66
4.4.1 Questionário sociodemográfico e médico-clínico	66
4.4.2 Escala de resiliência de Connor-Davidson (CD-RISC) para brasileiros	66
4.4.3 Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP)	67
4.4.4 Escala de Confiança no Autocuidado em Diabetes	67
4.4.5 Entrevistas	68
4.4.6 Materiais	68
4.5 Procedimento de coleta de dados	68
4.6 A intervenção	70
4.6.1 Sessão 1	70
4.6.2 Sessão 2	71
4.6.3 Sessão 3	72
4.6.4 Sessão 4	74
4.6.5 Sessão 5	75
4.6.6 Sessão 6	76
4.6.7 Sessão 7	77
4.6.8 Sessão 8	78
4.7 Análise de dados	79
Capítulo 5 Resultados	80
5.1 Resultados quantitativos descritivos	80
5.1.1 Resiliência	80

5.1.1.1 Primeira e segunda avaliações de resiliência do grupo experimental	80
5.1.1.2 Primeira e segunda avaliações de resiliência do grupo controle	81
5.1.2 Avaliação das estratégias de enfrentamento	82
5.1.2.1 Primeira e segunda avaliações das estratégias de enfrentamento do grupo experimental	82
5.1.2.2 Primeira e segunda avaliações das estratégias de enfrentamento do grupo controle	83
5.1.3 Autoeficácia	85
5.1.3.1 Primeira e segunda avaliações de autoeficácia do grupo experimental	85
5.1.3.2 Primeira e segunda avaliações de autoeficácia do grupo controle	86
5.2 Comparação das variáveis intragrupos	87
5.2.1 Resiliência	87
5.2.2 Estratégias de enfrentamento	87
5.2.3 Autoeficácia	89
5.3 Correlação entre as variáveis psicológicas	89
5.4 Resultados Qualitativos	91
5.4.1 Entrevista inicial	91
5.4.1.1 Categoria Percepção da vida com diabetes	91
5.4.1.2 Categoria Alimentação e exercício físico	93
5.4.1.3 Categoria Percepção de apoio social	94
5.4.1.4 Categoria Fator emocional e sua influência no diabetes	95
5.4.2 Entrevista final	96
5.4.2.1 Categoria Grupo como espaço de troca	96
5.4.2.2 Categoria Exercício físico, alimentação e controle glicêmico	97
5.4.2.3 Categoria Percepção do apoio social	98
5.4.2.4 Categoria Influência do fator emocional no cuidado do diabetes	98
Capítulo 6 Discussão	100
Capítulo 7 Considerações Finais	113
Referências	114
Anexo 1 Questionário sociodemográfico e médico clínico	125
Anexo 2 Escala de Resiliência de Connor-Davidson (CD-RISC) para brasileiros	127
Anexo 3 Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP)	128
Anexo 4 Escala de Confiança no Autocuidado em Diabetes	132
Anexo 5 Entrevistas	136
Anexo 6 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Grupo Experimental	138
Anexo 7 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Grupo Controle	140

Apresentação

A vivacidade do ambiente acadêmico sempre atraiu minha atenção. As discussões e práticas que se ocupam da construção do conhecimento me entusiasma e foram importante motivação na escolha pelo mestrado. Alguns dos meus objetivos com essa decisão foram me envolver em discussões metodológicas diferentes das que vinha seguindo na graduação e estar mais preparada para a docência, experiência que proporciona troca e que tive a oportunidade de vivenciar anteriormente à entrada nesta pós-graduação. Nessa perspectiva, o intuito principal desse projeto foi desenvolver e avaliar algo pontual e prático, que impactasse positivamente a vida das pessoas com doenças crônicas, e que pudesse contribuir com as pesquisas e práticas em Psicologia.

Desde a graduação, estou envolvida em trabalhos com a cronicidade, tanto em Psicologia da Saúde, como o estágio no Centro de Alta Complexidade em Oncologia do Hospital Universitário de Brasília (CACON/HUB), e também na clínica psicológica, trabalhando com pessoas com dor e doenças crônicas, como fibromialgia, artrite, artrose, etc. Meu interesse nesta área está ligado ao desafio deixado pela tecnologia moderna: o cuidado nas condições crônicas impõe uma visão integral do ser humano, visto que a busca por saúde não é mais atingida apenas pela ausência de sintomas, mas pela presença de qualidade de vida e pelo bem-estar físico, psicológico e social. Dessa maneira, as intervenções também precisam ser pautadas em como as pessoas organizam seus pensamentos e crenças, nas estratégias de enfrentamento, na percepção de autoeficácia e no trabalho com a emocionalidade.

Essa mudança referente à saúde e aos novos desafios vem, sobretudo, dos progressos na saúde pública e dos avanços científicos na área da saúde, que proporcionaram um aumento considerável na expectativa de vida da população. Freitas e Mendes (2007) expõem que a evolução tecnológica possibilitou identificar doenças

em estágio inicial e antecipar seu tratamento, promovendo resultados curativos ou controlando a evolução do adoecimento. As autoras discutem que a comunidade científica também contribuiu com a investigação de situações limitantes da vida, desenvolvendo intervenções que podem favorecer positivamente a adaptação a mudanças fortuitas e compulsórias, como amputação de membros e paraplegias, promovendo melhores condições de vida.

No entanto, é relevante frisar que o adoecimento envolve fatores ambientais e comportamentais, e sobre estes também é necessário manejo para um tratamento bem sucedido. Estudos mostram que, mesmo com o avanço tecnológico proporcionado pela ciência, a tecnologia disponível ainda é insuficiente para questões referentes à adaptação às novas e permanentes circunstâncias de vida (Capra, 1982). Outros trabalhos também realçam que as mudanças comportamentais ficam comprometidas quando não há sintomas explicitamente relacionados à doença, sendo necessárias intervenções que abarquem percepções individuais e as possíveis barreiras psicológicas que dificultam a prevenção e a adesão ao tratamento (Moreira, Santos, & Caetano, 2009).

Nessa perspectiva, a psicologia clínica e a psicologia da saúde se aproximam porque trabalham com prevenção de agravos e promoção de saúde, construindo competências pessoais por meio dos fatores de proteção e das características saudáveis dos indivíduos. No trabalho com a clínica, venho observando que mudanças de percepção, crenças e comportamentos começam a acontecer quando as pessoas tomam consciência e se apropriam do que as fazem saudáveis e as colocam em movimento. Dessa forma, o resgate dos fatores saudáveis tornou-se um diferencial para que as pessoas comessem a fazer mudanças em suas vidas, desenvolvendo forças e estratégias para atingir seus objetivos.

Numa tentativa de contemplar os fatores citados acima, este trabalho, que objetivou estimular o desenvolvimento de resiliência em pessoas em situação de cronicidade, é oportuno e pertinente, porque estimula a promoção de saúde, visto sua relação aos aspectos saudáveis dos indivíduos ao englobar o desenvolvimento de outras variáveis, como enfrentamento, autoestima e autoeficácia. Portanto, a resiliência pode ser uma orientação a ser (re)construída frente às adversidades, quando a pessoa utiliza suas estratégias de enfrentamento, revendo sua capacidade efetiva de ação e pode empoderar-se ao se avaliar de forma mais positiva. Dessa forma, o campo de possibilidades torna-se mais amplo, pois as pessoas ficam mais impelidas a encontrar caminhos possíveis para as questões que as afligem e inquietam.

Assim, a presente dissertação está organizada em dois capítulos introdutórios: o primeiro definindo as doenças crônicas e contextualizando o diabetes nessa classificação e o segundo caracterizando a Psicologia Positiva e o conceito de resiliência, bem como outros construtos da pesquisa. No segundo capítulo também são apresentados estudos acerca da resiliência em diabetes e outras doenças crônicas. Em seguida, estão presentes os objetivos da pesquisa, método e resultados. Finalizando a dissertação, há a discussão, que relaciona os dados da pesquisa à literatura pesquisada.

Capítulo 1

Cronicidade e Diabetes

1.1 Doenças crônicas: conceito, incidência e implicações

As questões relacionadas à saúde e à doença sempre ocuparam um papel de destaque no interesse humano (Batistella, 2007). Tradicionalmente, a área de Saúde classificava as formas de adoecimento em doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis (Mendes, 2011). No entanto, esta classificação não explicitava como os sistemas de saúde se organizavam, visto que algumas doenças transmissíveis, por imporem um tempo prolongado de tratamento, aproximam-se da forma de cuidado das doenças crônicas. A nova classificação em saúde, portanto, foi definida, de acordo com Mendes (2011):

por algumas variáveis-chave contidas no conceito de condição de saúde: primeira, o tempo de duração da condição de saúde, se breve ou longo; segunda, a forma de enfrentamento pelo sistema de atenção à saúde, se episódica, reativa e feita sobre a queixa principal, ou se contínua, proativa e realizada por meio de cuidados, mais ou menos permanentes, contidos num plano de cuidado elaborado conjuntamente pela equipe de saúde e pelas pessoas usuárias; e, por fim, o modo como se estrutura o sistema de atenção à saúde, se fragmentado ou integrado. (p. 25)

De acordo com esses critérios, as condições de saúde, categoria usada para indicar as “circunstâncias na saúde das pessoas” (Mendes, 2011, p. 25), foram classificadas em doenças agudas e doenças crônicas. As primeiras manifestam-se num espaço curto de tempo, exemplificadas pelas doenças transmissíveis (ex. gripe), infecciosas (ex. apendicite) ou de causas externas (ex. traumas). Essas condições têm início de maneira súbita, possuem causa de fácil diagnóstico e reagem satisfatoriamente

aos tratamentos medicamentosos ou cirúrgicos. Segundo Mendes (2011), “o ciclo típico de uma condição aguda é sentir-se mal por algum tempo, ser tratado e ficar melhor” (p.26) a partir do diagnóstico e tratamento corretos disponibilizados pela equipe de saúde.

Condições crônicas são definidas como situações que persistem ao longo do tempo e necessitam de cuidados específicos permanentes (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2003). Consoante à definição da OMS, Camon, Chiattonne, Sebastiani, Fongaro e Santos (1996) apresentam o conceito de doença crônica de Zozaya, que a entende como um estado patológico permanente com alterações irreversíveis. Esta condição necessita de cuidados prolongados, reabilitação ou períodos extensos de observação e controle (Zozaya citado por Camon et al., 1996).

As condições crônicas são decorrentes de causas diversas, como fatores hereditários, estilo de vida e contato com agentes ambientais, e têm, em geral, início e evolução lentos (Mendes, 2011). Os grupos de doenças classificados nesta categoria englobam as doenças transmissíveis, como a hepatite e a tuberculose que, apesar de infecciosa e curável, têm tratamento mínimo fundamentado em longa duração; as doenças não transmissíveis são as doenças cardíacas, câncer e distúrbios mentais, e as deficiências físicas, incluindo cegueira ou amputação, que decorrem geralmente da falta de prevenção ou monitoramento das condições crônicas. Invariavelmente, há a necessidade de modificação do estilo de vida e monitoramento da saúde em todas as situações apresentadas (OMS, 2003).

Freitas e Mendes (2007), numa revisão de literatura acerca da definição de doenças crônicas, indicam que as ideias de imperfeições, incapacidade prolongada, inabilidades, entre outras características, circundam este conceito. As autoras indicam

que as doenças crônicas são definidas como algo desagradável que desencadeiam modificações na vida, como limitações e problemas orgânicos.

A OMS (2003) explicita que as situações crônicas demandam gerenciamento ininterrupto por tempo indeterminado, implicando cuidados regulares e contínuos. Declara, portanto, que é o grande desafio para a saúde no século XXI, visto que os indicadores de incidência e prevalência crescem em todo o mundo, requerendo eficácia e eficiência dos sistemas de saúde para lidar com a demanda emergente. Sobre o assunto, a OMS (2003) pondera em seu relatório mundial sobre cuidados inovadores para condições crônicas:

as condições não transmissíveis e os distúrbios mentais representam 59% do total de óbitos no mundo e, em 2000, constituíram 46% da carga global de doenças. Presume-se que esse percentual atingirá 60% até o ano 2020 e as maiores incidências serão de doença cardíaca, acidente vascular cerebral, depressão e câncer. (p.17)

O aumento da ocorrência de doenças crônicas refere-se à mudança vivenciada no século XX, que apresentou uma modificação nos padrões de adoecimento e morte (Buchalla, Waldman, & Laurenti, 2003). Dados mostram o declínio na prevalência de doenças infecciosas, que foram resultado dos avanços na saúde pública, concretizados pela melhoria das condições de higiene ambiental, da nutrição e da inserção de novas medidas sanitárias, como purificação da água, rede de esgotos e melhor cuidado com os alimentos (Capra, 1982). De acordo com o autor, o avanço tecnológico do modelo de saúde biomédico não foi o maior responsável pela modificação das condições de saúde e, também, é limitado quanto às intervenções direcionadas a prevenção. Capra (1982) coloca que fatores como comportamento, alimentação e qualidade do meio ambiente influenciam a saúde em grau superior às tecnologias disponíveis, visto que a

modificação desses fatores implica a alteração das formas de adoecimento. Completando, expõe que as novas formas do adoecer, representadas pelas doenças crônicas, não estão relacionadas à pobreza e a condições de vida insatisfatórias, mas à “prosperidade e complexidade tecnológica” (Capra, 1982, p. 119) e a um estilo de vida estressante, alimentação descomedida, sedentarismo, drogadição e poluição ambiental.

É sabido que os avanços científicos proporcionaram o prolongamento da vida, contribuindo também para o envelhecimento das comunidades. Este fator, associado ao cenário de melhores condições sanitárias e mudanças no estilo de vida, vem contribuindo para que o número de pessoas que passa a viver com alguma condição crônica aumente de maneira acelerada (Freitas & Mendes, 2007; OMS, 2003). Veras (2009) coloca que atingir a velhice é uma possibilidade real, inclusive nos países mais pobres, mesmo que a melhoria no sistema de saúde não seja igualitária em todas as nações e contextos socioeconômicos. O autor assinala ainda que, a cada ano, 650 mil novos idosos passam a integrar a população brasileira, a sua maioria com doenças crônicas e limitações funcionais. No entanto, cita que as doenças crônicas não são decorrência natural do envelhecimento e alerta que a prevenção de condições crônicas é indicada para todos os grupos etários, se constituindo em impulsionador para a modificação das estatísticas de morbimortalidade.

A transição epidemiológica decorre da modificação dos padrões de doenças, dos determinantes demográficos, econômicos e sociais (Theme-Filha, Szwarcwald, & Souza-Júnior, 2005). As transições podem ser caracterizadas de acordo com a velocidade que ocorrem, exemplificadas em três modelos: (1) transição gradativa promovida pela modernização, conhecida também por ser um movimento vagaroso; (2) transição acelerada após a recuperação de grandes pandemias, diminuindo em seguida as taxas de mortalidade; (3) um modelo prolongado, em que quedas de mortalidade são

identificadas apenas após a Segunda Guerra Mundial, fator observado em economias em desenvolvimento, como o Brasil. De acordo com os autores, a modificação da epidemiologia se dá basicamente por três fatores, independente do tipo de transição: queda da mortalidade e mudança do padrão de morbidade; mudança do acometimento de doenças infecciosas para doenças crônicas não transmissíveis; e transferência da morbimortalidade para grupos mais velhos (Theme-Filha et al., 2005). Corroborando esta afirmativa, Schmidt et al. (2011) assinalam que “paralelamente a essa mudança na carga de doença, houve uma rápida transição demográfica no Brasil, que produziu uma pirâmide etária com maior peso relativo para adultos e idosos” (p. 61).

De acordo com Duncan et al. (2012), o Brasil também compõe o quadro de países onde prevalecem as mortes por doenças crônicas não transmissíveis. A exemplo disso, citam que, em 2009, 72,4% das mortes estavam relacionadas à condição de cronicidade, principalmente doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes. Dessa forma, é possível encontrar ações para reverter este quadro. Foi desenvolvido, por exemplo, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis para ser implementado entre 2011 e 2022 com o intuito de proporcionar o desenvolvimento e a concretização de políticas públicas para prevenir e controlar as DCNT e seus fatores de risco, bem como fortalecer o serviço de saúde voltado ao atendimento de pessoas com doenças crônicas. Partindo do pressuposto que os fatores de risco que perpassam as quatro doenças crônicas mais prevalentes são modificáveis – tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e consumo indevido de álcool – o plano é fundamentado em três eixos principais: 1) vigilância, informação, avaliação e monitoramento; 2) promoção da saúde; e 3) cuidado integral. O primeiro refere-se ao acompanhamento das taxas de morbidade e mortalidade, enquanto o segundo prioriza parcerias, incentiva e desenvolve ações que

reduzam essas doenças e seus fatores de risco, principalmente para as comunidades mais vulneráveis; o cuidado integral refere-se, dentre outros fatores, à expansão das ações preventivas e de controle das doenças crônicas. Malta, Morais Neto e Silva Júnior (2011) citam que, apesar da alta taxa de mortalidade por doenças crônicas ocorrida no Brasil em 2007 (540 óbitos por 100 mil habitantes), a incidência de mortes por estas causas foi reduzida em 20% nesta década em relação às doenças do sistema respiratório e circulatório.

Malta et al. (2014) pesquisaram, por meio de um estudo descritivo, o índice de mortalidade por DCNT no Brasil entre os anos 2000 e 2011. Os autores utilizaram o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) para acessar os dados, que foram classificados por ano, sexo, faixa etária e unidade da federação. Seguindo as recomendações da OMS, as DCNT foram identificadas pelas doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, neoplasias, diabetes *mellitus* e outras doenças crônicas. O estudo mostrou que, em 2011, 72,7% de mortes foram decorrentes de DCNT, a saber: 30,4% por doenças cardiovasculares, 16,4% por neoplasias, 6% por doenças respiratórias e 5,3% por diabetes. Quase quinze por cento dos óbitos foram classificados como outras doenças crônicas. Foi identificada diminuição média de 2,5% nas taxas de óbito por DCNT quando comparados o mesmo período, faixa etária e sexo. O declínio é significativo quando são analisadas as taxas de doenças cardiovasculares e doenças respiratórias crônicas, 3,3% ao ano e 4,4% ao ano respectivamente. Houve uma redução de 0,9% ao ano para as taxas de neoplasias e 1,7% ao ano para o diabetes. Os autores destacam que a queda na taxa de mortalidade por DCNT, entre 2010 e 2011, foi de 3,8%. A redução nas taxas pode ser explicada por maior acesso ao sistema de saúde, à declividade do tabagismo e à melhoria socioeconômica de grupos da população (Malta et al., 2014). Em contrapartida, os pesquisadores também ressaltam que, mesmo com

correções para sub-registros e causas mal definidas, há a possibilidade de imprecisão do declínio das taxas, devido, por exemplo, a dificuldades de cobertura nas regiões Norte e Nordeste.

O estudo da carga global de doenças (GBD) (Wang et al., 2015), apresenta uma avaliação de todas as causas e de causas específicas de mortalidade em 195 países e territórios, de 1980 a 2015. O GBD é um estudo sistemático que quantifica a perda de saúde por consequências de doenças, lesões e fatores de risco por idade, sexo e local geográfico em determinado intervalo de tempo (Instituto de Métrica e Avaliação em Saúde [IHME], 2013). Em outras palavras, o índice quantifica a presença de mortalidade e de incapacidade das doenças. A lista de causas compiladas vem evoluindo desde 1991, quando a OMS deu início ao projeto *Global Burden of Disease and Risk Factors*. De acordo com este estudo, em 2015, as DCNT foram responsáveis por uma média de 71,3% das mortes no mundo. Desde 2005, a taxa de mortes totais relacionadas às doenças crônicas aumentaram 14,3% (5 milhões de mortes), mas as taxas categorizadas por idade diminuíram 13%, de 719,1 por 100.000 mortes em 2005 para 624,7 por 100.000 mortes em 2015. Naquele ano, as principais causas de morte por DCNT foram as doenças cardiovasculares, responsáveis por 17,9 milhões de mortes, câncer com 8,8 milhões de mortes e doenças respiratórias crônicas, 3,8 milhões. O estudo indica que a mortalidade total cresceu 32,1% em decorrência do diabetes, numa estimativa de 1,5 milhões de mortes em média. Doenças renais crônicas adquiridas em função do diabetes *mellitus* cresceram 39,5% em média, ao se comparar 2005 e 2015.

É problematizada a necessidade de desenvolver uma “abordagem longitudinal e integral” para o cuidado dessas doenças, por meio da “elaboração e aplicação de políticas de controle, vigilância e monitoramento focadas na prevenção e atenção aos indivíduos ou portadores dessas doenças em todas as regiões” (Malta et al., 2014, p.

606). Para estratégias de promoção de saúde, os autores reforçam a existência de políticas públicas que impulsionem hábitos saudáveis, realização de atividade física, ambientes sem tabagismo, além da normatização das propagandas de bebidas alcoólicas (Malta et al., 2014). As cronicidades representam, dessa forma, uma demanda expressiva no cenário brasileiro, requerendo cuidados específicos nos serviços de saúde (Barros, Francisco, Zanchetta, & César, 2011). Elas são as causas predominantes de casos de incapacidade, incrementam o motivo de buscas a serviços de saúde, além de assumirem parte notável nos gastos deste setor (Almeida, Barata, Monteiro, & Silva, 2002).

O Ministério da Saúde (2014) assinala que as doenças crônicas são desafiantes, pois são resultado da interface de determinantes biológicos e socioculturais, necessitando, para um cuidado efetivo, de atenção multidisciplinar e do protagonismo do indivíduo, família e comunidade. O Relatório Global de Doenças Crônicas Não Transmissíveis da OMS (WHO, 2014) salienta que as DCNT são um dos maiores desafios em saúde do século XXI, visto o sofrimento humano implicado nessas condições e o impacto socioeconômico causado, principalmente, nos países de baixa e média economia. Na edição de 2010 do mesmo relatório, a entidade ressalta que as consequências sociais e econômicas são impactantes em especial para grupos mais pobres e vulneráveis porque adoecem e morrem mais cedo em comparação a grupos de sociedades mais abastadas. Em vários países em desenvolvimento, as doenças crônicas não transmissíveis são detectadas tardiamente, quando as pessoas precisam de cuidados hospitalares extensos e caros por conta de complicações ou eventos agudos, aumentando drasticamente as despesas médicas. Assim, além de causarem perdas consideráveis na renda nacional, são responsáveis por colocar milhões de pessoas na linha da pobreza todos os anos.

A discussão acerca dos países de baixa e média economia ganha destaque no relatório (WHO, 2010) porque os casos de doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas respondem por uma margem de 80% da incidência de enfermidades em geral. Apesar das consequências negativas provocadas em qualquer economia e sociedade, sua ação torna-se mais devastadora nos países em desenvolvimento. A alta ocorrência de DCNT atinge de maneira desproporcional pessoas em piores condições socioeconômicas. A pobreza deixa as pessoas mais vulneráveis e a ocorrência das doenças crônicas pode levar as famílias à pobreza, gerando um ciclo vicioso.

Do total de 57 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2008, 36 milhões, cerca de 63%, foram em decorrência de doenças crônicas, com destaque para as doenças cardiovasculares, responsáveis por 17 milhões; diabetes, que causaram 1,3 milhões de mortes; doenças respiratórias crônicas, 4,2 milhões; e câncer, 7,6 milhões. Dessa estimativa, cerca de 29 milhões das mortes por DCNT, cerca de 80% do total, foram registradas nos países de baixa e média renda. O relatório também coloca que as DCNT são as principais causas de morte na maioria desses países, exceto nos países africanos. Entretanto, mesmo nas nações africanas, as DCNT estão crescendo tão rapidamente que a projeção é para que exceda as doenças transmissíveis, as de ordem materna, perinatais e nutricionais como a causa mais comum de morte até 2030. Mais de 80% de mortes por doenças cardiovasculares e diabetes, e mais de 90% de mortes em decorrência de doenças respiratórias crônicas, acontecem em países de média e baixa rendas, além de mais de dois terços das mortes por câncer. As mortes prematuras são um ponto de atenção. Estima-se que nos países de baixa e média economia, 48% de todas as doenças crônicas ocorrem em pessoas abaixo de 70 anos, ao passo que nos países desenvolvidos, esse número cai para 26%. A diferença acentua-se para as mortes de pessoas ainda mais

jovens: 29% das mortes das DCNT ocorrem em pessoas abaixo de 60 anos nos países de baixa e média economia, contra 13% em países desenvolvidos (WHO, 2010).

O aumento de DCNT em países de média e baixa renda representa o lado negativo da globalização, exemplificado pela OMS (WHO, 2010) em função da existência de um comércio injusto e *marketing* irresponsável, rápida urbanização sem planejamento e aumento do sedentarismo. De acordo com a entidade, este movimento de urbanização muda a forma de vida das pessoas porque as coloca mais expostas aos fatores de risco. Além disso, as pessoas aumentaram o consumo de alimentos calóricos, já que a disponibilidade desses produtos cresceu em sincronia à sua publicidade, assim como também a oferta e disponibilidade de fumo e álcool.

Ainda em destaque pela OMS, as pessoas que ocupam as posições mais desfavoráveis nas economias em desenvolvimento têm as piores perspectivas de cuidado em relação às DCNT, adoecendo e morrendo mais cedo que as pessoas em posições mais elevadas. A instituição elenca fatores educacionais, de ocupação, renda, gênero e etnia como fatores sociais determinantes para a localização das pessoas no estrato social. Indicam, ainda, haver uma evidência significativa correlacionando os determinantes sociais, sobretudo a educação, e o predomínio dos fatores de risco e da prevalência das DCNT (WHO, 2010).

A maior parte dessas mortes prematuras são evitáveis, permitindo que o sistema de saúde responda de maneira mais efetiva aos cuidados necessários às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (WHO, 2014). Para isso, a OMS (WHO, 2014) desenvolveu um relatório de ações globais com o intuito de prevenir e controlar as doenças crônicas não transmissíveis entre 2013 e 2020. O plano entrega aos Estados participantes um roteiro e uma lista de opções políticas para serem aplicados por todos coletivamente, contribuindo assim para alcançar o progresso a partir de nove metas

globais até 2025. Dentro dos objetivos do plano, está a redução de 25% de mortes prematuras por doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas até 2025, redução em 10% da prevalência da inatividade física, e interromper o crescimento do diabetes e da obesidade.

O relatório de ações globais retoma os quatro fatores de risco compartilhados pelas principais DCNT: uso de cigarro, dieta não saudável, ausência de exercício físico e uso indevido de álcool. A OMS (WHO, 2014) coloca que, embora os índices de doenças crônicas sejam predominantes na vida adulta, os fatores de risco começam a fazer parte da vida das pessoas muito cedo. Caso não haja intervenções como as colocadas no relatório, a OMS (WHO, 2014) estima que, em 2030, 55 milhões de pessoas morrerão em decorrência de alguma doença crônica não transmissível. Boa parte da incidência das DCNT pode ser prevenida pela observação dos quatro principais fatores de risco comportamentais. Dados presentes no Relatório Global de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (WHO, 2010), indicam que o tabagismo, atividade física irregular e dietas inadequadas são responsáveis por, aproximadamente, 80% das doenças do coração e doenças relacionadas à vascularização cerebral. Quase 6 milhões de pessoas morrem por ano devido ao uso de cigarro de forma direta ou passiva. Estima-se que o ato de fumar está relacionado a cerca de 71% dos casos de câncer de pulmão, 42% da incidência de doenças crônicas respiratórias e em torno de 10% das doenças cardiovasculares. A inatividade física compõe as causas de morte de 3,2 milhões de pessoas por ano. As pessoas classificadas neste grupo têm de 20% a 30% de aumento de risco de mortalidade por todas as causas. A prática regular de atividades físicas reduz o risco de doenças cardiovasculares, incluindo hipertensão, diabetes, câncer de mama e de colo do útero e depressão. A escassa atividade física é maior nos países de alta economia e observa-se que níveis mais elevados de exercício físico são

identificados em países de economia média (WHO, 2010). O documento assinala que, nos países desenvolvidos, cerca de 41% dos homens e 48% das mulheres não pratica atividade física suficiente, ao contrário dos países em desenvolvimento que tem uma taxa de 18% de homens e 21% de mulheres inativos fisicamente. Estes dados foram justificados pelo aumento da automatização do trabalho e outros aspectos da vida nos países mais desenvolvidos.

O uso danoso do álcool respondeu por 2,3 milhões de mortes no mundo em 2004, o que equivale a aproximadamente 3,8% de todas as mortes deste ano. Deste número, mais da metade ocorreram em decorrência de DCNT, como câncer, doenças cardiovasculares e cirrose hepática. Acerca da alimentação saudável, estima-se que o consumo de sal, fator importante no controle da pressão sanguínea e risco de doenças cardiovasculares, encontra-se acima do recomendado. A OMS (WHO, 2010) salienta que o consumo de frutas e vegetais reduz o risco de doenças cardiovasculares, câncer de estômago e câncer colorretal. Fator de risco para doenças do coração e diabetes, o sobrepeso e a obesidade influenciam aproximadamente 2,8 milhões de mortes todos os anos. A incidência de sobrepeso é maior em países de renda média-alta, mas a alta ocorrência também é identificada em países de renda média-baixa.

O Relatório Global de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (WHO, 2014) segue as metas do Plano de Ação Global (*Global Action Plan 2013-2020*) e estende até 2025 o período em que os países comprometidos com a redução do impacto das doenças crônicas devem: reduzir em 25% a mortalidade de doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas; reduzir em 10% o uso abusivo de álcool; reduzir em 10% a inatividade física; em 30% o uso de sal/sódio; em 30% o uso de tabaco; reduzir em 25% a prevalência de pressão sanguínea elevada; frear o aumento de diabetes e da obesidade; pelo menos 50% das pessoas necessitadas receberem terapia

medicamentosa e aconselhamento para prevenir ataques cardíacos e derrame; ter 80% da tecnologia básica e medicamentos essenciais disponíveis requeridos para o tratamento das DCNT nos setores público e privado. De acordo com a OMS (WHO, 2014), esses objetivos devem estar presentes como questão de saúde pública, mas também como objetivos para um desenvolvimento sustentável.

1.2 Diabetes *mellitus*

Dentre as doenças crônicas, o diabetes *mellitus* apresenta-se como uma questão que requer mais atenção pela sua gravidade e seu estabelecimento como um problema de saúde pública (Antônio, 2010). A autora informa que a doença é conhecida há pelo menos 3.500 anos e é caracterizada principalmente pela hiperglicemia, quando há aumento de glicose no sangue, além de alterações do metabolismo nos lipídios e proteínas. A OMS (WHO, 2016) ressalta que o diabetes *mellitus* é uma doença crônica causada pela deficiência na produção de insulina pelo pâncreas ou pela ineficácia da insulina produzida. Estas deficiências, que resultam no aumento da concentração de glicose no sangue, causam prejuízos aos sistemas do corpo, particularmente vasos sanguíneos e nervos. A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2017) apresenta definição semelhante, antecipando que o diabetes “não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos, que apresenta em comum a hiperglicemia” (p.7). Complementando, detalha a caracterização relacionada a não produção de insulina pelo corpo ou insuficiência na capacidade de empregar de forma adequada a insulina produzida. Insulina, como explicado pela entidade, é o hormônio que controla a quantidade de glicose no sangue. Sua ausência ou deficiência na utilização implica níveis altos de glicose no sangue que, por tempo prolongado, pode danificar órgãos, vasos sanguíneos e nervos.

Informações recentes da instituição, indicadas no *Global Report on Diabetes* (WHO, 2016), o primeiro relatório global da OMS sobre o diabetes, confirmam que o diabetes *mellitus* é uma das quatro maiores doenças crônicas não transmissíveis atualmente. A maior parte desse crescimento ocorre em países em desenvolvimento, afetando principalmente a população mais velha, pessoas com dietas pouco saudáveis, obesidade e sedentarismo. O relatório destaca que o diabetes não controlado pode levar a sérios danos ao coração, vasos sanguíneos, olhos, rins e nervos. O documento aponta ainda que mais de 400 milhões de pessoas vivem com diabetes. A Federação Internacional de Diabetes (IDF, 2015) completa a informação, relatando que 318 milhões de adultos têm alterações na tolerância à glicose, classificando-os como grupo de alto risco a desenvolver a doença no futuro. Estima-se que, em 2040, o número de pessoas vivendo com a doença passe de 642 milhões.

O diabetes tipo 1 é caracterizada pela produção deficiente de insulina pelo corpo. As pessoas com esse tipo de diabetes administram insulina diariamente para regular a quantidade de glicose no sangue. A causa do diabetes tipo 1 é desconhecida e, por esta razão, não há ações preventivas. Entre os sintomas estão: urinar e sentir sede em excesso, fome constante, perda de peso, fadiga e mudanças na visão (WHO, 2016). A Federação Internacional de Diabetes coloca que possíveis fatores de risco do diabetes tipo 1 são histórico familiar de diabetes, genética, infecções e outras influências ambientais. O diabetes tipo 2, por outro lado, é decorrente da ineficiência do corpo à tentativa de usar a insulina produzida. É esse tipo que acomete a maioria das pessoas com diabetes em todo o mundo. Os sintomas são similares aos da diabetes tipo 1, porém em menor intensidade ou até mesmo ausentes, motivo pelo qual as pessoas permanecem sem diagnóstico por muitos anos (WHO, 2016). Como fatores de risco estão obesidade, sedentarismo, alimentação inadequada, histórico familiar, antecedentes de diabetes

gestacional e idade avançada (IDF, 2015). Há também a diminuição da tolerância à glicose e a diminuição da glicemia em jejum, que são condições intermediárias entre o nível de glicose normal e a diabetes, mas ressalta-se que essa transição é evitável. A diabetes gestacional é uma condição temporária que ocorre na gravidez, acarretando a longo prazo o risco de diabetes tipo 2. Esta condição é caracterizada por níveis de glicose acima do normal, mas abaixo do diagnóstico de diabetes. Para este trabalho, será focalizado o *diabetes mellitus* tipo 2.

1.3 Diabetes *mellitus* tipo 2

Os fatores de risco para o diabetes tipo 2 são uma interface de fatores metabólicos e genéticos, incluindo etnia, histórico familiar com diabetes, idade avançada, excesso de peso ou obesidade, hábitos alimentares não saudáveis, inatividade física e hábito de fumar (WHO, 2016). A intolerância à glicose é considerada fator de risco para o desenvolvimento do diabetes (WHO, 2010). A doença está liderando a causa de falência renal em muitas populações de países desenvolvidos e em desenvolvimento. Em países desenvolvidos, a organização afirma que a amputação de membros inferiores é 10 vezes mais comum em pessoas diabéticas, além de ser uma das principais causas do comprometimento da visão e de cegueira (WHO, 2016).

A doença é reconhecida pela OMS (WHO, 2016) como uma causa importante de morte prematura e deficiências. É indicado que, em 2012, 1,5 milhões de mortes no mundo foram causadas diretamente pela diabetes. A doença foi a oitava causa de morte de ambos os sexos e a quinta causa de morte do sexo feminino. A OMS estima que, em 2014, 422 milhões de pessoas acima de 18 anos tinham diabetes, em comparação aos 108 milhões em 1980. Esse número cresce devido ao crescimento populacional, ao aumento da média de idade da população e ao aumento da prevalência de diabetes nas diversas faixas etárias.

O diabetes tipo 2 é a forma mais prevalente da doença. Em países desenvolvidos, 91% das pessoas que têm a doença são diabéticos tipo 2 (IDF, 2015). A Federação Internacional de Diabetes estima que 193 milhões de pessoas têm a doença, mas não receberam diagnóstico, o que as coloca como grupo de maior risco para desenvolver complicações.

A educação é imprescindível para melhorar o diagnóstico, para controlar a doença nas pessoas diagnosticadas e para consolidar as mudanças no estilo de vida que contribuirão para diminuir os índices de diabetes tipo 2. Os programas educacionais têm a função de auxiliar o controle das pessoas com diabetes e a saúde pública tem a função de encorajar a população a mudar seu comportamento para prevenir o diabetes tipo 2. O diagnóstico precoce pode prevenir ou atrasar as complicações advindas da doença. Com bom autocontrole e apoio profissional, pessoas com diabetes podem viver bem e saudavelmente por longo período de tempo.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2016), ações preventivas estão relacionadas à saúde de modo geral, agindo sobre a população vulnerável para prevenir o advento da patologia, adiar o início do diabetes, ou mesmo cuidar de suas complicações agudas ou crônicas. Especificamente em relação ao diabetes tipo 2, as intervenções devem abarcar problemas de obesidade, hipertensão arterial e dislipidemia para prevenir o surgimento da doença, o que implicaria também na redução de doenças cardiovasculares. Os programas de intervenção são calcados em modificações na dieta e na atividade física, com o objetivo de redução do excesso de peso dos indivíduos com maior risco de desenvolver diabetes. Dados relacionados à modificação no estilo de vida, com destaque para a alimentação e atividade física, estão relacionadas à incidência do diabetes tipo 2 (SBD, 2016). O relatório das diretrizes 2015-2016 da Sociedade Brasileira de Diabetes (2016), para sustentar tal assertiva,

indica estudos longitudinais com prevalência na modificação de hábitos alimentares e de exercícios físicos que desencadearam a redução da incidência de diabetes.

Consoante ao preconizado pela OMS, Ant3nio (2010) tamb3m indica que o grupo que sofre com a doena cresce consideravelmente devido, em parte, ao envelhecimento da populao,  obesidade, a um estilo de alimentao no saudvel e ao sedentarismo, al3m da urbanizao e da industrializao (Ant3nio, 2010; Silva, 2006). Ant3nio (2010) considera que o acesso ao conhecimento acerca da doena e suas consequ3ncias implicaria melhora da qualidade de vida, reduo de crises de hipoglicemia, reduo no n3mero de interven3es hospitalares e melhor aceitao da doena. A autora pondera, citando estudos de Silva e Trindade e Teixeira, que atitudes preventivas devem estar presentes na ateno primria, quando h identificao de casos ainda no diagnosticados, bem como nos n3veis secundrio e tercirio, nos quais existe tratamento para indiv3duos que possuem a doena, para prevenir complica3es agudas e cr3nicas. Dessa maneira, alerta que para o controle metab3lico, a adoo de atividade f3sica e de dieta equilibrada, a educao em sa3de 3 um fator imprescind3vel no tratamento da doena. Freitas e Mendes (2007) consideram que pessoas em condio de cronicidade devem promover ajustamentos para balancear dificuldades e limita3es impostas pela doena ou condi3es de vida, com medidas de promoo de sa3de.

O GBD de 2015 entende o diabetes como uma doena e como um fator de causas de outras doenas. O estudo indica que, de 1990 a 2015, o 3ndice de diabetes subiu. Em 2015, aproximadamente 12 milh3es de pessoas tinham diabetes no Brasil; de 2010 a 2015 esse n3mero subiu em torno de 450 mil casos por ano. Os autores ressaltam que o aumento 3 em decorr3ncia do envelhecimento da populao. Em 2015, houve 62.466 casos de mortes por diabetes no Brasil, dos quais 56,1% de mulheres.

Straub (2014), citando a Associação Americana de Diabetes, discorre acerca do diabetes, enfatizando que fatores como conhecimento, crenças e comportamento impactam consideravelmente as estratégias que o indivíduo possui para lidar com a doença. Citando Rutten, discute que as intervenções educacionais são insuficientes quando não acompanhadas de ações que abranjam estilo de vida, bem-estar psicológico, automanejo, adesão a medicamentos, consideradas essenciais para as intervenções nesses casos. O autor expõe estudos que interviram inicialmente na aceitação do diagnóstico, trabalhando as percepções negativas sobre a doença e utilizando estratégias para que os sujeitos se sentissem melhor consigo mesmos, adquirindo habilidade de autogerenciamento de suas emoções e planejamento das atividades diárias de cuidado pessoal. Foi verificado que, com essas intervenções, houve um aumento no controle sobre os níveis de açúcar no sangue.

A pessoa com diabetes é impelida a inúmeras exigências físicas e comportamentais, como a necessidade de adesão a uma dieta controlada e rigorosa, controle diário dos níveis de glicose e uso de medicamentos específicos, que podem se constituir em condições árduas e frustrantes (Straub, 2014). O controle do peso torna-se essencial porque aumenta a capacidade de regulação da glicose pelo corpo, reduzindo o número de medicamentos. A regularidade em atividades físicas apresenta-se como um fator de proteção determinante para o controle da doença, visto a permanência do seu efeito positivo a despeito de variáveis como obesidade, hipertensão e história familiar da doença, fatores de risco significativos para a condição (Straub, 2014).

Straub (2014) também retoma a importância do controle do estresse em pessoas com diabetes, associando-o à decisão de aderir ou não ao tratamento. Exemplifica com o fato de o estresse poder impulsionar um comer excessivo, diminuindo o controle sobre o diabetes, que aumentaria o estresse, provocando a ação de comer em demasia,

instalando um círculo vicioso. Acerca do estresse, Sousa (citado por Mesquita, Lobato, Lima, & Brito, 2014) coloca que é uma reação fisiológica que provoca a ação de hormônios responsáveis por produzir energia para lutar ou fugir, o que aumenta, por consequência, o nível de glicose no sangue. Penteado e Oliveira (2009) citam estudos que explicam a relação entre estresse e diabetes por uma ativação ininterrupta do eixo HPA (hipotálamo-pituitária-adrenal), com a secreção aumentada do cortisol e outros hormônios associados ao diabetes tipo 2. Os autores indicam haver uma interação complexa entre o desarranjo do eixo HPA à sensibilidade alterada da resposta hormonal e fatores como hipoinsulinemia e hiperglicemia, que permaneceriam estimulando o eixo. Tais fatores associados ao aumento do hormônio liberador de corticotrofina, favoreceriam a movimentação das reservas de glicose e a diminuição da sensibilidade da ação da insulina. Por esta razão, admite-se como fundamental a intervenção em controle do estresse ao tratamento do diabetes *mellitus* tipo 2, com o intuito de melhorar os níveis glicêmicos e prevenir complicações (Penteado & Oliveira, 2009).

Hábitos de vida saudáveis como boa alimentação, exercícios físicos regulares e estratégias de enfrentamento físicas e psicológicas contribuem para que essas condições não se instalem ou, ainda, auxiliem na melhoria da saúde das pessoas nessas condições (Straub, 2014). Chor (1999), refletindo sobre formas de conversão do conhecimento produzido no campo da saúde pública para intervenções em doenças cardiovasculares, aponta que o acesso à informação, nível de escolaridade e acesso a bens e serviços não são suficientes para direcionar a escolha de comportamentos referentes aos fatores de risco da doença. É possível estender tal consideração a outras cronicidades, como o diabetes *mellitus*, que tem sua prevenção, controle e precaução a complicações calcada nas mudanças de hábitos e atitudes. Fatores biológicos, sociais e psicológicos estão implicados no aparecimento de doenças crônicas. Por esta razão, estudos sobre variáveis

psicológicas tornam-se extremamente necessários por abordarem as questões pessoais intrincadas no processo de escolha de comportamentos que levam à construção de hábitos. Como coloca Chor (1999):

é nesta dimensão que se encontram, provavelmente, as maiores lacunas do “fazer” da saúde pública, ao não levar em conta o caráter não racional das escolhas de comportamento, especialmente quando se trata do prazer ligado ao hábito de fumar, beber, comer ou à vida sexual. É preciso então tentar compreender os diversos determinantes do comportamento humano, entre os quais a epidemiologia acena com probabilidades de adoecimento (e que, portanto, pode ou não ocorrer) a longo prazo, quando não se tem nenhuma garantia de ainda estar vivo. (p. 424)

Marques (2012) traz ainda reflexões acerca das consequências que mudanças indesejadas têm para os indivíduos, relacionando-as às mudanças em diversas áreas da vida, ao aparecimento de novos sentimentos e emoções, dificuldades na saúde física, modificações de comportamento, restrições sociais e, muitas vezes, problemas econômicos. Outras dificuldades que requerem atenção para o cuidado de pessoas com doenças crônicas são elencados pela autora, como o impacto das consequências da condição de enfermidade na vida laboral e a dependência de outras pessoas, que desencadeiam, involuntariamente, alterações na forma de viver. A autora recupera a discussão sobre a interferência das condições de cronicidade na vida familiar, classificando como inevitável para um bom tratamento, a reorganização desse sistema. Straub (2014) assinala que a reação da família pode afetar de maneira positiva ou negativa o sujeito com diagnóstico de diabetes e recomenda a terapia de família como uma opção coerente às novas necessidades do grupo, que incluem a educação sobre a doença, orientações sobre suas formas de controle e reflexões acerca de como o comportamento familiar pode influenciar o controle dessa condição pela pessoa.

1.4 Contribuição da Psicologia no campo das cronicidades

É importante ressaltar o imensurável desconforto que uma condição crônica, especificamente o diabetes, traz. Dessa forma, a adaptação à nova condição e a adesão ao tratamento podem ser consideradas variáveis preditoras de uma melhor condição de vida (Marques, 2012). Nessa perspectiva, a Psicologia torna-se uma área de conhecimento essencial para pesquisar e propor intervenções às situações de cronicidade porque possui métodos baseados em evidências para investigar hábitos e posicionamentos, atuando para que as pessoas elaborem formas saudáveis para conviver com a nova condição. Também é importante frisar a importância da contribuição que a Psicologia traz à compreensão da singularidade humana, problematizando a necessidade de olhar cada sujeito em suas especificidades pessoais e contextuais. A Psicologia também se constitui em um diferencial por adotar um posicionamento que incentiva a autonomia das pessoas, trabalhando para a construção de espaços em que os sujeitos possam se apropriar das informações referentes à sua saúde e incorporá-las em sua vida diária de forma coerente a seus valores e necessidades. Além disso, o desenvolvimento científico da Psicologia contribui para a construção do conhecimento acerca do processo saúde-doença, aumentando a quantidade e qualidade de intervenções direcionadas a pessoas que vivem em condições de cronicidade. Os subsídios teóricos e práticos que ela produz tornam-se um diferencial nos novos processos de adoecimento, visto a necessidade do aprendizado da convivência com a nova condição.

Dentre os aprendizados suscitados pela condição de cronicidade, o processo de adaptação apresenta-se como primordial. Modificações na rotina, alimentação, ajustes em atividades antes corriqueiras requerem o entendimento da situação, enfrentamento e abertura para a construção de novas possibilidades. Nessa perspectiva, Polejack (2007) assinala que, na doença crônica, o indivíduo necessita aprender a conviver com sua

nova condição de vida, o que implica modificações em comportamentos estabelecidos, hábitos, crenças e rotinas. A autora destaca que para haver mudanças, “o indivíduo precisa passar por um processo de aceitação do diagnóstico, de compreensão da condição de saúde e mobilização para a mudança” (Polejack, 2007, p. 27). Tal consideração pressupõe, como a preconizada neste trabalho, que a pessoa deve implicar-se em sua nova condição de vida, apropriando-se do novo lugar de forma ativa.

O processo de adaptação, por sua vez, requer o enfrentamento de eventos estressores. Estresse, numa perspectiva de interação entre o organismo e o ambiente, é compreendido como o desequilíbrio homeostático do organismo frente às exigências externas (Ferrero, Barreto, & Toledo citado por Seidl, Zannon, & Tróccoli, 2001). Enfrentamento compreende os “esforços cognitivos e comportamentais voltados para o manejo de exigências ou demandas internas ou externas, que são avaliadas como sobrecarga aos recursos pessoais do indivíduo” (Folkman, Lazarus, Gruen, & De Longis citado por Seidl et al. 2001). Os autores assinalam que, nessa concepção teórica, o enfrentamento teria a função de mediar a relação organismo-ambiente. Dessa forma, o aprendizado de novas estratégias de enfrentamento em situações de cronicidade é significativo para aumentar as possibilidades de manejo dos estímulos aversivos presentes no cotidiano.

Nesse sentido, o trabalho com a adaptação, enfrentamento e desenvolvimento do protagonismo desencadeiam a construção de novas possibilidades, como a autonomia. A OMS (2003) discute o posicionamento ativo do paciente crônico como essencial para o gerenciamento de seu tratamento, assim como a aquisição de novas habilidades, inclusive no que se refere à interação com o sistema de saúde:

de fato, há evidências substanciais em mais de 400 artigos publicados indicando que as intervenções voltadas à promoção do papel dos pacientes no gerenciamento das condições crônicas estão associadas a melhores

resultados. O comportamento dos pacientes no dia a dia (...) influencia a saúde em proporções muito maiores do que intervenções médicas isoladas. (p. 35)

As cronicidades requerem tempo diferenciado de intervenção visto impactarem direta e permanentemente a vida dos indivíduos. Para aprimorar o cuidado das condições crônicas, a OMS (2003) divulga que há necessidade de focar e avaliar o comportamento dos pacientes crônicos relativos ao autocuidado e investir nas habilidades de comunicação dos trabalhadores de saúde. Straub (2014), nessa direção, afirma que desenvolver habilidades para que indivíduos com qualquer doença crônica se envolvam ativamente nas tomadas de decisão em seu tratamento tem como benefícios: o aumento da percepção de controle, a melhoria da comunicação entre profissional de saúde-paciente, aumento da confiança nos tratamentos prescritos e maior adesão.

Dessa forma, o estudo da resiliência, conceito que tem sido valorizado pela psicologia, decorre da sua possibilidade de contribuição na constância do autocuidado, relevante em qualquer doença crônica (Cal, de Sá, Glustak, & Santiago, 2015). A pesquisa sobre resiliência investe na esfera da potencialidade humana e trabalha para tornar os indivíduos mais conscientes e protagonistas de suas escolhas, visto poderem identificar e se apropriar de suas características positivas. Interpreta-se que esta ação aumentaria sua autoconfiança e desencadearia uma percepção de autoeficácia ampliada. Associando tais esferas à exploração de outros fatores, como aceitação da doença e autoestima, entende-se que as informações e recomendações objetivas acerca de sua condição adquiririam outro impacto, abrindo possibilidades para escolhas de ações que os beneficiariam.

O próximo capítulo abordará considerações sobre a Psicologia Positiva e sua relação com os estudos sobre resiliência. Também foram compilados alguns estudos sobre intervenção em resiliência no contexto do diabetes e outras doenças crônicas.

Capítulo 2

Psicologia Positiva e Resiliência

2.1 Psicologia positiva: definição e contribuições

Psicologia Positiva é a área que investiga os aspectos e processos que contribuem para um desenvolvimento ótimo dos indivíduos, grupos e instituições (Gable & Haidt, 2005). Segundo Seligman (2002), o campo contempla as experiências subjetivas positivas, como bem-estar e satisfação, em níveis individual e grupal. O autor (Seligman, 2003) assinala que o campo estuda emoções e comportamentos que contribuem para a felicidade humana, baseando-se em três pilares:

o primeiro é o estudo da emoção positiva; o segundo é o estudo dos traços positivos, principalmente as forças e as virtudes, mas também as habilidades, como a inteligência e a capacidade atlética; o terceiro é o estudo das instituições positivas, como a democracia, a família e a liberdade, que dão suporte às virtudes que, por sua vez, apoiam as emoções positivas. (pp.16-17)

Paludo e Koller (2007) assinalam que a psicologia positiva se apropria do estudo da potencialidade humana, investigando as circunstâncias que contribuem para o desenvolvimento da prosperidade. Além disso, o movimento enaltece que conhecer forças e virtudes dos indivíduos proporcionaria um “florescimento” destes e dos grupos. O termo florescimento refere-se a *flourishing*, utilizado extensivamente na Psicologia Positiva e definido por Keyes e Haidt (citado por Paludo & Koller, 2007) como “uma condição que permite o desenvolvimento pleno, saudável e positivo dos aspectos psicológicos, biológicos e sociais dos seres humanos” (p. 10). Acerca disso, Seligman e Csikszentmihalyi (2000) discutem que os psicólogos sabem pouco sobre como pessoas

comuns florescem sob boas condições e sobre o que faz a vida valiosa. Ainda sobre o tema, assinalam que se os psicólogos desejam melhorar a condição humana, além de auxiliar quem sofre, a atenção também deve ser voltada às pessoas comuns, que precisam de orientação para alcançar uma vida rica e uma existência mais satisfatória.

De acordo com Paludo e Koller (2007), o movimento da Psicologia Positiva foi iniciado dentro da ciência psicológica pelo psicólogo Martin Seligman, em 1998, no momento em que o mesmo assumiu a presidência da Associação Americana de Psicologia (*American Psychological Association* – APA). Entretanto, episódios anteriores indicam que o interesse pelo tema antecede este acontecimento. Gable e Haidt (2005) frisam que Willian James, em 1902, referia-se a um termo denominado “espírito saudável”, Allport se interessou pelas características humanas positivas em 1958 e Maslow, em 1968, elegeu como prioridade o estudo de indivíduos saudáveis.

Scorsolini-Comin e Santos (2010), mencionando trabalhos de resgate histórico, associaram o início da Psicologia Positiva aos estudos sobre superdotados, sucesso no casamento e paternidade realizados na década de 1930. Declararam, ainda, que o estudo sobre felicidade e emoções positivas foi iniciado apenas na década de 1950 quando a Organização das Nações Unidas investigava os níveis de vida de diversas comunidades, indicados, à época, por expressões correspondentes, como bem-estar ou qualidade de vida.

A entrada de Seligman na presidência da APA institucionalizou uma série de discussões sobre como a pesquisa e o desenvolvimento de intervenções relacionadas aos aspectos saudáveis e virtuosos das pessoas poderiam contribuir para o desenvolvimento da ciência e da sociedade (Seligman, 2002). Essa postura, de acordo com Paludo e Koller (2007), respondia a questionamentos de que os estudos sobre temas urgentes como tragédias, doenças e criminalidade constituiriam a possibilidade exclusiva para o

progresso científico e social. As autoras consideram que um motivo relevante para a atenção a esses fatores emergentes seria a inclinação para a investigação de situações que incomodam e angustiam a humanidade.

De acordo com Gable e Haidt (2005), a cultura de investigação dos elementos negativos emerge em decorrência de três fatores. Primeiro, expõem que a compaixão direciona a comunidade científica a auxiliar pessoas em sofrimento, e este motivo foi profícuo em relação ao progresso dos diagnósticos e tratamentos. No entanto, pondera-se que, diferente do aspecto citado, o mérito pela resolução de questões de difíceis respostas pode se constituir em motivador para o investimento na patologia e na reparação do dano. A segunda razão é de cunho histórico e explicita que, após a Segunda Guerra Mundial, as agências incentivadoras de pesquisas estavam priorizando estudos acerca das doenças mentais e outros problemas, abrindo vasto campo de trabalho para os psicólogos. Seligman (2002) indica que, após a Segunda Guerra, a Psicologia se tornou uma ciência da cura, concentrada em reparar danos, usando o modelo da doença do funcionamento humano. A terceira razão é explicada com base “na nossa própria natureza e nas nossas teorias sobre os processos psicológicos” (Gable & Haidt, 2005, p. 106). Acerca disso, os autores detalham, com base em outros estudos, que os eventos negativos têm mais impacto que os positivos e as informações negativas são processadas de forma mais completa. Essa característica pode ser uma tendência evolucionária adaptativa, que fez os indivíduos estarem mais atentos a potenciais ameaças ao invés de recompensas (Gable & Haidt, 2005).

A Psicologia Positiva surge, então, como proposta para a melhoria da qualidade de vida e prevenção de patologias, assumindo que o destaque das características humanas positivas age de forma significativa na redução dos danos causados pelas doenças e pelo estresse (Paludo & Koller, 2007). Seligman (2002) defende que o grande

diferencial dessa orientação teórica está na produção de conhecimento acerca da prevenção, visto que o modelo da doença não fornece respaldo para tal. Segundo o autor, a prevenção vem de uma perspectiva de construção de competências e as características humanas positivas atuam como contrapontos ao desenvolvimento de psicopatologias. Entre essas características, são citadas a coragem, otimismo, habilidade interpessoal, fé, esperança, honestidade e perseverança. Paludo e Koller (2007) também ponderam que o conhecimento acerca da prevenção ainda é escasso porque este se dá pelo investimento nos aspectos saudáveis dos seres humanos. As pesquisas, de acordo com as estudiosas, validam as forças pessoais e os aspectos virtuosos dos indivíduos assumindo papel de proteção e prevenção de doenças mentais, indicando que o reconhecimento isolado das dificuldades é insuficiente para favorecer a prevenção.

O desafio do novo século, de acordo com Seligman (2002), é criar uma ciência que aprenda formas de desenvolver essas características nas pessoas. No entanto, vale ressaltar que um dos desafios filosóficos dessa área é definir o que é positivo e, conseqüentemente, diferenciar os limites entre a descrição de algo como bom e a prescrição de algo como bom (Gable & Haidt, 2005). Nessa perspectiva, mesmo que a Psicologia Positiva corrobore a interação do indivíduo com seu ambiente, considerando-o um “organismo integrado” (Paludo & Koller, 2007, p. 15), também é pertinente ponderar que a definição de sentimentos, atitudes ou instituições como bons “em si mesmo” pode gerar um movimento de conceitos fechados e prescrições categóricas, negligenciando que os significados destes são construídos por meio da relação do indivíduo com seu ambiente.

Ademais, cabe refletir que a produção de conhecimento – e conseqüentemente de cultura – relacionados a este posicionamento, fornece novos conteúdos para a interpretação da realidade, em que os aspectos positivos valorizados podem se tornar

recursos no espectro das ações humanas. Seligman (2002), ao questionar o porquê da Psicologia estar focada no negativo, aponta que a área adotou, sem evidências científicas, a premissa de que as motivações autênticas são de origem negativa e as emoções positivas são derivadas destas.

Seligman, Steen, Park e Peterson (2005) assinalam que as pesquisas nesta área objetivam complementar o conhecimento sobre o sofrimento humano e suas desordens. Os pesquisadores, segundo os autores, têm o intuito de complementar e balancear as produções científicas acerca da experiência humana. Da mesma forma, Gable e Haidt (2005) explicam que a Psicologia Positiva não tem o intuito de negar o que é angustiante e desagradável, e não se propõe a desqualificar os trabalhos sobre patologias e disfunções, recusando as críticas de que este posicionamento possa ser classificado como uma compreensão ingênua e acrítica do mundo.

A proposta, nessa perspectiva, é construir conhecimento sobre as formas como as pessoas sentem alegria e satisfação, como demonstram altruísmo, resiliência e força como forma de complementar a produção científica existente. Os autores ressaltam que, nas pesquisas orientadas pela psicologia positiva, esses fatores são tratados como fenômenos em si, sua existência não é considerada um subterfúgio para os problemas apresentados. Seligman (2002) salienta que um dos objetivos da Psicologia Positiva é provocar mudanças na Psicologia para que, além de reparar aspectos difíceis e ruins da vida, construa também boas qualidades sobre a existência.

Seligman e Csikszentmihalyi (2000) sugerem a necessidade de pesquisas empíricas com melhores delineamentos para que as concepções referentes às forças e virtudes humanas sejam mais prolíferas. No entanto, Palludo e Koller (2007) assinalam algumas contribuições da Psicologia Positiva, como o desenvolvimento de instrumentos de medida e modelos de intervenção e aplicação no desenvolvimento humano. As

autoras também indicam a terapia positiva como contribuição da área, assinalando que seu objetivo é “fortalecer os aspectos saudáveis e positivos dos indivíduos, (re)construir as virtudes e forças pessoais e ajudar os clientes a encontrarem recursos inexplorados para a mudança positiva” (p.14).

Seligman e Peterson (citado por Calvetti, Müller, & Nunes, 2007) sinalizam a importância da prevenção também em processos psicoterápicos, indicando a interpretação otimista como estratégia de prevenção da depressão e ansiedade. Calvetti et al. (2007) apontam que teóricos destacam a imprescindibilidade da atenção à promoção de saúde e prevenção de doenças desde o advento da Psicologia da Saúde, mas este aspecto tem sido mais fortalecido pela ação da Psicologia Positiva, que enfatiza o desenvolvimento sadio.

De acordo com as autoras, a resiliência pode ser considerada um fator de proteção da saúde e de promoção de qualidade de vida. Elas destacam que os estudos relacionados à Psicologia Positiva ainda não adquiriram visibilidade significativa, entretanto, esta área está sendo representada pelos estudos acerca do processo de resiliência no desenvolvimento humano. Paludo e Koller (2007) declaram que os aspectos positivos e valorosos elencados pela Psicologia Positiva podem ser estudados pela investigação da resiliência. Nessa direção, apontam:

a análise da resiliência favorece a compreensão das forças humanas, ou seja, quando ela se expressa, as virtudes e as forças pessoais tornam-se conhecidas e, essa possibilidade produz efeitos importantes na vida dos indivíduos, uma vez que favorece suas potencialidades, tornando-os mais fortes e produtivos. (p.13)

De acordo com as autoras (Paludo & Koller, 2007), a resiliência é um dos principais construtos que subsidiam o estudo das habilidades e das capacidades psicológicas dos seres humanos. Indicam ainda que as publicações de Yunes (2003) contribuíram para que o estudo da resiliência fosse associado à Psicologia Positiva no contexto brasileiro, já que a variável se refere a um aspecto humano saudável e positivo.

2.2 Resiliência: a evolução do conceito

De acordo com Yunes (2003), pesquisar resiliência é assumir um posicionamento de investimento em estudos e intervenções das características positivas do ser humano. A autora considera que, dentro do novo movimento da ciência psicológica, o estudo da resiliência faz-se necessário por explorar a potencialidade humana e endossar uma produção científica de áreas ainda em expansão. A autora assinala que o conceito de resiliência começou a ser discutido na década de 1970 e sua definição ainda carece de clareza e precisão, visto a multiplicidade de fatores e variáveis que devem ser consideradas para isso.

Alguns estudos indicam que seu estudo foi iniciado na física e referia-se à capacidade de um material voltar à sua forma natural mesmo após sofrer alguma deformação (Carvalho, Morais, Koller, & Piccinini, 2007). Os autores assinalam que, com a transposição do termo para o cenário da psicologia, o conceito foi associado à ideia de invulnerabilidade, referindo-se a uma espécie de imunidade absoluta ao estresse. Nesse sentido, Yunes (2003) explica que o termo invulnerabilidade era utilizado em 1974 pelo psiquiatra infantil E. J. Anthony para caracterizar crianças que apresentavam emocionalidade saudável e competências bem desenvolvidas, mesmo após vivenciarem longos períodos de adversidades e estresse psicológico.

Masten (2001) afirma que esses estudos foram relevantes porque questionaram muitas suposições negativas sobre o desenvolvimento de crianças em condições

adversas, mas também desencadearam considerações em que o uso do termo estaria inexato ou mal colocado. As suposições sobre invulnerabilidade foram questionadas “por sugerir que as crianças seriam imunes a qualquer tipo de desordem, independentemente das circunstâncias” (Yunes, 2003, p. 77). Rutter (1993), um dos pioneiros no estudo da resiliência, também pondera que a palavra invulnerabilidade não traduz exatamente o significado do termo por implicar “uma absoluta resistência à danificação” (Rutter, 1993, p. 626). A ideia de invulnerabilidade recebeu muitas críticas por abrigar uma visão estática do fenômeno, em vez de uma interpretação processual e dialética (Carvalho et al., 2007).

Brandão e Mahfoud (2011) resgataram parte significativa da literatura nacional e internacional sobre resiliência a fim de tecerem uma linha de desenvolvimento deste conceito em Psicologia. As autoras declaram que, diferentemente do que é propagado atualmente, não há indícios que o uso da palavra resiliência venha da Física, indicando que existe um consenso tácito quanto a este conceito ter vindo das ciências exatas. Acerca da origem etimológica, os autores destacam que a palavra resiliência passou a ser usada coloquialmente no Brasil, a partir dos estudos da psicologia acerca do tema nos anos 1990. Entretanto, a língua inglesa já abrangia o uso da palavra com uma conotação mais ligada a características humanas. As autoras indicam que Yunes também explicita a diferença de uso da palavra nas culturas pelas pesquisas em dicionários. Dicionários da língua inglesa apresentam a primeira definição de resiliência baseada em fenômenos humanos, ao contrário dos dicionários de língua portuguesa que a associam à concepção dos fenômenos físicos.

Brandão e Mahfoud (2011), discutindo os diferentes posicionamentos dos grupos latino e anglo-saxão acerca da origem da palavra resiliência, entendem que o fato de um grupo se dispor a identificar sua origem indica a não-utilização ordinária em

seu meio cultural, diferença observada pelos estudos em língua inglesa. As autoras assinalam que a ideia de que o conceito foi importado da Física é atribuída às publicações de Yunes, que começou a publicar textos passando essa mensagem, mesmo não afirmando tal ideia de maneira categórica. As pesquisadoras afirmam que anteriormente às publicações de Yunes, os textos ocasionais sobre o tema não traziam esta informação. Outro exemplo relevante é dado pela tradução de um dos textos de Michel Rutter, um dos precursores na área. Brandão e Mahfoud (2011) afirmam que seu texto original não faz menção à origem da palavra, mas a tradução em espanhol insere nota de rodapé e assemelha o conceito às noções físicas. Nesse sentido, as autoras justificam que, já que a palavra resiliência não fazia parte do vocabulário latino, “gerou uma necessidade de entender e justificar de onde ela teria vindo” (p. 266).

O último aspecto discutido pelas autoras refere-se ao *Zeitgeist*, ou espírito do tempo. As pesquisadoras assinalam que os estudos sobre resiliência começaram a surgir no final da década de 1970 e no início da década de 1980, explicando uma transição de paradigmas do foco no risco ou no dano para a ênfase na resiliência. Garmezy (citado por Brandão e Mahfoud, 2011) declara haver uma mudança significativa nas discussões desta época, visto o crescimento dos estudos de estresse e *coping*, além do emprego de expressões como “resistência ao estresse” e “força do ego”. Consoante ao preconizado por Garmezy e Martineau (citado por Brandão e Mahfoud, 2011), ressaltam que as pesquisas sobre resiliência foram desencadeadas pelos estudos sobre *coping*. Outros estudos analisados pelas autoras mostram que, naquela época, nos Estados Unidos, emergiam questões ameaçadoras ao desenvolvimento infantil saudável, como aumento no número de divórcios, gravidez na adolescência, proliferação do número de crianças envolvidas com drogas e violência, que incentivou a investigação de fatores de proteção para que as crianças vulneráveis pudessem se desenvolver e alcançar sucesso.

Desde então, o interesse acerca da resiliência vem crescendo, sobretudo em sua relação com a saúde, bem estar e qualidade de vida (Windle, 2010). A autora também considera haver equívocos relacionados à definição da resiliência e enumera fatores geralmente relacionados ao conceito, como autoeficácia, esperança, enfrentamento, determinação, apontando a falta de explicações que justificam a escolha desses aspectos em detrimento de outros. Segundo Windle (2010), as produções existentes não sintetizam uma definição operacional para resiliência e seu trabalho foi, portanto, identificar a melhor definição deste conceito para impulsionar pesquisas, políticas e práticas.

A análise exaustiva realizada pela autora conclui que, para haver resiliência, deve haver a presença de risco ou adversidade, a presença de recursos para amortecer a presença da adversidade, adaptação positiva ou o fato de evitar resultados negativos. Nessa perspectiva, a autora define resiliência como um processo de negociação efetiva, adaptação ou gerenciamento das fontes de estresse ou trauma. Nesse processo, recursos individuais e contextuais facilitam essa adaptação. Inevitavelmente, a resiliência varia ao longo da vida. Windle (2010) assinala que a diversidade de concepções acerca da resiliência abriga compreensões que a considera um resultado da influência genética e de respostas neuropsicológicas (Nigg, Nikolas, Park, Friderici, & Zuker, 2007) e outras a veem como produto da influência ambiental. Nesse amplo espectro de produções, segundo a pesquisadora, um dos pontos de divergência refere-se a considerar a resiliência um traço de personalidade fixo e estável ou um processo.

Dentre os pesquisadores que classificam a resiliência como um processo estão Luthar, Cicchetti e Becker (2000), definindo-a como um processo dinâmico de adaptação dentro de um contexto de adversidades significativas. Essa noção engloba, necessariamente, a exposição a ameaças ou adversidades e o alcance de adaptação

positiva. Rutter, um dos estudiosos mais proeminentes na área, também está entre os autores que consideram a resiliência um processo (citado por Windle, 2010). Rutter (1999) destaca que resiliência não constitui um traço ou característica e adquire configurações distintas de acordo com o tipo de adversidade enfrentada. Também assinala que a manifestação da resiliência envolve uma sucessão de processos que desencadeiam mecanismos que operam anteriormente, durante e após a vivência estressora ou aversiva. O autor considera a resiliência como algo relativo, com características individuais e ambientais (Rutter, 1993), completando que o conceito abrange a interação entre experiências de risco e um relativo resultado psicológico positivo a despeito dessas vivências (Rutter, 2006).

A Associação Americana de Psicologia (APA, 2009) conceitua resiliência como um processo de adaptação frente a adversidades, traumas, tragédias, ameaças ou eventos que propiciam estresse, incluindo problemas familiares e de relacionamento. De acordo com a entidade, a resiliência consiste em “se recuperar [*bouncing back*] de experiências difíceis” (p.1) e envolve comportamentos, pensamentos e ações que podem ser aprendidas. A APA (2009) defende que resiliência é um fenômeno comum, visto o número elevado de pessoas que passam por situações difíceis e reconstróem suas vidas; ressaltam que, indiscutivelmente, o caminho para a resiliência envolve considerável *distress* emocional.

Os estudos de Li, Yang, Liu e Wang (2016) sugerem que resiliência é um mecanismo particular de adaptação positiva, passível de mudanças ao longo do tempo. Os autores consideram o construto como uma capacidade de manter o bem estar psicológico e físico frente a situações adversas, citando estudos que relacionam esse conceito a nível baixo de estresse, melhor ajustamento e melhor qualidade de vida entre

pacientes com câncer, além de atenuar problemas psicológicos relacionados a essa doença.

Zimmerman e Arunkuman (1994) afirmaram que o termo resiliência gerou muitos significados e que se trata de um fenômeno multidimensional, que ocorre em um contexto específico, envolvendo mudanças no desenvolvimento. Citando os trabalhos de Garmezy, indicam que resiliência se refere à habilidade de superar adversidades. Os autores discutem que resiliência não é um construto formado por um único fator que, uma vez ativado, estará sempre presente. Dessa forma, não pode ser fixado como atributo individual, porque as circunstâncias nas quais ele ocorre são dinâmicas e podem se modificar. Nessa perspectiva, quando a situação muda, a resiliência também muda. Os autores assinalam que, mesmo com a variedade de discussões acerca dos conceitos, todas as definições abrangem as características individuais, a natureza do contexto, os fatores de risco, a neutralização, os fatores protetivos e compensatórios.

Sapienza e Pedromônico (2005) enfatizam que os conceitos de fatores de risco, fatores de proteção e resiliência estão cada vez mais presentes nas pesquisas em psicologia. Diferentemente do conceito de risco, que está bem delimitado pelos pesquisadores, as autoras assinalam que o conceito de resiliência e fator de proteção ainda não estão bem diferenciados. Fatores de risco são as variáveis que aumentam a probabilidade de consequências indesejadas no desenvolvimento, enquanto os fatores de proteção abrandam a influência dos riscos. As autoras, baseadas em estudos de Grúspun, definem resiliência como a capacidade de lidar com os fatores de risco, usufruindo dos fatores de proteção. Ainda, enfatizam que a resiliência pode ser compreendida como um fator de proteção que favorece a adaptação às imposições cotidianas, conforme o indivíduo se apropria dos seus recursos positivos para lidar com

a adversidade. Nesse sentido, a resiliência relaciona-se aos fatores de proteção que antecipam resultados satisfatórios em situações de risco.

Rutter reitera em seu trabalho que o estudo da resiliência não é uma nova configuração para os estudos sobre fatores de risco e fatores de proteção, apesar de afirmar – citado por Yunes e Szymanski (2001) – que resiliência é o “processo final de processos de proteção que não eliminam o risco, mas encorajam o indivíduo a se engajar na situação de risco efetivamente” (p. 27). O autor justifica que as pesquisas neste sentido têm foco nas variáveis de risco e proteção, deixando em segundo plano o resultado da experiência. Além disso, indica que os impactos dessas variáveis são considerados similares em todas as pessoas e o resultado dependeria apenas de um balanço entre os fatores de risco e de proteção. O estudo da resiliência, por outro lado, assumiria uma vasta possibilidade de variação das respostas individuais para a mesma experiência (Rutter, 2006). De acordo com o autor, o processo de resiliência reside nas circunstâncias prévias e posteriores ao evento desafiante, não residindo apenas em um momento. Para entender o fenômeno da resiliência, segundo o autor, é necessário se apropriar de um longo intervalo de tempo e sobre o que fazemos em um contexto de desenvolvimento apropriado.

Rutter (1993) cita os trabalhos de Masten e Garmezy para identificar de onde a resiliência pode advir, expondo três dimensões significativas: (1) características de personalidade como autonomia, autoestima e orientação social positiva; (2) coesão familiar, relações cordiais com ausência de discórdia; e (3) disponibilidade de suporte externo para encorajar o esforço de enfrentamento das crianças. Tais evidências, conforme designado pelo autor, sustentam a conclusão de que estas características estão relacionadas a maiores resultados benéficos em crianças expostas a eventos psicossociais adversos.

Masten (2001), por sua vez, assinala que resiliência é um fenômeno comum, resultante, na maior parte dos casos, do movimento básico de adaptação humana. A autora assinala que se o sistema de adaptação está protegido e trabalha em uma ordem satisfatória, o desenvolvimento torna-se saudável mesmo frente às adversidades. Se o sistema está prejudicado, o risco de desenvolver problemas é maior, anteriormente ou posteriormente à situação adversa, principalmente se o perigo se apresenta numa situação prolongada. Dessa forma, destaca que resiliência se refere a uma classe de fenômenos que indicam bons resultados independente das consideráveis ameaças de adaptação ou desenvolvimento. A autora discute que a pesquisa neste campo objetiva compreender os processos que contribuem para os bons resultados.

Ao estudar resiliência no ambiente escolar, Tavares (2014) ressalta que o construto está calcado, sobretudo, em uma dimensão psicológica e sociocultural, além das esferas física, biológica, corporal e neurocerebral. Nessa perspectiva, considera que:

quando falamos de resiliência no sentido epistemológico, apontamos para a ideia de elasticidade, flexibilidade, reflexividade que, de certa forma, está presente em toda realidade física, química, biológica, psicológica e sociocultural. (p. 69)

Assim, relacionando resiliência ao equilíbrio emocional, destaca que conhecimento, afetividade e vontade – em seu entendimento, três grandes dimensões do psiquismo –, associados aos contextos físicos, biológicos e socioculturais, compõe uma única realidade espaço-temporal expressa no comportamento humano.

Becoña (2006), por sua vez, afirma que os pesquisadores da resiliência consideram que o fenômeno seja formado por uma interação de características biológicas e internas – como temperamento e lócus de controle interno – aspectos

familiares e do ambiente da comunidade. O autor assinala ainda que os primeiros estudos acerca da resiliência foram realizados em pessoas com esquizofrenia e em condições de extrema pobreza, bem como com indivíduos que vivenciaram situações muito traumáticas em suas vidas.

É mais pertinente considerar resiliência no contexto das ciências humanas como uma capacidade de superação das adversidades apresentadas e a possibilidade de construção de caminhos alternativos diante das dificuldades (Carvalho et al., 2007). Dessa maneira, a resiliência pode ser pensada como uma qualidade que emerge da interação do indivíduo com o meio em que está inserido, mediante a ativação de recursos específicos que possibilitem a construção dessas novas possibilidades de vida frente à condição imposta. Assim, é possível compreendê-la também como uma “capacidade a ser construída no processo de desenvolvimento humano” (Carvalho et al., 2007), visão coerente com a proposta de pensá-la de maneira processual e dialética (Yunes, 2003).

Connor e Davidson (2003), em seu trabalho de desenvolvimento da escala de resiliência, apresentam o construto como uma qualidade pessoal que permite aos indivíduos prosperarem frente à adversidade. Os autores consideram que o crescente foco na promoção de saúde e bem-estar influenciam a substituição da ênfase na patologia para abrir oportunidades de revisitar o papel da resiliência na saúde, fator ponderado pelos autores que defendem a Psicologia Positiva.

Como exposto anteriormente, embora as investigações acerca da resiliência tenham crescido nos últimos anos, ainda são necessários mais estudos e pesquisas que definam com mais clareza a que, necessariamente, o construto se refere e como ele pode ser medido e estudado. Optamos, portanto, em considerar resiliência como uma

habilidade passível de ser desenvolvida, que envolve características pessoais e ambientais.

2.3 Estudos sobre resiliência

Rooke (2015), observando a publicação crescente de estudos sobre resiliência no Brasil, analisou a produção científica nacional sobre o tema nas bases Lilacs e SciELO no período de 1970 a 2014. A autora assinala a ausência de uma definição consensual do construto, mas indica que, usualmente, as pesquisas acerca deste tema “salientam os processos de adaptação positiva como respostas no enfrentamento de adversidades significativas” (p. 3). A pesquisa, que identificou 490 publicações, foi orientada pelos descritores “resiliência” e “resiliência psicológica”. Para selecionar os estudos que indiscutivelmente focavam a resiliência, os descritores utilizados deveriam estar presentes no título e no objetivo do trabalho. Além disso, a autora definiu que as publicações analisadas deveriam estar indexadas em periódicos, visto os critérios de avaliação por pares aos quais as publicações são submetidas.

Dos 89 trabalhos selecionados, 52,8% ($n=47$) foram trabalhos empíricos e 47,2% ($n=42$) artigos teóricos. Entre os artigos empíricos, houve predominância de estudos qualitativos com delineamentos transversais e descritivos ($n=19$), seguido dos quantitativos, com delineamentos correlacionais e transversais ($n=12$). A autora dividiu as publicações em três temas, a saber: resiliência e adversidades, com maior número de publicações ($n=38$; 42,7%); discussão acerca da resiliência ($n=35$; 39,3%); e resiliência e promoção de saúde ($n=16$; 18%). A categoria resiliência e promoção de saúde, foco deste trabalho, incluiu os trabalhos que relacionavam o desenvolvimento da resiliência a estratégias que visavam a redução de situações de vulnerabilidade e melhora da qualidade de vida. A autora avaliou, ainda, as publicações dessa categoria em duas subcategorias: construtos convergentes e políticas públicas. A primeira associava os

estudos sobre resiliência com outros fatores que impulsionavam o seu desenvolvimento, como estratégias de enfrentamento, enquanto o segundo especificava o processo de resiliência para a construção de políticas públicas visando à promoção de saúde. Aqui pode ser inserido o presente estudo.

Quiceño, Vinaccia e Remor (2011), citando os trabalhos de Zautra, Hall e Murray, definem resiliência como a capacidade de manter a saúde e bem estar psicológico em situações desafiantes. Por esta razão, consideram a resiliência uma variável relevante aos estudos de saúde. Por se mostrar importante à adaptação em situações de cronicidade, mas ainda não ser um objeto muito investigado no ambiente acadêmico, Quiceño et al. (2011) desenvolveram uma intervenção em resiliência para pacientes portadores de artrite reumatóide. Os autores realizaram dois estudos do tipo quase experimental, com pré e pós teste, o primeiro caracterizando um estudo piloto, ambos com amostras não aleatórias, com grupo controle e com seguimento de três meses para avaliar a intervenção aplicada. Participaram do primeiro estudo 26 mulheres com diagnóstico de artrite reumatóide. Destas, 13 formaram o grupo experimental (média de idade igual a 56,85) e 13 formaram o grupo controle (média de idade igual a 57,77). Os dois estudos avaliaram o efeito do programa de intervenção para o aumento da resiliência, ao lado de outras variáveis dependentes: autotranscendência, estado emocional, qualidade de vida relacionada à saúde, percepção de doença e indicadores de apoio social. Para isto, foram utilizados os seguintes instrumentos: Escala de Resiliência (*Resilience Scale*, versão em espanhol), composta de 25 itens que compreendem duas dimensões: competência pessoal e aceitação de si mesmo e da vida; Escala de Autotranscendência (*Self-transcendence scale*, adaptada para o espanhol), que mede a autotranscendência como um recurso psicossocial e espiritual importante ao desenvolvimento humano e é composta de 15 itens; Questionário de Saúde (*Medical*

Outcomes Study Form 36 Items, versão em espanhol) que mede a qualidade de vida relacionada à saúde em 36 itens divididos em oito dimensões: função física, papel físico, dor corporal, saúde geral, vitalidade, função social, papel emocional e saúde mental; Questionário de Percepção de Doença versão breve (*The Brief Illness Perception Questionnaire*, traduzido para o espanhol), que mensura a representação cognitiva e emocional do paciente acerca de sua doença; Escala de Estado Emocional, em que se empregou uma escala visual analógica para medir o estado emocional para pacientes com artrite; Indicadores de Apoio Social Percebido, avaliados por meio de duas perguntas, considerando o tamanho da rede de apoio social e o nível de apoio percebido.

O trabalho de Quiceño et al. (2011) se constituiu de um programa composto por técnicas e intervenções psicológicas para trabalhar processos de resiliência a partir de três dimensões: autoestima, autoeficácia e autocontrole emocional. O programa foi desenvolvido em seis sessões de duas horas e meia de duração, realizado em seis dias consecutivos. As técnicas de intervenção incluíram exercícios de respiração e relaxamento, exercícios de meditação, de gratidão, de escritas sobre processos positivos passados, comunicação assertiva e atividades de aumento de realizações e interesses pessoais. No início e final de cada sessão os participantes eram avaliados por meio de uma escala visual analógica sobre o estado emocional. Após as seis sessões foi realizada uma avaliação com o grupo controle e o grupo intervenção utilizando os mesmos instrumentos. Após três meses do término, foi realizado um acompanhamento do grupo que participou da intervenção, com uma nova aplicação dos instrumentos.

A análise do impacto da intervenção no estudo piloto confirmou duas das quatro hipóteses do estudo: H1 – os participantes que receberam a intervenção aumentaram significativamente os níveis de resiliência, autotranscendência, estado emocional,

qualidade de vida relacionada à saúde, percepção da enfermidade e indicadores de apoio social ao finalizar o tratamento em comparação ao grupo controle; H2 – as variáveis resiliência, autotranscendência, estado emocional, qualidade de vida relacionada à saúde, percepção de enfermidade e indicadores de apoio social tiveram seus níveis melhorados ou mantidos na avaliação pós-teste após três meses da intervenção. Os resultados indicaram que o programa, a curto prazo (uma semana), aumentou a resiliência e reduziu os estados emocionais negativos. Os autores afirmaram que a eficácia do programa se deu pelas técnicas e exercícios empregados porque focalizaram a reavaliação positiva das situações da vida. Este efeito também foi notado na melhora do estado emocional a cada sessão no grupo intervenção.

À evolução do seguimento, observou-se, além da resiliência, uma melhora significativa na qualidade de vida, a partir das dimensões função física, vitalidade, papel emocional e saúde mental. O segundo estudo ($n=50$) pretendeu, por sua vez, replicar o estudo piloto para analisar os níveis de generalização dos resultados de uma amostra mais ampla de pessoas com diagnóstico de artrite reumatóide. Foram utilizados os mesmos instrumentos e procedimentos do estudo piloto em uma amostra de 50 pacientes, divididos em grupo controle e grupo intervenção. O estudo corroborou os resultados obtidos no estudo piloto, confirmando a capacidade do programa para desenvolvimento da resiliência e o impacto sobre diferentes indicadores de saúde física e mental.

2.4 Resiliência e diabetes: alguns estudos

Um estudo acerca do desenvolvimento da habilidade de resiliência que merece destaque foi realizado por Steinhardt, Mamerow, Brown e Jolly (2009) com pessoas afro-americanas. A pesquisa incluiu um programa de treinamento em diabetes (*Diabetes Coaching Program*) com adultos com diabetes tipo 2, tendo como objetivo principal

identificar a viabilidade de oferecer o programa para a população estudada. Participaram 16 pessoas (8 homens e 8 mulheres), selecionadas por conveniência por meio de rádio e anúncios em uma igreja. Foi formado um grupo, avaliado antes e após a intervenção. Os dados quantitativos foram coletados no pré-teste e, novamente, em seis meses. As informações qualitativas foram coletadas ao longo de oito meses.

O programa foi composto de quatro sessões com duração de duas horas, uma hora direcionada à intervenção em resiliência e uma hora dedicada à nutrição educacional relacionada à diabetes. Também foi formado um grupo de suporte para gerenciar eventuais conflitos de horários e permitir o máximo de atendimento aos participantes. Para isto, foram realizados oito encontros com duração de uma hora e trinta minutos, duas vezes por semana. Os grupos de suporte também eram uma oportunidade para que os participantes recebessem apoio social em um contexto informal, discutissem seus problemas e revisassem o aprendizado do grupo. O objetivo do programa foi empoderar os participantes para gerenciar de forma mais efetiva estressores em suas vidas, para que desenvolvessem mais responsabilidade sobre eles mesmos, usando estratégias de enfrentamento mais eficazes, pensando em caminhos mais empoderadores, bem como criando e mantendo relações sociais significativas. Supunha-se que os indivíduos que manejassem o estresse de forma mais efetiva teriam hábitos mais saudáveis de saúde e um melhor autogerenciamento da diabetes.

A noção de resiliência do programa se baseou em um modelo de resposta ao estresse, estratégias de enfrentamento focadas no problema e estratégias focadas na emoção; modelo de responsabilidade; foco em interpretações que empoderavam os participantes; e importância do desenvolvimento de relações significativas. Dados quantitativos e qualitativos foram coletados para avaliar a aceitabilidade e efetividade do programa de intervenção. As variáveis dependentes se dividiram em: variáveis

psicológicas (resiliência, estratégias de enfrentamento e empoderamento), resultados de curto prazo (estresse percebido, sintomas depressivos, autogerenciamento do diabetes) e resultados de longo prazo (índice de massa corporal, glicemia em jejum, índices de colesterol e triglicérides, lipídios e pressão sanguínea).

Foram observadas mudanças estatisticamente significativas quanto ao empoderamento das pessoas com diabetes, ao autogerenciamento de questões de saúde, taxas sanguíneas e pressão sanguínea. De acordo com os autores, mesmo que os escores das variáveis psicológicas resiliência e estratégias de enfrentamento não tenham aumentado como o esperado, elas tiveram um papel essencial no fortalecimento do empoderamento e nas atitudes de autogerenciamento da saúde. Este estudo demonstrou a viabilidade de realização de um programa de treinamento para diabéticos e documentou a viabilidade e o potencial de um programa como este também para reduzir a progressão da obesidade, do diabetes tipo 2 e de doenças cardiovasculares na comunidade afro-americana. Steinhardt et al. (2009) apontaram que um estudo randomizado seria necessário para confirmar os efeitos e mudanças identificados neste estudo.

Yi, Vitaliano, Smith, Yi e Weinger (2008) realizaram uma pesquisa longitudinal com o objetivo de investigar o papel da resiliência na alteração da hemoglobina glicada e nos comportamentos de autocuidado frente ao crescimento do *distress*. Cento e onze pacientes com diabetes participaram da pesquisa, tendo sua hemoglobina glicada medida na linha de base e após um ano na continuação do estudo. A resiliência foi definida por uma associação de variáveis, formando o “Fator Resiliência” (FR), avaliados pelo otimismo, autoestima, autoeficácia e autodomínio. O otimismo, medido pelo *Life Orientation Test* (LOT), uma escala de oito itens tipo Likert de cinco pontos, investigava a expectativa generalizada em relação a resultados positivos ou negativos;

autoestima, avaliada pela Escala de Autoestima de Rosenberg, mediu a autoestima global e sentimentos pessoais de valia, com 10 assertivas que avaliavam o grau de satisfação dos participantes com suas vidas e com eles próprios. A variável autoeficácia foi mensurada pela Escala de Confiança no Autocuidado em Diabetes e o autodomínio (*self-mastery*), medido pela escala de Autodomínio de Pearling e Schooler. O *distress* emocional associado ao diabetes (*diabetes-related emotional distress*) foi medido pela escala Áreas de Problemas em Diabetes, em que 20 itens investigavam as sensações de viver com diabetes e seu tratamento. A escala era do tipo Likert, de 0 a 5 pontos, classificados desde “não é um problema” a “é um sério problema”. Os comportamentos de autocuidado foram avaliados com o Inventário Revisado de Autocuidado. Nesta escala, 10 itens relacionados ao controle metabólico foram selecionados de um conjunto de 15 itens, que avaliavam a percepção dos comportamentos de autocuidado pelos pacientes. Finalmente, o controle glicêmico foi medido pela hemoglobina glicada+ (HbA1c).

Os escores das quatro escalas foram considerados componentes principais nas análises, enquanto a resiliência foi observada como uma variável latente. Não houve diferenças sociodemográficas na amostra, mas os homens eram mais velhos. Além disso, as variáveis que diferenciavam pessoas com diabetes tipo 1 e 2 foram a idade, a duração da doença e a HbA1c. De qualquer forma, os fatores de resiliência e associações entre as variáveis foram similares, fazendo com que os participantes fossem avaliados conjuntamente, independentemente do tipo de diabetes. O efeito da interação entre resiliência e o *distress* relacionado ao diabetes foi analisado por meio de regressão múltipla, considerando HbA1c como variável dependente. Foi analisada a associação entre o HbA1c ao FR e ao *distress*. Idade, sexo, tipo de diabetes, grau de instrução e duração do diabetes não foram significativos. Houve interação significativa desde a

linha de base, em que HbA1c, FR e *distress* foram avaliados e os níveis altos de *distress* foram associados à baixa resiliência. A interação entre resiliência e *distress* também foi relatada um ano depois, indicando a associação entre maior *distress* e menor resiliência com maiores níveis de HbA1c. Dos 111 participantes, 34 foram classificados como grupo de baixa resiliência, 37 com moderada resiliência e 40 participantes obtiveram alta resiliência. As medidas das análises de variância foram repetidas para avaliar os efeitos do tempo e dos escores de resiliência, HbA1c, *distress* e autocuidado. A análise indicou um efeito entre os sujeitos, mostrando que os níveis de *distress* decresceram com o tempo. A diferença da resiliência entre os grupos foi investigada em relação ao *distress*: o grupo com altos escores em resiliência possuía *distress* mais baixo. Os grupos com alta e moderada resiliência tiveram melhora mais significativa no indicador HbA1c, quando comparados ao grupo de baixa resiliência. Os níveis de resiliência baixo ou moderado foram fortemente associados a mais *distress* e piora da HbA1c ao longo do tempo. O nível baixo de resiliência também esteve associado a menor frequência de comportamentos de autocuidado frente ao aumento do *distress*.

Tavares, Barreto, Lodetti, Silva e Lessmann (2011) realizaram um estudo transversal sobre a resiliência de pessoas com diabetes *mellitus* 1 e 2 nas unidades de emergência, ambulatório e clínica de internação de um hospital geral. Participaram do estudo 60 pacientes (20 de cada local) diagnosticados havia no mínimo um ano. A amostra foi composta 60% por mulheres e 40% por homens, com média de idade igual a 77 anos (mínima de 19 anos, máxima de 81 anos). Além da investigação dos dados sociodemográficos e daqueles relacionados ao diabetes, integrados em um instrumento desenvolvido pelas autoras, a equipe utilizou uma versão traduzida do CD RISC 25 para avaliar a resiliência baseada nos fatores competência pessoal, tolerância, afeto negativo e apoio social. Todas as variáveis passaram por análise estatística descritiva e foi

realizado teste de hipóteses entre o escore geral de resiliência e local de atendimento, a variável escolaridade, bem como entre escore geral de resiliência e idade.

O escore médio de resiliência foi igual a 77,96. As autoras justificaram o alto escore médio obtido com base nos estudos de Pesce, Assis, Santos e Oliveira (2004), em que é discutido que eventos negativos podem permitir uma modificação da vida e impulsionar o indivíduo a seguir em frente, no entanto, não especificaram os fatores implicados no desencadeamento de uma reavaliação ou ressignificação da situação, exemplificando que a maior parte dos participantes possuía diabetes havia mais de cinco anos e relataram mudanças provocadas pelo diagnóstico em suas vidas e emoções. Tavares et al. (2011) discutiram, dessa forma, que a associação entre fatores de risco e fatores de proteção podem contribuir para o aumento do nível de resiliência, visto que os níveis encontrados foram maiores nas pessoas atendidas na emergência. As autoras concluíram que “pessoas que vivenciaram o agravamento de sua condição crônica (...) mobilizaram maior resiliência para o enfrentamento desta condição” (p.755), e destacaram a presença de rede de apoio como fator de proteção que contribuiu para uma alta resiliência.

O estudo não detectou diferença estatística significativa entre resiliência e escolaridade, mas entre resiliência e idade foi observada significância, o que levou as autoras a afirmar que pessoas com mais de 60 anos tenderam a obter escores mais altos em resiliência, justificada com base nos aprendizados que o desenvolvimento impõe. Os autores sugeriram que novas pesquisas sobre resiliência em pessoas com diabetes fossem desenvolvidas, enfatizando aspectos como autoestima, felicidade, otimismo, esperança, satisfação e o fortalecimento das relações sociais e familiares, denominados pelas autoras como “aspectos resilientes” (Tavares et al., 2011, p.756).

Quiceño et al. (2011) também destacaram o relacionamento social como um fator de proteção ao desenvolvimento de resiliência. Os autores referiram que os estudos sobre resiliência focalizaram a população adulta a partir do final do século XX, investigando indivíduos em condições de maus tratos, sobreviventes de terrorismos, pobreza extrema, estudantes universitários, pessoas de terceira idade, cuidadores de doentes crônicos, etc. Os pesquisadores estudaram, então, como o construto resiliência chegou ao campo da saúde até atingir populações de doentes crônicos. Os autores apontaram que, como nos estudos de crianças e adolescentes, as pesquisas com adultos consideraram resiliência um processo, que é desenvolvido em função da interação entre fatores de risco e fatores de proteção, chamados também, neste caso, de fatores resilientes. A revisão de literatura de Quiceño et al. (2011) indicou que as emoções positivas, como o otimismo, são consideradas fatores de resiliência. De acordo com os pesquisadores, em nível neurobiológico, as emoções positivas diminuem a atividade autônoma cerebral e ativam os sistemas de recompensas, áreas do sistema nervoso associadas a prazer, bem-estar e satisfação. Outra característica das pessoas com habilidades resilientes é o enfrentamento ativo frente à busca de soluções e o controle emocional. Flexibilidade cognitiva ou reavaliação positiva e aceitação também completam as características que proporcionam resiliência.

Os autores consideraram ainda que a participação em grupos que visam ações altruístas contribuem para o aumento do nível de resiliência porque as ações incondicionais aumentam o bem-estar pessoal. Quiceño et al. (2011) explicam que estas atividades aumentariam a liberação de serotonina, promovendo resiliência e atuando como fator de proteção a transtornos mentais pós-traumáticos. O exercício físico também é colocado como fator de resiliência pois tem consequências positivas no desenvolvimento físico, estado de ânimo, autoestima e funções cognitivas, como

memória e aprendizagem. O exercício físico engloba, ainda, fatores neurobiológicos mediadores da resiliência, como a neurogênese, produção de novos neurônios, melhora da cognição, diminuição da reação ao estresse, aumento da liberação de endorfinas, ajuda na regulação das emoções e estímulo do sistema imunológico. Outra característica que promove resiliência, de acordo com os pesquisadores, é a existência de rede de apoio social. Quiceño et al. (2011) afirmam que este fator reduz o índice de comportamentos de risco, diminui a percepção negativa da ameaça, sobrepõe os sentimentos de solidão, incentiva o enfrentamento adaptativo, o sentido de autoeficácia e a adesão aos tratamentos.

Cassarino-Perez e Dell’Aglío (2015) realizaram um estudo sobre o processo de resiliência em adolescentes com diabetes tipo 1, com o objetivo de identificar os fatores de risco e proteção, além das estratégias de enfrentamento frente às situações adversas. O estudo foi transversal qualitativo, com delineamento de estudos de caso múltiplos. Participaram três adolescentes entre 13 e 14 anos, uma do sexo feminino e dois do sexo masculino. As autoras utilizaram entrevistas semiestruturadas para investigar dados acerca dos cuidados com a saúde, enfrentamento da doença, além de seus benefícios e prejuízos. Também foram investigados as características individuais e os planos para o futuro. Os prontuários foram utilizados para coletar dados sociodemográficos e o histórico da doença. As pesquisadoras também utilizaram o “mapa dos cinco campos”, instrumento lúdico utilizado para representação da rede de apoio.

Foi realizada análise qualitativa com o auxílio do WebQDA. A análise dos dados proporcionou a identificação de fatores de proteção, expressos pelo engajamento em atividades e pelas habilidades sociais, que proporcionavam a construção de vínculos significativos, afetividade e rede de apoio. Tais características foram associadas a maior probabilidade de adesão ao tratamento, visto facilitar a assiduidade ao serviço. Como

fatores de risco foram identificados a dificuldade no manejo de impulsos e emoções negativas, apatia e negação em relação à doença. Como a pesquisa foi realizada com adolescentes, as mudanças estruturais dessa fase do desenvolvimento também foram consideradas fatores de risco em relação ao cuidado com o diabetes.

As pesquisadoras discutem sobre os contextos que promovem resiliência, caracterizando-os como ambientes que oferecem experiências saudáveis, aqueles nos quais percebiam cuidado e identificação. As autoras também discutem como os valores e crenças do contexto em que estavam inseridos influenciavam a percepção da doença e as estratégias de enfrentamento. Cassarino-Perez e Dell’Aglío (2015) afirmaram que o desenvolvimento da resiliência esteve relacionado às condições do meio em que o adolescente estava inserido e aos significados que eram atribuídos aos acontecimentos. Os autores comentaram, ainda, que o melhor controle metabólico foi associado à maior incidência de fatores de proteção, desencadeando melhores resultados no convívio com a doença. As autoras indicaram que os aspectos que promoviam resiliência em um dos casos apresentados foram as características pessoais, como otimismo, altruísmo, habilidade na resolução de problemas, rede de apoio funcional e capacidade de vislumbrar planos para o futuro. Estes aspectos, de acordo com Grotber (citado por Cassarino-Perez & Dell’Aglío, 2015) são considerados indicadores importantes de resiliência. A afetividade também foi destacada como promotora de relações estáveis e, como consequência, auxiliando a capacidade de superação de adversidades.

Jaser e White (2011), com o intuito de pesquisar a associação de variáveis, realizaram um estudo também com adolescentes diabéticos tipo 1, com o objetivo de observar como o uso de estratégias de enfrentamento impactariam a resiliência, representada em variáveis como qualidade de vida, competência e controle metabólico. Os autores afirmaram que as variáveis qualidade de vida e controle metabólico foram

selecionadas para medir resiliência porque são resultados positivos num contexto potencialmente adverso, e que promovem boa adaptação. Complementam, citando Garmezy, que a competência também é um construto que indica resiliência. O estudo utilizou o modelo de Compas e colaboradores para examinar a associação entre as estratégias específicas de enfrentamento e os indicadores de resiliência.

Participaram do estudo 30 adolescentes, com idades entre 10 e 16 anos, e suas mães, oriundos de uma clínica universitária de atendimento ao diabetes. Os autores utilizaram o instrumento Respostas ao Questionário de Estresse (RSQ – *Responses to Stress Questionnaire*) para identificar as estratégias de *coping* utilizadas pelos adolescentes em resposta aos estressores associados ao diabetes. Foram utilizadas também o *Checklist* do Comportamento Infantil (*The Child Behavior Checklist*), respondido pelas mães, bem como o *Youth Self Report*, respondido pelos próprios adolescentes, para identificar sua percepção acerca das próprias competências. As escalas *Social Competence* e *Total Competence* foram utilizadas como os melhores indicadores de resiliência. É interessante ponderar que o conceito de competência, nessa perspectiva, refere-se ao uso eficiente das estratégias de enfrentamento na redução do estresse, desencadeando um bom processo adaptativo (Yunes & Szymanski, 2001). A qualidade de vida foi avaliada pelo *Pediatric Quality of Life Questionnaire*, em que foram medidas a qualidade de vida para pessoas em condições crônicas e uma escala de diabetes específica para identificar a qualidade de vida relacionada ao diabetes. O controle metabólico foi avaliado pelos valores da HbA1c medidos pelos pacientes nas semanas anteriores.

Não houve diferença significativa em relação à etnia, nível de educação materno ou diferenças do estado civil dos pais dos adolescentes. Correlações bivariadas foram utilizadas para associar enfrentamento primário (como resolução de problemas e

expressão emocional), enfrentamento secundário (como aceitação e distração) e estratégias não-adaptativas, respectivamente, à competência, qualidade de vida e controle metabólico. Os maiores níveis de estresse referentes ao diabetes tiveram associação significativa com o baixo uso de estratégias primárias e secundárias, entretanto, não foram associados às estratégias de *disengagement*. Os autores relataram que os adolescentes tenderam a utilizar mais estratégias secundárias de enfrentamento, seguidas de estratégias primárias. O uso de estratégias primárias foi relacionado de forma significativa à competência pessoal e competência percebida pelos pais, à melhor qualidade de vida relacionada ao diabetes e melhor qualidade de vida total e a um melhor controle metabólico. A utilização de estratégias secundárias de enfrentamento foi relacionada a uma alta competência pessoal percebida pelas mães, mas não foi relacionado à percepção pessoal de competências, além de estarem associadas a um melhor controle metabólico pelos adolescentes. Os autores compararam suas conclusões a outros estudos, em que os adolescentes usavam estratégias primárias para controlar estresse relacionado ao diabetes, aproveitando altas competências pessoais e melhor qualidade de vida. Isso sugere, de acordo com os autores, que essas estratégias tendem a promover resiliência. Neste estudo, o uso de estratégias não adaptativas foi associado a resultados negativos, como controle metabólico ruim.

Como expõe Rooke (2015), a maior parte dos estudos quantitativos são correlacionais, e tentam associar resiliência a outros construtos. A autora considera que a escolha pela correlação se dá para que haja uma complementação de dados, adicionando consistência e confiabilidade aos resultados encontrados. Pode-se refletir também que a complexidade do fenômeno exija a integração de construtos relacionados, quer seja com o intuito de compreender melhor o processo de resiliência ou diferenciá-la dos demais conceitos, burilando ainda mais sua definição na psicologia da saúde.

Nos estudos pesquisados para este trabalho, as variáveis enfrentamento e autoeficácia foram predominantes para o desenvolvimento de resiliência, como no estudo de Quiceño et al. (2011). Alguns trabalhos, como o desenvolvido por Steinhardt et al. (2009), não se referiram à autoeficácia, mas traziam o termo “empoderamento” do sujeito, relacionando-o à percepção acerca de sua própria capacidade, definição que se aproxima do conceito de autoeficácia (Bandura & Adams, 1977; Fontes & Azzi, 2012). Ao lado de estudos sobre resiliência, estão os que abordam as estratégias de enfrentamento e o seu desenvolvimento, para auxiliar pessoas a passarem de forma saudável por processos adversos, como doenças, crises, desastres naturais, etc. Connor e Davidson (2003) corroboram essa visão ao considerarem que a resiliência pode ser entendida como uma medida da habilidade bem-sucedida do enfrentamento do estresse.

Enfrentamento é definido como um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais utilizados para manejar exigências internas ou externas, que são interpretadas como sobrecargas aos recursos pessoais do sujeito (Folkman, Lazarus, Gruen, & DeLongis, 1986). De acordo com esse modelo, a situação estressante é mediada primeiramente por uma avaliação cognitiva, em que o indivíduo avalia se a situação tem potencial para ser desafiadora, para prejudicá-lo ou se constituir em ameaça, para então haver avaliação dos recursos disponíveis para enfrentar a situação estressora (Faria & Seidl, 2005). As autoras exemplificam que as estratégias de enfrentamento são classificadas de acordo com suas funções, destacando o enfrentamento focalizado no problema e o enfrentamento focalizado na emoção. Assim, afirmam:

o enfrentamento focalizado no problema caracteriza-se pelo manejo ou modificação da situação causadora de estresse, com o objetivo de controlar ou lidar com a ameaça, dano ou desafio. Representa estratégias ativas de

aproximação em relação ao estressor, como, por exemplo, a solução de problemas. Por sua vez, o enfrentamento focalizado na emoção tem como função primordial regular a resposta emocional causada pela situação-problema com a qual a pessoa se depara, podendo apresentar atitudes de afastamento ou paliativas em relação à fonte de estresse, como negação ou esquiva. (pp. 382-383)

Rodrigues e Polidori (2012), ao estudar resiliência e enfrentamento de pacientes em tratamento quimioterápico, sugerem que essas estratégias não garantem a solução do problema, necessitando da resiliência do indivíduo, visto que esta habilidade implica “ações de confronto e superação” (p. 620). As autoras indicam que a capacidade de enfrentamento e resiliência influenciam positivamente o nível de adesão ao tratamento.

Em outra perspectiva, Yunes e Szymanski (2001) assinalam que os conceitos de estresse e enfrentamento frequentemente surgem nos estudos acerca da resiliência. No entanto, ponderam que há pouca evidência acerca da influência deste fenômeno em estratégias de enfrentamento bem-sucedidas. As autoras assinalam que as pesquisas sobre enfrentamento se referem às formas como as pessoas lidam com crises e adversidades. Nesse sentido, pode-se pensar que os conceitos são convergentes, visto que os estudos sobre resiliência compreendem a forma como os indivíduos transpassam situações desafiantes e adversas.

É possível pensar também que ao investir na habilidade de resiliência estaríamos possibilitando o surgimento de estratégias de enfrentamento mais eficazes. Presume-se, nessa perspectiva, que pessoas resilientes tenderiam a ter uma avaliação mais positiva da situação e de si mesmos, abrindo campo para elaborar estratégias de enfrentamento mais eficazes e adaptativas, sejam as focadas no problema ou na emoção.

Paula Júnior e Zanini (2011) investigaram a influência do tipo de enfrentamento utilizado por homens e mulheres submetidos a radioterapia devido a problemas

oncológicos em sintomas de estresse, bem-estar subjetivo e resiliência. Os autores sugeriram que as estratégias de enfrentamento com foco no problema associaram-se, nessa amostra, a níveis mais elevados de resiliência. Vale ressaltar que o instrumento para avaliar resiliência utilizado pelos autores foi o Inventário de Resiliência, formado por 40 itens referentes a ações afirmativas, respondidos numa escala de 1 a 5. Segundo esses autores, resiliência é “neste contexto, a possibilidade de superar e ressignificar as situações adversas ao longo da própria vida de forma positiva” (p. 496).

Bandura e Adams (1977) afirmam que as estratégias de enfrentamento serão mais ativas à medida que a percepção de autoeficácia aumentar. Luthar, Sawyer e Brown (2006) indicam que a percepção de autoeficácia é uma variável importante quando se trata de estudos da resiliência. De acordo com Bandura (1994), a percepção de autoeficácia refere-se às crenças pessoais sobre a capacidade de produzir determinados níveis de performance que influenciam variados eventos na vida. De acordo com o autor, tais crenças determinam como as pessoas sentem, pensam, se motivam e se comportam. Além disso, ressalta que indivíduos com alta confiança em suas habilidades tendem a encarar eventos adversos como desafios e não como ameaças.

Consoante ao preconizado pelo autor, Fontes e Azzi (2012) discutem que as crenças de autoeficácia se relacionam a como os indivíduos persistem diante das dificuldades, sinalizando, assim, que são elementos fundamentais na motivação e na realização, influenciando a resistência às exigências ambientais, mantendo sua funcionalidade. Tal proposição, de acordo com as autoras, refere-se à resiliência.

Barreira e Nakamura (2006) referem-se às explicações de Bandura sobre o termo autoeficácia, indicando que pessoas que possuem uma boa percepção desse construto psicológico têm o estresse diminuído nas situações que exigem maior esforço. As autoras sugerem que resiliência e autoeficácia se complementam para que os custos

emocionais diante de mudanças interfiram minimamente na motivação das ações escolhidas. É possível inferir que a percepção de autoeficácia influencia o desenvolvimento da resiliência porque a confiança na capacidade de execução de atividades impacta a forma como a pessoa atravessará situações adversas e desafiantes. Além disso, a crença em suas capacidades pode contribuir para a escolha de estratégias de enfrentamento mais eficazes.

Apesar de não haver ainda uma definição precisa, o conceito de resiliência vem sendo lapidado com o aumento dos estudos nos últimos anos. Da mesma forma, é quase consensual a percepção de que há outros conceitos envolvidos no construto, como enfrentamento e autoeficácia. As pesquisas que se utilizam dessa visão vêm apresentando resultados satisfatórios com importantes contribuições para a prática clínica e de saúde.

Nessa perspectiva, optamos por considerar, no presente estudo, a resiliência uma habilidade de reconstrução de si frente às adversidades, em que a pessoa pode rever e ampliar sua capacidade de ação ao se perceber mais capaz de executar novas estratégias de enfrentamento. O repertório de respostas comportamentais frente às situações adversas seria ampliado juntamente com a mudança de sua autoavaliação. Nessa perspectiva, infere-se que as pessoas seriam movidas a desenvolver caminhos alternativos às dificuldades apresentadas.

O capítulo seguinte expõe os objetivos deste trabalho norteados pela literatura apresentada. Posteriormente, são apresentados os capítulos referentes ao método, resultados e a discussão da dissertação.

Capítulo 3

Objetivos

As questões de pesquisa que nortearam este estudo foram: é possível desenvolver habilidade de resiliência? Como esta habilidade pode impactar a vida das pessoas com diabetes *mellitus*? Um programa de intervenção em grupo com duração de oito semanas é eficaz para promover a habilidade de resiliência? E quanto a promover habilidades de enfrentamento e de autoeficácia em relação ao cuidado em diabetes? Quais comportamentos de autocuidado seriam adotados ou modificados como resultado desta intervenção?

Nessa perspectiva, o objetivo geral da pesquisa foi avaliar uma intervenção em grupo para o desenvolvimento das habilidades de resiliência, enfrentamento e autoeficácia em pessoas adultas com diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 2.

Como objetivos específicos foram elencados:

- 1) Elaborar uma proposta de intervenção em grupo para pessoas adultas com diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 2, tendo em vista o desenvolvimento de habilidades de resiliência, de enfrentamento e de autoeficácia.
- 2) Descrever as características da resiliência, das estratégias de enfrentamento e da autoeficácia no cuidado em diabetes dos participantes nos momentos pré e pós intervenção, bem como o perfil sociodemográfico e médico-clínico.
- 3) Avaliar os efeitos da intervenção sobre a resiliência, as estratégias de enfrentamento e a autoeficácia de pacientes com diabetes *mellitus*, nos grupos experimental e controle.
- 4) Investigar a ocorrência de correlação entre as variáveis resiliência, estratégias de enfrentamento e autoeficácia nos dois grupos, nos momentos pré e pós intervenção.

- 5) Identificar como as habilidades de resiliência relacionam-se ao autogerenciamento da condição crônica pelos pacientes com diabetes *mellitus* tipo 2, por meio de categorias qualitativas definidas a partir dos relatos dos participantes.

Capítulo 4

Método

Nesta seção são apresentados os participantes da pesquisa, juntamente com os critérios de inclusão e exclusão. Apresenta-se o delineamento da pesquisa, o local de realização do estudo, os instrumentos utilizados e os procedimentos para coleta e análise dos dados.

4.1 Delineamento do estudo

Visto que o objetivo do projeto foi avaliar uma intervenção para o desenvolvimento da habilidade de resiliência em pacientes com diabetes *mellitus* tipo 2, a pesquisa foi desenvolvida por meio de método quase experimental de natureza mista, com avaliação qualitativa e quantitativa, com pré e pós teste e com grupo controle.

4.2 Participantes

4.2.1 Participantes do grupo experimental.

Os participantes foram selecionados por conveniência: quatro adultos, sendo dois homens e duas mulheres. Para discorrer mais didaticamente, optou-se por dar nomes fictícios aos participantes com as iniciais do seu grupo. Portanto, os participantes do grupo experimental começam com a letra e, enquanto os participantes do grupo controle iniciam com c.

Participaram do grupo experimental Eduardo, Evandro, Ester e Elisa. O primeiro possuía 60 anos e ensino superior completo, formação em Educação Física. Dos três, era quem possuía melhor renda, mais de cinco salários mínimos. O participante tinha a doença há oito anos e procurou o grupo para iniciar seus cuidados com o diabetes. Evandro, 62 anos, diabético há 19 anos, procurou o grupo para dar continuidade ao seu tratamento. Possuía renda de até dois salários e ensino fundamental completo.

Ester, 68 anos, possuía diabetes há 35, descoberto numa gravidez. Viúva, possuía o ensino fundamental completo e renda de dois a cinco salários. Elisa também teve diabetes gestacional. A participante tinha 48 anos e ensino médio incompleto, com renda de um salário mínimo.

Evandro, Ester e Elisa eram acompanhados no Hospital Universitário de Brasília (HUB) e Eduardo pelo ambulatório de diabetes do Centro de Saúde número 1 – Hospital Dia. A Tabela 1 mostra as principais características sociodemográficas e médico-clínicas de cada participante.

Tabela 1

Caracterização dos Participantes da Intervenção (N=4)

Participante	Idade	Escolaridade	Situação Conjugal	Renda em SM*	Tempo de Diagnóstico
Evandro	62	Fund. Incom.	Rel. Estável	Até 2 SM	19 anos
Eduardo	60	Sup. Comp.	Casado	Mais de 5 SM	8 anos
Ester	68	Fund. Comp.	Viúva	De 2 a 5 SM	35 anos
Elisa	48	Médio Incom.	Casada	Até 1 SM	10 anos

* SM: salário mínimo

Os critérios para inclusão dos participantes no estudo foram: (a) participação voluntária com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); (b) ter condições de responder aos instrumentos de autorrelato sozinho ou com auxílio da pesquisadora; (c) ter disponibilidade para participar das sessões do grupo. O critério de exclusão foi apresentar diabetes *mellitus* tipo 1.

4.2.2 Participantes do grupo controle.

As pessoas forneceram seus contatos para que fossem procurados posteriormente pela pesquisadora para a avaliação final, feita sincronicamente ao encerramento do

grupo quase experimental. Na avaliação inicial, integraram o grupo controle, voluntariamente, oito pessoas. Na avaliação final participaram quatro pessoas, pois duas não foram localizadas e duas não tiveram interesse na continuidade da pesquisa. Assim, quatro pacientes com idades entre 35 e 74 anos ($M=61,5$ anos) constituíram o grupo controle. Carla tinha 35 anos, o ensino médio completo e havia descoberto a doença 1 ano antes. Carina, 74 anos, vivia há 17 com diabetes. Tinha ensino superior completo, era viúva e aposentada. César, 72 anos, tinha ensino superior completo e vivia há 37 anos com a doença. Cristina, 65 anos, possuía a doença havia 10 anos, era viúva e também possuía o ensino superior completo.

A Tabela 2 apresenta as principais características sociodemográficas e médico-clínicas dos participantes desse grupo, identificados por nomes fictícios devido ao sigilo das informações.

Tabela 2

Caracterização dos Participantes do Grupo Controle (N=4)

Participante	Idade	Escolaridade	Situação Conjugal	Renda em SM*	Tempo de Diagnóstico
Carla	35	Sup. Comp.	Casada	Até 5 SM	< 1 ano
Carina	74	Médio Com.	Viúva	Até 5 SM	17 anos
César	72	Sup. Comp.	Casado	1 SM	37 anos
Cristina	65	Sup. Comp.	Viúva	Até 5 SM	10 anos

* SM: salário mínimo

4.3 Local de realização do estudo

As entrevistas pré e pós intervenção tiveram lugar no HUB e no CS-HD. As sessões do grupo foram realizadas em uma sala do HUB, adequada para esse tipo de atividade, cuja utilização foi autorizada pelo núcleo de Gerência de Ensino e Pesquisa

da instituição. O grupo aconteceu às terças-feiras de 8h30 a 10h30 durante os meses de março e abril.

4.4 Instrumentos e materiais

Os instrumentos utilizados no estudo estão descritos a seguir.

4.4.1 Questionário sociodemográfico e médico-clínico. O questionário sociodemográfico e médico clínico (Anexo 1), elaborado para o estudo, visou à caracterização da amostra quanto a sexo, escolaridade, situação conjugal, número de filhos, renda, tempo de diagnóstico e tempo de tratamento.

4.4.2 Escala de Resiliência de Connor-Davidson (CD-RISC) para brasileiros. Para mensurar a variável resiliência, foi utilizada a CD-RISC (Anexo 2) para brasileiros, validada por Solano et al. (2010), com 25 itens agrupados em quatro fatores: tenacidade, adaptabilidade-tolerância, amparo e intuição, cujos alfas de Cronbach variaram de 0,91 a 0,49, com respostas em escala de 0 a 4, em que 0 era nem um pouco verdadeiro e 4 indicava quase sempre verdadeiro. O uso da escala foi autorizado e disponibilizado pelos pesquisadores norte-americanos Connor e Davidson. A escala na íntegra possui alfa de Cronbach de 0,93 e 0,84 de coeficiente de correlação intraclasse. Estas informações indicam adequada consistência interna e estabilidade temporal.

4.4.3 Escala Modos de Enfrentamento (EMEP). Para avaliação das estratégias de enfrentamento foi utilizada a EMEP (Anexo 3), validada para a população brasileira por Seidl et al. (2001), a partir da versão adaptada por Gimenes e Queiroz (1997). A escala possui quatro fatores e 45 itens. O Fator 1 engloba estratégias focalizadas no problema (18 itens, $\alpha = 0,84$). Fazem parte desse fator as ações de aproximação em relação ao evento estressor com o objetivo de solucionar o problema e manejar a situação e itens que representam esforços cognitivos voltados para a

reavaliação do problema. O segundo fator, estratégias de enfrentamento focalizado na emoção (15 itens, $\alpha=0,81$), engloba itens que representam a esquivar, a autculpa e a culpabilização de outros como estratégias para lidar com problema. O terceiro fator, busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso (7 itens, $\alpha = 0,74$), é formado por itens que indicam pensamentos e comportamentos religiosos que auxiliam no enfrentamento da situação estressora. O Fator 4, que representa a busca de suporte social (5 itens, $\alpha = 0,70$), engloba itens que representam a procura de apoio instrumental, emocional ou de informação. As respostas são dadas em uma escala Likert de cinco pontos (1 = Eu nunca faço isso; 5 = Eu faço isso sempre). Os escores, calculados mediante média aritmética, variam de um a cinco, sendo que os mais elevados indicam maior utilização de determinada estratégia de enfrentamento.

4.4.4 Escala de Confiança no Autocuidado em Diabetes. Para avaliar o nível de percepção de autoeficácia, foi utilizada a Escala em Confiança no Autocuidado em Diabetes (Anexo 4), adaptada da versão inglesa do *Confidence in Diabetes Self-care Scale (CIDS)*. A escala é composta de 20 itens que avaliam a autoeficácia relacionada ao cuidado com o diabetes. O instrumento não foi validado para a população brasileira, mas houve tradução reversa e análise semântica (Fleury, 2007). As respostas são dadas em escala tipo Likert, variando de 1 a 5, em que 1 representava “não tenho certeza que consigo” e 5 representava “tenho certeza que consigo”.

4.4.5 Entrevistas (Anexo 5). Para o momento pré-intervenção, foi elaborada uma entrevista semiestruturada para obter informações a respeito do histórico da doença e da percepção da vida com diabetes, aplicada apenas ao GE. As perguntas contemplaram caracterizações da fase de descoberta da doença, motivos que levaram a pessoa a procurar atendimento médico à época, quais orientações para o cuidado recebeu e como as segue, se recebe ajuda da família ou de amigos, além de explorar as

mudanças de vida após o diagnóstico, os aspectos que foram difíceis mudar e o que ainda era desafiante para manter o cuidado esperado. No momento pós-intervenção outro roteiro de entrevista foi usado para identificar as mudanças que o trabalho em grupo proporcionou. Foram construídas categorias por meio da análise de conteúdo de Bardin (2009) e, com as informações inicial e final foram analisadas qualitativamente as mudanças dos participantes nos momentos pré e pós intervenção.

4.4.6 Materiais

Foram utilizados para a intervenção materiais de consumo, tais como papel pardo e sulfite, cartolinas, canetas, pincéis atômicos, rolo de barbante, fita crepe, CDs com técnicas de relaxamento. Quanto a equipamentos, projetor multimídia e computador foram usados em sessões do grupo.

4.5 Procedimentos de coleta de dados

A pesquisa, que contou com o consentimento e apoio da chefia de endocrinologia do HUB, foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília (CEP-IH/UnB), após autorização do Núcleo de Gerencia e Pesquisa do HUB.

Após aprovação das instituições, iniciaram-se as visitas à sala de espera do ambulatório de endocrinologia do HUB. No espaço também foram deixados cartazes com a divulgação do grupo e o contato da pesquisadora. Foram feitos convites nos meses de dezembro de 2016, janeiro e fevereiro de 2017 na sala de espera do ambulatório de diabetes do HUB e no mês de fevereiro na sala de espera do ambulatório de diabetes do Centro de Saúde – Hospital Dia (CS-HD). Os convites foram feitos semanalmente pela mestranda, que também entregava a todos os presentes pequenos convites com as informações necessárias para participar do grupo.

Como a demanda vinda pelo HUB foi insuficiente para início do trabalho, foi realizado contato com a equipe de endocrinologia do CS-HD, que autorizou o uso de sua sala de espera para o recrutamento de participantes. Também foi autorizado o uso de cartazes convite neste espaço. É importante mencionar que o tempo para recrutamento de participantes foi estendido, chegando a fevereiro de 2017, visando aumentar o número de participantes porém sem sucesso, não superando os quatro que aderiram à intervenção.

As pessoas que demonstraram interesse em participar foram, então, contatadas individualmente para uma entrevista inicial, em que foram esclarecidos os possíveis benefícios e riscos do estudo. Após o aceite, foi solicitado que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 6). Primeiramente, foram preenchidos os questionários sociodemográfico e médico-clínico. Em seguida, foi aplicado o CD-RISC, a EMEP e a Escala de Confiança no Autocuidado em Diabetes. Após a aplicação dos instrumentos foi realizada uma entrevista semiestruturada que questionava sobre o histórico da doença, atitudes relacionadas ao autocuidado e aspectos que ainda eram difíceis de serem modificados em relação ao cuidado da doença.

Os instrumentos do grupo controle foram aplicados na sala de espera do ambulatório do CS-HD, seguindo a mesma ordem de aplicação dos instrumentos do grupo intervenção, após a solicitação da assinatura no TCLE (Anexo 7). Este grupo não participou da entrevista porque esta era direcionada à investigação dos aspectos mais delicados no cuidado com a doença para serem trabalhados no grupo experimental.

Após a intervenção, os questionários foram aplicados novamente e uma nova entrevista foi realizada com o grupo experimental. A pesquisadora entrou em contato

com as pessoas do grupo controle para que os instrumentos fossem aplicados novamente, mas apenas quatro demonstraram interesse em continuar o estudo.

4.6 A intervenção

As sessões em grupo, com base em metodologia favorecedora da participação e com técnicas e procedimentos diversificados, foram realizadas uma vez por semana durante oito semanas, com duração de duas horas, com início no dia 7 de março de 2017 e final em 25 de abril de 2017. As sessões trabalharam variáveis que, de acordo com estudos anteriores (Connor & Davidson, 2003; Quiceño et al., 2011; Steinhardt et al., 2009), estariam relacionadas ao desenvolvimento da habilidade de resiliência. Dessa forma, foram trabalhados os seguintes temas principais: aceitação da doença, estratégias de enfrentamento, autoeficácia, autoestima, busca de apoio social e assertividade.

4.6.1 Sessão 1.

A primeira sessão foi realizada para explicar o funcionamento e o objetivo do grupo e abrir espaço para dúvidas em relação ao diabetes ainda presentes na vida dos participantes. Foi explicado que a participação de todos nas reuniões seria imprescindível porque o desenvolvimento dos temas ocorreria de forma gradual, sendo que os primeiros encontros preparariam o grupo para os próximos, estabelecendo uma continuidade das discussões. Foi esclarecido que os encontros não seriam aulas ou palestras, mas que o grupo construiria um espaço de trocas e aprendizados, em que os participantes poderiam expor suas dificuldades para que fossem trabalhadas as formas de lidar melhor com a doença.

Ainda na primeira sessão, foi conversado sobre o que cada integrante gostaria de receber do grupo, já que seria criado um espaço de apoio e compartilhamento, e o que, dentre suas habilidades e competências, os participantes poderiam fornecer ao grupo

para que este fosse um espaço de crescimento. Foi reafirmada a importância do diálogo e do respeito pelas verbalizações de todos os participantes. A pesquisadora ressaltou que o trabalho aconteceria sob sigilo e foi pedido que o horário de tolerância para atrasos fosse de 10 minutos.

Na dinâmica de apresentação, foi pedido aos participantes que falassem seu nome, o motivo de estar no grupo e suas expectativas para o trabalho. Foi perguntado como cada um gostaria de estar ao final das oito sessões. Posteriormente, os participantes foram incentivados a relatar quais dúvidas ainda tinham a respeito do diabetes, que foram compiladas num papel pardo (Anexo 6). Para encerrar o encontro, cada um deixou uma palavra sobre o que o encontro tinha significado naquele momento inicial.

4.6.2 Sessão 2.

O tema da segunda sessão foi “Aceitação da doença” e teve como objetivo principal o reconhecimento dos sentimentos evocados pelo diagnóstico e seu tratamento. Inicialmente houve uma atividade que estimulou a lembrança da sessão anterior para que os participantes recapitulassem os principais pontos trabalhados na semana prévia. Com o objetivo de construir o contexto grupal como nova rede de apoio aos integrantes, foi feita uma dinâmica de apresentação utilizando figuras de animais. Cada integrante escolheu o animal que mais o representava, explicando posteriormente a similaridade que identificava entre si mesmo e a gravura escolhida. As características selecionadas pelo participante foram utilizadas pela pesquisadora como ponto inicial para buscar comportamentos de autocuidado em relação ao diabetes. Os integrantes eram incitados a refletir onde encontravam as características identificadas no dia a dia e como poderiam usá-las para cuidar melhor do diabetes.

Com o intuito de trabalhar a aceitação da doença, foi realizada uma dinâmica sobre sentimentos de uma personagem fictícia. A pesquisadora contou uma estória que agregava temas comuns de uma pessoa que acabara de receber o diagnóstico de diabetes. A tarefa do grupo começou ao indicar quais possíveis sentimentos estariam ocorrendo com a pessoa em questão, enquanto a pesquisadora os anotava em papéis fixados na sala. Posteriormente, foram interpelados a produzir respostas e alternativas à pessoa da estória. A pesquisadora reforçou as ideias fornecidas para gerar sentimentos de aceitação à pessoa da estória, utilizando-os para proporcionar aceitação e compreensão para os próprios participantes.

Para encerrar o encontro, houve o treinamento da respiração diafragmática como técnica para auxiliar no controle do estresse, fator colocado pelo grupo como grande obstáculo ao controle glicêmico. Ao final do encontro, foi proposta uma avaliação de como tinha sido a reunião com base nos indicadores “que bom”, “que pena”, “que tal”, em que os participantes deixaram, além dos pontos positivos e negativos, sugestões para a condução dos encontros seguintes.

4.6.3 Sessão 3.

O tema do terceiro encontro foi “O que é ter saúde?” e teve como objetivo a discussão do conceito de saúde e o significado de ter saúde para cada participante. A sessão teve início com uma atividade que estimulou a lembrança da sessão anterior e perguntas acerca da prática da respiração diafragmática no domicílio ao longo da semana. Posteriormente, a pesquisadora abriu uma discussão sobre as dúvidas acerca do diabetes e do tratamento, levantadas pelo grupo no primeiro encontro. Foram esclarecidos alguns aspectos, mas foi investigado como se dava a relação dos participantes com a equipe de saúde que os acompanhava para que esses questionamentos fossem feitos para eles, na medida em que muitas dúvidas eram de

ordem médica. Foi explorado como cada um se percebia e se sentia ao expressar que não tinha compreendido algum aspecto acerca da doença e do tratamento; ao final, alguns se comprometeram em tirar suas dúvidas nas consultas e relatar para o grupo.

Ao abordar o significado de ter saúde, cada integrante se posicionou explicando que saúde estaria ligada à qualidade de vida e bem-estar. Foram entregues frases sobre o conceito de saúde de alguns filósofos, profissionais de saúde e artistas. Os participantes associaram os conceitos apresentados às suas noções, excluindo o que não consideravam compatível a seu modo de vida e agregando noções conciliáveis.

Como parte da psicoeducação, a pesquisadora, utilizando *slides*, expôs a evolução do conceito de saúde e apresentou fatos científicos que fizeram parte da modificação do conceito e da forma do cuidado de si, enfatizando que a eficácia do tratamento está relacionada à qualidade do cuidado que eles despendem a si mesmos e que as transformações significativas são derivadas de mudanças comportamentais e de crenças. Posteriormente, a discussão foi direcionada pelas perguntas:

- E agora, o que é saúde pra você? Mudou alguma coisa desde o início do encontro?
- Como você pode viver saudavelmente?
- Dentre as coisas que você listou na pergunta anterior, o que você pode fazer de hoje até a semana que vem que pode te trazer mais saúde?

Para encerrar, houve compartilhamento do que foi trabalhado, o que cada um percebeu e o que poderia ser levado daquele encontro.

4.6.4 Sessão 4.

O quarto encontro foi iniciado com a memorização da sessão anterior. Com o tema “Estratégias de Enfrentamento”, a sessão teve como objetivo explicar o que é

enfrentamento e apresentar estratégias diversas para integrar o repertório de respostas dos participantes. Iniciando o encontro, a pesquisadora questionou o grupo sobre como cada um fazia quando tinha um problema. A partir das respostas, deu-se um momento psicoeducativo em que o enfrentamento foi definido como manejamos as demandas internas e externas, como as pessoas lidam e buscam se adaptar aos problemas que aparecem. Foram trabalhadas as estratégias de enfrentamento focadas no problema, como solução de problemas, planejamento, reavaliação positiva e ressignificação do estressor e estratégias de enfrentamentos focadas na emoção, como fuga, esquivar e negação.

Para trabalhar o que foi discutido, a pesquisadora levou uma carta fictícia de um paciente com diabetes tipo 2. Na carta, a pessoa expunha suas dificuldades em lidar com a doença e se mostrava sem esperanças em conseguir seguir o tratamento e ter qualidade de vida. A tarefa do grupo foi redigir uma carta resposta com sugestões de como a pessoa poderia enfrentar sua situação, de forma distinta. Além de exporem estratégias de enfrentamento, os participantes transmitiram uma mensagem de esperança calcada na possibilidade de lidar com os problemas que a doença pode trazer. Foi sugerido, como atividade para casa, que os participantes utilizassem alguma estratégia de enfrentamento diferente das habituais, mas que fosse compatível com sua forma de lidar com as situações adversas. A pesquisadora pediu que anotassem para compartilhar com o grupo na sessão seguinte.

4.6.5 Sessão 5.

O quinto encontro foi sobre o tema “autoestima” e teve como objetivo promover uma avaliação positiva em relação a eles mesmos e generalizar essa avaliação para a capacidade que eles teriam ao implementar o cuidado diário do diabetes. Para isso, foi pedido que cada um contasse uma história passada da qual se orgulhasse. Das histórias

foram identificados pontos positivos, que foram generalizados para a experiência com o diabetes. Foi incitada a reflexão sobre como esses pontos positivos poderiam ser usados no cuidado de si. Uma das consequências positivas dessa atividade foi desencadear sensações positivas para avaliar situações que são desafiantes. As pessoas, se sentindo mais fortes e confiantes, conseguem, dessa forma, tecer alternativas mais eficazes para lidar com o que é difícil.

Houve psicoeducação para explicar que autoestima é a forma como as pessoas se avaliam e que este aspecto tem relação com o humor positivo e a percepção de autoeficácia. A pesquisadora expôs que uma autocrítica muito alta pode gerar avaliações por vezes negativas e que é possível se dedicar a desenvolver autoavaliações com menos julgamentos, inclusive para os erros cometidos, além do que a avaliação pessoal pode ser revisitada e modificada. Mesmo sendo classificada como uma variável com maior estabilidade ao longo do tempo, foi considerado importante abordar a autoestima devido à sua possibilidade de ação como fator de proteção em situações adversas.

Em seguida foi feita a prática do relaxamento progressivo de Jacobson, técnica de relaxamento em que o sujeito percebe cada parte do corpo para provocar tensão e, em seguida, relaxamento. Cada participante recebeu um CD gravado que instruía sobre a prática do relaxamento, que foi indicado como atividade para casa. Finalizando a sessão, cada participante deixou uma palavra que sintetizava o que houve de mais relevante durante o encontro.

4.6.6 Sessão 6.

O sexto encontro foi direcionado pelo tema “autoeficácia” e teve como objetivo reforçar as forças pessoais, promover o conhecimento e reflexão acerca das fraquezas de cada integrante, bem como identificar fatores ambientais que agiriam como facilitadores ou obstáculos às suas ações. O encontro foi direcionado para trabalhar as questões

relacionadas à alimentação, trazidas pelos participantes na entrevista inicial e nas sessões anteriores. Dessa forma, o intuito era avaliar as condições que cada participante possuía para executar o que desejava em relação ao cuidado de si, influenciando a percepção de autoeficácia dos membros do grupo.

Inicialmente houve recapitulação da sessão anterior e compartilhamento dos resultados do relaxamento. A atividade seguinte seguiu o modelo da ferramenta SWOT, utilizada no planejamento estratégico das organizações para avaliar criticamente os ambientes externo e interno das empresas por meio da análise das forças (*strengths*), fraquezas (*weaknesses*), oportunidades (*opportunities*) e ameaças (*threats*) (Appio, Scharmach, Silva, Carvalho, & Sampaio, 2009). A pesquisadora utilizou um modelo de análise de forças e fraquezas pessoais, oportunidades e ameaças ambientais para avaliar as dificuldades no cuidado e promover o desenvolvimento de novas estratégias de execução do cuidado. As perguntas que nortearam a discussão foram:

- Como uma pessoa com essas forças consegue organizar a alimentação de forma adequada?
- Como você pode usar essas forças pessoais e ambientais para minimizar as fraquezas pessoais e ambientais e ter uma alimentação como você gostaria?

Ao final, a pesquisadora perguntou o que poderia ser implementado mais facilmente no dia a dia de cada participante. As respostas foram sugeridas como atividades para casa.

4.6.7 Sessão 7.

Na sétima sessão foram trabalhadas a rede de apoio social e noções de assertividade, temas colocados pelo grupo no decorrer dos encontros. Inicialmente,

houve o compartilhamento da experiência do relaxamento feito em casa. Em seguida, cada participante recebeu uma folha em branco e o grupo foi instruído a mapear as quatro pessoas mais próximas. Cada participante compartilhou como as outras pessoas se comportavam com eles, diante da existência do diabetes. A pesquisadora, então, promoveu um momento de psicoeducação, explicando sobre a rede de apoio e seus benefícios, incitando-os a perceberem o tipo de cuidado que recebiam de familiares/pessoas próximas e a necessidade que teriam de se posicionar em relação à sua rede.

Para isso, a pesquisadora suscitou uma discussão a partir das perguntas: como vocês se sentem cuidados por sua rede e como sua rede entende que estão cuidando de vocês? Foi explicado que rede de apoio social eram as pessoas mais próximas a eles, não importando a quantidade de pessoas. Esta pergunta direcionou a análise para a diferença percebida entre o que é esperado e que é recebido nas relações. Este desequilíbrio foi analisado como um dos motivos de estresse nas relações interpessoais, fator também relatado por eles. A pesquisadora expôs algumas considerações sobre assertividade e investigou com o grupo como seria adotar o comportamento assertivo, não agressivo, nem passivo, nos seus relacionamentos.

Para finalizar, o grupo discutiu sobre as mudanças positivas que poderiam ser obtidas em seus relacionamentos interpessoais após conhecimento das informações trabalhadas no encontro. Os participantes fizeram considerações sobre como as mudanças seriam benéficas e se dispuseram a experimentar novas formas de se colocar e ouvir pessoas de sua rede social.

4.6.8 Sessão 8.

A última sessão foi destinada a fazer uma avaliação geral do trabalho

desenvolvido e a preparar um material como parte do suporte à continuidade dos comportamentos de autocuidado adquiridos durante as sessões. Para iniciar o encontro, novamente houve retomada dos pontos discutidos na sessão anterior e a pesquisadora questionou quais atitudes foram diferentes no decorrer da semana após o conhecimento acerca das redes de apoio e assertividade.

A avaliação geral do grupo foi direcionada pelas seguintes questões:

- Depois do grupo, o que mudou no seu dia a dia?
- Você percebeu alguma mudança na sua variação glicêmica? ?
- Você fez alguma mudança na quantidade de vezes que mede a glicemia?
- O que você faz hoje que é para cuidar de você e do diabetes?

Após compartilhamento das questões levantadas, cada participante foi instruído a preencher fichas simples e objetivas, com intenção de relembrar diariamente os motivos pessoais que os levariam a fazer escolhas que priorizassem o cuidado de si. O grupo recebeu a instrução de ler as fichas todos os dias. Como era simples, o tempo destinado a essa prática não ultrapassaria dois minutos.

Para finalizar, foi feita a dinâmica do barbante. Na dinâmica, cada participante deixa uma mensagem ou palavra ao grupo e joga a outro integrante o rolo de barbante, que continua o processo. Como o grupo era pequeno, o barbante foi lançado mais de uma vez pelos quatro participantes, tendo o processo sido iniciado pela pesquisadora, que também deixou uma mensagem de despedida e agradecimento ao grupo. Essa atividade permitiu a construção de uma "rede" ou "teia", representando a união e coesão do grupo. Após a dinâmica, os participantes pediram para tirar fotografias e houve um momento de confraternização.

4.7 Análise de dados

Os dados quantitativos foram analisados pelo programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 20.0 para Windows, utilizando estatística descritiva e inferencial. Na estatística descritiva, foram usadas medidas de frequência e proporção para as variáveis categóricas; nas variáveis contínuas, as medidas de dispersão, como média, desvio-padrão, valores máximo e mínimo.

O pressuposto estatístico de normalidade foi verificado para as variáveis contínuas – estratégias de enfrentamento, autoeficácia e resiliência – por meio do teste de *Kolmogorov-Smirnov* que indicou que a distribuição dessas variáveis seguiram os padrões de normalidade, ou seja, os valores de p não eram significativos, variando de 0,19 a 0,99. Para comparação dos escores médios das variáveis contínuas dos grupos experimental e controle foi usado o teste *t de Student* para amostras pareadas, nos momentos pré e pós intervenção, com nível de significância $p \leq 0,05$.

Para investigar a presença de correlação entre essas variáveis foi usado o coeficiente de correlação de Pearson ($p \leq 0,05$).

As entrevistas foram transcritas pela pesquisadora e analisadas por meio da análise de conteúdo de Bardin (2009), realizada em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Na fase de pré-análise houve leitura flutuante para conhecer o texto, formulação dos objetivos da análise e definição dos indicadores de qualidade pela recorrência dos temas e intensidade em que eram apresentados. Posteriormente, as categorias foram definidas com os respectivos temas e os trechos de relatos ilustrativos.

Capítulo 5

Resultados

Nesta seção, são apresentados os resultados da primeira e segunda avaliações das variáveis resiliência (CD-RISC), enfrentamento (EMEP) e autoeficácia (Escala de Confiança no Autocuidado em Diabetes) dos grupos experimental e controle, juntamente com os escores individuais dos participantes. Em seguida a análise intragrupo das variáveis nos momentos inicial e final de avaliação é apresentada. Por fim, são inseridos trechos da entrevista inicial, realizada anteriormente à intervenção, que investigou a percepção da doença, rede de apoio e dificuldades relacionadas à adesão ao tratamento do grupo experimental e entrevista final, quando os sujeitos avaliaram a intervenção. O grupo controle não participou de entrevistas porque o objetivo desta era, primeiramente, conhecer a realidade e as construções a respeito da doença para alinhar a intervenção com as necessidades reais dos participantes. A última entrevista, por sua vez, objetivou obter informações sobre os efeitos da intervenção, cujos resultados também estão apresentados na presente seção.

5.1 Resultados Quantitativos Descritivos

5.1.1 Resiliência.

5.1.1.1 Primeira e segunda avaliações de resiliência do grupo experimental.

A avaliação da resiliência, medida pelo instrumento CD-RISC, apresentou média de 2,59 (mín=1,40; máx=3,12) no primeiro momento do grupo experimental e, após a intervenção, média igual a 2,70 (mín=1,12; máx=3,56).

O escore mínimo desta avaliação pertenceu ao participante Eduardo que iniciou com 1,40 e ao final da intervenção apresentou 1,12. O participante, ao preencher o instrumento no segundo momento, ressaltou à pesquisadora que “*provavelmente minha*

nota caiu (...) o grupo foi transformador para mim, mas continuo pessimista como sempre".

O participante Evandro iniciou o grupo com o escore de resiliência 3,12 e, na avaliação final, subiu o escore em 0,44, computando 3,56. A integrante Elisa no momento inicial do trabalho, apresentava escore de resiliência igual a 2,96, que permaneceu inalterado na avaliação final. A participante Ester, por sua vez, iniciou o grupo com escore 2,88 e teve um aumento de 0,28, apresentando, na avaliação final, escore 3,16. Esses resultados estão apresentados na Tabela 3.

5.1.1.2 Primeira e segunda avaliações de resiliência do grupo controle.

O grupo controle, na avaliação inicial, apresentou escore médio de resiliência igual a 3,33, sendo o escore mínimo 2,88 e o máximo 3,68, este apresentado por dois entrevistados. A segunda avaliação, à época do encerramento do grupo experimental, finalizou com média 3,51, em que o sujeito com escore mínimo pontuou 2,84 e o escore máximo foi de 4,00, como mostra a Tabela 3.

Os participantes do GC apresentaram escores mais altos desde a primeira avaliação. A participante Carla, no primeiro momento, apresentou escore 3,08 e na segunda avaliação, escore 3,60, computando um acréscimo de 0,52. A segunda participante, Carina, apresentou média 3,68 no primeiro momento, e na segunda avaliação, com um aumento de 0,32, finalizou com média 4,00. O terceiro entrevistado, César, apresentou, na primeira avaliação escore 3,68 e finalizou com um decréscimo de 0,08, apresentando 3,60. Cristina, por sua vez, iniciou com 2,88 e decresceu 0,04, finalizando com escore 2,84.

Tabela 3

Escores de Resiliência dos Grupos Experimental e Controle

Grupos	Participantes	Resiliência	
		1ª avaliação	2ª avaliação
GE	Escore médio (DP)	2,59 (0,79)	2,70 (1,08)
	Evandro	3,12	3,56
	Elisa	2,96	2,96
	Eduardo	1,40	1,12
	Ester	2,88	3,16
GC	Escore médio (DP)	3,33 (0,41)	3,51 (0,48)
	Carla	3,08	3,60
	Carina	3,68	4,00
	César	3,68	3,60
	Cristina	2,88	2,84

5.1.2 Avaliação das estratégias de enfrentamento.**5.1.2.1 Primeira e segunda avaliações das estratégias de enfrentamento do grupo experimental.**

A média do fator enfrentamento com foco no problema no primeiro momento do grupo experimental foi de 3,56 (mín=2,00; máx=4,56). No segundo momento, a média deste fator subiu para 4,20 (mín=2,28; máx=5,00). Em relação ao fator enfrentamento com foco na emoção, a média apresentada anteriormente à intervenção foi igual a 2,90 (mín=2,33; máx=3,33) e no segundo momento, a média apresentada foi de 2,38 (mín=2,00; máx=2,73). Acerca do suporte social, a média do grupo experimental na primeira avaliação foi de 3,0 (mín=2,20; máx=3,40) e, após a intervenção, a média subiu para 3,70 (mín=3,20; máxima=4,20). O enfrentamento religioso teve média de 3,25 (mín=1,43; Max=4,43) no primeiro momento e média igual a 3,50 (mín=1,29; máx=4,43) após a intervenção.

O participante Evandro, nas estratégias com foco no problema, apresentou escore inicial de 4,56 e, após a intervenção, contabilizou escore máximo, 5,00. Sobre o fator estratégia de enfrentamento com foco na emoção, no primeiro momento

apresentou escore 2,33 e, na avaliação final, computou escore 2,47. Sobre o fator busca de suporte social, integrou o grupo com escore 3,40 e finalizou a intervenção com escore 4,20. O fator de enfrentamento religioso subiu 1,14, iniciando com 3,29 e apresentando escore 4,43 na avaliação final.

Elisa iniciou o grupo com escore 3,89 referente ao enfrentamento focado no problema e finalizou com 4,67. No enfrentamento focado na emoção, iniciou o estudo com 3,33 e finalizou com 2,33. Acerca do fator busca de suporte social, iniciou com 3,40 e finalizou com 3,20 e, no enfrentamento religioso, iniciou com 3,86 e finalizou com 4,14.

Eduardo teve a primeira avaliação com foco no problema com escore 2,00 e, ao final da intervenção, apresentou escore 2,28. Enfrentamento com foco na emoção passou de 2,87 para 2,73. O suporte social iniciou com 2,20 e finalizou com 3,20 e o enfrentamento religioso iniciou com 1,43 e finalizou com 1,29. Cabe destacar que esse participante informou ser ateu, escore coerente com essa postura religiosa.

A participante Ester, no primeiro momento de avaliação, teve enfrentamento com foco no problema com escore 3,78, terminando a intervenção com escore 4,72. Acerca do fator enfrentamento com foco na emoção, iniciou o estudo com escore 3,07 e finalizou com 2,00. Suporte social iniciou com 3,00 e finalizou com 4,20 e o enfrentamento religioso apontou escore igual a 4,43 no primeiro momento e 4,14 no segundo momento.

5.1.2.2 Primeira e segunda avaliações das estratégias de enfrentamento do grupo controle.

A média da estratégia de enfrentamento com foco no problema do GC no primeiro momento foi de 4,05 e, no segundo momento, passou para 4,15. O enfrentamento com foco na emoção passou de 2,40 a 2,13; o fator busca de suporte

social inicialmente teve média de 3,45 e passou a 3,50; e o enfrentamento religioso mudou de média 4,07 para 4,32.

A participante Carla, na primeira avaliação, apresentou escore de 3,50 no fator enfrentamento focado no problema, e no segundo momento o escore foi para 4,00. Acerca do enfrentamento focado na emoção, a participante obteve escore 1,73 na primeira avaliação e, na segunda, 2,20. O suporte social iniciou com 3,20 e finalizou com 2,80. Por fim, o enfrentamento religioso apresentou mudança de 0,40, iniciando com 3,86 e finalizando com 4,29.

Carina apresentou escore inicial de 4,61 na estratégia de enfrentamento focada no problema e apresentou o mesmo valor na segunda avaliação. Acerca das estratégias de enfrentamento com foco na emoção, apresentou escore igual a 2,13 no primeiro momento e, no segundo momento, 2,40. Busca de suporte social apresentou escore 4,20 na primeira avaliação e, na segunda, o escore foi igual a 3,80. O enfrentamento religioso, por sua vez, computou escore de 4,86 no primeiro momento e passou a 4,29 na segunda avaliação.

César, no enfrentamento focado no problema, obteve escore 4,72 no primeiro momento de avaliação e caiu 0,44 pontos na segunda avaliação, finalizando com escore 4,28. Na estratégia de enfrentamento focada na emoção, o participante iniciou com 2,93 e finalizou com escore 1,53, caindo 1,40 pontos. O suporte social apresentou escore de 4,00 no primeiro momento e 3,80 no segundo momento, caindo 0,20 pontos. O enfrentamento religioso subiu 0,14 pontos, apresentando escore de 4,00 na primeira avaliação e 4,14 no segundo momento.

Cristina, na estratégia focalizada no problema, obteve escore igual a 3,39, que subiu 0,33 pontos, contabilizando 3,72. Acerca do fator estratégia de enfrentamento com foco na emoção, a participante iniciou com escore 2,80 e finalizou com 2,40. No

escore do fator busca de suporte social, iniciou com 2,40 e finalizou com 3,60. O enfrentamento religioso permaneceu igual, com escore de 3,57 na primeira e na segunda avaliação. A Tabela 4 resume os escores de cada participante nos momentos inicial e final das avaliações, bem como os escores médios dos dois grupos.

Tabela 4

Escore dos Fatores das Estratégias de Enfrentamento nos Grupos Experimental e Controle

Participantes	Enfrentamento focalizado no problema		Enfrentamento focalizado na emoção		Busca de práticas religiosas/ pensam. fantasioso		Busca de suporte social	
	1 ^a	2 ^a	1 ^a	2 ^a	1 ^a	2 ^a	1 ^a	2 ^a
Escore médio	3,56	4,20	2,90	2,38	3,25	3,50	3,0	3,70
Evandro	4,56	5,00	2,33	2,47	3,29	4,43	3,40	4,20
Elisa	3,89	4,67	3,33	2,33	3,86	4,14	3,40	3,20
Eduardo	2,00	2,28	2,87	2,73	1,43	1,29	2,20	3,20
Ester	3,78	4,72	3,07	2,00	4,43	4,14	3,0	4,20
Escore médio	4,05	4,15	2,40	2,13	4,07	4,32	3,45	3,50
Carla	3,50	4,0	1,73	2,20	3,86	4,29	3,20	2,80
Carina	4,61	4,61	2,13	2,40	4,86	4,29	4,20	3,80
César	4,72	4,28	2,93	1,53	4,0	4,14	4,0	3,80
Cristina	3,39	3,72	2,80	2,40	3,57	3,57	2,40	3,60

5.1.3 Autoeficácia.

5.1.3.1 Primeira e segunda avaliações de autoeficácia no grupo experimental.

O escore de autoeficácia, no primeiro momento, apresentou média igual a 3,87 (mín=3,55; máx=4,35) e no segundo momento, pós-intervenção, verificou-se média igual a 4,48 (mín=4,05; máx=5,0).

Eduardo iniciou o grupo com escore de 3,55. Após a intervenção, subiu 0,5 e finalizou o grupo com 4,05. Evandro, na avaliação inicial, apresentou escore de autoconfiança equivalente 4,35 e, na avaliação final, obteve o escore máximo, 5,00. Elisa integrou o grupo com escore 4,00 na escala de autoconfiança no cuidado em diabetes. Na avaliação final, subiu 0,35 pontos e finalizou com escore 4,30. Ester iniciou o grupo com 3,60, aumentou 1,0 e apresentou escore final de 4,60 (Tabela 5).

5.1.3.2 Primeira e segunda avaliações da percepção de autoeficácia no grupo controle.

O grupo controle, no primeiro momento de avaliação da percepção de autoeficácia, apresentou média de 4,31 e no segundo momento de avaliação, apresentou média 4,42, computando um aumento de 0,11. Carla apresentou, na avaliação inicial, escore de 3,65, e na final 3,75, aumento de 0,10. Carina iniciou a investigação com escore 4,90 e finalizou com 5,00, contabilizando também aumento de 0,10. O participante César, na avaliação inicial, apresentou escore de 4,70 e escore de 4,60 no segundo momento de avaliação. Cristina apresentou escore 4,00 na avaliação inicial e 4,35 na avaliação final, com aumento de 0,35 (Tabela 5).

Tabela 5

Escores de Autoeficácia - Grupo Controle e Grupo Experimental

Grupos	Participantes	Autoeficácia	
		1ª avaliação	2ª avaliação
GE	Escore médio (DP)	3,87 (0,37)	4,48 (0,40)
	Evandro	4,35	5,0
	Elisa	4,0	4,30
	Eduardo	3,55	4,05
	Ester	3,60	4,60
GC	Escore médio (DP)	4,31 (0,58)	4,42 (0,52)
	Carla	3,65	3,75
	Carina	4,90	5,0
	César	4,70	4,60
	Cristina	4,0	4,35

5.2 Comparação das variáveis intragrupos

5.2.1 Resiliência.

O escore médio do grupo experimental variou 0,11 entre os dois momentos, com nível de significância igual a 0,53. O grupo controle iniciou com uma média maior ($M=3,33$), teve uma variação de 0,18 e nível de significância igual a 0,30, sendo que ambas as diferenças não foram significativas (Tabela 6).

5.2.2 Estratégias de enfrentamento.

Na Tabela 6 temos também a comparação entre os dois momentos, que mostrou significância estatística na variável enfrentamento com foco no problema do grupo experimental: diferença de 0,64 entre as médias e nível de significância igual a 0,028. A mesma variável não sofreu alteração significativa no grupo controle, com uma diferença de 0,10 entre as médias, com nível de significância igual a 0,67.

A variável estratégia de enfrentamento com foco na emoção sofreu mudanças de redução no grupo experimental, mas não alcançou significância estatística, com uma diferença entre médias de 0,51 e nível de significância igual a 0,18. No grupo controle, a diferença entre as médias foi de 0,26 com nível de significância de 0,57. A estratégia de enfrentamento busca de suporte social variou com uma diferença de 0,70 no grupo experimental, com nível de significância de 0,11. No grupo controle, a média variou 0,05 com nível de significância de 0,90.

Tabela 6

Escores Médios das Variáveis do Estudo e Valores do Teste T para Amostras Pareadas, dos Grupos Experimental e Controle

Variáveis	Pré Intervenção Média (DP)	Pós intervenção Média (DP)	T (p-valor)
Resiliência			
Grupo experimental	2,59 (0,79)	2,70 (1,08)	-0,70 (0,53)
Grupo controle	3,33 (0,41)	3,51 (0,48)	-1,24 (0,30)
Enfrentamento focalizado no problema			
Grupo experimental	3,56 (1,10)	4,20 (1,20)	-4,11(0,028)*
Grupo controle	4,05 (0,71)	4,15 (0,38)	-0,47 (0,67)
Enfrentamento focalizado na emoção			
Grupo experimental	2,90 (0,42)	2,38 (0,30)	1,70 (0,18)
Grupo controle	2,40 (0,56)	2,13 (0,41)	0,63 (0,57)
Busca de apoio social			
Grupo experimental	3,00 (0,56)	3,70 (0,58)	-2,25 (0,11)
Grupo controle	3,45 (0,82)	3,50 (0,47)	-1,29 (0,90)
Busca de práticas religiosas/pens. fantasioso			
Grupo experimental	3,25 (1,30)	3,50 (1,48)	-0,79 (0,49)
Grupo controle	4,07 (0,55)	4,32 (0,34)	0,00 (1,00)
Autoeficácia			
Grupo experimental	3,87 (0,37)	4,48 (0,40)	-4,146 (0,025)*
Grupo controle	4,31 (0,58)	4,42 (0,52)	-1,22 (0,30)

* $p \leq 0,05$

O enfrentamento religioso variou em 0,25 pontos e nível de significância de 0,49 no grupo experimental. No GC, as médias não sofreram alterações entre os momentos inicial e final de investigação, com nível de significância igual a 1,00 (Tabela 6).

5.2.3 Autoeficácia.

A análise demonstrou diferença significativa da variável autoconfiança no GE. A diferença entre as médias no grupo foi de 0,61 com p igual a 0,025. O GC não apresentou mudança significativa no comportamento das variáveis, apresentando diferença das médias de 0,11 e nível de significância igual a 0,30 (Tabela 6).

5.3 Correlações entre as variáveis psicológicas

Para investigar a ocorrência de correlações entre as variáveis contínuas do estudo, nos momentos pré e pós intervenção, nos dois grupos, procedeu-se à realização do coeficiente de correlação de Pearson. A Tabela 7 apresenta os resultados do momento pré-intervenção.

Tabela 7

Correlações entre as Variáveis Estratégias de Enfrentamento, Autoeficácia e Resiliência no Momento Pré-intervenção, dos Grupos Experimental e Controle.

Grupos	Variáveis	1	2	3	4	5	6
Grupo experimental	1. Focalização problema	--					
	2. Focalização na emoção	-0,24	--				
	3. Busca suporte social	0,96*	-0,04	--			
	4. Busca práticas religiosas	0,78	0,30	0,78	--		
	5. Autoeficácia	0,78	-0,53	0,78	0,25	--	
	6. Resiliência	0,98*	-0,05	0,98*	0,88	0,67	--
Grupo controle	1. Focalização problema	--					
	2. Focalização na emoção	0,26	--				
	3. Busca suporte social	0,93	-0,11	--			
	4. Busca práticas religiosas	0,71	-0,32	0,83	--		
	5. Autoeficácia	0,93	0,37	0,79	0,75	--	
	6. Resiliência	0,99*	0,11	0,97*	0,77	0,89	--

* $p < 0,05$

Os resultados revelaram que, já na pré-intervenção, verificou-se correlação positiva com significância estatística ($p < 0,05$) entre as variáveis estratégia de enfrentamento no problema e busca de suporte social com resiliência nos dois grupos.

Os valores da correlação entre autoeficácia e as demais variáveis investigadas não alcançaram significância estatística. Analisando as variáveis da EMEP entre si, observou-se correlação positiva significativa entre estratégia de focalização no problema e busca de suporte social nos resultados do GE, sendo que no GC essa associação foi elevada ($r=0,93$), mas não foi significativa do ponto de vista estatístico. Merecem destaque os baixos valores de r entre as variáveis resiliência e enfrentamento focalizado na emoção, tanto no GE ($r=-0,05$) quanto no GC ($r= 0,11$), fator da EMEP que representa esquiva, negação e culpabilização de si próprio e de terceiros como estratégias de enfrentamento, dado coerente com as definições desses construtos. Na Tabela 8, estão os resultados da mesma análise no momento pós intervenção.

Tabela 8

Correlações entre as Variáveis Estratégias de Enfrentamento, Autoeficácia e Resiliência no Momento Pós-intervenção, dos Grupos Experimental e Controle.

Grupo	Variáveis	1	2	3	4	5	6
Grupo experimental	1. Focalização problema	--					
	2. Focalização na emoção	-0,76	--				
	3. Busca suporte social	0,63	-0,57	--			
	4. Busca práticas religiosas	0,99**	-0,72	0,61	--		
	5. Autoeficácia	0,79	-0,38	0,88	0,77	--	
	6. Resiliência	0,99**	-0,68	0,70	0,98*	0,85	--
Grupo controle	1. Focalização problema	--					
	2. Focalização na emoção	-0,17	--				
	3. Busca suporte social	0,44	-0,20	--			
	4. Busca práticas religiosas	0,75	-0,25	-0,23	--		
	5. Autoeficácia	0,70	-0,03	0,92	0,05	--	
	6. Resiliência	0,92	-0,16	0,06	0,94	0,38	--

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Na segunda avaliação, as correlações com a variável resiliência, no GE, sofreram alguma alteração: manteve-se a associação estatística significativa com

enfrentamento focalizado no problema ($r=0,99$; $p<0,01$); observou-se ainda associação com busca de práticas religiosas ($r=0,98$; $p<0,05$) e não mais com busca de suporte social. A associação entre as estratégias de enfrentamento entre si revelou correlação positiva significativa entre focalização no problema e busca de práticas religiosas apenas no GE. No GC, não se observou correlação significativa entre as variáveis pesquisadas na segunda avaliação. A variável autoeficácia também não alcançou valores significativos de r entre as variáveis do estudo no segundo momento.

Cabe ressaltar que nessas análises de correlação antes e depois da intervenção, valores elevados de r foram observados, mas o n muito reduzido do estudo interferiu negativamente nos níveis de significância.

5.4 Resultados Qualitativos

5.4.1 Entrevista inicial.

As perguntas formuladas pela pesquisadora tinham o objetivo de identificar as percepções dos participantes acerca da doença e das dificuldades em lidar com ela. As respostas foram utilizadas para delinear uma intervenção focada nas necessidades dos participantes e possibilitaram a definição das categorias detalhadas nesta seção.

Merece destaque o fato de todos os participantes terem descoberto a doença por eventualidades, durante a realização de exames direcionados a outras queixas, como controle da hepatite C, hipertensão arterial e exames durante a gravidez.

5.4.1.1 Categoria Percepção da vida com diabetes.

Esta categoria englobou relatos acerca da percepção dos pacientes sobre o diabetes e sobre o impacto que a doença acarreta em suas vidas. No decorrer da entrevista, os participantes relataram sobre as mudanças ocasionadas pela descoberta da doença, os novos cuidados e limitações, expondo o que representa ter diabetes no

cotidiano. A categoria, resumida na Tabela 9, incluiu os temas: *diabetes dificulta a vida; ser diabético é ter vida com restrições; ser diabético é não ter vida normal; e ser diabético é ser discriminado.*

Eduardo relatou que a doença muda muito a vida de uma pessoa com essa condição e se refere às consequências que a doença traz. Complementando seu relato, comentou que, no momento, seu diabetes estava “*descompensado*”, além de frisar que “*acontece muitas coisas ao mesmo tempo...*”. Às muitas coisas que acontecem simultaneamente, o participante fez referência a ter hepatite e problemas na coluna. Acerca da mesma questão, Evandro relatou também ter outros problemas de saúde, referindo-se a uma cirurgia cardíaca que tinha realizado anteriormente.

Tabela 9

Temas da Categoria Percepção da Vida com Diabetes

Temas	Exemplos de relatos
Diabetes dificulta a vida	Eduardo: “ <i>A diabetes é bem lenta, vai pegando você, atrapalha tudo... vida sexual... dorme mais...</i> ”
Ser diabético é ter vida com restrições	Evandro: “ <i>Minha vida mudou um bocado. Tem que ter restrição (...) Eu acho que pra mim, não acabou a minha vida, eu vivo normal, apenas com restrição, com limite das coisas, principalmente alimentação, às vezes alguma coisa que eu não posso fazer</i> ”.
Ser diabético é não ter vida normal	Evandro: “ <i>Tem que mudar alguma coisa, acho que vai ser uma vida quase normal</i> ”. Elisa: “ <i>Eu tento camuflar que não tenho diabetes porque quem tem diabetes não tem uma vida normal (...) Ainda não consegui mudar a minha mente pra mente de diabético. Eu olho os doces e penso como não diabética</i> ”.
Ser diabético sofre preconceito	Elisa: “ <i>Eu não aceito ainda, às vezes a gente fala e as pessoas olham diferente, não sei se é verdade ou só caraminhola da cabeça</i> ”. Ester: “ <i>Tem pessoas que têm preconceito com a gente</i> ”.
Diabetes exige controle	Eduardo: “ <i>Diabetes não tem cura, tem controle</i> ”.

5.4.1.2 Categoria Alimentação e exercício físico.

Essa categoria englobou relatos sobre as orientações que valorizam o controle alimentar e a prática de exercícios físicos. Os quatro participantes mencionaram que as maiores dificuldades estavam nessas ações e a dificuldade em transformá-las em hábitos de vida. Os temas relacionados a esta categoria estão na Tabela 10.

Tabela 10

Temas da Categoria Alimentação e Exercício Físico

Temas	Exemplos de relatos
Alimentação é a maior dificuldade no cuidado com o diabetes	<p>Eduardo: “<i>É como se fosse uma compulsão, ansiedade (...) fico sem fazer nada, come um negocinho, tipo uma compulsão mesmo</i>”. “<i>Alimentação e exercício físico são as coisas mais difíceis. Mas alimentação é mais. Está tudo vinculado à parte emocional.</i>”</p> <p>Evandro: “<i>O mais difícil é a alimentação... porque a comida do diabetes quase não tem gosto... Não pode comer um tempero, não pode conserva, então tem que fazer uma adaptação</i>”.</p> <p>Elisa: “<i>O mais difícil de mudar é a alimentação</i>”.</p>
Qualidade de vida no diabetes é alimentação adequada e prática de atividade física	<p>Eduardo: “<i>Vida com qualidade no diabetes é acordar cedo, fazer atividade física, alimentação dividida corretamente de acordo com o que prescrevem</i>”.</p>
Dificuldade em administrar atividades sociais que envolvem comida	<p>Evandro: “<i>A gente vacila na alimentação. Você chega num certo lugar e não pode levar uma comida pra você comer lá e você tem que comer o que eles tem, mas com limite. Você fica chateado, com vergonha, vai pra casa de amigos e leva marmita (...)</i>”.</p> <p>Ester: “<i>Às vezes eu não quero ir num lugar por causa da comida</i>”.</p>
Alimentar-se bem é oneroso	<p>Evandro: “<i>Alimentação procuro seguir naquilo que eu posso... A gente vacila, mas não dá. Às vezes em termos financeiros a gente vacila um pouco (...) Nem todo dia você tem dinheiro pra comer aquilo que você pode no horário que você tem que comer. Mas a gente vai levando (...) As coisas integrais são mais caras, é difícil</i>”.</p> <p>Elisa: “<i>As dificuldades pra seguir as orientações são as dificuldades financeiras. É tudo muito caro. Remédio e alimentação é muito caro</i>”.</p>

Ester complementou sua fala, informando que “o doce” ainda é um fator que precisa ser mudado: “*Já era pra ter tirado o doce... eu tomo café com adoçante... era pra ter tirado tudo... eu não como pra ficar satisfeita, mas pra provar, eu como*”.

5.4.1.3 Categoria Percepção de apoio social.

Um ponto comum dos relatos dos participantes referiu-se à necessidade do envolvimento da família como um aspecto fundamental para o sucesso no tratamento. Foram frequentes as queixas relacionadas a não participação, críticas e/ou cobrança dos familiares. Os temas dessa categoria estão apresentados na Tabela 11, juntamente com verbalizações dos participantes.

Tabela 11

Temas da Categoria Percepção do Apoio Social

Temas	Exemplos de relatos
Necessidade de apoio	<p>Evandro: “<i>Às vezes eu vou pôr o pé na jaca e elas lembram que não posso (...) tenho o apoio delas e elas são brabas</i>”.</p> <p>Elisa: “<i>Tenho apoio do meu marido. Ele ajuda plantando horta pra não ter que tá comprando. Fez um criatório de peixe, então na alimentação ele me ajuda muito</i>”.</p> <p>Eduardo: “<i>Já estive em palestras e todo mundo tem que entrar, não dá pra separar. O bolo não pode ser de fulano e ciclano. É como se você falasse para um viciado, tem cocaína aqui, mas você não usa não</i>”.</p>
Críticas de pessoas próximas	<p>Elisa: “<i>Tudo que a gente faz eles tão criticando. Nem conhece. Eles não têm as informações corretas. Eu venho aqui pra buscar informação correta pra ter qualidade de vida melhor. Tô correndo atrás do prejuízo. Mesmo fazendo direitinho ainda tem problema renal, no olho</i>”.</p>

Merece destaque Elisa relatar inicialmente que, quanto aos cuidados, não obtinha ajuda, mas apenas críticas. Em seguida, ao falar da dificuldade de modificação da alimentação, afirmou que tinha ajuda do marido.

5.4.1.4 Categoria Fator emocional e sua influência no diabetes.

Essa categoria reuniu relatos que apresentaram a emocionalidade como um fator preponderante para as alterações glicêmicas e como diferencial para o cuidado do diabetes. Os participantes também indicaram que esta dimensão, que inclui sentimentos de tristeza, irritação ou alegria, também influenciaria sua relação com a alimentação e a qualidade de vida. Essas informações estão elencadas na Tabela 12.

Tabela 12

Temas da Categoria Fator Emocional e sua Influência no Diabetes

Temas	Exemplos de relatos
Fator psicológico como desencadeador de mudanças glicêmicas	<p>Elisa: <i>“Mas não é só alimentação, dependendo do estado emocional influencia. Descontrola a glicose. Ou sobe ou desce. Estresse, ansiedade, até ficar alegre demais é estranho”</i>.</p> <p>Ester: <i>“Eu no meu modo de pensar, a glicose sobe não é só por causa de comida. São os problemas”</i>.</p>
Fator psicológico como estratégia para o cuidado no diabetes	<p>Eduardo: <i>“Eu tô tentando voltar agora por isso quero fazer trabalho da parte psicológica e aos poucos da atividade física. Para melhorar a rotina tem que imprimir vontade e boa intenção, que é o motivo desse grupo (...) sem vontade e boa intenção nada funciona”</i>.</p> <p>Ester: <i>“O que ajudou a viver melhor com o diabetes foi a cabeça”</i>.</p> <p>Elisa: <i>“Quando eu aceitar mesmo apesar desses tantos anos de diabetes, vai mudar minha vida em tudo porque eu vou viver mais tranquila, a minha glicose vai ficar mais controlada porque quando eu estou tranquila ela fica mais controlada”</i>.</p>

5.4.2 Entrevista final.

A entrevista final foi focada nas mudanças que o grupo promoveu nos participantes. Partindo do questionamento sobre o que a experiência tinha proporcionado, os integrantes expuseram livremente sobre suas percepções e novas ações, que foram categorizadas.

Ao contrário da primeira entrevista, os participantes não se referiram à percepção negativa da doença, mas prioritariamente às questões referentes à alimentação, à atividade física e ao controle glicêmico, além da percepção da rede de apoio social e a influência do fator emocional no cuidado com o diabetes. Um elemento novo nesse segundo momento referiu-se à percepção do grupo como espaço de troca e crescimento, fator relatado por todos os participantes.

5.4.2.1 Categoria Grupo como espaço de troca.

Essa categoria incluiu relatos sobre o grupo como espaço de trocas, compartilhamentos e aprendizado. Os quatro participantes relataram como a experiência em grupo foi válida para conhecer novas perspectivas e, assim, confrontarem suas visões acerca do diabetes e da forma como lidavam com os problemas relacionados à doença. Na Tabela 13 estão reunidas as verbalizações referentes ao tema identificado para esta categoria.

Tabela 13

Temas da Categoria Grupo como Espaço de Troca

Tema	Exemplos de relatos
Grupo como espaço de troca e aprendizado	Eduardo: <i>“Mudou muito. Muito interessante as opiniões de todo mundo”</i> . Evandro: <i>“Pra mim ajudou muito no entendimento. Sempre teve um assunto diferente, experiências novas de vocês, pra mim foi um grande aprendizado. Me senti bem agraciado”</i> .

	<p>Ester: <i>“Aprendi muita coisa aqui, todo mundo fala uma coisa, a gente vê que ninguém é igual (...) Se o grupo fosse maior, mais novidade tinha. Só entre os quatro já teve uma diferença...”</i></p> <p>Elisa: <i>“Às vezes a gente tem um problema e não sabe como resolver (...) Quando a gente aqui no grupo expõe o problema, com a ideia de um e de outro e com a sua orientação, era um problema que era fácil de resolver”.</i></p>
--	---

5.4.2.2 Categoria Exercício físico, alimentação e controle glicêmico.

Nesta categoria são apresentados os relatos referentes às mudanças na prática de exercício físico, alimentação e controle glicêmico (Tabela 14).

Tabela 14

Temas da Categoria Exercício Físico, Alimentação e Controle Glicêmico

Tema	Exemplos de relatos
Controle glicêmico	<p>Eduardo: <i>“Esse aparelhinho tinha mais de um ano que eu tinha comprado. Aí comecei a vir no grupo e comecei efetivamente a fazer o controle de tudo”.</i></p> <p>Elisa: <i>“Medi as três vezes essa semana, às vezes até medi quatro (...) Eu estando medindo, a insulina controlada, fica mais nos níveis adequados. Eu achei que melhorei bastante, to acordando muito boa, muito bem, disposta (...)”</i></p>
Mudanças na alimentação e atividade física	<p>Eduardo: <i>“Eu to fazendo tudo direitinho. O grupo foi um divisor de águas pra mim. Eu não estava fazendo nada, agora já uso meu aparelho para medir a glicemia, faço atividade física e controlo a alimentação (...) Comecei num esquema mesmo de controlar a dieta, voltei a fazer exercício (...) então mudou muito (...) Minha alimentação mudou, está bem efetivo”.</i></p> <p>Evandro: <i>“Mudou um bocado meu comportamento com alimentação. Eu já era rígido e estou mais rígido ainda (...) Cada um fala uma coisa e no dia-a-dia a gente sempre lembra do que cada um falou”.</i></p> <p>Ester: <i>“Depois daqui eu comecei a manear mais na alimentação... emagreci... Todo mundo pergunta”.</i></p>

5.4.2.3 Categoria Percepção do apoio social

A percepção do apoio social (Tabela 15) foi outro tema recorrente na entrevista final. Os participantes relataram melhora no relacionamento com sua rede de apoio, ressaltando que expressaram mais suas opiniões e gerenciaram melhor o convívio com todos.

Tabela 15

Temas da Categoria Percepção do Apoio Social

Tema	Exemplos de relatos
Apoio percebido	Evandro: <i>“Nessa semana teve muito aniversário, minha namorada preparou outra coisa, comi mandioca, não comi arroz. Fui medir e a noite tava 98. Elas me ajudam, me dão freama e eu agradeço”</i> .
Melhora na rede de apoio social	Ester: <i>“Aprendi a conviver, antes eu vivia muito estressada”</i> . Elisa: <i>“Às vezes a gente não acha tanto esse apoio em casa... até isso melhorou... eu cheguei, conversei, falei... a gente que é diabético mexe sim com o psicológico e a gente precisa de ajuda sim. Ajuda da gente mesmo, da força de vontade, mas a gente precisa de ajuda exterior das pessoas que estão próximas da gente. E eu já tinha uma noção disso, mas consegui entender melhor (...) Filho conversando mais, marido mais também”</i> .

5.4.2.4 Categoria Influência do fator emocional no cuidado com o diabetes

O fator emocional foi retomado por uma participante na entrevista final. Elisa considera que o nível glicêmico alcançado não é resultado direto do controle realizado, mas é resultado do trabalho emocional, que forneceu mais tranquilidade à participante (Tabela 16).

Tabela 16

Tema da Categoria Influência do fator emocional no cuidado com o diabetes

Tema	Exemplos de relatos
Emocionalidade é fator relevante para um bom controle glicêmico	Elisa: <i>“Não é só tão insulina, é emoção também (...) Isso também é resultado do controle emocional (...) Tô mais tranquila. Não só por causa da medida da glicemia, mas porque estou mais tranquila”</i> .

Os resultados detalharam os escores dos construtos investigados e os relatos iniciais e finais das entrevistas, com as respectivas categorias e temas associados. O próximo capítulo articulará os resultados à literatura pesquisada, discutindo pontos relevantes da intervenção realizada.

Capítulo 6

Discussão

Este capítulo é dedicado à discussão dos resultados descritos no capítulo anterior, cotejados à luz da literatura e à interpretação da pesquisadora.

A análise quantitativa indicou que o trabalho realizado gerou resultados positivos no enfrentamento focalizado no problema e na autoeficácia, variáveis adaptativas importantes no gerenciamento de condições adversas, o que parece ter desencadeado melhora nos comportamentos de autocuidado dos participantes, aspecto corroborado pelos dados qualitativos.

O início do trabalho em grupo se deu por meio do tema aceitação, já que os participantes se referiram, durante a entrevista inicial, a percepções que indicavam dificuldades nesse âmbito. Costa e Coutinho (2016) investigaram as representações sociais de pessoas com diabetes *mellitus* e seus resultados indicaram que esta população representava a doença por meio de fatores relacionados à alimentação, marcada por emoções negativas. Este aspecto é coerente com os resultados do presente estudo, visto que os participantes se referiram ao diabetes mediante termos com conotação negativa, como restrição, limitação e anormalidade, além de associarem-na a, durante as sessões de grupo, vergonha, impotência, dependência, opressão, depressão, revolta, tristeza, ansiedade e melancolia. A escuta atenta, a validação dos sentimentos relatados e os questionamentos da pesquisadora criaram um contexto de compreensão e percepção de si mesmo que propiciou um espaço favorável à reconstrução de sentido referente às informações já adquiridas por meio das equipes de saúde.

Tal fator é evidenciado pela apropriação que os participantes fizeram das orientações referentes à alimentação e atividade física, gerenciando-as de forma mais

autônoma, coerentemente aos seus valores e posicionamentos. Ao longo do processo, os participantes foram incentivados a elaborar alternativas para terem uma vida com qualidade, respeitando suas peculiaridades subjetivas. O estudo de Péres, Franco e Santos (2008) relacionou o acolhimento de sentimentos das pessoas com diabetes *mellitus* à adesão ao tratamento, o que leva-nos a inferir que a postura de escuta, respeito e compreensão presentes no GE parece ter influenciado a elevada adesão dos quatro participantes aos encontros, computando-se apenas uma falta de um deles por ter seu dia de consulta com a equipe de endocrinologia no HUB no dia e horário da intervenção. Os autores sinalizaram também que o diagnóstico de diabetes suscita vários sentimentos e reações emocionais intensas e desagradáveis, com frequência evitados pelos pacientes devido ao nível de sofrimento psicológico que desencadeiam.

Os autores observaram, ainda, que a valorização dos aspectos emocionais é indispensável por interferir na adaptação dos pacientes à doença, já que esta esfera influencia os comportamentos de enfrentamento à situação de cronicidade. Nos participantes do presente trabalho, pode-se supor que a descoberta ocasional do diabetes e suas consequências, como problemas oculares e renais – além das cobranças constantes vindas da rede de apoio social – favoreceu o surgimento de sentimentos negativos relacionados à doença e, em decorrência, uma postura de esquiva em relação à condição e seus cuidados, o que levou à pertinência da focalização inicial no tema aceitação, seguido de outros temas relevantes ao longo da intervenção.

Segundo Leahy, Tirch e Napolitano (2013), tentativas de evitar pensamentos e emoções desagradáveis podem fazer com que a ocorrência destes seja até mais frequente. Os autores sugerem que a abertura à aceitação, inclusive de eventos internos complexos, compõe o processo de busca do que é valorizado por cada indivíduo. Da mesma forma, Quiceño et al. (2011) consideram que o fator aceitação é importante

porque proporciona baixos níveis de estresse e ansiedade. Aceitar, de acordo com os autores, refere-se à atitude de reconhecimento de algumas situações como estressantes, abrindo possibilidades para reavaliá-las e ressignificá-las, buscando novas resoluções de problemas, além de percepções mais realistas e menos disfuncionais.

Outro fator que merece destaque refere-se à categoria advinda dos relatos pós intervenção: o grupo como espaço de troca. Foi presente, nas verbalizações, o reconhecimento do grupo como lugar de partilha e pertencimento, importante para pessoas que vivem com condições crônicas. Marlebi (2014) discute que a falta de apoio dentro e fora do contexto familiar, a discriminação e exclusão de ambientes sociais são fatores que comprometem a adesão ao tratamento. Tais fatores sinalizados pela autora foram expressos pelos participantes desta pesquisa no primeiro momento de avaliação. Entende-se, portanto, que o grupo teve papel importante na formação de vínculos significativos ao reunir pessoas com experiências e necessidades semelhantes. Ao longo das oito sessões foram comuns comentários de como o grupo ocupava papel de destaque no aprendizado individual e no desenvolvimento de suas questões pessoais. Consideramos, portanto, este aspecto como um dos principais fatores promotores de mudanças, um dos motivos relevantes para a formação de grupos terapêuticos com foco no autocuidado em condições crônicas.

Frazier, Hilliard, Cochrane e Hood (2012) fizeram uma compilação de estudos que promoveram aspectos positivos em pessoas com diabetes e o resultado demonstrou que o trabalho com as variáveis enfrentamento e autoeficácia tem tido bons resultados na melhoria dos comportamentos de autocuidado, influenciando positivamente o resultado da hemoglobina glicada. Os autores assinalaram que o trabalho de intervenção em enfrentamento é efetivo por estar associado principalmente a comportamentos de autocuidado.

O trabalho focado no enfrentamento adaptativo proporcionou a aquisição de informações sobre a doença, aspecto que foi valorizado pelo grupo. Rutter (2006) considera que a noção de resiliência engloba, além de atitudes mentais e agenciamento pessoal, mecanismos de enfrentamento. Nota-se que, na EMEP, além do aumento da média dos escores das estratégias com foco no problema, houve diminuição das estratégias focalizadas na emoção, o que é um resultado positivo para a escala, que circunscreve este último fator a comportamentos desadaptativos. Assim, a redução desse escore médio (e de alguns participantes no enfrentamento focalizado na emoção) é positiva, ainda que a diferença não tenha alcançado significância estatística. Ademais, a correlação entre as estratégias de enfrentamento focalizadas no problema e resiliência foi significativa para a amostra, confirmando o pressuposto que os dois construtos estariam relacionados.

Rodrigues e Polidori (2012) concluíram em seu estudo que a capacidade de enfrentamento de seus participantes mostrou que as pessoas, de alguma forma, também estavam mais resilientes, dado o movimento de enfrentar o seu problema, o que resultou em novas formas de vivenciar a condição. As autoras consideraram que a capacidade de reorganização da vida também foi um fator que indicou a resiliência em sua amostra. No presente estudo, também foram verificadas tais características, exemplificadas nas verbalizações no momento pós intervenção. No início dos encontros, os participantes relatavam tentativas de identificar alguma solução para seus problemas ou “trabalhar a cabeça”. Os relatos finais indicaram que a intervenção em grupo proporcionou a ampliação do enfrentamento com foco no problema ao trabalhar, dentre outras estratégias, manejo de situações difíceis, planejamento, reavaliação positiva e ressignificação do estressor, a partir das verbalizações pós intervenção em especial sobre os temas que compõem a categoria exercício físico, alimentação e controle

glicêmico. Nos temas desta categoria os participantes relataram uma relação diferenciada com as orientações recebidas, especificando as ações que passaram a adotar, como usar o aparelho para medir a glicemia, maior atenção quanto à alimentação e a retomada da atividade física na rotina cotidiana. Entende-se, dessa forma, que o trabalho propiciou uma ampliação das possibilidades de ação, com novas formas de lidar com os eventos estressores associados à doença, fortalecendo as crenças quanto à autoeficácia e às habilidades de enfrentamento.

Segundo Herrera e Memoria (2013), a percepção de autoeficácia se refere às crenças dos indivíduos em sua capacidade de resolução de problemas e constituem um processo necessário na superação de situações difíceis e adversas. Os autores complementam este raciocínio afirmando que Bandura discute a percepção de autoeficácia como um dos fatores para se compreender a *agência humana*, conceito utilizado para explicar adaptação e mudanças. Nessa perspectiva, a crença na capacidade de gerenciar as situações vividas desempenha papel preponderante nos mecanismos de autodesenvolvimento.

Schumacher, Sauerland, Silling, Berdel e Stelljes (2014), num estudo com pessoas que realizaram transplante alogênico de células tronco, encontraram alta correlação entre resiliência e autoeficácia. Os autores concluíram que ambas as variáveis tiveram papel significativo na adaptação após o transplante, sinalizando que o resultado significativo acerca da autoeficácia indicaria uma interpretação positiva das próprias competências e a crença na capacidade de lidar de maneira adaptativa com as habilidades adquiridas. Dessa forma, os autores enfatizaram que a percepção de autoeficácia influenciou a mudança de comportamento, sendo considerada um recurso pessoal positivo e fator de proteção à saúde.

No presente estudo, a variável autoeficácia foi a que apresentou alteração mais relevante, diferentemente da variação ocorrida no grupo controle, que não alcançou significância estatística. Tal resultado permite-nos pensar a proximidade entre o enfrentamento focalizado no problema e a autoeficácia, visto que o aumento na busca de ações que propiciam melhor adaptação pode influenciar positivamente a crença na capacidade de realizar tais atividades e vice versa. Nosso posicionamento é coerente ao apresentado por Steinhart et al. (2009). Esses autores afirmaram que, não obstante o aumento do escore de resiliência não ter alcançado significância estatística, o crescimento observado pode ter reforçado o empoderamento dos participantes e as atitudes de autogerenciamento em saúde. Pode-se pensar, da mesma forma, no que tange aos resultados da presente pesquisa, em que autoeficácia teve associações mas não significativas com as demais variáveis pesquisadas, aspecto que sofreu influência do número reduzido de participantes que deve ter afetado negativamente os níveis de significância estatística. Ademais, a ausência de associação significativa entre resiliência e autoeficácia no presente estudo parece decorrer também do caráter prático – voltado para aspectos pontuais do autocuidado em diabetes – da escala de autoeficácia, em contraposição à característica mais abrangentes da escala CR RISC, que trata resiliência de forma ampla, focalizando dimensões diversas da vida.

Yi-Frazier, Hilliard, Cochrane e Hood (2012) indicaram que a autoeficácia foi o construto mais presente nos estudos com diabetes *mellitus* e foi associado a melhores resultados da medida glicêmica de jovens e adultos, sendo considerada, por vezes, o melhor preditor de autogerenciamento dos comportamentos de autocuidado relacionados à doença. Os autores mencionaram também estudos em que autoeficácia e autoestima estiveram associadas à redução do risco de mortalidade em pessoas com diabetes tipo 2 (Fry & Debats, citado por Yi-Frazier et al., 2012).

As mudanças identificadas pela análise qualitativa corroboram o significado da modificação das variáveis enfrentamento e autoeficácia e fornecem informações adicionais sobre as alterações provocadas pela intervenção. É interessante notar a mudança no discurso referente à relação que os participantes estabeleciam com a doença. Na entrevista pré intervenção, foi observada uma relação distanciada da doença e suas implicações, fator não presente no discurso pós intervenção, ressaltado por assertivas em primeira pessoa, o que demonstrou mais propriedade e autonomia sobre suas vidas, a enfermidade e o tratamento. Como exemplo, podem ser citadas as alterações na alimentação e na prática de atividade física, que no primeiro momento foram colocadas como diretrizes a serem seguidas, com ênfase em suas dificuldades, e no segundo momento foram referenciadas como comportamentos já operados pelos participantes. Este fator pode ser associado ao desenvolvimento de maior autonomia, característica divulgada pela OMS (2003) como um dos aspectos fundamentais nos cuidados com a cronicidade.

Pode-se pensar também que os fatores trabalhados no curso da intervenção propiciaram o aumento de estratégias de enfrentamento para as situações da vida que traziam incômodo e estresse aos participantes. As situações aversivas, relatadas como os “problemas”, eram, de acordo com alguns dos pacientes, causas para as alterações glicêmicas. Infere-se que as novas estratégias contribuíram para a resolução ou resignificação dos eventos estressores. Além disso, foram ensinadas técnicas de relaxamento (respiração diafragmática e relaxamento progressivo de Jacobson) com a orientação de serem utilizadas para lidar com contextos de estresse.

Yi-Frazier et al. (2010) identificaram associações entre estratégias de enfrentamento não adaptativas e baixa escolaridade, fato que também se repetiu no presente estudo, visto que os escores do grupo controle já eram mais elevados do que os

do grupo experimental na pré intervenção. No grupo controle, uma das características marcantes foi a escolaridade mínima igual a ensino médio completo, enquanto no grupo experimental apenas um integrante possuía ensino superior, congregando pessoas com menor escolaridade. No estudo de Yi-Frazier et al. (2010), o uso de estratégias de enfrentamento disfuncionais foi negativamente associado aos níveis de resiliência, enquanto que o uso de estratégias mal adaptativas esteve associado a escores mais baixos em resiliência. Rodrigues e Polidori (2012) também observaram que o aumento de estratégias de enfrentamento com foco no problema auxiliou os participantes de sua pesquisa a agir sobre as fontes de estresse e a desenvolver novas estratégias de autocuidado em seu tratamento. As autoras discutiram que essas estratégias de enfrentamento indicaram que os participantes eram pessoas resilientes, explicando que ao mesmo tempo em que estes lidavam com seu problema, aprendiam com ele.

Nessa perspectiva, infere-se que a intervenção em grupo realizada neste estudo propiciou a reavaliação das forças e dos recursos pessoais dos participantes para gerenciar de outras maneiras sua relação com a doença, em especial os comportamentos de alimentação e atividade física. Os resultados finais demonstraram que a intervenção foi bem sucedida, visto o aumento da estratégia de enfrentamento focalizado no problema e da percepção da autoeficácia, considerados fatores relacionados ao construto resiliência de acordo com a literatura pesquisada. Yi-Frazier et al. (2012) enfatizaram que, além do enfrentamento e da autoeficácia, outros aspectos foram considerados importantes nos estudos investigados, como autoestima e suporte social. A autoestima não foi mensurada de maneira objetiva no presente estudo. Já o suporte social, fator da EMEP, permitiu concluir que a intervenção afetou positivamente essas duas variáveis, incitando-nos a associá-las ao bom resultado alcançado. Os autores referem-se também à comunicação familiar, associando-a a bons resultados em diabetes. Tal fator pode ser

considerado no presente estudo, visto que a rede de apoio dos participantes estava ligada prioritariamente à família.

Os relatos finais sinalizaram ainda que mudanças em relação à rede de apoio social foram alcançadas, o que leva a concluir sobre os efeitos positivos que a discussão acerca da assertividade e da percepção de si mesmo nas relações interpessoais proporcionaram. Inicialmente relatando percepções ambíguas sobre o apoio social e a cobrança constante de pessoas próximas, os relatos finais expressaram as mudanças na percepção do apoio recebido e a reconfiguração da rede, de modo que os participantes puderam se expressar mais, expondo suas necessidades e a forma como poderiam ser cuidados. Essa constatação foi ao encontro dos resultados da estratégia de enfrentamento busca de suporte social da EMEP: observou-se aumento do escore médio e dos escores individuais dos pacientes do GE nessa variável, ao contrário do verificado no GC. Foi observada também correlação positiva significativa entre busca por suporte social e resiliência. A associação entre essas duas variáveis foi relatada também por Tavares et al. (2011): em seu trabalho, os autores assinalaram que a presença de suporte social auxiliou no melhor convívio com a doença e na superação de situações adversas.

Cabe mencionar ainda a referência que dois participantes do GE fizeram às implicações das dificuldades financeiras no cumprimento de uma alimentação coerente ao prescrito pela equipe. É importante retomar, portanto, as considerações que a OMS (WHO, 2010) tece em relação à maior incidência de doenças crônicas em grupos economicamente desfavoráveis ao associar determinantes sociais, como educação, ao predomínio dos fatores de risco e incidência das doenças crônicas. Este indicador leva-nos a refletir sobre a necessidade dos profissionais de saúde – principalmente psicólogos – levarem em conta o cenário social em que as pessoas estão inseridas e como ele impacta suas características individuais e o cuidado com a saúde.

O fator enfrentamento religioso também sofreu alterações significativas nos resultados desta intervenção, mesmo não tendo alcançado significância estatística. A religiosidade foi uma característica marcante do grupo, que relacionava suas forças pessoais com explicações religiosas. O assunto foi discutido algumas vezes de maneira respeitosa devido Eduardo, um dos participantes, ter se definido como ateu. Percebia-se que as características de esperança e otimismo sofriam influência do sistema de crenças dos participantes. Curiosamente, Eduardo, foi o único componente do grupo que teve escore de resiliência diminuído, informando à pesquisadora que mesmo o grupo tendo sido um divisor de águas, mantinha sua característica pessimista. Alguns estudos (Cassarino-Perez & Dell’Aglío, 2015; Quiceño et al., 2011; Yi et al., 2008) relacionavam características como esperança e otimismo à resiliência, fator coerente à presente pesquisa, que identificou aumento do escore de resiliência nos participantes que apresentavam tais características.

Yi-Frazier et al. (2012) discutiram que muitos estudos sobre diabetes *mellitus* foram em grande parte direcionados pelos pressupostos da Psicologia Positiva e os resultados têm apontado associações entre características positivas e o autocuidado em diabetes. Sugerem, dessa forma, que os esforços clínicos e de pesquisa estejam voltados para produzir mais investigações acerca dos aspectos humanos positivos.

Este trabalho seguiu os pressupostos de investir em variáveis positivas. Em suma, avalio que essa foi uma escolha pertinente no sentido de fortalecer os participantes a lidar com uma condição que implica restrições. Considero que o vínculo estabelecido com a pesquisadora também favoreceu o desenvolvimento de um trabalho coeso, e esta relação terapêutica foi capital por abranger a especificidade do grupo e compreender as questões próprias aos integrantes. Entendo que uma boa relação terapêutica é decisiva para o desenvolvimento de intervenções efetivas, e esta,

inegavelmente, favoreceu a participação de todos e proporcionou ressignificações em relação à saúde e ao viver com diabetes, aspecto que teve respaldo nos dados quantitativos e qualitativos. Compreendo também que o vínculo estabelecido entre os participantes foi outro diferencial, visto que os integrantes reconheceram o grupo como espaço de troca e crescimento, abrindo-se para ouvir a experiência dos outros e aprender com elas.

É interessante pensar que a parte psicoeducativa presente em algumas sessões proporcionou o conhecimento de novas estratégias de enfrentamento e noções de autoeficácia, bem como de outros aspectos psicológicos, estimulando o agir, pensar e sentir diferente. Ter a possibilidade de enxergar por outra perspectiva pode ter resultados transformadores, aumentando a força das pessoas ou favorecendo a identificação de recursos presentes. Cabe destacar que o que legitima as informações passadas como novas possibilidades é o lugar de autoridade que o profissional ocupa, e isto deve ser aproveitado de forma ética, estimulando a capacidade e a autonomia que as pessoas têm para promover mudanças em suas vidas. Avalio que este trabalho foi um passo inicial para que os participantes pudessem elaborar tantas informações advindas de diversos lugares e pessoas, que não raro chegam de forma peremptória, sem espaço para individualidades. Ainda merecendo destaque, penso que as atividades para casa tiveram papel importante por preservarem a continuidade do trabalho nos intervalos entre as sessões e proporcionarem uma percepção de evolução entre posturas antigas e novas e também na construção de novos hábitos.

Infiro ainda que a motivação individual dos participantes para concretizarem mudanças e a postura otimista e esperançosa da pesquisadora constituíram fatores importantes para a reconfiguração de elementos relacionados à resiliência dos integrantes. O autogerenciamento e autonomia em relação ao autocuidado, que

implicaram uma reorganização em seus contextos, levam-me a entender que houve uma melhora no fator resiliência do grupo, se consideramos o construto como uma habilidade de reconstruir-se frente às adversidades, confiando nas próprias habilidades e ampliando as possibilidades de ação.

Durgante (2017) realizou um estudo de revisão sobre a qualidade metodológica de programas de intervenção realizados na América Latina voltados para desenvolver fortalezas pessoais e estabeleceu critérios para classificar as pesquisas em nível alto, médio ou baixo do ponto de vista do método. Os estudos selecionados foram avaliados quanto a 12 critérios, a saber: expressa os critérios de inclusão ou exclusão; o método da amostra selecionada é especificado; está presente o delineamento da pesquisa; o número de participantes foi definido; o número de participantes em cada grupo foi definido; as variáveis dependentes e independentes foram claramente apresentadas; o estudo usou instrumentos validados; a amostra do estudo incluiu 30 ou mais participantes; o teste estatístico usado foi especificado; participantes ou informações perdidos foram checados antes da análise estatística; os resultados estão numa linha objetiva de estudos; o estudo cita implicações práticas e benefícios para futuras pesquisas. De acordo com os parâmetros da autora, a presente pesquisa se enquadra nos preceitos de qualidade metodológica, visto preencher a maior parte dos critérios selecionados.

Cabe mencionar ainda a alta relevância dos instrumentos utilizados. Sugerimos também que a validação da Escala de Confiança no Cuidado em Diabetes seja considerada, já que a mesma demonstrou utilidade na apreensão dos dados. Além disso, sugerimos que estudos de intervenção seguindo critérios metodológicos de alta qualidade sejam desenvolvidos para que a produção de conhecimento e o aperfeiçoamento das práticas sejam expandidos, tal como apontado por Durgante (2017).

Destaca-se que o número pequeno de participantes foi uma limitação do estudo. É importante mencionar que o recrutamento de participantes foi estendido por mais de dois meses visando aumentar o número de participantes, mas sem sucesso, não superando os quatro que aderiram à intervenção. Além disso, o relativo curto período de tempo em que a intervenção foi realizada e a não utilização de valores da medida de glicemia como variável dependente para verificar de forma mais objetiva a influência da intervenção nos comportamentos de autocuidado e suas repercussões em indicadores biológicos também foram limitações da pesquisa.

Outra limitação se refere à ausência de um seguimento, para averiguar a manutenção de mudanças ao longo do tempo, que não foi possível realizar devido ao tempo disponível para a conclusão do mestrado. Pretende-se, posteriormente, realizar uma avaliação com os participantes do estudo para identificar quais mudanças persistiram ao longo do tempo, fornecendo-nos mais informações acerca dos efeitos da intervenção.

Pode-se mencionar ainda que a pesquisadora atuou nas diferentes etapas do estudo – da avaliação inicial, passando pela intervenção até a fase pós-intervenção –, de modo que efeitos da desejabilidade social possam ter influenciado a resposta dos participantes. Propõe-se, para estudos futuros, que tais fatores sejam levados em consideração, além da inclusão de uma proposta de seguimento em um delineamento longitudinal após o encerramento das intervenções.

Capítulo 7

Considerações Finais

Este trabalho objetivou trazer discussões relevantes ao cenário atual da Psicologia. A utilização dos preceitos da Psicologia Positiva e o estudo da resiliência, do enfrentamento e da autoeficácia foram uma tentativa de contribuir com as pesquisas acerca dos aspectos humanos positivos e sua utilização em práticas de promoção de saúde no contexto de cronicidades. Dessa forma, e por se tratar de um estudo de intervenção, esta pesquisa traz contribuições à prática profissional do psicólogo, visto o detalhamento da condução da atividade implementada e a apresentação de seus resultados.

O resultado satisfatório alcançado, de acordo com a análise dos desfechos e a discussão da pesquisa, impele-nos a sugerir a replicação do estudo em outros contextos de saúde, já que o mesmo se mostrou eficaz no sentido de promover características essenciais ao manejo do cuidado em diabetes.

Merece destaque a importância da continuação de estudos sobre resiliência, no sentido de delinear melhor seu conceito, sua operacionalização e formas de avaliação. As investigações sobre o construto, em especial no contexto de condições crônicas, ainda são recentes, o que traz muitas variações em sua definição. Um melhor estudo da resiliência pode contribuir de forma exponencial com a melhoria no cuidado das cronicidades, visto que foi considerada, por alguns estudos citados, um preditor de saúde.

Referências

- Almeida, M. F., Barata, R. B., Montero, C. V., & Silva, Z. P. (2002). Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4), 743-756. doi: 10.1590/S1413-81232002000400011
- António, P. (2010). A Psicologia e a doença crónica: intervenção em grupo na diabetes *mellitus*. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(1), 15-27.
- APA (2009). American Psychological Association. *The Road to Resilience*. Recuperado de http://www.uis.edu/counselingcenter/wp-content/uploads/sites/87/2013/04/the_road_to_resilience.pdf
- Appio, J., Scharmach, A. L. R., Silva, A. K. L., Carvalho, L. C., & Sampaio, C. A. C. (2009) Análise SWOT como diferencial competitivo: um estudo exploratório na Cooperativa Muza Brasil. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, 3(3), 1-18.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.). *Encyclopedia of human behavior*. New York: Academic Press. Recuperado de <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1994EHB.pdf>
- Bandura, A., & Adams, N. E. (1977). *Cognitive Therapy and Research*, 1(4), 287-310.
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barreira, D. D., Nakamura, A.P. (2006). Resiliência e a auto-eficácia percebida: articulação entre conceitos. *Aletheia*, 23, 75-80.
- Barreto, M. L., & Carmo, E. H. (2007) Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12, 1779-1790.

- Barros, M. B. A., Francisco, P. M. S. B., Zanchetta, L. M., & César, C. L. G. (2011). Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(9), 3755-3768.
- Batistella, C. (2007). Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In A. F. Fonseca, & A. M. D'A Corbo (Orgs.), *O território e o processo saúde-doença* (pp. 25-50). Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ. Recuperado de file:///C:/Users/User/Downloads/Cap%C3%ADtulo_1.pdf
- Becoña, E. (2006). Resiliência – definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 11(3),125-146.
- Brandão, J. M., & Mahfoud, M. (2011). A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. *Paideia*, 21(49), 263-271.
- Buchalla, C. M., Waldiman, E. A., Laurenti, R. (2003). A mortalidade por doenças infecciosas no início e no final do século XX no município de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 6(4), 335-344.
- Cal, S. F., de Sá, L. R. Glustak, M. E., & Santiago, M. B. (2015). Resilience in chronic diseases: A systematic review. *Cogent Psychology*, 2. doi: 10.1080/23311908.2015.1024928
- Calvetti, P. Ü., Muller, M. C., & Nunes, M. L. T. (2007). Psicologia da saúde e psicologia positiva: perspectivas e desafios. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27(4), 706-717. doi: [10.1590/S1414-98932007000400011](https://doi.org/10.1590/S1414-98932007000400011)
- Camon, V., Chiatone, H., Sebastiani, R., Fongaro, M., & Santos, C. (1996). *E a Psicologia entrou no hospital...* São Paulo, SP: Pioneira.
- Capra, F. (1982) *O ponto de mutação*. São Paulo, SP: Cultrix.

- Carvalho, F., Morais, N., Koller, S., & Piccinini, C. (2007). Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(9), 2023-2033.
- Cassarino-Perez, L., & Dell’Aglío, D. D. (2015). Processos de resiliência em adolescentes com diabetes mellitus tipo I. *Psicologia em Estudo*, 20(1), 45-56. doi: 10.4025/psicoestud.v20i1.24035
- Chor, D. (1999). Saúde pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(2), 423-425.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
- Costa, F.G., & Coutinho, M. P. L. (2016). Representações sociais no contexto do diabetes mellitus. *Psicologia em Estudo*, 21 (1), 175-185.
- Duncan, B. B., Chor, D., Aquino, E. M. L., Bensenor, I. M., Mill, J. G., Schmidt, M. I., . . . Barreto, S. M. (2012). Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Revista de Saúde Pública*, 46, 126-134.
- Durgante, H. B. (2017). Methodological quality of strength-based intervention programmes in Latin America: a systematic review of the literature. *Contextos Clínicos*, 10(1), 2-22. doi: 10.4013/ctc.2017.101.01
- Faria, J. B., & Seidl, E. M. F.(2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(3), 381-389.
- Fleury, M. S. (2007). *Comportamento de autocuidado em diabetes tipo 1: Estratégias para a promoção da adesão*. (Dissertação de mestrado), Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, DF.

- Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, R.J., & De Longis, A. (1986). Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571-579.
- Fontes, A. P., & Azzi, R. G. (2012). Crenças de autoeficácia e resiliência: apontamentos da literatura sociocognitiva. *Estudos de Psicologia*, 29(1), 109-114.
- Freitas, M., & Mendes, M. (2007). Condição crônica: análise do conceito no contexto da saúde do adulto. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 15(4), 590-597.
doi: 10.1590/S0104-11692007000400011
- Gable, S. L., & Haidt, J. (2005). What (and why) is positive psychology? *Review of General Psychology*, 9(2), 103-110.
- Gimenes, M.G.G., & Queiroz, B. (1997). As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. In M. G. G. Gimenes & M. H. Fávero (Orgs.), *A mulher e o câncer* (pp. 171-195). Campinas: Editorial Psy.
- Herrera, M. M. C., & Memoria, C. G. (2013). Resiliência e autoeficácia: bivalência importante para ampliar habilidades de solução de problemas com base na abordagem cognitivo-comportamental. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano*, 1(2), 85-94.
- International Diabetes Federation [IDF]. (2015). *IDF Diabetes Atlas*. Seventh Edition. Recuperado de file:///C:/Users/User/Downloads/IDF_Atlas%202015_UK.pdf
- Instituto de Métrica e Avaliação em Saúde [IHME] (2013). *Estudo de carga de doença global: gerando evidências, informando políticas de saúde*. Recuperado de: http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2013/GBD_GeneratingEvidence/IHME_GBD_GeneratingEvidence_FullReport_PORTUGUESE.pdf

- Jaser, S. S., & White, L. E. (2011). Coping and resilience in adolescents with type 1 diabetes. *Child: Care, Health and Development*, 37(3), 335-342.
- Leahy, R. L., Tirch, D., & Napolitano, L. A. (2013). *Regulação emocional em psicoterapia: um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental*. Porto Alegre: Artmed.
- Li, M.Y., Yang, Y.L., Liu, L., & Wang L. (2016) Effects of social support, hope and resilience on quality of life among chinese bladder cancer patients: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(73),1-9. doi: 10.1186/s12955-016-0481-z
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*,71(3), 543–562.
- Luthar, S. S., Sawyer, J. A., & Brown, P. J. (2006). Conceptual issues in studies of resilience. *Annals of the New York Academy of Science*, 1094, 105-115. doi:10.1196/annals.1376.009
- Malta, D. C., Cezário, A. C., Moura, L., Morais Neto, O. L., & Silva Júnior, J. B. (2006). A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 15(3), 47-65.
- Malta, D. C., Morais Neto, O. L., & Silva Junior, J. B. (2011). Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiologia e Serviços da Saúde*, 20(4), 425-438.
- Malta, D. C., Moura, L., Prado, R. R., Escalante, J. C., Schmidt, M. I., & Duncan, B. B. (2014). Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 23(4), 599-608.

- Marlebi, F. E. K. (2014). Adesão ao tratamento, importância da família e intervenções comportamentais em Diabetes. In M. Tambascia, W. J. Minicucci, & A. P. Neto (Eds.), *E-book 2.0 Diabetes na Prática Clínica*. Recuperado de: <http://www.diabetes.org.br/ebook/main-page#home>
- Marques, M. A. (2012). *Resiliência na situação de doenças crônicas* (Trabalho de conclusão de curso). Centro Universitário São José de Itaperuna, Itaperuna, RJ, Brasil. Recuperado de: <http://www.fsj.edu.br/wp-content/uploads/2013/11/Resili%C3%Aancia-na-situa%C3%A7%C3%A3o-de-doen%C3%A7as-cr%C3%B4nicas.pdf>
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic – resilience process in development. *American Psychological Association*, 50(3), 227-238. doi: 10.1037/003-066X.56.3.227
- Mendes, E. V. (2011). As redes de atenção à saúde. *Organização Pan-Americana da Saúde*. Brasília. Recuperado de: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965
- Mesquita, A. A., Lobato, J. L., Lima, V. F. S., & Brito, K. P. (2014). Estresse, enfrentamento e sua influência sobre a glicemia e a pressão arterial. *Revista Psicologia e Saúde*, 6(1), 48-55.
- Moreira, A. K. F., Santos, Z. M. S. A., & Caetano, J. A. (2009). Aplicação do modelo de crenças em saúde na adesão do trabalhador hipertenso ao tratamento. *Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, 19(4), 989-1006.
- Nigg, J., Nikolas, M., Friderici, K., Park, L., & Zucker, R. A. (2007). Genotype and neuropsychological response inhibition as resilience promoters for ADHD,

- ODD, and CD under conditions of psychosocial adversity. *Development and Psychopathology*, 19(3), 767–786. doi:10.1017/S0954579407000387
- OMS. Organização Mundial da Saúde (2003). *Cuidados inovadores para condições crônicas componentes estruturais de ação: relatório mundial*. Brasília: OMS.
- Paludo, S. S., & Koller, S. H. (2007). Psicologia Positiva: uma nova abordagem para antigas questões. *Paidéia*, 17(36), 9-20.
- Paula Júnior, W., & Zanini, D.S. (2011). Estratégias de coping de pacientes oncológicos em tratamento radioterápico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(4), 491-497.
- Penteado, M. S., & Oliveira, T. C. (2009). Associação estresse-diabetes mellitus tipo II. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, 7, 40-45.
- Peres, D. S., Franco, L. J., & Santos, M. A. (2008). Sentimentos de mulheres após o diagnóstico de diabetes tipo 2. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(1), 1-9.
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Santos, N., & Oliveira, R. V. C. (2004). Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 135-143.
- Polejack, L. B. (2007). *Compartilhando olhares, diálogos e caminhos: adesão ao tratamento anti-retroviral e qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV/AIDS em Maputo, Moçambique*. (Tese de doutorado). Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Quiceño, J. M., Vinaccia, S., & Remor, E. (2011). Programa de potenciación de la resiliencia para pacientes con artritis reumatoides. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 16(1), 27-47.

- Rodrigues, F. S. S., & Polidori, M. M. (2012). Enfrentamento e resiliência de pacientes em tratamento quimioterápico e seus familiares. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 58(4), 619-627.
- Rooke, M. I. (2015). Aspectos conceituais e metodológicos da resiliência psicológica: uma análise da produção científica brasileira. *Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 15(2), 2-15.
- Rutter, M. (1993). Resilience: some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14, 626-631.
- Rutter, M. (2006). Implication of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academic of Science*, 1094, 1-12. doi: 10.1196/annals.1376.002
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21, 119-144.
- Sapienza, G., & Pedromônico, M. R. M. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo*, 10(2), 209-216.
- Sociedade Brasileira de Diabetes [SBD]. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016). J. E. P. Oliveria & S. Vencio (Orgs.), São Paulo: A.C. Farmacêutica.
- Schmidt, M. I, Duncan, B. B., Silva, G. A., Menezes, A. M., Monteiro, C. A., Barreto, S. M., . . . Menezes, P. R. (2011). *Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais*. The Lancet. doi:10.1016/S0140-6736(11)60135-

- Schumacher, A., Sauerland, C., Silling, G., Berdel, W. E., & Stelljes, M. (2014). Resilience in patients after allogeneic stem cell transplantation. *Support Care Cancer*, 22, 487-493. doi: 10.1007/s00520-013-2001-6
- Scorsolini-Comina, F., & Santos, M. A. (2010). Psicologia positiva e os instrumentos de avaliação no contexto brasileiro. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(3), 440-448.
- Seidl, E. M. F., Zannon, C. M. L. C., & Tróccoli, B. T. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17, 225-234.
- Seligman, M. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In C. Snyder & S. Lopez (Eds). *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford. Recuperado de: http://www-personal.umich.edu/~prestos/Downloads/DC/10-7_Seligman2002.pdf.
- Seligman, M. E. P. (2003). *Felicidade autêntica*. Rio de Janeiro: Ponto de Leitura.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology – an introduction. *American Psychologist*, 55(1). doi: 10.1037//0003-066X.55.1.5
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, R. C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychological Association*, 60(5), 410–421. doi: 10.1037/0003-066X.60.5.410
- Silva, I. (2006). *Psicologia da diabetes*. Coimbra: Quarteto.
- Solano, J. P., Bracher, E., Faisal-Cury, A., Ashmawi, H., Carmona, M.J., Lotufo-Neto, F., & Vieira, J. (2010). Factor structure and psychometric properties of the Connor-Davidson resilience scale among Brazilian adult patients. *São Paulo Medical Journal*, 134(5), 400-406. doi: [10.1590/1516-3180.2015.02290512](https://doi.org/10.1590/1516-3180.2015.02290512)

- Steinhardt, M. A., Mamerow, M. M., Brown, S. A., & Jolly, C. A. (2009). A resilience intervention in african american adults with type 2 Diabetes: a pilot study of efficacy. *Diabetes Education*, 35(2), 274-284.
- Straub, R. O. (2014). *Psicologia da Saúde: uma abordagem biopsicossocial*. Porto Alegre: Artmed.
- Tavares, B. C., Barreto, F. A., Lodetti, M. L., Guerreiro, D. M., Silva, V., & Lessmann, J. C. (2011). Resiliência de pessoas com diabetes mellitus. *Texto & Contexto Enfermagem*, 20(4), 751-757.
- Tavares, J. (2014). Resiliência e equilíbrio emocional na escola. *Conhecimento e Diversidade*, 11, 65-78.
- Theme-Filha, M. M., Szwarcwald, C. L., & Souza-Júnior, P. R. B. (2005). Socio-demographic characteristics, treatment coverage, and self-rated health of individuals Who reported six chronic diseases in Brazil, 2003. *Cadernos de Saúde Pública*, 21, S43-S53.
- Veras, R. (2009). Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, 43(3), 548-554.
- Wang, H., Naghavi, M., Allen, C., Barber, R. M., Butta, Z. A., Carter, A., . . . Murray, C. J. (2015). Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *The Lancet*. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5388903/>
- Windle, G. (2010). What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology*, 21(2), 152-169. doi: 10.1017/S0959259810000420
- WHO (2010). World Health Organization. *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva: Author.

- WHO (2013). World Health Organization. *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*. Geneva: Author.
- WHO (2014). World Health Organization. *Global status report on noncommunicable diseases 2014*. Geneva: Author.
- WHO (2016). World Health Organization. *Global report on diabetes*. Geneva: Author.
- Yi-Frazier, J. P., Hilliard, M., Cochrane, K., Hood, K. K. (2012). The impact of positive psychology on diabetes outcomes: A review. *Psychology*, 3(12A), 1116-1124. doi: [10.4236/psych.2012.312A165](https://doi.org/10.4236/psych.2012.312A165)
- Yi-Frazier, J. P., Smith, R. E., Vitaliano, P. P., Yi, J. C., Mai, S., Hillman, M., . . . Weinger, K. (2010). A person-focused analysis of resilience resources and coping in diabetes patients. *Stress and Health*, 26, 51-60. doi:10.1002/smi.1258
- Yi, J. P., Vitaliano, P., Smith, R., Yi, J. C., & Weinger, K. (2008). The role of resilience on psychological adjustment and physical health in patients with diabetes. *British Journal of Health Psychology*, 13(2), 311-325.
- Yunes, M. A. M. & Szymanski, H. (2001). Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In J. Tavares (Org.), *Resiliência e educação* (pp. 13-42). São Paulo: Cortez.
- Yunes, M. A. M. (2003). Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, 8, 75-84. doi: 10.1590/S1413-73722003000300010
- Zimmerman, M., & Arunkumar, R. (1994). Resiliency research: implications for schools and policy. *Social Policy Report: Society for Research in Child Development*. Recuperado de: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download;jsessionid=3902FFDBCE90C1C348AFACFBCB3B9B00?doi=10.1.1.132.8277&rep=rep1&type=pdf>

Anexo 1 Questionário sociodemográfico e médico clínico.**Questionário Sociodemográfico**

Neste momento da pesquisa, precisamos saber algumas informações sobre você. Pedimos, por gentileza, que responda o questionário abaixo com a opção que te representa.

Sexo: () Masculino () Feminino.

Data de nascimento: ____/____/____

Idade: _____ anos.

Escolaridade:

- () Ensino fundamental incompleto
- () Ensino fundamental completo
- () Ensino médio incompleto
- () Ensino médio completo
- () Superior incompleto
- () Superior completo

Situação conjugal atual:

- () Solteiro/a
- () Vivo com meu esposo/esposa ou companheiro/a
- () Divorciado
- () Viúvo/a

Tem filhos: () Sim () Não. **Quantos filhos possui:** _____ filhos.

Situação atual quanto ao trabalho:

- () Trabalho em emprego fixo, com todos os direitos trabalhistas
- () Trabalho em emprego fixo, sem direitos trabalhistas
- () Trabalho por conta própria regularmente
- () Trabalho por conta própria às vezes
- () Não estou trabalhando
- () Estou aposentado/a
- () Tenho benefício continuado
- () Outra. Qual? _____

Sobre renda familiar atual (soma dos salários e/ou rendimentos das pessoas com quem você convive e divide despesas):

- () 0 até 1 salário mínimo (880,00)
- () De 1 a 2 salários (de 880,00 até 1.760,00)
- () De 2 a 5 salários (de 1.760,00 a 4.400,00)
- () Mais de 5 salários (mais de 4.400,00)

Quantidade de pessoas que vive dessa renda:

- () uma
- () duas
- () três

- quatro
- Outra. Quantas? _____

Questionário Médico-clínico

Há quanto tempo vive com diabetes?

- menos de 1 ano
- de 1 a 2 anos
- de 2 a 3 anos
- mais de 3 anos

Qual tipo de insulina utiliza?

- Insulina humana (NPH e Regular)
- Análogos de insulina com ação curta. Exemplos: Lispro (Humalog), Aspart (NovoRapid), Glisina (Apidra)
- Análogos de insulina com ação prolongada. Exemplos: Glargina (Lantus), Detemir (Levemir), Degludeca (Tresiba).
- Pré-mistura: insulina NPH + insulina Regular
- Insulina de ação prolongada + Insulina de ação rápida.
- Outra. Qual? _____.

Anexo 2 – Escala de Resiliência de Connor-Davidson (CD-RISC) para brasileiros

A Escala de Resiliência de Connor-Davidson (CD-RISC) não foi autorizada para divulgação pelos autores.

Anexo 3 – Escala Modos de Enfrentamento (EMEP)

As pessoas reagem de diferentes maneiras a situações difíceis ou estressantes. Para responder a este questionário, pense sobre como você está lidando com a sua enfermidade, neste momento do seu tratamento. Concentre-se nas coisas que você faz, pensa ou sente para enfrentar o problema desta condição de saúde, no momento atual.

Veja um exemplo: **Eu estou buscando ajuda profissional para enfrentar o meu problema de saúde**

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

Você deve assinalar a alternativa que corresponde melhor ao que você está fazendo quanto à busca de ajuda profissional para enfrentar o seu problema de saúde. Se você não está buscando ajuda profissional, marque com um X ou um círculo o número 1 (nunca faço isso); se você está buscando sempre esse tipo de ajuda, marque o número 5 (eu faço isso sempre). Se a sua busca de ajuda profissional é diferente dessas duas opções, marque 2, 3 ou 4, conforme ela está ocorrendo.

Não há respostas certas ou erradas. O que importa é como você está lidando com a situação. Pedimos que você responda a todas as questões, não deixando nenhuma em branco.

Muito obrigado pela sua participação!

Registro: _____

Nome do paciente: _____ Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Escolaridade: _____ Profissão: _____ Procedência: _____

Seidl, E.M.F., Tróccoli, B.T. & Zannon, C.M.L.C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia Teoria e Pesquisa, 17*, 225-234.

	1	2	3	4	5
	Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre
1. Eu levo em conta o lado positivo das coisas.				1	2 3 4 5
2. Eu me culpo.				1	2 3 4 5
3. Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação.				1	2 3 4 5
4. Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo.				1	2 3 4 5
5. Procuro um culpado para a situação.				1	2 3 4 5
6. Espero que um milagre aconteça.				1	2 3 4 5
7. Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeite.				1	2 3 4 5
8. Eu rezo/ oro.				1	2 3 4 5
9. Converso com alguém sobre como estou me sentindo.				1	2 3 4 5
10. Eu insisto e luto pelo que eu quero.				1	2 3 4 5
11. Eu me recuso a acreditar que isto esteja acontecendo.				1	2 3 4 5
12. Eu brigo comigo mesmo; eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer.				1	2 3 4 5
13. Desconto em outras pessoas.				1	2 3 4 5
14. Encontro diferentes soluções para o meu problema.				1	2 3 4 5
15. Tento ser uma pessoa mais forte e otimista.				1	2 3 4 5
16. Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida.				1	2 3 4 5
17. Eu me concentro nas coisas boas da minha vida.				1	2 3 4 5
18. Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto.				1	2 3 4 5

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre
19. Aceito a simpatia e a compreensão de alguém.			1	2 3 4 5
20. Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema.			1	2 3 4 5
21. Pratico mais a religião desde que tenho esse problema.			1	2 3 4 5
22. Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim.			1	2 3 4 5
23. Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema.			1	2 3 4 5
24. Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido.			1	2 3 4 5
25. Eu acho que as pessoas foram injustas comigo.			1	2 3 4 5
26. Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele em que estou.			1	2 3 4 5
27. Tento esquecer o problema todo.			1	2 3 4 5
28. Estou mudando e me tornando uma pessoa mais experiente.			1	2 3 4 5
29. Eu culpo os outros.			1	2 3 4 5
30. Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores.			1	2 3 4 5
31. Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema.			1	2 3 4 5
32. Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira idéia.			1	2 3 4 5
33. Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo.			1	2 3 4 5
34. Procuro me afastar das pessoas em geral.			1	2 3 4 5
35. Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer.			1	2 3 4 5
36. Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez.			1	2 3 4 5
37. Descubro quem mais é ou foi responsável.			1	2 3 4 5

Seidl, E.M.F., Tróccoli, B.T. & Zannon, C.M.L.C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia Teoria e Pesquisa, 17*, 225-234.

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso quase sempre

38. Penso em coisas fantásticas ou irrealis (como uma vingança perfeita ou achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor. 1 2 3 4 5
39. Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela. 1 2 3 4 5
40. Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui. 1 2 3 4 5
41. Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo. 1 2 3 4 5
42. Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo. 1 2 3 4 5
43. Converso com alguém para obter informações sobre a situação. 1 2 3 4 5
44. Eu me apego à minha fé para superar esta situação. 1 2 3 4 5
45. Eu tento não fechar portas atrás de mim. Tento deixar em aberto várias saídas para o problema. 1 2 3 4 5

- Você tem feito alguma outra coisa para enfrentar ou lidar com a sua enfermidade?

Favor verificar se todos os itens foram preenchidos.

Anexo 4 Escala de Confiança no Cuidado em Diabetes

ESCALA DE CONFIANÇA NO AUTOCUIDADO EM DIABETES

(Tradução da escala *Confidence in Diabetes Self-Care – CIDS*)

Por favor, responda as questões abaixo de acordo com o que você acredita que consegue fazer rotineiramente com relação ao tratamento do seu diabetes. Se tiver certeza de que não consegue, assinale o número 1. Se tiver certeza de que consegue, assinale o número 5. Se não tem certeza, assinale o número que mais se aproxima do que você acredita.

Eu acredito que consigo...

1. ...planejar minhas refeições e lanches de acordo com as orientações dietéticas.

Não, tenho
certeza de que
não consigo

Sim, tenho
certeza de que
consigo

1 2 3 4 5

2. ...verificar minha glicemia pelo menos duas vezes por dia.

Eu acredito que consigo...

1. ...planejar minhas refeições e lanches de acordo com as orientações dietéticas.

Não, tenho
certeza de que
não consigo

Sim, tenho
certeza de que
consigo

1 2 3 4 5

2. ...verificar minha glicemia pelo menos duas vezes por dia.

Não, tenho
certeza de que
não consigo

Sim, tenho
certeza de que
consigo

1 2 3 4 5

3. ...aplicar o número combinado de injeções de insulina.

Não, tenho
certeza de que
não consigo

Sim, tenho
certeza de que
consigo

1 2 3 4 5

4...ajustar minha insulina para exercícios, viagens ou comemorações.

Não, tenho
certeza de que
não consigo

Sim, tenho
certeza de que
consigo

! ! ! ! !
1 2 3 4 5

5. ...ajustar minha Insulina quando estou doente.

Não, tenho
certeza de que
não consigo

Sim, tenho
certeza de que
consigo

! ! ! ! !
1 2 3 4 5

6. ...detectar níveis elevados de glicemia a tempo de corrigir.

Não, tenho
certeza de que
não consigo

Sim, tenho
certeza de que
consigo

! ! ! ! !
1 2 3 4 5

7. ...detectar níveis baixos de glicemia a tempo de corrigir,

Não, tenho
certeza de que
não consigo

Sim, tenho
certeza de que
consigo

! ! ! ! !
1 2 3 4 5

8. ...tratar uma glicemia alta corretamente.

Não, tenho
certeza de que
não consigo

Sim, tenho
certeza de que
consigo

! ! ! ! !
1 2 3 4 5

9. ...tratar uma glicemia baixa corretamente.

Não, tenho
certeza de que
não consigo

Sim, tenho
certeza de que
consigo

! ! ! ! !
1 2 3 4 5

10. ...manter registros diários de minha glicemia.

Não, tenho
certeza de que
não consigo

Sim, tenho
certeza de que
consigo

! ! ! ! !
1 2 3 4 5

11. ...decidir quando é necessário entrar em contato com meu médico.

Não, tenho
certeza de que
não consigo

Sim, tenho
certeza de que
consigo

! ! ! ! !
1 2 3 4 5

12. ...perguntar ao meu médico questões a respeito do meu plano de tratamento.

Não, tenho
certeza de que
não consigo

Sim, tenho
certeza de que
consigo

! ! ! ! !
1 2 3 4 5

13. ...manter minha glicemia na faixa normal quando estou estressado.

Não, tenho
certeza de que
não consigo

Sim, tenho
certeza de que
consigo

! ! ! ! !
1 2 3 4 5

14. ...checar meus pés com relação à existência de machucados ou bolhas todos os dias.

Não, tenho
certeza de que
não consigo

Sim, tenho
certeza de que
consigo

! ! ! ! !
1 2 3 4 5

15. ...pedir aos meus amigos ou parentes ajuda em relação ao meu diabetes.

Não, tenho
certeza de que
não consigo

Sim, tenho
certeza de que
consigo

! ! ! ! !
1 2 3 4 5

16. ...informar colegas/outros sobre meu diabetes, se necessário.

Não, tenho certeza de que não consigo

Sim, tenho certeza de que consigo



17. ...manter minhas consultas médicas.

Não, tenho certeza de que não consigo

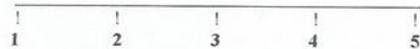
Sim, tenho certeza de que consigo



18. ...fazer exercícios duas a três vezes por semana.

Não, tenho certeza de que não consigo

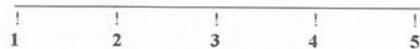
Sim, tenho certeza de que consigo



19. ...descobrir que alimentos comer quando estou jantando ou lanchando fora.

Não, tenho certeza de que não consigo

Sim, tenho certeza de que consigo



20. ...ler e escutar a respeito de complicações do diabetes sem me desencorajar.

Não, tenho certeza de que não consigo

Sim, tenho certeza de que consigo



Anexo 5 Entrevistas
Entrevista pré-intervenção

Roteiro de entrevista sobre percepção e vivência de diabetes

Nome: _____

Data: ___/___/___

Neste primeiro momento do trabalho, é importante conhecermos o que o participante sabe sobre diabetes e o que já vem fazendo para viver com a doença. Assim, teremos informações para traçar as metas do programa de intervenção. Vou fazer algumas perguntas a você para que possamos alcançar este objetivo:

I - Aspectos históricos:

- 1) Quando você passou a ter diabetes?
- 2) O que o levou a procurar ajuda médica à época?
- 3) Que orientações para controlar o diabetes você recebeu nesse primeiro momento?
- 4) Você recebeu orientações diferentes em outros momentos? Quais foram?
- 5) Das orientações que você recebeu, quais as que você vem seguindo até o momento?
- 6) Quais as dificuldades que você tem encontrado para seguir essas orientações?
- 7) Com quem você mora?
- 8) Algum familiar ou amigo o (a) ajuda a controlar o diabetes?
- 9) Algum familiar ou amigo atrapalha esse controle?

II – Percepção da vida com diabetes

- 1) O que mudou na sua vida após a diabetes?
- 2) O que foi mais difícil mudar? Como você fez isso?
- 3) O que mais te ajudou a modificar sua rotina?
- 4) O que você ainda não conseguiu mudar? Do que você precisaria para conseguir isso?
- 5) O que vai mudar na sua vida quando você conseguir mudar o que precisa?

Entrevista pós-intervenção

Nome: _____

Data: ___/___/___

Esta entrevista tem o objetivo de identificar o que foi bom e o que não foi bom durante o trabalho em grupo para que seja possível planejar com mais precisão os próximos trabalhos. Assim, responda-me:

- 1) O que foi mais proveitoso para você durante este trabalho?
- 2) O que mudou na sua vida em relação ao diabetes após a sua participação neste grupo?
- 3) O que não foi satisfatório durante o trabalho?
- 4) O que, em sua opinião, poderia ser mudado?

Anexo 6

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Grupo Experimental

Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Hospital Universitário de Brasília

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado/a Senhor/a,

A diabetes *mellitus* é, hoje, um grande problema de saúde pública e pode comprometer a produtividade e a qualidade de vida de pessoas que vivem nessa condição. Como todas as doenças crônicas, a possibilidade de viver bem com a diabetes passa pelo autocuidado, rotina, alimentação e outros fatores. Além disso, o tratamento da diabetes requer a habilidade de adaptação às condições que a doença impõe.

Dessa forma, para ajudar as pessoas que tem diabetes a viver melhor, estamos estudando uma forma de desenvolver a habilidade de resiliência, que é a possibilidade de superarmos momentos difíceis, usando-a para que pessoas com diabetes consigam se adaptar a essa condição. O estudo tem, portanto, o objetivo de avaliar os efeitos de uma intervenção para promover a resiliência.

A pesquisa está sendo coordenada pela psicóloga e mestranda Rosanna Jacobina Ribeiro sob orientação da professora Eliane Maria Fleury Seidl e se trata de uma pesquisa de mestrado, desenvolvida no Programa de Pós-graduação Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da UnB.

Estamos convidando o/a senhor/a para que participe desta pesquisa, respondendo aos questionários que fazem parte do estudo em dois momentos: antes de começarmos o grupo (que terá duração de dois meses e meio com um encontro por semana) e três meses após o término do grupo. É assegurado seu direito de receber atendimento psicológico individual, caso necessite, em qualquer momento da pesquisa. Ressaltamos que as informações fornecidas são sigilosas e que o anonimato dos participantes está garantido. Sua participação é voluntária e o/a senhor/a poderá se desligar do estudo sem nenhum custo ou penalidade, apenas informando à psicóloga responsável. A pesquisa é de participação voluntária e os participantes não tem direito a qualquer remuneração. Essa intervenção poderá, posteriormente, ser usada por psicólogos de outras instituições de saúde que prestam atendimento a pessoas com diabetes *mellitus*.

Caso concorde em participar, pedimos que assine em duas cópias este documento: uma ficará com o/a senhor/a e a outra com a equipe de pesquisa. Qualquer dúvida ou informação sobre a pesquisa pode ser respondida pelas psicólogas Rosanna Jacobina Ribeiro no telefone (061)981003517, ou ainda pelo endereço eletrônico: rosannajribeiro@gmail.com. Outros esclarecimentos sobre a pesquisa podem ser dados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília por meio do endereço eletrônico cep_ih@unb.br.

Esperando contar com a sua participação, agradecemos antecipadamente a sua colaboração neste trabalho.

Eliane Maria Fleury Seidl
Psicóloga CRP 01/766
Professora IP/UnB

Rosanna Jacobina Ribeiro
Psicóloga CRP 01/17768
Mestranda IP/UnB

Sim, aceito participar deste estudo.

Nome: _____ tel: _____

Assinatura: _____

Anexo 7
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Grupo Controle

Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Hospital Universitário de Brasília

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado/a Senhor/a,

A diabetes *mellitus* é, hoje, um grande problema de saúde pública e pode comprometer a produtividade e a qualidade de vida de pessoas que vivem nessa condição. Como todas as doenças crônicas, a possibilidade de viver bem com a diabetes passa pelo autocuidado, rotina, alimentação e outros fatores. Além disso, o tratamento da diabetes requer a habilidade de adaptação às condições que a doença impõe.

Dessa forma, para ajudar as pessoas que tem diabetes a viver melhor, estamos estudando uma forma de desenvolver a habilidade de resiliência, que é a possibilidade de superarmos momentos difíceis, usando-a para que pessoas com diabetes consigam se adaptar a essa condição. O estudo tem, portanto, o objetivo de avaliar os efeitos de uma intervenção para promover a resiliência.

A pesquisa está sendo coordenada pela psicóloga e mestranda Rosanna Jacobina Ribeiro sob orientação da professora Eliane Maria Fleury Seidl e se trata de uma pesquisa de mestrado, desenvolvida no Programa de Pós-graduação Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da UnB.

Estamos convidando o/a senhor/a para que participe desta pesquisa apenas respondendo aos questionários que fazem parte do estudo. O convite é para que o/a senhor/a preencha estes questionários em dois momentos, num intervalo de dois meses entre as aplicações. Ressaltamos que as informações fornecidas são sigilosas e que o anonimato dos participantes está garantido. Sua participação é voluntária e o/a senhor/a poderá se desligar do estudo sem nenhum custo ou penalidade, apenas informando à psicóloga responsável. A pesquisa é de participação voluntária e os participantes não tem direito a qualquer remuneração.

Caso concorde em participar, pedimos que assine em duas cópias este documento: uma ficará com o/a senhor/a e a outra com a equipe de pesquisa. Qualquer dúvida ou informação sobre a pesquisa pode ser respondida pelas psicólogas Rosanna Jacobina Ribeiro no telefone (061)981003517, ou ainda pelo endereço eletrônico: rosannajribeiro@gmail.com. Outros esclarecimentos sobre a pesquisa podem ser dados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília por meio do endereço eletrônico cep_ih@unb.br.

Esperando contar com a sua participação, agradecemos antecipadamente a sua colaboração neste trabalho.

Eliane Maria Fleury Seidl
Psicóloga CRP 01/766
Professora IP/UnB

Rosanna Jacobina Ribeiro
Psicóloga CRP 01/17768
Mestranda IP/UnB

Sim, aceito participar deste estudo.

Nome: _____ tel: _____

Assinatura: _____