**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

FRANCINEIDE PEREIRA DA SILVA PENA

**RESILIÊNCIA E QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM
DIABETES MELLITUS Á LUZ DA PROMOÇÃO DA SAÚDE.**

**SÃO PAULO
2017**

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

FRANCINEIDE PEREIRA DA SILVA PENA

**RESILIÊNCIA E QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM
DIABETES MELLITUS Á LUZ DA PROMOÇÃO DA SAÚDE.**

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação
em Enfermagem- PPGE, da Escola de Enfermagem
da Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Cuidados em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr^a. Anna Maria Chiesa

**SÃO PAULO
2017**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: __/__/__

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Pena, Francineide Pereira da Silva

Resiliência e qualidade de vida de pessoas com diabetes mellitus à luz da promoção da saúde / Francineide Pereira da Silva Pena. São Paulo, 2017.

190p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Anna Maria Chiesa

Área de concentração: Cuidados em Saúde

1. Resiliência (psicologia). 2. Qualidade de vida.
3. Diabetes mellitus. 4. Promoção da saúde. 5. Enfermagem. I.
Título.

Pena, FPS. Resiliência e qualidade de vida de pessoas com diabetes mellitus à luz da promoção da saúde [tese]. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.

ERRATA

Página	Linha	Onde se lê	Leia-se
24	12	intolerância	tolerância

Nome: Francineide Pereira da Silva Pena

Título: Resiliência e Qualidade de Vida de Pessoas com Diabetes Mellitus à Luz da Promoção da Saúde.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico com respeito e carinho...

*À minha mãe, Maria José Pereira da Silva Santos, pelo seu amor e apoio incondicional por
toda a minha vida.*

*Aos participantes da pesquisa, que com muito carinho me receberam e aceitaram fazer parte
desta caminhada, sem vocês, não seria possível chegar aqui.*

AGRADECIMENTOS

Tenho esperado este momento... testemunhar a minha gratidão a todas as pessoas com quem convivi e de quem recebi apoio, neste caminhar que deixa abertas muitas trilhas ainda a serem perseguidas. Foram muitos que estiveram comigo, mas, na minha solidão, dias e noites, Ele sempre esteve comigo, creio que nunca estivemos tão próximos um do outro...

A Deus elevo meu coração... "Em minhas escolhas vens me iluminar... Como seria a minha vida se as tuas mãos não estivessem sobre mim... Como seriam os meus sonhos se o teu espírito não habitasse em mim." Grata por tudo que tenho e pelo que não tenho, pois tu, Senhor, sentido da vida, sabes a medida certa do que preciso. O teu Amor promove resiliência.

À minha mãe, Maria José Pereira da Silva Santos, sem você, a vida não estaria em mim; sem você, não teria chegado aqui; sem você, o meu mundo não seria possível de construir... Mesmo com seus problemas de saúde, as palavras de fé, esperança e amor vinham para me fortalecer... Mãe, tudo que eu escrever será mínimo para representar o tamanho de minha gratidão a você. Você é meu maior exemplo de resiliência. Amo você!

Ao meu pai, Francisco Santos (in memoriam), que me ensinou a amar a profissão de enfermagem, minha herança paterna. Os ensinamentos da vida que você nos deixou nos guiaram no caminho certo; tentei, pai, e parece que consegui. Deus o tenha no caminho de luz.

Ao meu colega mais próximo na turma de doutorado, que, por presente de Deus, é meu esposo, José Luis Pena... "Eu gosto de você. E gosto de ficar com você. Meu riso é tão feliz contigo. O meu melhor amigo. É o meu amor..." Juntos em mais uma jornada da vida. Que Deus nos abençoe e nos mantenha "até que a morte nos separe".

Aos meus melhores presentes enviados por Deus, Felipe, Fernando, Fábio, cada um no seu jeito de ser, esteve presente na solidão dos dias que, mesmo em casa, estive longe de vocês. Filhos, "felizes somos nós, pois aquilo que agrada a Deus a nós foi revelado: Família." Obrigado pela paciência com o meu cansaço e às vezes mau humor... pelos beijos na cabeça... e pelo ainda falta muito? Sem vocês, não saberia falar sobre amor incondicional e sobre resiliência.

Ao meu filho João Bosco Pena e sua esposa Leide Pena, pelo companheirismo, pelos ombros para chorar quando precisei... e ainda vou precisar, pelos olhares doces e ternos a me sinalizarem “Estamos aqui, mãe, é só chamar...” Vocês são os presentes preciosos que tenho para partilhar este momento. “Que a família celebre a partilha do abraço e do pão. Nisto sabemos o que é o amor.”

Ao meu neto, Luiz Henrique, pela paz, ternura e amor que trouxe para nossas vidas, você é muito precioso e amado pela vó... Amo além da conta...

À minha orientadora, Profa. Dra. Anna Maria Chiesa, desde primeiro momento, foi possível ver luz e sabedoria nos seus gestos. O nome Anna já fala por si da grandiosidade que você é, professora. Obrigado pelos ensinamentos, conversas e orientações e por acreditar em mim. Tudo que construí também é seu. És preciosa aos olhos de Deus. Peço a Deus que te ilumine e proteja.

À Profa. Dra. Anna Luiza de Fátima Pinho Lins Gryscheck, agradeço seu gesto atencioso, delicado e fortalecedor no momento final desta pesquisa. Obrigado, não expressa o quanto foi importante para mim sua preciosa contribuição e ajuda. Deus a abençoe!

Aos meus irmãos, Francisco das Chagas, Francisco Carlos, Francimar, Juscelino, Marluci Ladislau e José Roberto, pelo incentivo, torcida e zelo comigo.

Às cunhadas, Nazinha, Cleide, Mary e Lidia, que sempre estiveram na torcida para a conclusão desta tese, para voltar à vida normal...

Aos sobrinhos, Mona, Yana, Ramila, Ygor, Ítalo, Ariel, Lorena, Ester, Jamille, Eduarda, Eloisa, Miguel, Gabriel, Jorge, Enzo, Carlos Jr, Pedro, Heloisa, Fernanda, Rafael, Yane, Hanna, cada um representa um pedaço de história da minha vida... Amo além da Conta... “Que a família comece e termine sabendo aonde vai...” Somos nós na trilha do Senhor!

Aos Amigos Cecília Rafaela Salles, Áglen Damasceno, Ananda Bezerra, Patrícia Rodrigues, vocês são a esperança de um SUS ideal, pois produzem saúde no seu conceito positivo. Depende de nós o agir diferente, estamos quase prontos. Um pedido: continuem o que projetamos!!!! Amigos pra sempre, pra sempre Amigos sim, se Deus quiser...

Aos meus companheiros de Jornada em Saúde do Adulto, José Luís, Dirley, Érika, Raquel e Virgínia, pelo companheirismo e incentivo. Juntos, somos mais fortes. Creio que estamos conseguindo. Foi Deus quem consagrou vocês e eu, para sermos bons amigos!

À amiga Profa. Dra. Liudmila Otero pelo incentivo e parceria na pesquisa, pela idealização do projeto deste doutorado, contribuindo sobremaneira para a formação de professores na Unifap... “Quero chorar o seu choro. Quero sorrir seu sorriso. Valeu por você existir, amiga”.

À Profa. Dra. Elma Zoboli pelos ensinamentos e contribuições no meu aprendizado.

Às Professoras Doutoras Lislaine Fracolli e Elaine Buchhorn pelas valiosas críticas ao projeto de qualificação.

À Profa. Dra. Sayuri Maeda pela sua amizade e conhecimentos a mim ofertados.

Aos funcionários do Departamento de Saúde Coletiva pelo acolhimento e a disponibilidade de ajudar sempre.

Aos funcionários da Unidade Básica de Saúde da Unifap pelo carinho e apoio.

Aos acadêmicos de Enfermagem que partilham o Grupo de Diabetes/Unifap pelo cuidado e zelo com as nossas negociações e trabalhos de pesquisa.

Aos funcionários do Ambulatório de especialidades do HCAL, na pessoa da Sra. Irá, pela sala, café e lanches, no momento em que coletava dados. Vocês terão minha eterna gratidão e respeito.

Ao grupo de oração da Paróquia Santo Inácio de Loiola, nas pessoas do Sr. Amaro e Sra. Bere, pelo acolhimento em São Paulo, além de rezarem por nós e conosco, acolheram-nos no grupo, fazendo com que nos sentíssemos em casa. Deus nos presenteou com a amizade de vocês. Amizade que jamais terá fim, pois foi feita em Cristo.

À Universidade Federal do Amapá pelo investimento e oportunidade.

Aos colegas da turma de Doutorado, pela amizade e trocas de conhecimentos.

Muito Obrigada!

*“Talvez resiliência seja a prefiguração mais
natural da dinâmica da cruz e da ressurreição.”*

VANISTENDAEL

Pena FPS. Resiliência e Qualidade de Vida de pessoas com Diabetes Mellitus à luz da Promoção da Saúde [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.

RESUMO

Introdução: Diabetes Mellitus (DM) se constitui em problema de saúde de elevada magnitude por sua prevalência e morbimortalidade e é considerada uma emergência mundial para a saúde do século XXI. Tradicionalmente a pesquisa sobre DM enfatiza a doença e suas complicações. No entanto, nas últimas décadas a atenção ofertada à doença tem se deslocado para dimensões socioculturais e emocionais dos pacientes e aos recursos existentes para enfrentamento do diagnóstico da doença. Resiliência e Qualidade de Vida emergem como construtos que apontam para um novo modelo de compreensão do processo saúde-diabetes-cuidado, pela dimensão da saúde e não somente da doença. **Objetivo geral:** Identificar a relação entre resiliência e qualidade de vida de pessoas com DM. **Método:** Estudo descritivo, de abordagem quantitativa, desenvolvido no período de 2014 a 2016, em uma unidade básica de saúde e um ambulatório de especialidades de um centro hospitalar público, no município de Macapá-AP. Amostra de 202 adultos com DM tipo 1 e tipo 2, do tipo probabilístico estratificada, com alocação proporcional e seleção aleatória simples. Os dados foram coletados por meio de entrevista aplicada pela pesquisadora nos locais do estudo. As variáveis investigadas foram as sociodemográficas e clínicas, além da aplicação das escalas de resiliência para adulto-RSA e de qualidade de vida-Diabetes - 39. Para análise estatística descritiva e inferencial, foi utilizado o programa de análise estatística *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22 para Windows. Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal do Amapá, parecer nº 990.066/2015, conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012. **Resultados:** Foram sistematizados em três manuscritos, a saber: 1. Tecendo interface entre características sociodemográficas, clínicas e de promoção da saúde para pessoas com Diabetes Mellitus: discutem-se as características sociodemográficas mais relevantes da população à luz das propostas da promoção da saúde, sendo estas: etnia parda, faixa etária (53.6 ± 11.8), situação trabalhista ativa, tempo de diagnóstico menos de cinco anos. 2. Resiliência e Qualidade de Vida de pessoas com Diabetes Mellitus à luz da Promoção da Saúde: a população pesquisada apresentou percepção ruim da QV, porém demonstrou resiliência fortalecida. Os resultados revelaram que há relação entre resiliência e qualidade de vida. 3. Relação entre resiliência, qualidade de vida e características sociodemográficas/clínicas de pessoas com Diabetes Mellitus: constatou-se que as variáveis sexo, grau de escolaridade, atividade física e glicemia capilar foram preditoras à percepção da qualidade de vida. O grau de escolaridade foi a única característica sociodemográfica que apresentou correlação para resiliência e qualidade de vida. A característica de resiliência com maior potencial de influência na qualidade de vida foi a percepção de si mesmo. **Conclusão:** As pessoas com DM com maior resiliência têm melhor percepção de QV. Os construtos ofereceram possibilidades de apreender as reais necessidades de saúde das pessoas com DM e se apoiam nas bases teóricas da promoção da saúde, possibilitando captar elementos para o cuidado de pessoas com DM.

Descritores: Resiliência Psicológica; Qualidade de Vida; Diabetes Mellitus; Promoção da Saúde; Enfermagem.

Pena FPS. Resilience and Quality of Life of people suffering from Diabetes Mellitus in light of Health Promotion [thesis]. São Paulo: Nursing School, University of São Paulo; 2017.

ABSTRACT

Introduction: Diabetes Mellitus (DM) is a significant health problem due to its prevalence and morbimortality, being considered world health emergency in the 21st century. Traditionally, research on DM stresses the disease and its complications. However, in the past decades, disease attention has been moved towards patients' sociocultural and emotional dimensions as well as the existing resources to cope with the disease diagnosis. Resilience and Quality of Life emerge as the constructs which point to a new model of understanding the health-diabetes-care process through the health dimension, not only through the disease dimension. **General objective:** To identify the relation between resilience and quality of life in people suffering from DM. **Method:** Quantitative, descriptive study carried out at a primary healthcare unit, and at a specialty outpatient clinic in the municipality of Macapá – Amapá State, Brazil, between 2014 and 2016. Probabilistic, multi-staged sampling with quantity-based allocation and simple random selection entailed 202 adults suffering from type 1 and type 2 DM. Data were collected by means of an interview applied by the researcher in the studied settings. Sociodemographic and clinical variables were investigated, besides the application of the RSA (Resilience Scale for Adults) and the Diabetes-39 Assessment Questionnaire for Quality of Life. For the descriptive, inferential statistical analysis, the *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), 22.0 for *Windows* was used. Research was approved by the Ethics Board on research with human beings of the Federal University of Amapá, opinion n. 990.066/2015, according to Resolution 466/2012 of the National Health Council. **Results:** They were systematized in three manuscripts, as follows: 1. Building an interface between sociodemographic, clinical profile and health promotion for people with Diabetes Mellitus: the most significant sociodemographic features of the population are discussed in light of health promotion proposals: mixed race, age ranging 53.6 ± 11.8 years, working, time of diagnosis of less than five years. 2. Resilience and Quality of Life of people suffering from Diabetes Mellitus in light of Health Promotion: the researched population revealed poor perception of their quality of life, although they showed strengthened resilience. Results evidenced a relationship between resilience and quality of life. 3. Relation between resilience, quality of life and sociodemographic/clinical profile of people with Diabetes Mellitus: it was evidenced that sex, educational level, exercising and CBG variables were predictors to the perception of the quality of life. Educational level was the only sociodemographic feature which evidenced correlation to resilience and quality of life. The resilience feature with the greatest potential to influence quality of life was self-perception. **Conclusion:** People suffering from DM with higher resilience have better perception of quality of life. The constructs enabled to apprehend the real health needs of people with DM, and are grounded in the theoretical foundations of health promotion, which allows to apprehend elements to care for people with DM.

Descriptors: Psychological Resilience; Quality of Life; Diabetes Mellitus; Health Promotion; Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Diagrama da Saúde e Bem-Estar de São Paulo-2001.....	30
Figura 2 - Localização geográfica do Estado do Amapá.	70
Figura 3 - Divisão Política do Estado do Amapá.	70
Figura 4 - Localização geográfica do Município de Macapá.....	71

LISTA QUADROS

- Quadro 1** - Indicadores do Vigitel que apresentaram variação temporal estatisticamente significativa no período 2006-2015, por sexo. Pop adulta por capitais dos estados brasileiros. 72
- Quadro 2** - Demonstrativo de internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde. Macapá/AP, 2015..... 73
- Quadro 3** - Fatores que compõem a Escala de Resiliência para Adulto (RSA)..... 83
- Quadro 4** - Dimensões que compõem a Escala de Qualidade de Vida – D-39 85

QUADROS MANUSCRITO 2

- Quadro 5** - Identificação dos domínios da Diabetes-39 e dos fatores da RSA e suas relações com os elementos do conceito de saúde na proposta de promoção da Saúde, (Labonte, Laverack (2008). Macapá/AP/ Brasil, 2017..... 128
- Quadro 6** - Identificação dos domínios do Diabetes-39 e dos Fatores da RSA e suas conexões com as dimensões do modelo de promoção da Saúde de Labonte(1996). Macapá/AP/ Brasil, 2017..... 131

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição das pessoas com Diabetes Mellitus constituintes da amostra por local. Macapá/AP, N=202.	78
-------------------	---	----

TABELAS MANUSCRITO 1

Tabela 2 -	Caracterização das pessoas com Diabetes Mellitus quanto ao sexo, faixa etária, estado civil, cor/raça, grau de escolaridade, situação trabalhista, religião e renda familiar. Macapá/AP/ Brasil, 2017 (N = 202).	95
Tabela 3 –	Caracterização das pessoas com Diabetes Mellitus quanto a antecedentes familiares e comorbidades. Macapá/AP/ Brasil, 2017 (N = 202).....	97
Tabela 4 –	Caracterização das pessoas com Diabetes Mellitus segundo o tipo de DM, tempo de diagnóstico e terapêutica medicamentosa utilizada. Macapá/AP/ Brasil, 2017 (N = 202).....	97
Tabela 5 –	Caracterização das pessoas com Diabetes Mellitus quanto ao IMC, CC, PA, GCA e HbA1C. Macapá/AP/ Brasil, 2017 (N = 202).	98

TABELAS MANUSCRITO 2

Tabela 6 –	Caracterização dos fatores da Escala de Resiliência para Adultos (RSA) de pessoas com Diabetes Mellitus, Macapá-AP/Brasil, 2017 (N = 202).....	117
Tabela 7 -	Caracterização das dimensões da escala Diabetes-39 (D39) de pessoas com Diabetes Mellitus, Macapá-AP/Brasil, 2017. (N = 202).	118
Tabela 8 –	Correlações entre as dimensões da D39 e da RSA, Macapá-AP/Brasil, 2017 (Coeficiente de Correlação de Spearman). (N = 202).	119

TABELAS MANUSCRITO 3

Tabela 9 -	Correlações das variáveis sociodemográficas com a resiliência (RSA) e com a percepção de qualidade de vida (D-39) de pessoas com Diabetes Mellitus, Macapá -AP/Brasil, 2017 (N = 202).....	141
Tabela 10 -	Correlações do IMC, circunferência da cintura, pressão arterial, GCA e HbA1C com a resiliência (RSA) e com a percepção de qualidade de vida (D-39) de pessoas com Diabetes Mellitus, MACAPÁ-AP/Brasil, 2017 (N = 202).....	142
Tabela 11 -	Associação da Percepção de Qualidade de Vida (D-39 total) com as variáveis sociodemográficas e clínicas de pessoas com Diabetes Mellitus, MACAPÁ-AP/Brasil, 2017 (N = 202), modelo de regressão linear.....	143
Tabela 12 -	Associação da Percepção de Qualidade de Vida (D-39 total) com a resiliência (RSA) de pessoas com Diabetes Mellitus, MACAPA-AP/Brasil, 2017 (N = 202), modelos de regressão linear.	144

LISTA DE SIGLAS

Abia	Associação Brasileira das Indústrias de Alimentação
Abima	Associação Brasileira das Indústrias de Massas Alimentícias
Abip	Associação Brasileira da Indústria de Panificação e Confeitaria.
Abitrigo	Associação Brasileira da Indústria do Trigo
ADA	American Diabetes Association
ADO	Antidiabético Oral
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNS	Conselho Nacional de Saúde.
Conep	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.
D-39	Diabetes – 39
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis.
DM	Diabetes Mellitus
DVP	Doença Vascular Periférica
ESF	Estratégia Saúde da Família
GEA	Governo do Estado do Amapá
HCAL	Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima
Hiperdia	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
HLA	Antígeno Leucocitário Humano
HRQOL	<i>Health Related Quality of Life</i>
IDF	<i>International Diabetes Federation</i>
IRCT	Insuficiência Renal Crônica Terminal
OMS	Organização Mundial da Saúde

ONU	Organização das Nações Unidas
Pmaq	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PMSD	Programa de Promoção da Saúde a pessoas com DM
Pnab	Política Nacional de Atenção Básica
Pnad	Política Nacional por Amostra de Domicílio
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PPSDM	Programa de Promoção da Saúde a pessoas com Diabetes Mellitus
PRO	<i>Patient Report Outcomes</i>
PS	Promoção da Saúde
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionado a Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RSA	Escala de Resiliência para Adultos
Same	Serviço de Arquivo Médico Estatístico
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
Sesa	Secretaria de Estado da Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
Unifap	Universidade Federal do Amapá
Vigitel	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	22
1 INTRODUÇÃO.....	25
1.1 RESILIÊNCIA E QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS: JUSTIFICANDO O OBJETO DE ESTUDO.	31
1.2 DIABETES MELLITUS, RESILIÊNCIA E QUALIDADE DE VIDA: A QUESTÃO DE PESQUISA	33
1.3 HIPÓTESES	35
2 OBJETIVOS	37
2.1 OBJETIVO GERAL	37
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	37
3 FUNDAMENTOS TEÓRICOS.....	39
3.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE: CONCEPÇÃO, CAMPO DE AÇÃO E RELEVÂNCIA PARA O CUIDADO	39
3.2 RESILIÊNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS	44
3.2.1 O conceito de resiliência.....	44
3.2.2 Resiliência e Promoção da Saúde – Conexões para a Saúde da Pessoa com Diabetes Mellitus	47
3.3 QUALIDADE DE VIDA E PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA PESSOA COM DIABETES MELLITUS	51
3.3.1 O conceito de qualidade de vida	51
3.3.2 Qualidade de Vida e Promoção da Saúde – Confluências para a Saúde da Pessoa com Diabetes Mellitus	53
3.4 A REORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE RELACIONADA À ATENÇÃO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS	57
3.5 PROMOÇÃO DA SAÚDE NO MODELO LABONTE E A ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DIABETES MELLITUS	64
4 MATERIAL E MÉTODO	69
4.1 TIPO DE PESQUISA	69
4.2 CONTEXTO DA PESQUISA	69
4.2.1 Estado do Amapá	69
4.2.2 Município de Macapá	71

4.3 CARACTERÍSTICAS DA ESTRUTURA DO SERVIÇO ASSISTENCIAL PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	72
4.4 LOCAL DA PESQUISA.....	74
4.4.1 Caracterização da UBS/UNIFAP	74
4.4.2 Caracterização do Ambulatório do HCAL	75
4.5 POPULAÇÃO E AMOSTRA DA PESQUISA	76
4.5.1 Cálculo amostral	76
4.5.2 Plano de amostragem	77
4.6 ETAPAS DA PESQUISA	78
4.7 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO	78
4.7.1 Critérios de inclusão	79
4.7.2 Critérios de exclusão	79
4.8 TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS	79
4.9 INSTRUMENTOS	80
4.9.1 Escala de Resiliência para Adulto (Resilience Scale for Adults-RSA).....	80
4.9.2 Escala de Diabetes-39 (D-39)	84
4.10 PROCEDIMENTOS ÉTICOS EM PESQUISA	87
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	89
5.1 MANUSCRITO 1 – TECENDO A INTERFACE ENTRE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS E DE PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA PESSOAS COM DIABETES MELLITUS	91
5.2 MANUSCRITO 2 – RESILIÊNCIA E QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS À LUZ DA PROMOÇÃO DA SAÚDE	110
5.3 MANUSCRITO 3 - RELAÇÃO ENTRE RESILIÊNCIA, QUALIDADE DE VIDA E CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS/CLÍNICAS DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS	135
6 CONCLUSÕES.....	152
6.1 LIMITES	155
REFERÊNCIAS.....	157
APÊNDICE.....	174
ANEXOS	176

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Desde a graduação em Enfermagem, a condição crônica despertou em mim a curiosidade de compreender o processo da doença e o cuidado necessário para o seu controle, o que nutriu a vontade de trabalhar com pessoas com doença crônica. Em 1987, ano da minha formatura, os casos de Diabetes Mellitus – DM já apontavam a magnitude que a doença representaria no futuro. Era grande o número de pessoas adoecidas, e, como acadêmica, na prática, ao atendê-las com complicações, isso me incomodava, uma vez que havia aprendido a prevenção de complicações, ainda que na perspectiva de modelos de prevenção como o de Leavell e Clark (1965).

Fiz pós-graduação em Enfermagem Médico-Cirúrgica e trabalhei em clínica e centro cirúrgico, passando a conviver com uma das complicações mais difíceis de enfrentar: a amputação do pé diabético. Daí meu interesse pelas lesões de pele e seu complexo cuidado. Durante dez anos, minha vida profissional deu-se no contexto hospitalar, no cuidado clínico dos mais diferentes casos e complicações do DM.

Em 1997, fui trabalhar no Instituto de Pesquisas Científicas e Tecnológicas do Amapá, onde desenvolvi um projeto de pesquisa experimental com uma espécie medicinal popularmente chamada Jucá (*Caesalpinia férrea* Mart.). Foram desenvolvidos gel e sabonete de Jucá, produtos para curativos em lesão de pé diabético. O referido projeto foi financiado pelo PPSUS/2005, na modalidade gestão compartilhada, por um período de dois anos e obteve bons resultados. Atualmente o produto está no Formulário de Fitoterápicos do Ministério da Saúde (Brasil, 2011a), indicado como cicatrizante de feridas.

Em 2000, ingressei no Programa de Mestrado Desenvolvimento Sustentável-UnB, onde estudei resiliência no ecossistema, apontando que é a "capacidade" ou o "processo" de recuperação em situações de adversidade, associado à adaptação, para ser transformado. Este contato com o conceito muito estimulou leituras sobre o mesmo, levando-me a despertar para uma melhor análise sobre a relação entre meio ambiente e saúde. Deste modo, o produto da dissertação foi a elaboração e aprovação da disciplina "Saúde Coletiva e Ambiental" para o Curso de Graduação em Enfermagem, na Universidade Federal do Amapá-Unifap, cujo principal objetivo

é refletir sobre a inter-relação ambiente e saúde no contexto socioambiental. Atualmente a disciplina é nomeada Saúde Coletiva e passa por reformulação de seu conteúdo programático.

Nessa trajetória, os trabalhos de Yunes (2003) que tratam de resiliência com foco no indivíduo e na família e de Chiesa (2005), que a partir da proposição de Labonte, insere categorias como resiliência, autonomia e empoderamento no debate com foco na coletividade, chamaram minha atenção. A partir deles, comecei um processo de leitura sobre o assunto e observei a lacuna acerca da temática doença crônica, em especial o Diabetes Mellitus-DM.

Junto com a Prof.^a Dr.^a Liudmila Otero, em maio de 2007, criamos um grupo de pesquisa em DM. Aí reside a justificativa pessoal para a realização desta pesquisa, que se subsidia no exercício da minha prática profissional como enfermeira docente/assistente junto a pessoas cronicamente adoecidas com DM, na Unidade Básica de Saúde da Universidade Federal do Amapá – Unifap, uma instituição de referência no cuidado, ensino, pesquisa e extensão da saúde do adulto diabético e com complicações nos pés na cidade de Macapá.

Atualmente o nome do grupo é Programa de Promoção da Saúde para pessoas com Diabetes Mellitus e já tem nove anos de trabalho. Muito tem produzido no contexto da promoção da saúde e, com o modelo discutido na tese em questão, pretende-se ampliar o foco sustentado no modelo aqui analisado.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é um grupo de doenças metabólicas que apresentam características diferentes em sua etiologia e fisiopatologia, as quais possuem um denominador comum: a hiperglicemia, resultante de defeitos na secreção e/ou ação da insulina. Trata-se de uma doença complexa e crônica que requer cuidados médicos contínuos, estratégias de redução de riscos multifatoriais, além do controle glicêmico (Gomes, Cobas, 2011; Lalli, Tsukumo, 2012; American Diabetes Association-ADA, 2017).

A *American Diabetes Association* - ADA (2017), classifica o DM em quatro principais tipos: Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1), Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de DM e Diabetes Gestacional.

Há ainda duas categorias que não são entidades clínicas, mas são referidas como pré-diabetes, são elas: glicemia de jejum alterada e a intolerância à glicose diminuída. Apesar de não serem entidades clínicas, são caracterizadas como fatores de risco para desencadear diabetes e doenças cardiovasculares (Sociedade Brasileira de Diabetes –SBD, 2015/2016).

O DM1, caracterizado pela destruição das células beta do pâncreas, o que leva à deficiência de insulina, está subdividido em tipos 1A e 1B. Diabetes Mellitus tipo 1A/Autoimune responde em média por 5% a 10% dos casos de DM. A fisiopatologia deste tipo de DM envolve fatores genéticos e os principais genes associados ao desenvolvimento da doença são os genes que estão no sistema do antígeno leucocitário humano (HLA) classe II. Os fatores ambientais potenciais para desenvolver autoimunidade estão associados a infecções virais, fatores nutricionais e deficiência de vitamina D, entre outros. No que tange ao Diabetes Mellitus tipo 1B/Idiopático, o próprio nome indica, não há uma causa conhecida para este tipo de DM. Responde pela minoria dos casos de DM1, caracteriza-se pela ausência de marcadores de autoimunidade contra as células betas e não associação com o sistema HLA (SBD, 2015/2016; Lalli, Tsukumo, 2012).

O DM2 responde em média por 90% a 95% dos casos de DM. Pode ocorrer em qualquer idade, no entanto, é mais comum ser diagnosticado após os 40 anos de idade. Caracterizado por defeito na ação e secreção da insulina e na regulação da produção hepática de glicose. Cerca de 80% das pessoas com esse tipo de DM são

obesas ou apresentam sobrepeso, há ainda aquelas que apresentam gordura abdominal, mesmo estando com peso normal. O risco de desenvolver esse tipo de DM aumenta com a idade, ausência de atividade física regular, excesso de peso. Encontra-se com frequência associado a hipertensão arterial e dislipidemia (SBD, 2015/2016; Gomes, Cobas, 2011).

Diabetes Gestacional-DG é definido como qualquer grau de intolerância à glicose, apresenta magnitude variável, com início ou primeira detecção durante a gravidez. Pode ocorrer em 1% a 14% das gestações e, em geral, é detectado na segunda metade da gravidez. Relaciona-se com o aumento da morbidade e mortalidade perinatais. Cerca de 7% das gestações sofrem complicações por hiperglicemia. Na maioria dos casos de ocorrência de DG, dá-se reversão para tolerância normal após gravidez, no entanto, há risco de 10% a 63% de desenvolvimento de DM2, em período de tempo de 5 a 16 anos após o parto (SBD, 2015/2016; International Diabetes Federation-IDF, 2015; Gomes, Cobas, 2011).

O Diabetes Mellitus (DM) se constitui em problema de saúde de elevada magnitude por sua prevalência e morbimortalidade, por isso é considerado uma epidemia oculta e uma emergência mundial para a saúde do século XXI. Atualmente, 415 milhões de adultos têm DM no mundo e 318 milhões têm tolerância à glicose alterada, com forte tendência a desenvolver a doença no futuro. Estima-se que no ano de 2040, o número de pessoas com DM seja de 642 milhões. Na região das Américas Central e do Sul, em 2015, eram 29,6 milhões e, para 2040, calculam-se 48,8 milhões. O Brasil ocupa o terceiro lugar para o diabetes infantil e o quarto lugar para o diabetes no adulto no *rank* mundial (IDF, 2015).

Nos países desenvolvidos, estima-se que entre 87% e 91% das pessoas com diabetes têm diabetes tipo 2, de 7% a 12% têm diabetes tipo 1 e 1% a 3% têm outros tipos de diabetes. Há estimativa de que 193 milhões de pessoas estejam com diagnóstico de DM e apresentem maior risco de desenvolver complicações. Ainda se estima que um de cada 15 adultos apresente tolerância à glicose alterada e um em cada sete nascidos vivos se vê afetado por diabetes gestacional; essas duas condições estão associadas com maior risco de desenvolver DM2, com o avançar da idade (IDF, 2015).

O DM e as suas complicações são as principais causas de morte na maioria dos países. Muitos sistemas corporais são afetados, sendo que os olhos, as terminações nervosas periféricas, o sistema vascular e o coração são os mais

suscetíveis. Por isso, responde pelo desencadeamento de outras doenças, como: acidente vascular cerebral, insuficiência renal crônica, infarto agudo do miocárdio, neuropatia periférica, entre outras. Além disso, também é fator de risco para condições incapacitantes, como: cegueira, devido à retinopatia diabética, amputação de membros inferiores, devido às lesões neurológicas e vasculares causadas por DM (American Diabetes Association, 2017; IDF, 2015; SBD, 2015/2016).

É uma doença que mundialmente responde direta e indiretamente por elevados números de atendimentos ambulatoriais e hospitalares, com isso tem um impacto econômico substancial para os países e os sistemas nacionais de saúde. Isso se deve ao aumento do uso de serviços de saúde, perda de produtividade e apoio em longo prazo necessários para superar as complicações relacionadas à sua evolução, como problemas de doença renal e problemas relacionados à visão e ao sistema cardiovascular. A maioria dos países gasta entre 5% e 20% das despesas totais de saúde em diabetes. Com custos tão elevados, a doença representa um desafio significativo para os sistemas de saúde e um obstáculo ao desenvolvimento econômico sustentável (ADA, 2017; SBD, 2015/2016; IDF, 2015).

No Brasil, o estudo de Malerbi e Franco (1988) apresenta um inquérito em nove capitais, que evidenciou 7,6% de prevalência de diabetes em adultos de 30 a 69 anos. Esses resultados passaram a ser referência para descrever a prevalência do diabetes no Brasil e, com base neles, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que o país teria 4,6 milhões de diabéticos em 2000 e 11,3 milhões no ano de 2030 (Schmidt et al., 2011)

O Brasil, em 2011, já apresentava 13,4 milhões de pessoas com DM, ou seja, 9,7% da população adulta na faixa etária de 20 a 79 anos de idade. Estima-se para o ano de 2030 o aumento para 19,7 milhões, correspondendo a 12,28% da população adulta. Atualmente, é o país da América do Sul que tem o maior número de pessoas com diabetes (14,3%) (IDF, 2015).

Os dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), de 2015, no conjunto de 27 cidades, mostram que houve tendência significativa de variação temporal no período de 2006-2015 para indicadores que evidenciam a prevalência de diabetes autorreferida na população acima de 18 anos, com aumento de 5,5% para 7,4%, entre 2006 e 2015, embora em 2014 esse percentual tenha chegado a 8,0%, observa-se variação temporal com diminuição nos percentuais (Brasil, 2016).

Com relação aos resultados regionais da pesquisa, a capital com o maior número de pessoas com diabetes foi Rio de Janeiro, com 8,8%; Porto Alegre teve o segundo maior índice (8,7%), seguido de Campo Grande, com 7,9%. Os menores índices foram registrados em Palmas (3,9%), São Luís (4,4%) e em Macapá houve empate com Boa Vista com (4,6%) (Brasil, 2016).

No Estado do Amapá, capital Macapá, o Vigitel (2015) evidenciou um percentual de 4,6%, embora apresentando diminuição nos percentuais (5,5%) em relação ao ano de 2014 (Brasil, 2016), ainda fica acima da taxa regional apontada em 2013, pela Pesquisa Nacional de Saúde - PNS, que teve um alcance de 4,3% (Brasil, 2013).

O DM tem por característica a evolução lenta e, na maioria das vezes, silenciosa. Muitas pessoas têm DM, mas desconhecem seu diagnóstico, isso pode influenciar de forma negativa os valores percentuais acima descritos, podendo ser superiores aos expressados (Brasil, 2013).

Destarte, o contingente populacional exposto ao adoecimento com DM em todo o mundo é grande. Os dados publicados nos documentos oficiais nos últimos anos consideram o DM uma “emergência clínica para o século XXI” (IDF, 2015, p. 12). Tomando como referência essa concepção, evidencia-se uma ideia aproximada do quantitativo de pessoas que padecem e/ou padecerão de DM. Esta situação constitui atualmente um tema gerador de discussões e preocupações para produção científica, pela complexidade da gestão e da autogestão do problema.

Tradicionalmente a pesquisa sobre DM enfatiza a doença e as complicações que podem ocorrer com sua evolução. No entanto, nas últimas décadas, outras questões têm sido consideradas como importantes. Assim, a atenção outrora ofertada à doença tem se deslocado para dimensões socioculturais e emocionais dedicadas aos recursos existentes para o seu enfrentamento e diagnóstico da doença. A resiliência emerge como um construto que aponta para um novo modelo de compreensão do desenvolvimento da pessoa humana, pela dimensão da saúde e não da doença, ou seja, prioriza-se o potencial da pessoa para produzir saúde, em vez de se preocupar com os transtornos e disfunções (Silva et al., 2005). Portanto, o enfoque sobre a resiliência traz a possibilidade de novos olhares acerca dos elementos que interferem na forma de convivência com o DM (Tavares et al., 2011).

O adoecimento com DM estabelece a necessidade de acomodar o diagnóstico e de se reequilibrar constantemente, uma vez que a doença exige

controle. Neste aspecto, resiliência se apresenta como a capacidade de resistir, pessoalmente ou em grupo, à situação adversa como o DM, sem perder o equilíbrio inicial, ou seja, a capacidade de acomodar e reequilibrar constantemente (Tavares et al., 2011). Também se apresenta como possibilidade individual de lidar com a doença, aceitando as limitações impostas pela condição crônica, buscando adaptar-se à nova condição e viver de forma positiva (Bianchini, Dell’Aglío, 2006).

Assim, a resiliência “passa a ser entendida como um processo, ou seja, não se trata apenas da superação da adversidade em si, mas de como a pessoa o faz e o que ocorre em consequência disso” (Lasmar, Ronzani, 2009, p. 345). É um construto complexo, que apresenta diferentes definições, associado à interdependência entre múltiplos contextos com os quais as pessoas interagem. Sua presença é observada quando a pessoa está passando por uma situação adversa, seja esta em caráter temporário ou constante em sua vida.

Tendo em vista que resiliência é um construto relativamente novo, em especial no campo da enfermagem, esse estudo surge com a finalidade de abordar a resiliência por uma perspectiva relacional, associando-o ao construto a qualidade de vida de pessoas com Diabetes Mellitus, exercitando uma análise à luz do paradigma da promoção da saúde. De acordo com Silva et al. (2005), há entendimento de que a promoção da saúde parte de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, estando associada a um conjunto de valores entre os quais a qualidade de vida está incluída. Infante (2005) explica que a resiliência tenta promover processos que envolvam a pessoa e o seu ambiente social, ajudando-a a superar uma adversidade e a ter melhor qualidade de vida. Vasconcelos e Ribeiro (2010) referem que identificar resiliência em pessoas é fundamental para o desenvolvimento de estratégias promotoras de saúde e qualidade de vida. Percebe-se que há uma conectividade teórica entre os construtos, o que fortalece os objetivos deste estudo.

Cita-se o objetivo geral da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (Brasil, 2015, p.13): “[...] Promover melhoria das condições e dos modos de viver, **ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva [...]**” (grifo nosso). Dá-se assim a possibilidade de analisar os construtos como meio de exercitar teoricamente um atendimento diferente do tradicional.

Nessa linha de interesse, foi que se buscou adotar um modelo teórico que possa contribuir no reconhecimento da importância dos construtos resiliência e

qualidade de vida, no atendimento das pessoas com DM, bem como possibilitar o fortalecimento dos potenciais dessas pessoas, adotando-se a perspectiva da Promoção da Saúde. Assim sendo, foi escolhido para este estudo o referencial teórico proposto por Labonte (1996), dado que o mesmo evidencia a complexidade e a dinamicidade contidas no processo saúde-doença, a partir da lógica do paradigma crítico da promoção da saúde (Chiesa et al., 2009).

Este modelo ultrapassa a abordagem biomédica (centrada na doença) e comportamental (com ênfase nos fatores de risco e estilo de vida) das ações de saúde, adicionando a positividade dos modelos precursores aos aspectos socioambiental e emocional, inerentes ao processo saúde-doença. O diagrama evidencia dimensões da saúde individual e as intersecções entre elas, que representam o alcance do poder do indivíduo para controlar e alterar os determinantes de sua saúde (Chiesa et al., 2009) (Figura 1).

Figura 1 - Diagrama da Saúde e Bem-Estar de São Paulo-2001.

Fonte: Adaptado por Chiesa et al. (2009)

Diante dos argumentos supramencionados, reconhece-se a pertinência da temática abordada nessa tese e a importância dos construtos resiliência e qualidade de vida, que podem ser incorporados na prática dos profissionais de saúde, em especial de enfermagem. De certo, contribuirá muito para a abordagem da pessoa

com DM, pois a possibilidade de se estabelecer como foco de atenção em enfermagem poderá promover, na medida do possível, autonomia e autocuidado.

Compõe a presente tese um capítulo de fundamentação teórica, no qual estão descritos a concepção e o campo de ação da promoção da saúde, associando a resiliência e qualidade de vida, numa perspectiva de afirmar a associação e a pertinência destes construtos para a abordagem da pessoa com DM, visando o modelo do paradigma socioambiental proposto na promoção da saúde. Também se fez uma abordagem da reorientação dos serviços de saúde no contexto da promoção da saúde, relacionando o modelo de Saúde e Bem-estar (Labonte, 1996).

No segundo capítulo, encontra-se a metodologia empregada para o alcance dos objetivos e consequentes resultados. Utilizou-se um modelo quantitativo, com duas escalas, a escala de Resiliência para Adultos-RSA (Hjemdal et al., 2009) e Diabetes-39- D-39 (Queiroz, 2008), bem como um questionário para coleta de dados sociodemográficos e clínicos produzido pela autora.

No terceiro capítulo, apresentam-se resultados e discussões, por meio de três manuscritos, intitulados: 1. Tecendo a interface entre características sociodemográficas, clínicas e de promoção da saúde para pessoas com diabetes mellitus; 2. Resiliência e Qualidade de Vida de pessoas com Diabetes Mellitus à luz da Promoção da Saúde; 3. Relação entre Resiliência, Qualidade de Vida e Características Sociodemográficas/Clínicas de pessoas com Diabetes Mellitus.

No último capítulo, estão descritas as conclusões, evidenciam-se os objetivos alcançados e se constata que a resiliência se relaciona com a qualidade de vida, alcançando o objetivo principal deste estudo.

1.1 RESILIÊNCIA E QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS: JUSTIFICANDO O OBJETO DE ESTUDO.

O diabetes mellitus (DM) caracteriza-se por condição crônica, de natureza incurável, mas terapeuticamente controlável, tanto exprime o sofrimento individual como reflete danos coletivos implicados no bem-estar social (Paim, 2014).

A partir da reorganização dos serviços de saúde para atenção à doença crônica não transmissível, assiste-se, atualmente, melhora significativa na atenção à saúde das pessoas com DM. Os avanços tecnológicos, associados ao advento de

novos medicamentos combinados entre si e da insulinoterapia, ampliaram a possibilidade de manter inseridas no trabalho, lazer, esporte as pessoas acometidas pelo DM. Isso tem contribuído para a sensibilização e obtenção de um bom controle metabólico, principal objetivo das equipes de saúde que lidam com essa clientela e visam à generalização da abordagem multidisciplinar da pessoa com DM. Porém, o principal desafio centra-se na adesão e incorporação do arsenal tecnológico disponível, no âmbito do autocuidado e no reconhecimento da necessidade de atentar-se para a pessoa e não só para a doença em si.

Embora seja oferecido aos profissionais de saúde um aparato técnico sob a forma de manuais/cadernos de normas para abordagem das pessoas com DM, existe ainda uma lacuna a ser preenchida, a qual exige, além das normas a serem implementadas nos serviços de saúde, um olhar individualizado para a pessoa com diagnóstico de DM, que vai além da terapêutica medicamentosa, recomendações alimentares e de atividades física.

Trata-se de um olhar direcionado ao conviver com um diagnóstico que transforma uma vida já adaptada a certos hábitos que, na maioria das vezes, precisam ser modificados para o alcance do controle da doença. Entende-se que são pessoas que lidam no seu dia a dia com a adversidade de ter DM, porém contam com a proteção e os recursos de seu ambiente e suas próprias potencialidades para seguir o itinerário terapêutico para o controle da doença.

O interesse pelo estudo dos construtos resiliência e qualidade de vida em pessoas com DM, dependentes de medicação, de alimentação modificada, atividade física e estabilidade de humor para manter o controle da doença está ancorado na concepção de que essa condição que limita a autonomia constitui-se em uma adversidade real e objetiva. Pode levar a limitações com prejuízos para os relacionamentos pessoais, profissionais e sociais.

O presente estudo justifica-se pela lacuna existente acerca de conhecimentos sobre os construtos resiliência e qualidade de vida no campo das doenças crônicas, em especial o DM. Na oportunidade do doutorado, ao realizar revisão na literatura, não encontrei nenhum estudo no Brasil que unisse os dois construtos, somente após ingresso no doutorado foi encontrado um estudo internacional no ano de 2014, que faz uma associação entre os referidos construtos, a saber: “Relationship Between Resilience and Quality of Life in Diabetics (Abida et al., 2014).

Estudar esses construtos constituiu desafio duplo e complexo, uma vez que são subjetivos e multidimensionais, em construção e ainda em debate em busca de melhores subsídios teóricos nas diferentes formas de estudá-los, para maior e melhor sustento no que diz respeito à sua construção. No entanto, os resultados aqui descritos contribuirão para a produção do conhecimento sobre a temática em questão, com novas propostas que ampliem as perspectivas do campo da enfermagem, em especial enfermagem e doenças crônicas e especificamente no trabalho com pessoas com Diabetes Mellitus.

A relevância desta pesquisa está na importância dos construtos, que subsidiam o pesquisador para ir além da identificação dos sintomas e controle da glicemia, entretanto, estimulam a identificação de recursos pessoais, familiares e contextuais que poderão e deverão ser utilizados para enfrentar a adversidade de viver com diabetes, ampliando a compreensão do processo saúde-diabetes mellitus-cuidado centrado na pessoa.

1.2 DIABETES MELLITUS, RESILIÊNCIA E QUALIDADE DE VIDA: A QUESTÃO DE PESQUISA

O impacto de um diagnóstico como Diabetes Mellitus remete a uma condição limitante, pois exige modificações nos hábitos de vida. O DM repercute na vida pessoal, profissional e social, leva a pessoa a conflitos com perdas significativas, que implicam adaptações na vida cotidiana da pessoa e em seu ambiente de convivência. No entanto, estas adaptações são complexas e demandam flexibilidade incomum à pessoa, à família e às suas relações de dependência.

Como defende Barsaglini (2011, p. 156), “o impacto do diabetes no mundo da vida do adoecido e as formas e estratégias para gerenciá-lo (diagnóstico, autocuidado, aderência às prescrições, processos interativos, tomada de decisão, trajetória da doença)” envolvem “um processo subjetivo (dotado de sentido e significação) e intersubjetivo”. Este contexto apresenta-se como um complexo de elementos em mútua interação, que oferece subsídios para compreender as potencialidades e as fragilidades que a pessoa com DM apresenta para lidar com a doença.

Por sua vez, Mantovani e Mendes (2014) dizem que as perspectivas atuais e futuras quanto às características, valores e objetivos da pessoa com DM são cotidianamente remodeladas conforme as suas habilidades individuais e o imaginário social à condição crônica que apresenta e as consequências limitativas impostas a ela, o que reforça a relevância do estudo em questão.

No convívio diário com o diagnóstico de diabetes, observa-se a adaptação das pessoas à sua doença, em geral, tem sido o seguimento de orientações relacionadas a cada profissional que passa pelo serviço de saúde, que tem pouco e às vezes nenhum tempo para o diálogo para compreender o contexto adverso e controlador que a doença traz para a vida da pessoa. As relações de confiança e parceria constituem a base do cuidado da pessoa com DM, para que aprenda a lidar com a doença, que pode ser entendida como uma adversidade.

Nesses termos, a resiliência se apresenta como um novo construto a ser identificado em pessoas com a adversidade do diagnóstico de DM (Tavares et al., 2011; Grossi, 2011). Ela tem o papel “[...] de desenvolver a capacidade humana de enfrentar, vencer e sair fortalecido de situações adversas e transformado” (Grotberg, 2005, p.18). Ainda Grotberg salienta que a resiliência contribui para a constituição da qualidade de vida, além de ser árbitro das experiências negativas.

Partindo-se do exposto é que se faz a relação com o construto qualidade de vida, o qual se define como “percepção da pessoa de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e nos sistemas de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (The WHOQOL Group, 1995). A resiliência e a qualidade de vida são construtos cada vez mais solicitados em seus distintos domínios, na saúde coletiva, no campo da atenção à saúde, em especial na atenção primária, devido à relevância que apresentam para a promoção da saúde.

Dada a complexidade que envolve a vivência das pessoas com diagnóstico de DM e seu enfrentamento, entendendo o papel da resiliência no fortalecimento de potenciais e como contribuição na constituição da qualidade de vida dessas pessoas, bem como as lacunas para identificação e monitoramento da temática, apresentam-se as seguintes questões que se relacionam com o objeto de estudo:

- ✓ Como se caracteriza a resiliência nas pessoas com Diabetes Mellitus?
- ✓ Qual a relação entre a resiliência e os domínios de qualidade de vida das pessoas com Diabetes Mellitus?

1.3 HIPÓTESES

H0 = Resiliência e Qualidade de Vida de pessoas com Diabetes Mellitus apresentam correlação entre si.

H1 = Resiliência e Qualidade de Vida de pessoas com Diabetes Mellitus não apresentam correlação entre si.

H0 = Características de resiliência influenciam de forma positiva a qualidade de vida de pessoas com Diabetes Mellitus.

H1 = Características de resiliência não influenciam de forma positiva a qualidade de vida de pessoas com Diabetes Mellitus.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- ↳ Identificar a relação entre resiliência e qualidade de vida de pessoas adultas com Diabetes Mellitus.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ↳ Caracterizar a população do estudo segundo as variáveis sociodemográficas e variáveis clínicas.
- ↳ Identificar a resiliência de pessoas com Diabetes Mellitus a partir da escala de Resiliência para Adultos-RSA (Hjemdal et al., 2009).
- ↳ Relacionar as dimensões de resiliência com a percepção de qualidade de vida pelo Diabetes-39- D-39 (Queiroz, 2008).

3 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

3 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

3.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE: CONCEPÇÃO, CAMPO DE AÇÃO E RELEVÂNCIA PARA O CUIDADO

A Promoção da Saúde emergiu a partir da década de 70 como exigência sociopolítica do campo da saúde. É considerada como novo paradigma, que vem evoluindo e sendo acatado como um modelo guia para as ações em saúde (Chiesa, Zoboli, Granja, 2015; Loureiro, Miranda, 2016).

Globalmente a Promoção da Saúde vem sendo debatida, ampliada e fortalecida pelos eventos internacionais, na tentativa de responder da melhor forma às questões de saúde emergentes na sociedade, melhorando a qualidade de vida das pessoas.

Entre os acontecimentos internacionais realizados, o marco histórico referencial está na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986) em Ottawa, no Canadá, onde foi elaborada a Carta de Ottawa. Este é o documento base para toda discussão, preparação e recorte teórico que vem se enriquecendo com a série de declarações internacionais periodicamente formuladas nas conferências realizadas sobre o tema, antevendo a necessidade de nova práxis para fortalecer a Promoção da Saúde (Brasil, 2002; Buss, 2009).

A conferência de Ottawa vem inspirada na conferência de Alma-Ata, buscando contribuir para responder à meta traçada "Saúde para todos no ano 2000", na tentativa de atender à demanda crescente dos problemas de saúde e ainda oferecer uma concepção renovada sobre saúde. Assim, Promoção da Saúde é definida na Carta de Ottawa como "processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo" (WHO, 1986; Brasil, 2002; Buss, 2009).

No conceito da Carta de Ottawa, é explicitada a necessidade de abordar as temáticas emergentes relacionadas aos valores de justiça social e equidade nas ações e políticas de saúde. A carta diz que as ações comunitárias só serão efetivas com a participação popular garantida, a partir do acesso total e contínuo à informação e às oportunidades de aprendizagem nesta área. Para tanto, é necessário a divulgação de informações em educação em saúde, em qualquer

ambiente coletivo sob a responsabilidade de diferentes instituições (Westphal, 2007).

Neste entendimento, a definição de Promoção da Saúde, de uma forma geral, incorpora ações que devem ser levadas a cabo no plano educativo, organizacional, ambiental, econômico e político, instituídas a promover modificações de condutas e do ambiente com o objetivo de melhorar a saúde (Loureiro, 2008). Portanto, promover saúde é um desafio, devido ao fato da abrangência de sua ação ser maior que o campo específico da saúde, envolve combinações de estratégias, ancoradas nos cinco campos de ação estabelecidos na Carta de Ottawa, ditas assim: ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de cada pessoa (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais (Labonte, 2000; Buss, 2009; Mascarenhas, Melo, Fagundes, 2012).

Após a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa, outras foram realizadas, seguindo sempre os preceitos da Declaração de Alma-Ata (1978) e da Carta de Ottawa (1986) como marcos referenciais. Foram realizadas:

- ✓ II Conferência, em Adelaide (Austrália, 1988) - elegeu como tema central as políticas públicas saudáveis e evidenciou o papel destas na resolução dos problemas de saúde;
- ✓ III Conferência, em Sundsvall, Suécia (1991) - focou a interdependência entre saúde e ambiente em todos os seus aspectos, tomando como temas “ambientes favoráveis à saúde”;
- ✓ IV Conferência, em Jacarta, Indonésia (1997) - a primeira a realizar-se em país em desenvolvimento; enfatizou o seguimento de novos determinantes da saúde, os fatores transnacionais: os efeitos da integração da globalização na economia, o acesso aos meios de comunicação, o fortalecimento da responsabilidade social para redução da iniquidade em saúde;
- ✓ V Conferência, na cidade do México (2000) - difere das outras devido à crise aumentada e ao não cumprimento dos compromissos assumidos nas conferências anteriores. Aconteceram dois dias de programa ministerial e cinco dias de programa técnico; ministros discutiram e reconheceram a contribuição da promoção da saúde para manutenção de saúde em nível local, nacional e internacional; os técnicos rediscutiram

assuntos relacionados às prioridades estabelecidas na reunião anterior, reafirmando a importância da PS e a necessidade da humanidade buscar um mundo mais equitativo;

- ✓ VI Conferência, em Bangkok, na Tailândia (2005) - tema “Políticas e Parcerias para Saúde: procurando interferir nos determinantes sociais da saúde”. Desta vez, convocaram os centros colaboradores da OMS, como meio de comprometê-los com as recomendações da conferência. A PS foi definida como processo educativo, envolvendo a responsabilidade pessoal e comunitária;
- ✓ VII Conferência, em Nairóbi, Quênia (2009) - evidenciou estratégias-chaves e compromissos urgentes necessários para a aplicação na saúde e no desenvolvimento por meio da promoção da saúde;
- ✓ VIII Conferência, em Helsinque, Finlândia (2013) - tema “Saúde em todas as Políticas”, cuja abordagem para as políticas públicas em todos os setores leva em conta as implicações das decisões para saúde e a busca de sinergias, com o propósito de melhorar a saúde da população e a equidade em saúde;
- ✓ IX Conferência, em Xangai, China (2016) - tema “Promoção da Saúde nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável: saúde para todos e todos para saúde”. Reafirmou-se que a saúde é um direito universal, um recurso essencial para a vida cotidiana, um objetivo social comum e uma prioridade política para todos os países.

A conferência em Xangai reflete o novo contexto global em que se encontra a promoção da saúde. A saúde das pessoas já não pode ser separada da saúde do planeta, e o crescimento econômico por si só não garante a melhora da saúde da população. Os desafios da segurança da saúde estão aumentando e há poderosas forças comerciais que atuam contra a saúde. O amplo espectro de crises mundiais de saúde reflete essas mudanças rápidas e requer uma resposta integrada (OMS, 2016).

A partir desta perspectiva, compreende-se saúde nas dimensões socioeconômica e socioecológica e a participação das pessoas, cada vez mais solicitada e valorizada. Essas dimensões e a abordagem participativa diferenciam a percepção do conceito de saúde e demonstram que é necessário repensar as decisões em saúde, buscando alicerces na realidade local (Loureiro, Miranda, 2016).

Deste modo, o movimento da reforma sanitária brasileira absorveu os princípios da Promoção da Saúde e iniciou um diálogo que se seguiu na VIII Conferência Nacional de Saúde-CNS, cujo tema, "Democracia é Saúde", tornou-se fórum de luta visando à descentralização do sistema de saúde e à implantação de políticas sociais que defendessem e possibilitassem a implementação de ações de cuidados com a vida (Brasil, 1986-Conselho Nacional de Saúde). Assim, a promoção da saúde conquistou espaço na Constituição de 1988. Esta, na seção II, capítulo II do título VIII, refere-se aos princípios de conceitos organizacionais do SUS, mais precisamente no seu artigo 196, está expressa a concepção de saúde como fenômeno de produto social e ainda a visão de promoção da saúde no contexto da "saúde para todos".

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988, p. 115).

A Promoção da Saúde, por envolver a participação da comunidade e dos diferentes setores em prol de operacionalizar ações para melhorar a qualidade de vida da população, torna-se um compromisso fundamental do Sistema Único da Saúde (SUS) (Malta et al., 2016). O SUS, como política brasileira de saúde, desde sua elaboração e fundamentação, mantém um diálogo com as reflexões e os movimentos da promoção da saúde. O SUS, na Lei Orgânica da Saúde, a Lei nº 8.080/1990, incorporou o conceito ampliado de saúde resultante dos estilos de vida, de organização e de produção em um determinado contexto histórico, social e cultural, buscando a superação da visão da saúde como ausência de doença, focada em situações biológicas (Brasil, 2015; Malta, Silva Junior, 2014).

Apesar do paradigma da Promoção da Saúde vir sendo discutido e fortalecido nos movimentos da saúde, conquistando espaço nos fóruns de participação social e ainda na carta magna brasileira, somente em 1998, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Políticas de Saúde, fez acordo com o Programa das Nações Unidas para avançar com o projeto "Promoção da Saúde, um novo modelo de atenção". Visou à preparação cuidadosa da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que guiaria a divulgação de outro modo de idealizar políticas públicas e de promover formação de parcerias externas ao setor saúde (Malta et al., 2016).

Em 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (Portaria n. 687, de 30 de março de 2006) foi institucionalizada e redefinida em 2014 (Portaria n. 2.446, de 11 de novembro de 2014). Entende-se que muito há de se movimentar teórica e praticamente no que se refere às formulações e reformulações da PNPS, tendo em vista que a mesma objetiva atender demandas locais e contextuais, pessoas e comunidades, dentro do seu espaço social e ambiental e por isso estará em construção constante. A redefinição da PNPS traz como objetivo geral:

Promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (Brasil, 2015, p. 13).

No sentido de “ampliar potencialidades da saúde”, a proposta da tese em questão é estudar o Diabetes Mellitus sob a perspectiva dos construtos de resiliência e qualidade de vida à luz da promoção da saúde. Visa associar um modelo teórico para compreensão da PS, pretendendo contribuir para a reflexão sobre o processo de cuidar da pessoa com DM no que se refere à reorientação dos serviços de saúde nos princípios da promoção da saúde.

Nas propostas concebidas na promoção da saúde, a abordagem nas ações de saúde inclui examinar valores como saúde, equidade, participação, qualidade de vida, entre outros, bem como analisar a interação entre as pessoas e as comunidades em que vivem associadas ao seu contexto físico, social, cultural, econômico e político. Dá ênfase a potencialidades da pessoa com variadas relações em seus ambientes (Buss, 2000; Brasil, 2002).

Por sua vez, a pesquisa com abordagem da resiliência modifica a forma como se percebe a pessoa: de um modelo de risco, fundamentado nas necessidades e na doença, passa a um modelo de prevenção e promoção, abalizado nas potencialidades e recursos que a pessoa tem em si mesma e em seu entorno (Panacioni, Zanini, 2012).

O conceito de resiliência na perspectiva da promoção da saúde valoriza o potencial das competências das pessoas e das comunidades para melhorar a saúde, fortalecendo os fatores que geram saúde e a gestão dos fatores de risco, portanto, contribui na produção da saúde (Chiesa, 2012). Assim, nasce nos estudos relacionados às doenças crônicas, aqui em particular o DM, como elemento de

contribuição para superar a adversidade atribuída pelo viver com um diagnóstico crônico.

A qualidade de vida é considerada complexa e multifatorial e é possível determinar algumas formas objetivas de medi-la, por meio de diferentes indicadores, observando, contudo, a experiência que a pessoa ou grupo podem ter de si mesmos (Rueda, 1997). O conceito de qualidade de vida na perspectiva da promoção da saúde nasce como aparato da própria promoção da saúde e está contido na Carta de Ottawa e no objetivo geral da Política de Promoção da Saúde como possibilidade de otimizar sua participação na produção de saúde.

Entende-se, portanto, que os construtos resiliência e qualidade de vida, no paradigma da PS, vêm contribuir na produção do conhecimento e propõe-se sua incorporação no plano de cuidados à pessoa com DM, seguindo o enfoque da PS com vistas a melhorar a reorientação dos serviços de saúde.

3.2 RESILIÊNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS

As pesquisas sobre o construto resiliência em pessoas, famílias, comunidades vêm possibilitando elaborar investigações e intervenções que focalizam o desenvolvimento saudável, a qualidade de vida, felicidade e o bem-estar das pessoas e suas respectivas culturas. Apresentam contribuições trazendo luz às transformações pessoais e sociais que resultam em desenvolvimento saudável (Yunes, 2015).

3.2.1 O conceito de resiliência

O conceito resiliência tem sua origem na Física e na Engenharia. Neste campo do conhecimento, o termo é também chamado de Módulo Young, em homenagem ao físico Thomas Young, que realizou um experimento em que observou que barras metálicas expostas a altos graus de impacto deformam-se e restauram-se, sendo capazes de voltar a seu estado normal, conferindo a qualidade

de elasticidade e plasticidade. Por este motivo, foi chamado módulo resiliente ou módulo de elasticidade (Taboada, Legal, Machado, 2006).

O dicionário da Língua Portuguesa Houaiss (2010, p. 675) define resiliência como “propriedade que alguns corpos têm de retornar à forma original após terem sido submetidos a uma deformação.” O dicionário Aulete versão *on-line* conceitua:

Fís. Propriedade de um material retornar à forma ou posição original depois de cessar a tensão incidente sobre o mesmo, determinada pela quantidade de energia devolvida após a deformação elástica, ger. medida em percentual da energia recuperada que fornece informações sobre a elasticidade do material. P.ext. Ecol. Capacidade de um ecossistema retornar à condição original de equilíbrio após suportar alterações ou perturbações ambientais.

Etimologicamente a palavra resiliência vem do latim *Resílio*, verbo *re+salio*, significando “voltar para trás, recuar, encolher-se, distender-se” (Hernández, 2015). Os dicionários etimológicos oferecem o significado de “lançar, relançar ou saltar de novo” sem realizar referência ao contexto em que se usava originalmente (Hernández, 2015). No Dicionário da Língua Portuguesa Houaiss (2010, p. 675), resiliência está definida como “capacidade de se recobrar ou de se adaptar à má-sorte, às mudanças - resiliente adj”. O dicionário Aulete versão *on-line* define: “Fig. Habilidade que uma pessoa desenvolve para resistir, lidar e reagir de modo positivo em situações adversas”.

O conceito de resiliência vem se ampliando e se atualizando conforme os campos de pesquisa em que é utilizado. É um construto que incorpora a influência etimológica da palavra. De acordo com Hernández (2015), a influência, devido à atribuição ao termo “qualidade de elasticidade,” relaciona a resiliência à capacidade de ser flexível e voltar a um estado anterior positivo depois de uma ruptura. A palavra “saltar”, que significa algo arremessado, que pula, traduz-se em apoiar ou impulsionar algo para cima, tendo como base o chão, sendo mais forte a resistência.

A maneira de ver e compreender a resiliência é a base conceitual das diferentes formulações teóricas acerca do termo, vigentes na atualidade, segundo as quais resiliência está associada a “processos de superação da adversidade” (Hernández, 2015).

Ainda, Hernández, refere que as diferentes abordagens à pesquisa sobre resiliência, dependendo do espaço geográfico em que surgem, podem filiar-se a uma das correntes de pesquisadores que estudam esse fenômeno: a Norte-

americana ou Anglo-Saxônica, a Europeia e a Latino-Americana. Apesar de ter aspectos em comum, são nascidas em diferentes contextos sociais, culturais e geográficos, cada uma enfatiza características diferentes (Hernández, 2015; Nadaf, 2013).

A escola Anglo-Saxônica está mais focada no indivíduo e toma como avaliação da resiliência dados observáveis e quantificáveis. Frequentemente essa corrente tem aderido ao enfoque behaviorista ou ecológico transacional. A resiliência, aqui, é sempre vista como produto da interação entre o sujeito e o meio em que está inserido (Nadaf, 2013). O foco no indivíduo resulta em concepções teóricas e metodológicas que tratam a resiliência como: capacidades, traços ou disposições individuais diante de diferentes situações de adversidade (Yunes, 2015).

A escola Européia segue uma perspectiva mais relativista e com abordagem psicanalítica, adotando a percepção do sujeito como importante para a avaliação da resiliência. Assenta a ideia da resiliência como processo de superação da adversidade. Diferencia-se da escola Anglo-saxônica, pois a pessoa tem um papel mais ativo, não como possuidora de características específicas, mas como sujeito de sua história (Hernández, 2015; Nadaf, 2013). Os processos e percepções são analisados por meio de elementos qualitativos de experiências de vida e compreendidos na ótica ecológico-sistêmica (Yunes, 2015).

A escola Latino-americana tem suas raízes na epidemiologia social, centrada na resiliência coletiva ou comunitária. Busca definir as condições sociais, a característica cultural, relações grupais e valores comunitários. Os estudiosos da corrente resiliência comunitária agregam enfoque social além do psicológico sobre o construto resiliência, ancorado no compromisso ativo com a justiça e o bem-estar da própria sociedade em seu conjunto (Melillo, 2005; Hernández, 2015). O foco nos discursos singulares valoriza a dimensão relacional e cultural da resiliência. Os estudiosos desta dimensão fazem oposição às substantivações do termo, alertando para o perigo de seguir uma armadilha ideológica de adjetivos “resiliente” ou “muito/mais resiliente” ou “menos/pouco resiliente” (Yunes, 2015).

Essa breve exposição acerca de escolas que influenciam as pesquisas sobre resiliência implica compreender a construção e o conceito do referido construto, tendo em vista a perspectiva de relacioná-lo à promoção da saúde de pessoas com DM, como parte desse estudo. A evolução do conceito de resiliência do campo da física para o campo da psicologia e outros campos da saúde contribui atualmente

para que a resiliência seja compreendida como um conceito dinâmico, interativo e relativo, que não deve constituir uma teoria (Tavares, 2001; Rutter, 2012).

Dada a compreensão dinâmica, interativa e relativa ao conceito de resiliência, Michel Rutter, um dos precursores dos estudos sobre resiliência, refere que esta não pode ser entendida como atributo fixo da pessoa e afirma que as circunstâncias mudam, a resiliência se altera (Rutter, 1987).

Para Yunes (2015), resiliência refere-se não somente a um conjunto de processos psicológicos que possibilitam resolver e enfrentar situações de sofrimento, mas também ao consequente **fortalecimento pessoal** ou grupal que decorre da situação de **superação das adversidades**.

Grotberg (2005) considera resiliência como a capacidade humana universal para enfrentar, **vencer e ser fortalecido ou transformado por experiências de adversidade**. A autora informa que a maioria dos conceitos de resiliência é variação desse.

Entre os diversos autores que conceituam resiliência, Walter (2001) a define como um produto, mutável e multideterminado pela combinação de fatores sociais e fatores pessoais que interatuam num determinado contexto ecossistêmico para uma **adaptação positiva**. De acordo com Luthar, Cicchetti e Becker (2000), este construto é um processo dinâmico que abrange a **adaptação positiva** no contexto de adversidade significativa.

Para a enfermagem, a resiliência é, pois, um **processo de crescimento**, desenvolvimento interior, sempre inacabado. A trajetória é pessoal, percorrida por cada um, mas não é de todo um trajeto solitário (Amaral-Bastos, 2013).

Aos conceitos acima, associa-se o de Infante (2005, p. 23), o qual foi tomado como guia para o estudo em pauta, que define: “resiliência tenta promover **processos** que envolvam a pessoa e seu ambiente social, ajudando-a a superar **adversidade**, **adaptar-se** à sociedade e ter melhor qualidade de vida”.

3.2.2 Resiliência e Promoção da Saúde – Conexões para a Saúde da Pessoa com Diabetes Mellitus

O DM como condição crônica exige cuidados contínuos e requer serviços de saúde para o atendimento qualificado. A autogestão do DM é um compromisso ao

longo da vida. A sobrecarga emocional da pessoa e o prejuízo na qualidade de vida e bem-estar apresentam ampla repercussão (OMS, 2003; Brasil, 2014). Uma vez diagnosticado, seu controle exige da pessoa mudança do estilo de vida, que implica ajustamento na complexa dinâmica estabelecida nas relações familiares, hábitos de vida, adequação de rotinas, implementação de cuidados, procedimentos para o controle da glicemia, cujo objetivo é viver saudável com o DM e prevenir as complicações (Tavares et al., 2011).

O DM, portanto, gera elevadas consequências para a pessoa, para toda a sua rede familiar e social mais ampla (Coelho, Camargo, 2014). A descoberta do DM pode gerar conflitos internos, diminuição da autoestima e desestabilização da vida da pessoa e isso implica modificar a vida cotidiana, adotar cuidados permanentes e específicos, incluindo: plano alimentar, prática de atividade física, uso de medicação e monitoramento por meio de exames (Reckziegel, 2014; Coelho, Camargo, 2014). Considerando tais aspectos, reconhece-se a necessidade de adaptação às mudanças no cotidiano, como meio de garantir situações adequadas e saudáveis para viver o contexto (ADA, 2016).

Nos conceitos descritos acima, parece haver consenso entre os estudiosos sobre o construto resiliência ser **um processo, superação da adversidade**, passa por **adaptação e sai fortalecido e / ou transformado**.

A condição crônica do DM constitui uma **adversidade contínua**, uma vez que, após confirmação do diagnóstico, o viver com diabetes mellitus requisitará uma fase de **adaptação**.

Pessoas com DM enfrentam ajustes em vários estágios durante o curso de sua doença. Assim, Canesqui (2011, p. 9) refere que o DM está entre as doenças que são passíveis de “[...] gerenciar, mas incurável, impondo contínuos controles médicos, o permanente cuidado de si pelos adoecidos e o comprometimento de várias dimensões de sua vida e do seu entorno”.

Isso mostra que, além da particularidade orgânica, atuam dimensões socioculturais e subjetivas que tornam muito mais complexos os tratamentos e os relacionamentos entre profissionais de saúde e usuários do serviço (Canesqui, 2011). Portanto, adaptar-se às mudanças sociais e emocionais decorrentes da doença é atributo necessário para o bem cuidar e promover o bem-estar da pessoa com DM. Uma abordagem compreensiva que leve em conta a complexidade, a multiplicidade e a diversidade da doença faz-se necessária (Grossi, 2011).

Neste sentido, a adaptação estaria relacionada à capacidade de transformar ativamente a si próprio e/ou ao ambiente em que se vive (Melillo, 2005). A adaptação está posta como um mediador entre o diagnóstico de DM a desencadear reações de autopercepção em face da instabilidade do viver com DM e a necessidade de mudança pessoal no estilo de vida tão significativa, potencializando o novo viver com uma doença crônica, associado aos desafios externos.

As formas de pensar sobre DM, de vivenciá-lo e com ele lidar não são parecidas ou integrais, podem variar em razão de mediadores, como a classe social, a ocupação, o estágio da vida, a idade, o grupo étnico, o gênero e outros (Barsaglini, 2011). Percebe-se que a forma como é gerenciado e expressado o DM se deve em parte às categorias sociais mediante as quais o corpo é conhecido e sentido e que são assimiladas ao longo de um processo de socialização de ser diabético (Barsaglini, 2011).

O DM como condição crônica apresenta longo período de latência, ocasionando alterações patológicas irreversíveis com consequente incapacidade residual (Lessa, 1998). Esses aspectos levam a considerar o DM uma adversidade contínua, o que poderá corresponder a uma condição para o processo de desenvolvimento de resiliência.

Considerando que resiliência não é atributo fixo da pessoa, que, dependendo da circunstância, ela se modifica, mas que se constrói em meio aos contextos e às relações que neles e entre eles se estabelecem, torna-se possível relacioná-la como categoria prática da promoção da saúde, uma vez que resiliência prioriza o potencial das pessoas, das famílias e/ou das comunidades para produzir saúde. Por conseguinte, permite compreender as práticas de cuidado capazes de promover saúde e desenvolvimento, mesmo em condições adversas, considerando que esta não é competência somente individual das pessoas ou das famílias, mas também do ambiente em que estão inseridas (Silva et al., 2005).

Grotberg (2005) descreve que prevenção e promoção são conceitos conectados a resiliência. Parte significativa da literatura sobre resiliência está focada na prevenção de adversidades e seu impacto. Esse modelo de prevenção é consistente com o modelo epidemiológico de saúde pública, que trata da prevenção de doenças, violência e uso de drogas. O modelo de promoção está empenhado com a maximização do potencial e do bem-estar das pessoas em risco e não somente com a prevenção dos problemas de saúde. É mais consistente com o

modelo de resiliência, que focaliza a construção de fatores de resiliência, comprometendo-se com o comportamento resiliente e com a obtenção de resultados positivos, incluindo um valor agregado de bem-estar e qualidade de vida.

De tal modo, a promoção da saúde considera a singularidade das pessoas, das coletividades e dos territórios. A forma como elas priorizam seus modos de viver, como organizam suas escolhas e como criam possibilidades de satisfazer suas necessidades depende não somente da vontade ou liberdade individual e comunitária, mas também estão condicionadas e determinadas pelos contextos social, econômico, político e cultural em que vivem (Brasil, 2015).

Diante do exposto, entende-se que Resiliência e Promoção da Saúde constituem estratégias que apresentam propostas em comum: ênfase nas potencialidades das pessoas para produção de saúde e ação intermediária entre as pessoas e o meio em que estão vivendo. Isso implica interpretar as necessidades e implementar ações de saúde de forma a agregar a perspectiva biológica e individual à perspectiva coletiva socioeconômica e cultural, fazendo a saúde ser compreendida para ser trabalhada como produto de inúmeros fatores relacionados à qualidade de vida, equidade, integralidade, territorialização e participação, entre outros.

Agregar resiliência à promoção da saúde para atender a pessoa com DM na sua condição de saúde significa romper com um olhar individualista, que prioriza o atendimento dos sinais, dos sintomas, dos resultados de exames laboratoriais e complicações, priorizando, portanto, atender a doença e não a pessoa. A resiliência emerge como construto que promove a possibilidade de fortalecimento pessoal, superação de adversidade, vencer e ser fortalecido ou transformado por experiência de adversidade, adaptação positiva, mas, sobretudo, **processo de crescimento**, desenvolvimento interior, sempre inacabado.

Deste modo, a resiliência promove processos que melhoram a saúde e possibilitam o controle da doença. O exercício de conexão entre a resiliência e a promoção da saúde, aqui projetado, denota que as mesmas estão intimamente relacionadas e que resiliência se constitui em categoria da práxis da Promoção da Saúde para o cuidado da pessoa com DM.

3.3 QUALIDADE DE VIDA E PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA PESSOA COM DIABETES MELLITUS

3.3.1 O conceito de qualidade de vida

O termo qualidade vem do latim *qualitatem*, cuja base é o pronome *qualis*. Filosoficamente remete às características e propriedades de uma realidade: disposições, capacidades, incapacidades, formas (Perissé, 2010). “*Qualis*” significa o modo de ser característico de alguma coisa, sendo considerado em si mesmo, como relacionado a outro grupo, podendo, assim, assumir tanto características positivas como negativas (Pereira, Teixeira, Santos, 2012). O termo qualidade de vida aparece sempre com sentido bastante genérico.

A etimologia da palavra “qualidade” remete ao entendimento de excelência de valores humanos como felicidade, sucesso, riqueza, saúde e satisfação. Enquanto que a palavra “vida” refere-se aos aspectos essenciais da existência humana (Barata, 2009).

No dicionário Houaiss (2010, p: 644), qualidade significa

s.f 1. atributo que determina a essência ou natureza de algo ou alguém (prefere q. a quantidade); 2. valor moral; virtude, defeito; 3. característica comum ou inerente que serve para agrupar seres ou objetos; espécie; 4. Condição social, civil, profissional, 5. *fig.* capacidade de atingir os efeitos desejados, propriedade, 6. Superioridade, excelência.

Não há na literatura um conceito de qualidade de vida que seja aceito em um amplo contexto, embora existam várias definições, ainda não há consenso entre os estudiosos da temática e, por ser uma área de pesquisa recente, encontra-se em processo de afirmação de fronteiras e conceitos (Pereira, Teixeira, Santos, 2012; Almeida, Gutierrez, Marques, 2012).

A qualidade de vida apresenta intersecções com vários conceitos, no campo biológico e funcional, como “*status* de saúde; *status* funcional e incapacidade/deficiência” no campo social e no psicológico como: “bem-estar; satisfação e felicidade” e no campo econômico, subsidiado na teoria da “preferência” (*utility*). No entanto, seu aspecto mais genérico, a saúde (apenas um de seus domínios), tem sido apontado como seu grande diferencial (Flecke, 2007).

Conforme Flecke (2007) o termo “qualidade de vida relacionada à saúde” (*Health Related Quality of Life – HRQOL*) vem sendo utilizado como conceito “guarda-chuva”, porque guarda vários instrumentos desenvolvidos a partir da perspectiva funcional. Informa ainda que esse termo sofre avaliação e pelo menos três grupos de autores tentam definí-lo, a saber: Patrik et al. (1973) defendem que se trata da capacidade de um indivíduo de desempenhar atividade de vida diária, considerando a idade e o papel social; em seguida, Kaplan et al. (1989), como impacto do tratamento e da doença na incapacitação e no funcionamento diário e, por fim, Patrick e Erikson (1993) o revisaram e definiram como o valor atribuído à duração da vida, modificado por lesões, estados funcionais, percepções e oportunidades sociais que são influenciadas pela doença, dano, tratamento.

O conceito de QV está relacionado com a percepção da pessoa no seu contexto de vida, assim Almeida, Gutierrez e Marques (2012) descrevem a percepção objetiva e a percepção subjetiva de QV. A garantia e a satisfação das necessidades básicas da vida humana como: alimentação, moradia, trabalho, acesso a água potável, saúde e lazer fazem parte da esfera objetiva da percepção da QV. Estas independem da interpretação da pessoa frente à própria vida, pois estão cotadas na situação de consumo e utilização de bens materiais.

Enquanto que a percepção subjetiva lida com as ações individuais perante a própria vida, ou seja, nesta esfera, está o estilo de vida, entendido como hábitos apreendidos e adotados durante toda a vida, relacionados a realidades contextuais como familiar, ambiental e social. Minayo, Hartz, Buss (2000) inserem na percepção subjetiva os valores não materiais, como amor, felicidade, solidariedade, inserção social.

Neste contexto, o conceito de QV acompanha a dinâmica de vida e do contexto vivido, assim as variações acompanham a linha de pesquisa que é destinada a estudar QV.

O Grupo WHOQOL da Organização Mundial de Saúde é que melhor traduz a abrangência do construto Qualidade de Vida. Definiu-a como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações (WHOQOL, 1995).

Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e na própria estética existencial (Minayo, Hartz, Buss, 2000).

3.3.2 Qualidade de Vida e Promoção da Saúde – Confluências para a Saúde da Pessoa com Diabetes Mellitus

Como medida de desfecho em saúde, a partir da década de 70, houve a introdução do conceito de qualidade de vida, porém, embora haja um consenso sobre a importância de avaliar a qualidade de vida, seu conceito ainda é um campo de debate (Fleck, 2007).

O construto *qualidade de vida* (QV) é um termo utilizado em duas vertentes: 1. na linguagem cotidiana, por pessoas da população em geral; 2. no contexto da pesquisa científica, em diferentes campos do saber. Na área da saúde, o construto emana em parte dos novos paradigmas que têm sofrido influência das políticas e as práticas do setor nas últimas décadas (Seidl, Zannon, 2004).

Com a mudança de paradigmas, a melhoria da QV passou a ser um dos resultados esperados, tanto das práticas assistenciais quanto das políticas públicas para o setor nos campos da promoção da saúde e da prevenção de doenças (Seidl, Zannon, 2004). A saúde é entendida como elemento importante no conjunto de condições à qualidade de vida, descrita na Carta de Ottawa, documento originado na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Souza, Carvalho, 2003).

De acordo com Minayo, Hartz e Buss (2000) e Chiesa (2012) qualidade de vida no campo da saúde, quando olhada no sentido ampliado, apoia-se na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais e tem no conceito de *promoção da saúde* seu foco mais relevante. Por sua vez, Buss (2000) refere que o paradigma Promoção da Saúde contribui como área do conhecimento e prática para a qualidade de vida de uma população. Neste sentido, a característica moderna da promoção da saúde se dá pelo protagonismo dos determinantes gerais sobre as condições de saúde e esta é produto de um aspecto de fatores relacionados com a qualidade de vida (Buss, 2009).

Desta forma, analisa-se que o construto QV evoluiu do cuidado pessoal com saúde e a boa forma física para se transformar numa preocupação com a higiene e

saúde pública, estendeu-se aos direitos humanos laborais e dos cidadãos, à capacidade de acesso a bens materiais para, finalmente, converter-se numa preocupação da vida cotidiana e social do indivíduo, incluindo sua saúde (Barata, 2009).

Percebe-se, portanto, que QV pode ser expressa em diferentes modos, tendo em vista a dinâmica da vida cotidiana e social e o interesse da área que se propõe a pesquisar. Esta pode ser usada em contexto de avaliação ou resultado, em contexto de políticas sociais, como uma meta comum a atingir na garantia de uma vida ótima e com igualdade de oportunidades para todos os cidadãos (Barata, 2009).

Nas últimas décadas, ganham interesse crescente na academia e no setor saúde as questões relacionadas à investigação sobre qualidade de vida. Isso tem contribuído para o desenvolvimento marcante do referido construto.

De acordo com Campbell (1976), citado por Barata (2009), a qualidade de vida surge como uma abordagem do modelo biomédico, em que é reconhecido à pessoa o papel principal da validação do seu estado de saúde. Conhecer o significado e o valor atribuído à vida torna-se aspecto central, uma vez que cada um apresenta um comportamento e crença consistentes com seus valores.

Fleck (2007, p. 20) refere que:

As medidas tradicionais de desfecho em saúde baseadas em exames laboratoriais e na avaliação clínica são de inegável importância. No entanto, medem muito mais a doença do que o doente e são particularmente insuficientes para a avaliação do desfecho em doenças crônicas, em que o objetivo do tratamento não é a cura, mas sim a redução do impacto da doença nas diferentes áreas da vida do paciente.

Tendo em vista a mudança no perfil de morbimortalidade, com um aumento na prevalência das doenças crônicas e de suas sequelas, os objetivos da atenção à saúde passaram a ser questionados, sendo que cada vez mais esses objetivos estão deixando de ser a cura e passando a ser a melhoria da vida das pessoas que padecem deste tipo de doença (Campolina, Ciconelli, 2006).

Cabe ressaltar, que o uso de serviços de saúde está mais associado a como as pessoas entendem seu estado de saúde, do que a seu estado de saúde objetivo. Medidas de desfecho baseadas na percepção do doente (PRO; patient report outcomes) incluem não só a qualidade de vida, mas também a disfunção, a interação e

o apoio social, bem como o bem-estar psicológico, entre outros indicadores (Fleck, 2007).

Dentro deste contexto, a qualidade de vida apresenta duas características importantes, a subjetividade e a multidimensionalidade, para as quais há um consenso entre os estudiosos sobre a temática QV.

Sobre a subjetividade, Seidl e Zannon (2004) descrevem que esta considera a percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre os aspectos não médicos do seu contexto de vida, ou seja, como a pessoa avalia a sua situação pessoal em cada uma das dimensões relacionadas à qualidade de vida. No que concerne a multidimensionalidade, os mesmos autores remetem ao reconhecimento de que o construto é composto por diferentes dimensões.

A QV, por sua natureza abrangente e por estar estreitamente ligada aquilo que o próprio indivíduo sente e percebe, tem um valor intrínseco e intuitivo. Está intimamente relacionada a um dos anseios básicos do ser humano, que é o de viver bem e de sentir-se bem (Fleck, 2007).

Assim sendo, quando a QV é investigada na pessoa com doença crônica, é habitual ser definida por Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), que permite perceber de que forma os diferentes domínios são influenciados pelas características da doença ou pelos meios de tratamento desta. Aqui a QV depende da doença, das representações desta doença, que incluem as crenças sobre as causas e consequências, os preconceitos, os juízos sobre os juízos que os outros fazem da doença, da autoapreciação que a pessoa faz do eu doente, das emoções desencadeadas, dos sintomas existentes ou supostos e dos tratamentos (Barata, 2009).

A QVRS é cada vez mais reconhecida como um importante desfecho da saúde, representando o objetivo final de todas as intervenções de saúde. A QVRS inclui as dimensões física, psicológica e social da saúde vistas como áreas diferentes que estão influenciadas pelas experiências, crenças, expectativas e percepção das pessoas (López-Carmona, Rodríguez-Moctezuma, 2006).

As doenças crônicas, comumente, causam impacto nas dimensões múltiplas da qualidade de vida relacionada à saúde. O DM é uma condição crônica que, além das questões biológicas, está circundada pelas questões sociais, culturais, econômicas e psicológicas. As pessoas que padecem da doença vivem e enfrentam desafios e situações diversificadas que influenciam várias dimensões de suas vidas,

como: desempenho, desenvolvimento cognitivo, escolaridade, vida familiar, humor e relações interpessoais. O regime de autogestão exige autorregulação ao longo da vida que tenha um comportamento sério na qualidade de vida da pessoa com DM (Nawaz, Malik, Batool, 2014).

A percepção sobre QV agregada ao diabetes mellitus tem sido abordada por vários autores, demonstrando que o DM tem um efeito significativo sobre a pessoa que dele padece, em relação à qualidade de vida. Esses autores sugerem que o estado crônico compromete a gestão da doença, com isso influencia de forma negativa a QV (Yasien, Nasir, Shaheen, 2016; Daya, Bayat, Raal, 2016; Queiroz, Pace, Santos, 2008).

Deste modo, o diagnóstico do DM traz consigo um rito de passagem, da categoria saudável para a categoria doente, o que obrigatoriamente induz um processo de mudanças significativas na vida do adoecido, para enfrentar a doença, conjuntamente com as dificuldades na gestão da mesma relacionadas à qualidade de vida.

As complicações referentes à doença, os episódios e o medo de hipoglicemia, a mudança no estilo de vida e o medo de consequências em longo prazo podem reduzir a QVRS das pessoas com DM. A QV auto percebida relacionada ao DM é um dado importante para os serviços de saúde como indicador dos resultados terapêuticos em diferentes situações clínicas. Mediante a avaliação dos mecanismos que sucedem de forma negativa na QVRS, cria-se a possibilidade de planejar intervenções psicossociais que levem ao bem-estar (Alves et al., 2013).

O aumento do quantitativo das pessoas com DM e o desenvolvimento de modernos tratamentos e tecnologias que permitem o convívio com a doença durante toda a vida, exigem uma ampla adaptação psicossocial, bem como a tomada de decisão no conjunto de cuidados da saúde, adesão e incorporação do arsenal tecnológico disponível no âmbito do autocuidado. Indicam premente necessidade de investigar a qualidade de vida relacionada à saúde das pessoas que padecem de diabetes. Investigar e avaliar a QVRS pode vir a ser uma chave para o desenvolvimento de estratégias e ações de saúde capazes de se aproximarem das necessidades e, ainda, das expectativas das pessoas com DM (Meirelles, Vieira, Chachamovich, 2014).

Diante disso, avaliar a QV favorece o direcionamento das ações diante das principais carências identificadas, uma vez que aspectos importantes podem

influenciar o manejo do tratamento, por conseguinte a QVRS das pessoas com DM. No entanto, estudar a qualidade de vida de pessoas com DM é pensar em um construto complexo, pois quem convive com DM pode estar em contínua ameaça à vida, mesmo diante de todo um arsenal tecnológico e científico no tratamento e no cuidado da saúde (Meirelles, Vieira, Chachamovich, 2014).

Do exposto anteriormente, entende-se que Qualidade de Vida e Promoção da Saúde apresentam conexão em seus modelos conceituais, que se assemelham com ênfase nas experiências cotidianas e pessoais mediante recursos sociais, pessoais e ainda capacidade física. No entanto, a promoção da saúde é posta como um processo, indicando que é um meio para atingir um fim e não um fim em si mesmo e a qualidade de vida é o produto idealizado da promoção da saúde, ou seja, a promoção da saúde “é uma ação sobre ampla causalidade do processo saúde-doença-cuidado [...]” (Westphal, 2015, p. 27).

Trata-se de um conceito positivo de saúde que os profissionais devem ter em mente para que, ao cuidarem de uma pessoa com DM, não só ofereçam medicamentos, mas também estimulem habilidades e potencialidades para enfrentar e vencer os momentos difíceis e retornar à vida com qualidade (Westphal, 2015). Desde Ottawa, a promoção da saúde se estabelece como fator fundamental de melhoria da qualidade de vida e da saúde das pessoas (Aith, 2013).

3.4 A REORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE RELACIONADA À ATENÇÃO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS

Diante do exposto, buscou-se identificar, a partir da publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (2006/2015), as construções de estratégias políticas que dizem respeito à questão das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), entre as quais se encontra o DM. No presente estudo, optou-se por destacar o papel da reorientação dos serviços de saúde, pois se observa que muito já se construiu e avançou na esfera política da atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas. Por isso é importante que os profissionais se familiarizem com as propostas do SUS para melhor atender à demanda, em especial, com as características das pessoas com Diabetes Mellitus e sejam habilitados para atender não só as características físicas e biológicas da doença,

mas também ampliem o olhar para o contexto cultural, familiar, social e ambiental em que se relacionam e vivem.

Na construção do novo paradigma da promoção da saúde, sobretudo a partir da VI Conferência Mundial de Promoção à Saúde, realizada na cidade de Bangkok (Tailândia), em agosto de 2005, a carta de Bangkok reforça as modificações no contexto da saúde global, incluindo o crescimento das doenças transmissíveis e crônicas, no qual se incluem doenças cardíacas, câncer e diabetes (Heidmann et al., 2006).

No Brasil, estas doenças tornaram-se uma das principais prioridades em saúde. Em 2007, cerca de 72% das mortes foram atribuídas às DCNTs, são as principais fontes de cargas de doença no Brasil e políticas importantes para sua prevenção e controle vêm sendo implementadas (Schmidt et al., 2011).

Buscando responder à tendência do perfil desafiador acima citado, o Ministério da Saúde, em 2003, estruturou o Sistema Nacional de Vigilância de DCNTs e o tema DCNTs conquistou destaque nas agendas globais. Em sintonia com o Pacto pela Saúde (2006), foram aprovadas a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab/2006) e a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS/2006), ambas voltadas para o desenho de um modelo de atenção adequado para responder às condições crônicas e às condições agudas e promover ações de vigilância e promoção à saúde, efetivando a APS como eixo estruturante das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no SUS (Malta et al., 2016).

Neste contexto, as Diretrizes e Recomendações ao Cuidado Integral às DCNTs (Brasil, 2006) trazem expressos quatro fortes campos de atuação para atender o enunciado de cuidado integral, dos quais se destacam três. O primeiro é o fortalecimento dos Sistemas de Vigilância em Saúde para o Cuidado Integral de DCNT, que apontam os diferentes sistemas de informação elaborados pelo Ministério da Saúde, entre os quais se encontra o Sistema de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia), que possibilita o monitoramento de determinadas populações; Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) em todas as 27 capitais do país. Política Nacional por Amostra de Domicílio (Pnad), que incorporou um módulo específico sobre fatores de risco em DCNT.

O segundo campo de atuação é o fortalecimento das Ações de Promoção da Saúde no Cuidado Integral de DCNTs: foram elaboradas e deliberadas ações

específicas e prioritárias, entre as quais quatro estão intrinsicamente ligadas ao cuidado integral para as DCNTs: 1. Alimentação saudável; 2. Atividade física / práticas corporais; 3. Prevenção e controle do tabagismo; 4. Redução da morbimortalidade decorrente do uso abusivo de álcool e outras drogas. Vale ressaltar que essas ações foram citadas na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) em seu relatório-síntese. A saúde concebida em uma visão ampliada vem descrita como produto de adequada alimentação, trabalho e lazer, meio ambiente seguro e saudável, renda suficiente para manutenção das necessidades humanas. Pode-se perceber no conteúdo do relatório da conferência a inserção da proposta da PS em sua gênese, desde Alma-Ata até os dias atuais.

Observa-se, na Redefinição da Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil, 2015), a robustez teórica de conteúdos e significados, referentes aos “temas prioritários”: alimentação adequada e saudável, práticas corporais e atividades físicas; enfrentamento ao uso do tabaco e seus derivados, enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas, como assuntos propostos que permeiam realidades sociais e que atendem diferentes realidades. Neste sentido, vê-se a materialização da promoção da saúde no cuidado integral para DCNTs, balizada pelo diálogo no contexto da determinação social da saúde.

Outro aspecto importante é o desempenho de atividades das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), as quais são fundamentais para o fortalecimento das ações de promoção da saúde no cuidado integral das DCNTs. Essas atividades levam à criação de vínculo e responsabilização, que possibilitam a promoção da equidade, a realização da integralidade, o estímulo à participação popular e ao controle social. Westphal (2003) afirma que as recomendações da Carta de Ottawa na prática da ESF é que farão a diferença em relação aos programas tradicionais e que garantirão a mudança de paradigma, de práticas e de resultados.

O terceiro campo de atuação a ser citado é o fortalecimento e a reorientação dos Sistemas de Saúde para o Cuidado Integral de DCNTs. Este grupo de doenças tem especificidades, em especial a qualidade de vida da pessoa adoecida e de suas famílias. Portanto, reorientar serviços requer conhecer condições de saúde de determinado grupo e / ou ambiente como forma de obter subsídios para atender à realidade de saúde das pessoas. Neste campo, a diretriz indica duas categorias de suporte: o controle integrado e ação integrada com outros setores.

No seguimento da agenda, a Organização das Nações Unidas (ONU), em setembro de 2011, realizou a Reunião de Alto Nível sobre DCNTs, para debater compromissos globais sobre o tema. A reunião foi um marco histórico e estratégico, pela elevada prioridade política dedicada à necessidade de uma resposta global aos desafios postos pelas DCNTs (Malta, Silva Junior, 2013; Brasil, 2011b).

Como resposta veio a declaração política dos países-membros que concordaram em trabalhar para deter o crescimento das DCNTs por meio de ações de prevenção dos seus principais fatores de risco e garantia de atenção apropriada à saúde das pessoas com doença crônica. A OMS foi convidada a elaborar metas e indicadores para que as respostas às DCNTs pudessem ser monitoradas. Assim, em novembro de 2012, na reunião de consulta sobre o Marco Global de Monitoramento das DCNTs, foi pactuado um abrangente conjunto de monitoramento global, com 25 indicadores e nove metas globais voluntárias, para a prevenção e o controle das DCNTs (Malta, Silva Junior, 2013).

No Brasil, o Ministério da Saúde, visando ampliar o compromisso com o controle das DCNTs publicou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) 2011-2022, no qual as metas contidas no Marco Global de Monitoramento são coincidentes com as metas globais (Brasil, 2011b).

O plano brasileiro, organizando o país para os desafios das DCNTs, entre as quais o Diabetes Mellitus e seus fatores de risco, nos próximos dez anos, fundamenta-se em três principais diretrizes, ou eixos: I. Vigilância, informação, avaliação e monitoramento; II. Promoção da saúde; III. Cuidado integral (Brasil, 2011b).

Neste sentido, destaca-se o eixo II, que trata da PS, que compreende a relevância das parcerias para superar os fatores determinantes do processo saúde-doença. Neste aspecto, definiram-se várias ações envolvendo os ministérios, a Secretaria Especial dos Direitos Humanos, a Secretaria de Segurança Pública, órgãos de trânsito, organizações não governamentais, empresas e sociedade civil, entre outros, com o objetivo de viabilizar intervenções que tivessem impacto positivo na diminuição das DCNTs e seus fatores de risco, especialmente nas populações em situações de maior vulnerabilidade (Brasil, 2011b).

Na constituição da proposta do plano mencionado, observa-se a instalação e a concretização de um novo convênio social entre os setores, cuja finalidade é

melhorar as condições de saúde e a equidade, a partir da Declaração de Adelaide (OMS, 2010) e a Declaração de Helsinque (Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial, 2013), que se pautaram na temática Políticas Públicas Saudáveis. Estes documentos ressaltaram a questão do interesse e da preocupação de todas as áreas das políticas públicas relacionadas à saúde e à equidade, referendando “Saúde em todas as Políticas”.

Isso influenciou a redefinição da PNPS (2015), que tem como objetivo promover saúde e qualidade de vida em conformidade com as declarações supracitadas. Neste contexto, a política pública para DCNTs no Brasil segue o acordado nas conferências, favorecendo a compreensão do conceito de intersectorialidade, assinalando a ideia de que as bases da saúde e do bem-estar encontram-se fora do setor saúde, sendo constituídas social e economicamente (Buss, 2009; Brasil, 2015).

O Plano dentro do eixo PS em suas principais ações referenda a atividade física, a alimentação saudável, o abandono do tabagismo e do álcool, o envelhecimento saudável, priorizando esses quatro temas da PNPS (2015) e fortalecendo as diretrizes traçadas em 2006 e todo o contexto da promoção da saúde na concepção do processo saúde-doença e de seus determinantes.

Entre as principais ações, destaca-se Academia da Saúde, cujo principal objetivo é a construção de espaços físicos para ações de promoção da saúde, produção do cuidado e modos de vida saudável, incluindo-se neste espaço alimentação saudável, práticas corporais e prevenção de DCNTs. Quanto à alimentação saudável, ganha espaço de destaque o Guia Alimentar para População Brasileira (2014), contendo as informações para escolhas, preparo e consumo de alimentos. Além deste, foi revisado o guia de Alimentos Regionais Brasileiros (2015), valorizando alimentos existentes nas diferentes regiões brasileiras.

O acordo entre o Ministério da Saúde, Associação Brasileira das Indústrias de Alimentação (Abia), Associação Brasileira das Indústrias de Massas Alimentícias (Abima), Associação Brasileira da Indústria do Trigo (Abitrigo) e Associação Brasileira da Indústria de Panificação e Confeitaria (Abip) teve metas estabelecidas em torno da redução do teor de sódio em alimentos processados no Brasil, onde o consumo diário era de 12g em 2008 e a meta recomenda atingir 5g em 2022, o que contribuirá para a redução da hipertensão arterial e de outras DCNTs.

Esta meta foi monitorada por meio dos dois primeiros termos de compromisso firmados com o setor produtivo. Observou-se alcance da meta em 80,8% dos produtos no primeiro termo e 99,0% no segundo termo. Resultados positivos e fortalecedores na redução do consumo de sódio pela população, o que faz do Brasil referência para essa agenda nas Américas, junto com a Argentina e o Canadá (Malta et al., 2016).

Quanto ao Eixo III em que se fundamenta o Plano Brasileiro, que trata do Cuidado Integral, as ações voltam-se para o fortalecimento da capacidade de resposta do SUS, com ampliação de intervenções capazes de implementar uma abordagem integral da saúde, visando à prevenção e ao controle das DCNTs.

Ressaltam a importância do diálogo entre setores como potência para o enfrentamento das DCNTs, em que a prioridade foi garantida nas agendas nacionais e internacionais. Entre as ações deste eixo, o destaque vai para Redefinição da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (Pmaq) e Programa Farmácia Popular, que permite um melhor acesso a medicações para doenças crônicas à população brasileira (Malta et al., 2016; Malta, Silva Junior, 2014).

As Diretrizes para o Cuidado das Pessoas com Doenças Crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas Linhas de Cuidado Prioritárias objetivam estabelecer diretrizes e conectar serviços e ações já existentes no dia a dia das equipes de saúde e das gestões para subsidiar a organização da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (Brasil, 2013).

Projetando dar conta da reorganização dos serviços destinados ao cuidado de pessoas com doenças crônicas, o Ministério da Saúde lançou como uma das redes prioritárias de atenção à saúde a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, instituída em 19 de fevereiro de 2013 e redefinida pela Portaria n. 483, de 1º de abril de 2014. De acordo com as abordagens da referida portaria, a rede deve oferecer atenção integral às pessoas com DCNTs em todos os pontos de atenção que dispõem de serviços e realizam ações de promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico e tratamento, reabilitação e redução de danos (Brasil, 2013).

Raupp et al. (2015) referem que, para concretização da proposta descrita na rede, existe a necessidade de reorganização do sistema de saúde com foco na

pessoa, tendo em vista qualificar o acesso e o exercício do acolhimento, articulação intersetorial e de concretização da equidade, entre outras, com vistas a qualificar o cuidado sem descuidar das práticas de promoção e prevenção.

A Política Nacional de Humanização (PNH) (2003) autoriza o acesso qualificado e o acolhimento, para tanto, entre suas diretrizes se encontra a clínica ampliada e compartilhada, que difere das práticas tradicionais de saúde. Traduz-se em uma ferramenta que articula e inclui diferentes enfoques e disciplinas, buscando atender diferenças e singularidades (Brasil, 2010).

A cartilha Clínica Ampliada e Compartilhada (Brasil, 2009) afirma que, quanto mais longo for o seguimento do tratamento e maior a necessidade de participação e adesão do sujeito no seu projeto terapêutico, maior será o desafio de lidar com o usuário enquanto sujeito, buscando sua participação e autonomia em seu projeto terapêutico.

Frente ao DM, torna-se essencial a ampliação do objetivo do olhar clínico, para lidar com a abordagem biológica, como também com a abordagem social e subjetiva, na qual o elemento mais relevante em cada momento se determina na singularidade, na complexidade, na integralidade e inserção cultural das pessoas, para pactuar com os acordos no projeto e processo de cuidado (Zoboli, Fracoli, Chiesa, 2013).

Como protocolo de subsídios para o cuidado em rede das pessoas com doença crônica, o Ministério da Saúde lançou os cadernos “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus/caderno 36” (Brasil, 2013) e “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica /caderno 35” (Brasil, 2014). Estes apresentam conteúdos com modelos de atenção à saúde da pessoa com doença crônica de maneira geral e para DM e estratificação de risco, seguidos de orientações a serem implementadas.

Dada a proposta de ampliação da clínica, portanto ampliação do diálogo, ressalta-se o aumento da prevalência e incidência das Doenças Crônicas não Transmissíveis e que o SUS continuamente está sendo desafiado a reorganizar a oferta de serviços, a gestão do cuidado e o acolhimento das pessoas com DM.

Neste contexto, a promoção da saúde pode ser a mola propulsora para implantação de Políticas Públicas Saudáveis como recomendado na II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1988), caracterizando-se pelo interesse e pela preocupação explícitos em todas as áreas das políticas públicas em relação à

saúde e à equidade e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população. Nesta descrição, identificam-se os componentes de intersetorialidade.

3.5 PROMOÇÃO DA SAÚDE NO MODELO LABONTE E A ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DIABETES MELLITUS

O crescimento do quantitativo do DM como uma condição crônica exige cuidados contínuos e requer serviços de saúde com profissionais habilitados para aplicar a estratégia de atendimento. Nesse sentido, a compreensão dos processos políticos que influenciam os projetos de promoção da saúde permite entender diferenças significativas entre as distintas propostas apresentadas no seu campo (Chiesa et al., 2009). Também a utilização de modelos para atender de forma integral a pessoa com DM poderá facilitar e melhorar o cuidado e a adesão ao autocuidado.

Desta forma, o modelo proposto por Labonte (1996), que oferece reflexões sobre o conceito de saúde e sua articulação com os outros âmbitos da vida, contribui como referência para reorganização dos serviços de saúde. Labonte (1996) aponta três enfoques para a ação do paradigma promoção da saúde: 1. Biomédico: subsidiado na existência da doença e as ações destinam-se ao tratamento dos sintomas, à cura da doença e prevenção de agravamento do quadro; 2. Saúde Pública: encarregada da prevenção, subsidiada na conduta e na promoção de comportamentos saudáveis, estando direcionada para a elaboração de programas cujo objetivo é modificar fatores de risco associados ao comportamento e 3. Socioambiental: visa à criação de espaços físicos e sociais que favoreçam a saúde e o bem-estar das pessoas. As ações destinam-se à mudança social e fundamentam-se no trabalho comunitário, utilizam medidas políticas que não dependem somente dos profissionais de saúde.

Pretende-se realizar o exercício de relacionar as dimensões do modelo de Labonte, no contexto teórico da resiliência e da qualidade de vida de pessoas com DM, com a utilização de instrumentos que possibilitam analisar os dois construtos à luz da promoção da saúde.

O modelo destaca dimensões e interfaces existentes, que evidenciam a complexidade e a dinamicidade contidas no processo saúde-doença, a partir da lógica do paradigma crítico da PS. Desta forma, extrapola a abordagem biomédica (foco na doença) e comportamental (ênfase nos fatores de risco e estilos de vida) das ações de saúde, agregando as perspectivas socioambiental e emocional (Chiesa et al., 2009).

Chiesa et al. (2009) reconhecem três dimensões como intrínsecas à saúde, são elas:

- ✓ **Física ou Energia Vital** - relacionada com o grau de vitalidade que o corpo biológico dispõe para realizar as atividades de vida diária;
- ✓ **Emocional ou Projeto de Vida** - representa as emoções, aspirações e desejos, que incidem sobre o significado e o sentido de viver projetado pelo indivíduo;
- ✓ **Social ou Vida Comunitária** - expressa os relacionamentos e interações do indivíduo em seu entorno.

Figura 1 - Diagrama de saúde e bem-estar de São Paulo- 2001.

Fonte: Adaptado por Chiesa et. al. (2009).

As intersecções destas dimensões de saúde no modelo citado, indicam as áreas para o trabalho na perspectiva da Promoção da Saúde. São elas:

- ↳ Controle sobre a Vida (Projeto de vida & Vida comunitária): implica a ampliação do poder social dos grupos para exercer sua liberdade e participar socialmente para transformar a realidade;
- ↳ Habilidades para Fazer o Desejado (Energia Vital & Projeto de Vida): compreende a capacidade que o indivíduo apresenta para tomar decisões que resultem em sua autorrealização e outras conquistas pessoais;
- ↳ Relações Sociais (Energia Vital & Vida Comunitária): contempla o potencial individual e/ou grupal de construir redes sociais, ter e manter relações participativas e solidárias com familiares, amigos, vizinhos, representantes comunitários e governamentais.

Tais espaços constituem-se nos contextos privilegiados de intervenção na PS, como suporte teórico de construtos conceituais, entre os quais se encontra a resiliência. Para operacionalizar o exercício teórico com o modelo, considerou-se o conceito de resiliência que está inserido na dimensão social. A resiliência expressa os relacionamentos e interações da pessoa em seu contexto e pode ser compreendida enquanto processo no qual a pessoa consegue superar as adversidades, experimentando de forma saudável o seu contexto (Pinheiro, 2004).

Paim (2014) discute as mudanças ocorridas nos cenários de cuidado para a condição crônica na saúde da pessoa humana. Refere que o cerne das mudanças apresenta-se vinculado a novas atitudes tanto de profissionais, quanto de usuários do SUS. Ressalta a dimensão sociocultural em experiências de doença de longa duração, com a oferta concomitante de atendimento à saúde, que recebe tanto o estilo individual, quanto o estilo coletivo de atendimento, na instituição e no ambiente familiar.

Acredita-se que o modelo de Bem-estar e Saúde (Labonte, 1996; Chiesa et al., 2009) constitui-se em subsídio para atender o cenário de mudança do qual fala Paim, uma vez que possui a dimensão social ou vida comunitária, a qual atende à saúde no contexto institucional e no ambiente familiar. Este último poderá ser suporte de cuidado na ESF. Também possibilita partilha e tomada de atitudes tanto de profissionais, quanto de usuários dos serviços de saúde, tendo em vista os espaços de ação das relações sociais, que, por conseguinte, fortalecem as habilidades para fazer o desejado e assim facilitam o itinerário da pessoa com DM na rede de cuidados. Portanto, o modelo aponta possibilidades para reorganizar os serviços de saúde e o cuidado das pessoas com DM.

Chiesa (2003) salienta que para acontecer a reorganização dos serviços de saúde, em especial a atenção primária, com o enfoque na melhoria da qualidade de vida da população com DM, o referencial acima descrito apresenta potencial elevado na revisão das tecnologias associadas ao cuidado.

4 MATERIAL E MÉTODO

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva, com abordagem quantitativa. Considerando que ainda é pequena a produção de dados referentes à categoria resiliência em pessoas com Diabetes Mellitus, este estudo será do tipo descritivo por ser aquele que está dirigido a determinar “como é” e “como está” a situação das variáveis que se estudam em uma população, sendo a base e o ponto inicial de outros tipos de estudos (Pineda, Alvarado, Canales, 1994).

Este tipo de estudo fornece subsídios para:

Descrição detalhada das variáveis existentes, valendo-se dos dados para justificar e avaliar condições e práticas correntes ou para elaboração de planos a fim de melhorar as práticas de atenção à saúde, e por fim têm como finalidade observar, descrever, explorar e documentar aspectos de uma situação (Polit, Beck, 2011, p. 177).

A abordagem quantitativa se utiliza da linguagem matemática para descrever a causa do fenômeno e as relações entre as variáveis, estando indicada quando se faz necessário um diagnóstico inicial da situação. Principalmente deve ser utilizada nas situações que exigem conhecimento profundo do problema de pesquisa (Teixeira, 2007).

4.2 CONTEXTO DA PESQUISA

4.2.1 Estado do Amapá

O Estado do Amapá encontra-se situado no extremo Norte do Brasil (Figura 2), ocupa uma área territorial de 142.828,520 km², representando 3,6% da Região Norte e 1,6% do Brasil. Faz fronteira com a Guiana Francesa, Suriname e estado do Pará, com uma população estimada de 750.912 habitantes, densidade demográfica 4,69 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, 2014). O estado em sua divisão política contém 16 municípios (Figura 3).

Figura 2 - Localização geográfica do Estado do Amapá.

Fonte: Governo do Estado do Amapá (2000)

Figura 3 - Divisão Política do Estado do Amapá.

Fonte: Governo do Estado do Amapá/Secretaria de Estado da Saúde do Amapá (2015)

4.2.2 Município de Macapá

O Município de Macapá (Figura 4) foi o primeiro a ser criado, capital do estado. O vocábulo Macapá tem variação de Macapaba, que, na língua tupi, significa estância das Macabas ou lugar de abundância de bacaba, que é um fruto gorduroso originário da Bacabeira, palmeira nativa da região, de onde se extrai um vinho saboroso de cor marrom claro. Localizado no Sudoeste do estado, faz limite com os municípios de Santana, Itaubal, Porto Grande, Ferreira Gomes, Cutias e Amapá. Ocupa uma área territorial de 6.502,119 km² com uma população estimada de 446.757 habitantes, densidade demográfica 62,14. Cortado pela linha do equador (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, 2014).

Figura 4 - Localização geográfica do Município de Macapá.

Fonte: Primária (2000).

4.3 CARACTERÍSTICAS DA ESTRUTURA DO SERVIÇO ASSISTENCIAL PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

No que tange aos indicadores de morbimortalidade para doenças crônicas não transmissíveis, conforme a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – Vigitel (2015), o indicador referência ao diagnóstico médico de diabetes aumentou significativamente (0,3 pp ao ano). A variação temporal estatisticamente significativa no período 2006-2015, por sexo na população adulta (≥ 18 anos) das capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal, demonstra o aumento do referido indicador, de acordo com o quadro abaixo (Brasil, 2016).

Quadro 1 - Indicadores do Vigitel que apresentaram variação temporal estatisticamente significativa no período 2006-2015, por sexo. Pop adulta por capitais dos estados brasileiros.

Indicador	SEXO	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Variação anual média/ ponto %
% diagnóstico médico/ DM	HOMEM	4,6	5,4	5,7	5,8	6,1	5,9	6,5	6,5	7,3	6,9	0,24
	MULHER	6,3	6,2	6,7	6,8	7,4	6,6	8,1	7,2	8,7	7,8	0,22

Fonte: Brasil (2016)

O município de Macapá apresentou percentual de adultos que referiram Diabetes Mellitus a partir de diagnóstico dado por médico, um total de 5,5% (Índice de Confiança=IC variando entre 4,0 a 6,9), homens 6,3% e mulheres 4,7% (Brasil, 2015).

A Atenção Básica do estado conta com 175 Unidades Básicas de Saúde em funcionamento, 32 em construção, 124 Equipes de Estratégia Saúde da Família. Atualmente, apresenta cobertura de 69,8% no estado e 58,6% no município de Macapá e existem no estado 18 Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Nasf, cobrindo nove municípios.

À avaliação das internações por condições sensíveis à atenção primária, conforme recomendado na Portaria n. 221, de 17/04/2008, na qual estão listadas por grupos de causas de internações e diagnósticos, de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), em Macapá, no período de 2010 a 2012, o DM pode ser analisado no conjunto das doenças que mais levaram a internações neste período, conforme mostra o quadro abaixo.

Quadro 2 - Demonstrativo de internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde. Macapá/AP, 2015.

CID_10_CATEGORIA	2010		2011		2012	
	FREQ	Taxa	FREQ	Taxa	FREQ	Taxa
Angina	209	31,2	260	38,0	270	38,6
Asma	106	15,8	168	24,6	244	34,9
Diabetes Mellitus	375	56,0	433	63,3	505	72,3
Doenças Cerebrovasculares	380	56,8	315	46,0	385	55,1
Edema Agudo do Pulmão	13	1,9	23	3,4	15	2,1
Enfisema	8	1,2	11	1,6	10	1,4
Hipertensão	208	31,1	271	39,6	363	52,0
Insuficiência Cardíaca	426	64,1	398	58,2	478	68,4

Fonte: Sesa (2015)

O encaminhamento para implantação da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas se apresenta lento. A primeira reunião com técnicos do Ministério da Saúde para tratar da implantação da Rede no Estado foi realizada nos dias 16 a 18 de julho de 2015. Atualmente não existe nenhuma ação efetiva do estado voltada para a prevenção e controle dos agravos crônicos, a não ser o atendimento ambulatorial e hospitalar. Ressalta-se que, desde 2010, não há ações efetivas no âmbito preventivo e capacitações voltadas para os principais agravos, entre eles a hipertensão e o diabetes (Sesa, 2015).

O sistema de saúde encontra-se integrado à instituição pública, atendendo a população rural e urbana por meio das normas e diretrizes recomendadas pelos programas oficiais do Ministério da Saúde. A cobertura dos serviços de saúde no que tange ao DM é de 41,3% da população total (Brasil, 2011c).

A Atenção Básica do município conta com 19 Unidades Básicas de Saúde em funcionamento, quatro unidades de pronto atendimento, 33 ESFs. Apresentam cobertura de 75,8% e 67,8% respectivamente. Todas oferecem os atendimentos de consultas médicas com clínico geral, ginecologista e obstetra, pediatra, consulta de enfermagem, consulta com nutricionista, e, em algumas, consulta com psicólogo.

Em se tratando de DM, os casos de DM tipo 1 são de pessoas encaminhadas para o ambulatório do Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima (HCAL), devido a sua maior complexidade. Os casos de DM tipo 2, que exigem maior complexidade, com a inserção de insulina e ajuste de doses, são encaminhados também ao ambulatório do HCAL, porém retornam para seguimento na UBS junto com a ESF. A cada quatro

meses, são encaminhados para reavaliação no referido ambulatório, ou em caso de apresentar descompensação antes da data de retorno, este retorno é antecipado.

4.4 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) da Universidade Federal do Amapá (Unifap) e no ambulatório do HCAL.

A referida UBS foi escolhida por oferecer o atendimento de consultas agendadas para as pessoas com DM com os profissionais enfermeiro, nutricionista e médico e, quando necessário, com o psicólogo e assistente social, também pelo seguimento com uma das duas equipes de ESF, bem como oferece um serviço de cadastro e triagem possível de seleção para pesquisa. Esta UBS é tida como referência na atenção à pessoa com DM por ter um programa de promoção da saúde para pessoas com DM.

Já o ambulatório do HCAL foi escolhido por ser o serviço de média e alta complexidade de referência do estado no atendimento com o especialista endocrinologista. Nele se concentra um número maior de pessoas com DM tipo 1, sendo que, neste ambiente, acontece a consulta com o profissional médico e, quando encaminhado, dá-se também a consulta com o profissional nutricionista.

4.4.1 Caracterização da UBS/UNIFAP

A UBS da Unifap está localizada no campus universitário polo Marco Zero, situado na Rodovia Juscelino Kubitschek, KM-02, Jardim Marco Zero, no município de Macapá, Rua Amadeu Gama n. 1.373, Bairro Universidade. Esta UBS foi fundada em 2002, é uma unidade pública, com atuação na atenção primária à saúde. Seu atendimento anual está em torno de 46.097 pessoas, procedentes da área de entorno da Unifap e ainda atende as pessoas dos bairros vizinhos, tais como: Zerão, Jardim Marco Zero, Ramais da Rodovia JK e bairro das Pedrinhas.

Possui sete consultórios para atendimentos nas áreas de pediatria, ginecologia, clínico geral e odontologia. Possui um laboratório de análises clínicas, uma sala de coleta de exames de Prevenção do Câncer de Colo Uterino, uma sala

de educação em saúde, um almoxarifado, uma farmácia, um setor de esterilização, uma sala de curativo e medicação e uma sala para acompanhamento de crescimento e desenvolvimento infantil.

Também é campo de aulas práticas e estágios supervisionados para acadêmicos de graduação, pós-graduação: residência multiprofissional em saúde coletiva (Unifap), residência em enfermagem (Secretaria de Estado da Saúde do Amapá - Sesa) e residência em medicina (Sesa), projetos de iniciação científica e de extensão.

A localização e a atividade das UBSs sustentam-se nos critérios de regionalização e tem como pressuposto o fato de que sua capacidade de resolução está de acordo com a demanda da população. Entre as prioridades das UBSs encontram-se a atenção às pessoas com DM e HAS, sendo este atendimento definido pelas diretrizes do antigo programa – Hiperdia, sendo substituído pela Portaria, nº483 de 1 de abril de 2014- redefine a rede de atenção às pessoas com doenças crônicas no SUS.

4.4.2 Caracterização do Ambulatório do HCAL

O ambulatório está localizado no complexo hospitalar, sito na Av. FAB S/N. Possui 20 consultórios de especialidades, entre os quais o de endocrinologia e salas de apoio: recepção de pessoas, agendamento de consultas e exames, triagem, secretaria, assistente social, psicologia, endoscopia digestiva alta, eletrocardiograma, estomatoterapia, pequena cirurgia, eletroencefalograma, laboratório de patologia clínica. O atendimento anual é aproximadamente de 90.600 pessoas para todas as especialidades que há nesse ambulatório, que atende todo o estado. Deste quantitativo, aproximadamente 15.000 pessoas com diagnóstico de DM são atendidas anualmente. Os casos de DM tipo 1 fazem seguimento neste ambulatório. Os casos de DM tipo 2 fazem avaliações trimestrais e fazem seguimento na Atenção Primária.

4.5 POPULAÇÃO E AMOSTRA DA PESQUISA

A população foi constituída de pessoas com DM tipo 1 e tipo 2, adultas, de ambos os sexos. No DM Tipo 1, o curso da doença se manifesta na infância e/ou na adolescência, o esquema terapêutico é o uso de insulina para o controle de taxas de glicemia. Portanto, o diagnóstico e vivência com a doença se diferencia em questão terapêutica e tempo de diagnóstico do DM tipo 2, em que a experiência do tempo de diagnóstico é mais tardia e o esquema terapêutico é o uso de antidiabéticos orais (ADO), podendo, mais tarde, necessitar do uso de insulina.

Neste sentido, a amostra foi calculada entre a população que faz somente seguimento pela UBS-UNIFAP, entre os que fazem parte do Programa de Promoção da Saúde a pessoas com DM – PMSD, que funciona na referida UBS e as pessoas que realizam seguimento no ambulatório de endocrinologia do HCAL.

No que tange às pessoas com DM atendidas na UBS – UNIFAP, de acordo com os registros, há 298 pessoas cadastradas, destas 88 foram diagnosticadas com diabetes mellitus e hipertensão, das 210 restantes, 80 têm diagnóstico de DM e 130 têm diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica. No Programa de Promoção da Saúde às pessoas com DM – PMSD, há 35 pessoas cadastradas.

No ambulatório de endocrinologia, nos registros do serviço de arquivo médico estatístico (Same), há cadastradas 568 pessoas com diabetes mellitus, que realizam acompanhamento no referido ambulatório.

A amostra foi do tipo probabilístico estratificada, com alocação proporcional, com seleção aleatória simples. Foi realizado cálculo estatístico para se obter a amostragem dos referidos ambientes.

4.5.1 Cálculo amostral

Para o cálculo da dimensão da amostra, foram utilizadas as técnicas estatísticas para dar resposta aos objetivos do estudo. Em primeiro lugar, foi estimada a amostra aconselhada para os modelos de regressão linear múltipla. De acordo com Hair et al. (2010), para os resultados de modelos de regressão múltipla serem generalizáveis, são necessárias 15 a 20 observações por variável independente. Tendo em conta estas referências, foi considerado que uma amostra

de 200 pacientes seria suficiente para os objetivos e generalização dos resultados do estudo, uma vez que permitiria incluir nos modelos de regressão até 14 variáveis independentes (entre as dimensões da resiliência e as características sociodemográficas e clínicas que fossem significativas nos modelos simples).

Para os outros testes estatísticos, uma amostra de 200 pacientes permitiria uma potência de teste superior a 80% e um nível de significância de 5%:

- Detectar efeitos médios ($r = 0.30$)¹ no estudo das correlações com o Coeficiente de Correlação de Pearson;
- Detectar diferenças pequenas/médias ($d = 0.35$)² nas comparações com o Teste T de Student (considerando amostras equilibradas).
- Na utilização da ANOVA, detectar diferenças médias na comparação de 3, 4 ou 5 grupos independentes ($f = 0.22$, $f = 0.24$, $f = 0.25$)³ (considerando amostras equilibradas). Desta forma, foi utilizada uma **amostra de 200 pacientes**, uma vez que garante a generalização dos resultados dos modelos de regressão múltipla e uma potência de teste superior a 80% nos restantes testes estatísticos.

4.5.2 Plano de amostragem

Os dados foram coletados em dois locais e em três grupos e o número de pessoas com DM está registrado na Tabela 1. No total dos dois locais, estão registradas 901 pessoas com DM. A amostra definida para o estudo ($N = 202$) corresponde a 22,2% do total de pessoas cadastradas. Desta forma, foram selecionados **aleatoriamente** 22,2% dos pacientes de cada local (arrendado por excesso) com a distribuição indicada na Tabela 1.

Classificação da dimensão dos efeitos proposto por Cohen (1992):

¹Coeficiente de Correlação de Pearson: pequeno ($r = 0.10$), médio ($r = 0.30$), grande ($r = 0.50$)

²Teste T de Student: pequeno ($d = 0.20$), médio ($d = 0.50$), grande ($d = 0.80$)

³ANOVA: pequeno ($f = 0.10$), médio ($f = 0.25$), grande ($f = 0.40$).

Os cálculos foram realizados com o programa *G*Power* (Faulstich *et al.*, 2007)

Tabela 1 - Distribuição das pessoas com Diabetes Mellitus constituintes da amostra por local. Macapá/AP, N=202.

LOCAL	TOTAL DE PACIENTES COM DM	AMOSTRA ^a
Pessoa com DM do Grupo de Diabetes-UNIFAP	35	8
Seguimento pela UBS-UNIFAP	298	67
Ambulatório de Endocrinologia do HCAL	568	127
TOTAL	901	202

^a22,2% do total de pacientes com DM registrados em cada local (arredado por excesso).

4.6 ETAPAS DA PESQUISA

	ETAPA 1	ETAPA 2
TECNICA DA COLETA DE DADOS	Pesquisa no sistema de cadastro.	Entrevista
NATUREZA DOS DADOS COLETADOS	Quantitativa	Quantitativa
INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	Lista de Identificação para seleção das pessoas com DM	Questionário Sociodemográfico Escala de Resiliência para Adultos (RSA) Diabetes – 39 (D-39)
FONTE DE INFORMAÇÕES	Sistema de Cadastro dos ambientes: Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima e UBS/UNIFAP	Pessoas com DM em acompanhamento nos ambientes: Ambulatório de Endocrinologia HCAL. UBS/UNIFAP
MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS	-----	Análise estatística descritiva e inferencial - Statistical Package for the Social Science.

Fonte: Ávila (2009) adaptado para esta proposta

4.7 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Foram selecionados os participantes do Programa de Promoção da Saúde para pessoas com Diabetes Mellitus-PPSDM há mais de um ano, cadastrados nos serviços acima mencionados, que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

4.7.1 Critérios de inclusão

- ✓ Ter idade de 18 anos ou mais.
- ✓ Residir na cidade de Macapá ou em um dos municípios do Estado do Amapá e fazer controle em um dos locais onde foi realizada a coleta de dados.
- ✓ Ter diagnóstico de DM.

4.7.2 Critérios de exclusão

- ✓ Não apresentar condições físicas e emocionais para responder aos questionamentos.
- ✓ Ter dificuldades de comunicação.
- ✓ Ter como comorbidade: problemas de ordem mental, sequela de Acidente Vascular Encefálico (AVE), insuficiência cardíaca congestiva, nefropatia diabética, retinopatia diabética, pé diabético com lesão ativa, amputação prévia.

4.8 TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

Foram utilizadas medidas estatísticas descritivas para caracterização das variáveis em estudo e as técnicas estatísticas bivariadas e multivariadas para o estudo das relações entre variáveis. Como medidas descritivas foram utilizadas a mediana, a média e o desvio padrão para a caracterização das variáveis quantitativas e frequências absolutas e relativas para a caracterização de variáveis qualitativas.

A normalidade dos dados foi estudada com o Teste de Kolmogorov-Smirnov. Assumindo a normalidade dos dados, para o estudo da relação das características sociodemográficas e clínicas com a resiliência (RSA) e a qualidade de vida (D-39), foram utilizados o Coeficiente de Correlação de Pearson, o Teste T de Student e a ANOVA.

A correlação entre a resiliência e a qualidade de vida foi estudada através do Coeficiente de Correlação de Pearson ou do Coeficiente de Correlação de Spearman. Para o estudo dos fatores com influência na qualidade de vida, foram utilizados modelos de regressão múltipla. Nesses modelos, foram incluídas como variáveis independentes as dimensões da RSA e as características sociodemográficas e clínicas. Desta forma, foi possível estudar o efeito que as características sociodemográficas e clínicas têm na qualidade de vida e o efeito que as diferentes dimensões da resiliência têm na qualidade de vida (efeito ajustado às características sociodemográficas e clínicas).

As escalas utilizadas (RSA e D-39) foram avaliadas através do indicador de consistência interna (ou de confiabilidade) Alfa de Cronbach, da análise das correlações entre os itens de cada dimensão e da análise da correlação corrigida entre cada item e o total da escala, como sugerido por Hair et al. (2010). Foi também verificado se a saída de um item melhora a confiabilidade da escala.

Nos resultados dos testes estatísticos inferenciais, foi considerado um nível de significância de 5%. Foi utilizado o programa de análise estatística *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22 para Windows (IBM Corp. Released 2013).

4.9 INSTRUMENTOS

Os instrumentos utilizados foram: Questionário composto por duas partes: o perfil sociodemográfico e o perfil clínico (Apêndice A), a escala de Resiliência para Adulto (Resilience Scale for adults-RSA) (Anexo A) e a escala Diabetes 39 (D-39) (Anexo B).

4.9.1 Escala de Resiliência para Adulto (Resilience Scale for Adults-RSA)

A escolha da Escala de Resiliência esteve dependente de uma avaliação prévia sobre as escalas publicadas e validadas no Brasil. Após uma revisão na literatura, constatou-se que as escalas Resilience Scale CD-RISC (25) Connor-Davidson (2003) cujo objetivo é medir competência pessoal, tolerância de afeto

negativo e de apoio social; e a de Escala de Resiliência-ER Wagnild & Young (1993), tendo como objetivo avaliar a adaptação psicossocial positiva em face de eventos de vida importantes, além de validadas no Brasil, são as mais utilizadas mundialmente. No entanto, a escala de Resiliência para Adulto – RSA, chamou a atenção por dois motivos: 1. Para medir e verificar de forma mais ampla os recursos protetores que permitem a promoção da resiliência em adultos; 2. Um de seus fatores, coesão familiar, é um fator de extrema importância na condição crônica do Diabetes Mellitus, para o controle metabólico da doença. Neste sentido, justifica-se a escolha deste instrumento.

Esta escala foi elaborada por Hjemdal et al. (2001). No Brasil, esta escala foi adaptada e validada para o idioma português por Hjemdal et al. (2009) e foi aplicada em uma amostra de universitários da Universidade Federal de Pernambuco. Em 2015, realizou-se um estudo comparativo sobre resiliência entre os estudantes da Universidade Federal de Pernambuco e os da Universidade da Noruega (Hjemdal et al., 2015).

Compõe-se de seis fatores e 33 itens, a saber: Percepção de si mesmo (seis itens); Futuro Planejado (quatro itens); Competência Social (seis itens); Estilo Estruturado (quatro itens); Coesão Familiar (seis itens); Recursos Sociais (sete itens), em uma escala de Likert de 1 a 7 pontos em formato diferencial semântico, tendo cada item organizado como *continuum* e os opostos apresentam alternativas de respostas com conteúdo positivo e negativo. O processo de adaptação e validação teve sua estrutura fatorial confirmada e evidenciou a capacidade de mensurar seis fatores.

A análise dos valores de Alpha de Cronbach, das correlações item-total corrigidas e dos valores de Alpha de Cronbach sem o item levou à identificação de problemas na confiabilidade dos fatores da RSA. Em todos os fatores, existiam itens com correlação muito baixa em relação ao total da escala. A retirada destes itens da escala melhoraria a consistência interna. Além disso, a consistência interna da maior parte dos fatores estava muito abaixo do mínimo exigido. A opção foi retirar de cada fator os itens não correlacionados com o total da escala (correlação item-total inferior a 0.30), para que a escala melhorasse o valor de Alpha de Cronbach do fator ao qual pertence. Assim, dos 33 itens que compõem a RSA, foram retirados 15, restando 18 itens que foram analisados estatisticamente. O fator percepção de si mesmo (itens= 6 – 3= 3 itens: 07, 19, 29); competência social (itens= 6 – 3= 3 itens:

03, 15, 26); Coesão familiar (itens= 6 – 2= 4 itens: 10, 16, 22, 31); recursos sociais (itens= 7 – 3= 4 itens: 11, 23, 28, 33), o fator Futuro planejado se manteve com os 4 itens.

Neste sentido, o fator Estilo Estruturado apresentou baixa consistência interna ($\alpha = 0.267$), de acordo com a classificação de Hair et al. (2010). Por esse motivo, foi retirado das análises estatísticas. Os outros fatores se apresentaram dentro das faixas classificadas como admissíveis para a investigação, mantendo a correlação item-total corrigida maior do que 0,30. (Hair et al., 2010).

Portanto, nesse estudo, somente cinco fatores da RSA foram tratados estatisticamente. A avaliação da medida de confiabilidade interna dos itens nos fatores pelo alfa de Cronbach, apresentou variação entre 0,59 (futuro planejado) a 0,82 (recursos sociais), tendo um escore total de 0,902, sendo valores adequados para avaliação de consistência interna de acordo com a classificação proposta na literatura (Hair et al., 2010). No Brasil, a variação foi de 0,56 (estilo estruturado) a 0,79 (coesão familiar) e, ao escore total, o alfa de Cronbach foi 0,88 (Hjemdal et al., 2015).

Estudos realizados na Itália (Capanna et al. 2015), na Lituânia (Hilbig et al., 2015), no Irã (Jowkar, Friberg, Hjemdal, 2010) e na Noruega (Hjemdal et al., 2006) evidenciam que a consistência interna da RSA é boa e adequada para uso em diferentes culturas.

Contudo, o fator estilo estruturado parece oferecer uma interpretação pouco clara para a população investigada, pois apresentou alfa de Cronbach de consistência interna muito baixa (0,267), havendo necessidade de ser retirado para que a consistência interna da RSA tivesse melhor resultado.

O estudo preliminar das características psicométricas da referida escala realizado em Portugal constatou baixa consistência interna deste fator, lembrando que é um fator composto por quatro itens, o que pode colaborar para a baixa consistência encontrada. Os autores ainda informam que este fator vem apresentando baixa consistência interna desde os estudos originais, destacando que este fator merecia atenção adicional em outros estudos (Pereira et al., 2013).

Em um estudo sobre qualidade de vida e sintomatologia psicopatológica em pais de crianças com diagnóstico de deficiência/anomalia congênita, sobre a importância das características de resiliência, que utilizou a referida escala, o fator estilo estruturado teve alfa de Cronbach 0,42, devido à baixa consistência interna.

Este fator não foi utilizado no tratamento estatístico dos dados, como aconteceu neste estudo (Albuquerque et al., 2013).

Este fator mostra fragilidades quando analisado no conjunto de fatores que compõem a RSA. Um estudo realizado na Itália ($\alpha=0.34$); dois em Portugal ($\alpha=0.42$); ($\alpha=0.61$); outro na Lituânia ($\alpha=0.60/ \alpha=0.66$) e mais dois no Brasil ($\alpha=0,51$); ($\alpha=0.56$) mostram a variação que ele apresenta. Porém, deve-se levar em consideração o contexto cultural em que a população investigada com uso da RSA se encontra.

O presente estudo é o primeiro realizado em Macapá a trabalhar a temática resiliência de pessoas com DM utilizando a RSA. No Brasil, foram identificados cinco estudos que utilizaram a referida escala, porém, em populações diferentes do presente estudo, com policiais civis; com trabalhadores em reabilitação de acidente de trabalho; em estudo de análise transcultural entre trabalhadores técnico-administrativos e docentes; em idosos (tendo sido a escala adaptada pela autora) e em acadêmicos imigrantes para investigar a relação entre processos cognitivos e resiliência (Pieri, 2013; Barros, 2015; Carvalho, 2011; Nadaf, 2013; Albuquerque, 2016).

Quadro 3 - Fatores que compõem a Escala de Resiliência para Adulto (RSA)

Fatores	Descrição	Itens que compõem a escala
Percepção de si mesmo	Refere-se à confiança do indivíduo nas próprias capacidades, à expressão de autoeficácia e a uma visão positiva e realista de si mesmo.	1.Quando algo imprevisto acontece; 7*.Os meus problemas pessoais 13.Nos meus julgamentos e decisões; 19*.A crença em mim; 25.Em adversidades tenho tendência a; 29*.Acontecimentos na vida que para mim são difíceis
Futuro Planejado	Refere-se à medida na qual um indivíduo detém uma visão otimista do próprio futuro, a certeza de que pode ser bem-sucedido, e a habilidade de planejamento e estabelecimento de metas claras e alcançáveis.	2.Os meus planos para o futuro são; 8*.Eu sinto que o meu futuro; 14*.Os meus objetivos; 20.Os meus objetivos para o futuro são.
Competência Social	Descreve a percepção do indivíduo a respeito de suas habilidades em iniciar contatos verbais e ser flexível em interações sociais, criar novas amizades e sentir-se à vontade em ambientes sociais.	3*.Eu gosto de estar; 9.Poder ser flexível em relações sociais; 15*.Novas amizades; 21.Fazer contato com novas pessoas; 26*. Quando estou na presença de outras pessoas; 30.Iniciar uma conversa interessante, eu acho.

Estilo Estruturado	Descreve a capacidade dos indivíduos de organizar o próprio tempo, de estabelecer objetivos e prazos e uma orientação pessoal para manutenção de regras e rotinas na vida diária.	6*.Eu funciono melhor quando; 12.Quando vou fazer algo; 18*.Eu tenho facilidade para; 24.Regras e rotinas fixas.
Coesão Familiar	Descreve a experiência das relações de boa qualidade com a família, em termos de comunhão de valores e visão de futuro, união, lealdade e simpatia mútua.	4.Na minha família, a concepção do que é importante na vida é; 10*.Eu me sinto; 16.A minha família caracteriza-se por; 22*.Em momentos difíceis; 27.Em relação a outras pessoas na nossa família, nós; 31*.Na minha família, nós gostamos.
Recursos Sociais	Descreve o suporte social oferecido por pessoas que não fazem parte do núcleo familiar, e que propicia o sentimento de coesão, a simpatia, o encorajamento e a ajuda em situações difíceis.	5.Assuntos pessoais; 11*.Aqueles que me encorajam; 17.A solidariedade entre meus amigos; 23*.Quando algum membra da minha família entre em crise; 28*.Eu tenho apoio; 32.Quando preciso; 33*. Os meus amigos/ familiares próximos.

Fonte: adaptado de Carvalho, Borges (2010); Carvalho (2014).

Itens marcados com asterisco devem ser considerados de forma invertida para soma dos escores nos fatores.

4.9.2 Escala de Diabetes-39 (D-39)

A escolha da Escala Diabetes-39 também dependeu de uma avaliação prévia sobre as escalas publicadas e validadas no Brasil. Após uma revisão na literatura, constatou-se que a D-39 seria a mais adequada aos objetivos deste estudo e melhor para relacionar a RSA, tendo em vista ter um domínio relacionado ao impacto social e duas questões de escore geral, uma que trata da qualidade de vida geral e outra que trata da percepção da gravidade do Diabetes Mellitus para a pessoa com DM.

Esta escala foi desenvolvida por Boyer e Earp (1997). No Brasil, esta escala foi adaptada e validada para o idioma português por Queiroz (2008) e aplicada em uma amostra de 50 pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 em Ribeirão Preto. Em 2012, foi realizado um estudo também em Ribeirão Preto com 75 pessoas com DM.

A escala Diabetes-39 (D-39), cuja finalidade é avaliar a percepção das pessoas com DM sobre qualidade de vida, é um instrumento classificado como específico de avaliação subjetiva de QV (Queiroz, 2008). Considera o último mês vivido pelos respondentes e está constituída por 39 itens, sendo que apresenta uma questão relacionada à qualidade de vida geral e outra à gravidade do diabetes. Abrange cinco domínios da vida: Energia e mobilidade (15 itens), Controle do diabetes (12 itens), Ansiedade e preocupação (4 itens), Impacto social (5 itens) e Funcionamento sexual (3 itens) (Queiroz, 2008; Cursio, Lima, Alexandre, 2011).

As respostas seguem uma avaliação por escala de Likert, com numeração em uma linha contínua com espaços com números de 1 a 7, sendo a pontuação 1 a qualidade de vida absolutamente não afetada e a pontuação 7, extremamente afetada. Os domínios apresentam uma variação 1 a 7, sendo que quanto maior a pontuação piores os resultados de percepção, traduzindo pior qualidade de vida (Zulian et al., 2013).

No presente estudo, quando avaliada a medida de confiabilidade interna dos itens nos domínios pelo alfa de Cronbach, esta apresentou variação entre 0,71 (ansiedade e preocupação) a 0,89 (controle do diabetes), tendo um escore total de 0,951, sendo valores adequados para avaliação de consistência interna. Esses resultados foram similares aos estudos da Jamaica (Tulloch-Reid, Walker, 2009), onde a variação foi de 0,71 (ansiedade e preocupação) a 0,89 (controle do diabetes) e discretamente superior ao estudo de validação do D-39 no Brasil, no qual a variação de alfa de Cronbach foi de 0,58 (ansiedade e preocupação) e 0,85 (controle do diabetes) e escore geral de 0,917 (Queiroz, Pace, Santos, 2009). A literatura evidencia que a consistência interna do D-39 é boa e adequada para uso em diferentes culturas.

Quadro 4 - Dimensões que compõem a Escala de Qualidade de Vida – D-39

Dimensões (Domínios)	Itens que compõem
Energia e Mobilidade	3.Pela diminuição ou falta de energia 7.Por outros problemas de saúde, além do diabetes 9.Pela sensação de fraqueza 10.O quanto você consegue andar 11.Pela necessidade de realizar exercícios regularmente 12.Pela perda ou embaçamento de sua visão 13.Por não ser capaz de fazer o que você quer 16.Por outras doenças, além do diabetes

	25. Por complicações devido ao seu diabetes 29. Por não ser capaz de fazer atividades domésticas ou outros trabalhos que estão relacionados a casa 32. Pela necessidade de descansar várias vezes no dia 33. Por dificuldades em subir escadas 34. Pelas dificuldades em cuidar de você mesmo (a) 35. Pelo sono agitado 36. Por andar mais devagar que os outros
Controle do Diabetes	1. Pelo uso diário de sua medicação para o diabetes 4. Por seguir seu tratamento para o diabetes prescrito pelo médico 5. Pelas restrições alimentares necessárias para o controle do seu diabetes 14. Por ter diabetes 15. Por perder o controle dos seus níveis de açúcar no sangue 17. Por ter que testar os seus níveis de açúcar 18. Pelo tempo necessário para controlar o seu diabetes 24. Por tentar manter seu diabetes bem controlado 27. Por manter os registros (anotações) dos seus níveis de açúcar 28. Pela necessidade de comer em intervalos regulares 31. Por ter sua rotina organizada em função do diabetes 39. Pelo diabetes em geral
Ansiedade e Preocupação	2. Pela preocupação relacionada com questões financeiras 6. Pelas preocupações sobre seu futuro 8. Pelo estresse ou pressão em sua vida 22. Por sentimento de tristeza ou depressão
Impacto Social	19. Pelas restrições que seu diabetes impõe sobre sua família e amigos 20. Pelo constrangimento por ter diabetes 26. Por fazer coisas que sua família ou seus amigos não fazem 37. Por ser chamado de diabético 38. Por ter o diabetes interferindo em sua vida familiar
Funcionamento Sexual	21. Pelo fato de o diabetes interferir na sua vida sexual 23. Por ter problemas com função sexual 30. Pela diminuição do interesse pelo sexo
Avaliação Geral	1. Indique a medida da sua qualidade de vida geral
	2. Indique quão grave você acha que é o seu diabetes

Fonte: Adaptado de Zulian et al. (2013); Queiroz (2008).

A escolha por associar os instrumentos Escala de Resiliência para Adultos-RSA e D-39 nesta proposta se deu pelo entendimento de que são dois construtos, multidimensional e subjetivo, que oscilam em função do contexto e momento histórico por que passa a pessoa. Juntos podem contribuir para uma abordagem no cuidado de enfermagem na pessoa com DM, considerando as potencialidades e possibilidades de que a pessoa dispõe.

O grande desafio da qualidade dos serviços de saúde é avançar na construção de uma clínica centrada nas pessoas usuárias dos serviços. Conhecer

elementos da resiliência das pessoas com DM e da percepção dos mesmos acerca da vivência com a morbidade pode representar um conhecimento apropriado para construção do projeto terapêutico singular.

4.10 PROCEDIMENTOS ÉTICOS EM PESQUISA

Este estudo atendeu às recomendações da Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS/ Comissão Nacional de Ética em Pesquisa- Conep. Utilizou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assegurar o que recomenda a referida resolução (ANEXO 4). Foi submetido à Plataforma Brasil, tendo sido aprovado em 04 de março de 2015, expedido parecer em 18 de março de 2015, sob o CAAE: 39488114.6.0000.0003 e parecer n. 990.066 Unifap/Plataforma Brasil (ANEXO 5). A aprovação assegurou o início da coleta de dados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O estudo originou amplo volume de dados, dos quais foram selecionados os conteúdos dos três manuscritos que compõem a presente Tese. A demarcação dos três manuscritos se deu sob a linha da pesquisa com Resiliência e Qualidade de Vida de pessoas com DM à luz da Promoção da Saúde. Compreende-se que a temática em questão possui relevância científica por ser original e oferecer contribuições inovadoras para o campo da saúde e, em especial, da enfermagem.

O primeiro manuscrito, com o título *TECENDO A INTERFACE ENTRE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS E DE PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA PESSOAS COM DIABETES MELLITUS*, teve como objetivo: descrever características sociodemográficas e clínicas das pessoas com diabetes mellitus e discutir possibilidades de superação dos problemas à luz da promoção da saúde. Método quantitativo.

As características sociodemográficas e clínicas contribuíram para a discussão sobre a promoção da saúde de pessoas com DM. Os resultados evidenciaram que a população estudada já apresenta comorbidades e controle metabólico inadequado. No entanto, possui um maior grau de escolaridade quando comparado ao encontrado em outros estudos, porém ainda baixo; faixa etária mais jovem quando comparada com os estudos feitos no Brasil. Com situação trabalhista ativa, porém, com baixo ganho salarial, apresenta etnia parda, apontando que a importância desta variável está na representatividade que poderá oferecer no planejamento de estratégias e ações para o cuidado de pessoas com doença crônica, direcionado a esta demanda. Nesse manuscrito, argumenta-se sobre as possíveis aplicações práticas dos achados desse estudo em formulações de programas que trabalhem os potenciais da promoção da saúde, com vistas a fortalecer as pessoas com DM, de forma a superarem as fragilidades relacionadas ao adequado controle metabólico.

O segundo manuscrito tem como título *RESILIÊNCIA E QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS À LUZ DA PROMOÇÃO DA SAÚDE*. Objetivo: identificar a relação entre resiliência e qualidade de vida de pessoas com diabetes mellitus. Trata-se de um estudo transversal descritivo. Destaca entre os fatores de resiliência o fator coesão familiar e o domínio de QV ansiedade e preocupação. Observa-se de forma geral que a amostra pesquisada

apresenta percepção ruim da QV, porém demonstra resiliência fortalecida. Os resultados revelaram que há relação entre resiliência e qualidade de vida, ou seja, as pessoas com DM com maior resiliência têm melhor percepção de QV. Os resultados indicam a relevância da utilização da resiliência no cuidado, como uma categoria da promoção da saúde, dada a sua relação com a percepção da Qualidade de Vida.

O terceiro manuscrito tem o título **RELAÇÃO ENTRE RESILIÊNCIA, QUALIDADE DE VIDA E CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS/CLÍNICAS DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS**, teve como objetivo: identificar a relação entre resiliência, qualidade de vida e variáveis sociodemográficas e clínicas de pessoas com diabetes mellitus. Trata-se de estudo transversal descritivo. Evidenciou resiliência presente na população estudada e mostra relação com a qualidade de vida. As variáveis sexo, grau de escolaridade, atividade física e glicemia capilar foram as variáveis independentes preditoras associadas à percepção da qualidade de vida. O sexo feminino apresentou qualidade de vida mais afetada que o sexo masculino. O grau de escolaridade foi a única característica sociodemográfica que apresentou correlação para resiliência e qualidade de vida. A glicemia capilar, quando alterada, parece influenciar de forma negativa, demonstrando pior percepção da qualidade de vida. A característica de resiliência com maior potencial de influência na qualidade de vida foi a percepção de si mesmo.

5.1 MANUSCRITO 1 – TECENDO A INTERFACE ENTRE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS E DE PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA PESSOAS COM DIABETES MELLITUS*

PENA, Francineide Pereira da Silva¹
CHIESA, Anna Maria²

RESUMO: Objetivo: descrever características sociodemográficas e clínicas das pessoas com diabetes mellitus e discutir possibilidades de superação dos problemas à luz da promoção da saúde. Métodos: estudo quantitativo, com 202 pessoas com diabetes mellitus em Macapá-AP/Brasil. Os dados foram coletados por meio de entrevista com aplicação de formulário. Na análise dos dados, foram utilizadas medidas descritivas, mediana, média e desvio padrão para caracterização das variáveis quantitativas, frequências absolutas e relativas para a caracterização de variáveis qualitativas. Resultados: 57,4% da população é adulta jovem, média de idade 53.6 ± 11.8 , 41,1% são pardos, apresentam hipertensão arterial e obesidade, controle metabólico inadequado. Grau de escolaridade: 28,7% possuem ensino fundamental incompleto e 26,7% ensino médio completo. A renda média foi de um a três salários mínimos. Conclusões: Os resultados reforçam a necessidade de adoção de programas que trabalhem potenciais de saúde, com vistas a fortalecer as pessoas com DM, superando fragilidades relacionadas ao adequado controle metabólico.

Descritores: Diabetes Mellitus, Promoção da saúde, características sociodemográficas, Enfermagem.

BUILDING AN INTERFACE AMONG CLINICAL, SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS AND PROMOTION OF HEALTH FOR PEOPLE WITH DIABETES MELLITUS.

ABSTRACT: Objective: to describe people's clinical and sociodemographic characteristics with diabetes mellitus and discuss the overcoming possibilities of the problems through promotion of health. Methods: quantitative study, with 202 people

* Extraído do Relatório do Projeto da Tese de Doutorado Resiliência e Qualidade de Vida de pessoas com Diabetes Mellitus à Luz da Promoção da Saúde

¹Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo-USP, São Paulo-Brasil, E-mail: francipena@usp.br

²Enfermeira. Doutora em Saúde Pública, Professora Associada da Universidade de São Paulo-USP, São Paulo-Brasil, E-mail: amchiesa@usp.br

with diabetes mellitus in Macapá-AP/Brazil. In the analysis of the data medium descriptive measures, average, deviation-pattern were used for characterization of the quantitative variables, absolute and relative frequencies for the characterization of qualitative variables. Results: 57,4% of the population are young adults, average of age 53.6 ± 11.8 , 41,1% are grayish-brown, they have arterial hypertension and obesity, inadequate metabolic control. Education Status: 28,7% have incomplete junior high and 26,7% with complete secondary education. The medium income was from one to three minimum wages. Conclusions: The results reinforce the necessity of adoption of programs that strengthen potentials of health, in order to assist people with DM, overcoming difficulties related to appropriate metabolic control.

Descriptors: Diabetes Mellitus, Promotion of Health, sociodemographic characteristics, nursing.

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) se constitui em problema de saúde de elevada magnitude por sua prevalência e morbimortalidade, por isso é considerado uma emergência mundial para a saúde do século XXI. Atualmente, 415 milhões de adultos têm DM no mundo e 318 têm tolerância à glicose alterada, com forte tendência a desenvolver a doença no futuro. Estima-se que, no ano de 2040, o número de pessoas com DM seja de 642 milhões. Na região das Américas Central e do Sul, em 2015, eram 29,6 milhões e, para 2040, calculam-se 48,8 milhões. O Brasil ocupa o terceiro lugar para o diabetes infantil e o quarto lugar para o diabetes no adulto no *rank* mundial.⁽¹⁾

Adota-se a classificação em diabetes mellitus: tipo 1, tipo 2 e gestacional, havendo outros tipos de menor ocorrência. O DM tipo 1 é resultado de um processo autoimune com início precoce, caracterizado pela destruição das células beta que levam à deficiência de insulina, sendo dividido em 1A- autoimune e 1B-idiopático. O DM tipo 2 caracteriza-se por defeito na ação e secreção da insulina e na regulação da produção hepática de glicose. O DM gestacional é definido como qualquer intolerância à glicose, de magnitude variável, com início ou diagnóstico durante a gestação.⁽¹⁾

Quanto à distribuição do DM, o tipo 2 tem se destacado por representar 90 a 95% dos casos diagnosticados e cresce em escala mundial, respondendo por uma

carga de morbimortalidade e custos econômicos e sociais no cenário da saúde pública, da vida produtiva e social como um todo.⁽²⁻³⁾

Nesta direção, o cuidado à pessoa com DM é complexo, visto que, por ser um agravo crônico, exige, além do uso de medicamentos para o controle da doença, que se siga um plano alimentar, de atividade física de pelo menos 150 min/semana com intensidade moderada. Além disso, é fundamental a construção da autonomia dos sujeitos para conviver com o problema e o apoio da família, com potencial para fortalecer estratégias de enfrentamento da doença, para alcançar um bom controle metabólico.⁽⁴⁾

Desse modo, o conhecimento das características sociodemográficas e clínicas das pessoas com DM por parte dos profissionais da saúde, possibilita a elaboração de estratégias para o incentivo das medidas de autocuidado, com possibilidade de prevenção de complicações agudas e crônicas.⁽⁴⁾

No entanto, a maior parte dos estudos sobre DM não associa as características sociodemográficas e clínicas aos temas prioritários de promoção da saúde, que poderão permitir a reorganização dos serviços de saúde locais, para alcançar um cuidado direcionado às necessidades das pessoas em determinada região. Com base em revisão realizada sobre as estratégias de promoção da saúde utilizadas para o cuidado de enfermagem à pessoa com DM, ressalta-se que há uma pequena produção científica. Das 179 produções (LILACS; BDENF), somente 17 atenderam à associação das características acima mencionadas aos temas prioritários da promoção da saúde.

Pode-se observar que os serviços de saúde, em sua maioria, desconhecem as características das pessoas com DM, mantendo o foco predominantemente sobre a doença e não na pessoa, o que contribui para o aparecimento de lacunas que dificultam o atendimento integral, humanizado, eficiente e resolutivo às necessidades das pessoas com DM.

No atendimento da pessoa com DM, as necessidades físicas, biológicas, em especial as relacionadas à doença, ganham atenção, mas as que excedem esses campos, como as psicológicas, espirituais e as sociais, em sua maioria, não são atendidas e sequer escutadas.⁽⁵⁾

A proposta da atenção básica pode suprir as lacunas deste processo, de forma que a clínica personalize um encontro entre usuário e profissional, em que os dois tenham corresponsabilidade de construir um cuidado partilhado de

experiências, conhecimentos e crenças, para além dos sinais, sintomas e resultados de exames.⁽⁵⁾ Assim a clínica se amplia e possibilita criar um compromisso radical com a pessoa com DM vista de modo singular.

Dessa forma, esse estudo vem adicionar elementos importantes sobre as pessoas que padecem de DM na cidade de Macapá, AP e teve por objetivo descrever as características sociodemográficas e clínicas das pessoas com diabetes mellitus e discutir as possibilidades de superação dos problemas à luz da promoção da saúde.

MATERIAL E MÉTODO

Estudo descritivo, desenvolvido de setembro de 2015 a setembro de 2016, em uma unidade básica de saúde e um ambulatório de especialidades de um centro hospitalar público, no município de Macapá-AP. A escolha destes locais para pesquisa se deu por serem serviços de referência no atendimento de pessoas com diabetes mellitus. A população foi constituída de 202 pessoas com DM tipo 1 e tipo 2, adultas, de ambos os sexos. A amostra foi do tipo probabilístico estratificada com alocação proporcional e seleção aleatória simples, considerando-se uma representatividade de 22% a partir de cálculo estatístico nos dois serviços.

Os dados foram coletados por meio de entrevista aplicada pela pesquisadora nos locais do estudo, utilizando um formulário composto de três partes: a) dados sociodemográficos, b) hábitos de vida e c) dados antropométricos e clínicos. Para coleta dos dados antropométricos, foi utilizada balança mecânica antropométrica com altímetro e fita métrica simples. O peso foi aferido em balança eletrônica da marca Filizola, modelo E-150/3P, com capacidade para 150kg e precisão de 100g. As pessoas foram classificadas pelo IMC, dividindo-se o peso (kg) pela altura ao quadrado (m^2), conforme proposto pela OMS, citada pelo Ministério da Saúde. Considerou-se baixo peso $<18,5 kg/m^2$, eutrófico $\geq 18,5$ e $< 25 kg/m^2$, sobrepeso ≥ 25 e $< 30 kg/m^2$, obesidade I ≥ 30 e $< 35 kg/m^2$, obesidade II ≥ 35 e $< 40 kg/m^2$, obesidade III $\geq 40 kg/m^2$. Em relação à circunferência da cintura, os parâmetros de alteração utilizados foram: homens ≥ 94 cm e mulheres ≥ 80 cm.

Para obtenção dos dados clínicos, foram utilizados aparelho de pressão arterial da marca Welch Allyn (adulto, adulto pequeno e adulto grande - obeso); estetoscópio Littmann adulto; glicosímetro Accu-Chek Active com lancetadores automáticos. A pressão arterial era aferida após 20 minutos da chegada, em posição

sentado e em seguida era realizada digitopuntura com lancetadores automáticos para o teste de glicemia capilar. Cabe esclarecer que todos os procedimentos realizados compõem as ações previstas em consultas de rotina, não submetendo a população do estudo a nenhuma intervenção exclusiva da investigação.

Como medidas descritivas, foram utilizadas a mediana, a média e o desvio padrão para a caracterização das variáveis quantitativas e frequências absolutas e relativas para a caracterização de variáveis qualitativas. Utilizou-se o programa de análise estatística *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22 para *Windows*.

Os critérios de inclusão foram: ter idade ≥ 18 anos, residir na cidade de Macapá ou em um dos municípios do Estado do Amapá e realizar controle em um dos locais que integraram o cenário do estudo. Critérios de exclusão: não apresentar condições físicas e emocionais para responder aos questionamentos.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Amapá e aprovado sob o parecer n. 990.066, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 466/2012. As pessoas participantes foram esclarecidas sobre as finalidades do estudo e assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecimento.

RESULTADOS

Das 202 pessoas com DM, 68,3% eram mulheres, a média de idade foi de $53,6 \pm 11,8$ anos, variando entre 18 a 80 anos de idade. Em relação ao estado civil, 40,6% eram casadas. Com relação à cor, 41% dos participantes se autodeclararam pardos. Quanto ao grau de escolaridade, 28,7% tinham ensino fundamental incompleto, seguidos de 26,7% com ensino médio completo. Uma parte significativa das pessoas ainda está no mercado de trabalho (37,1%). Quanto à renda familiar, 61,4% recebiam remuneração de um a três salários mínimos. Houve predomínio de católicos (55%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização das pessoas com Diabetes Mellitus quanto ao as variáveis sociodemográficas. Macapá/AP/ Brasil, 2017 (N = 202).

VARIÁVEIS		continua	
		N	%
Sexo	Masculino	64	31,7
	Feminino	138	68,3

Idade		Média=53,6±11,8	
Estado Civil	Casados	82	40,6
	União estável	43	21,3
	Solteiros	33	16,3
	Viúvos	28	13,9
	Divorciados	16	7,9
Cor/Raça (autodeclarada)	Parda	83	41,1
	Morena	63	31,2
	Branca	33	16,3
	Preta	16	7,9
	Mulatos(as)	4	2,0
	Indígenas	2	1,0
	Outra	1	0,5
Grau de Ensino (autodeclarado)	Não alfabetizados	12	5,9
	Alfabetizado	1	0,5
	Ens.fundamental incompleto	58	28,7
	Ens.fundamental completo	20	9,9
	Ens.médio incompleto	19	9,4

continuação			
Situação Trabalhista (autodeclarada)	Trabalham no mercado formal	75	37,1
	Trabalham no mercado informal	40	19,8
	Do lar	41	20,3
	Aposentados	25	12,4
	Pensionistas	7	3,5
	Desempregados	14	6,9
Renda Familiar (autodeclarada)	Sem renda	21	10,4
	< 1 salário mínimo	16	7,9
	1 a 3 salários mínimos	124	61,4
	4 a 6 salários mínimos	26	12,9
	>= 7 salários mínimos	15	7,4
Religião (autodeclarada)	Católica	111	55,0
	Evangélica	70	34,7
	Adventista	5	2,5
	Espírita	3	1,5
	Outra	4	2,0
	Não seguem uma religião	9	4,5
conclusão			

No que tange aos hábitos de vida, destaca-se que 82,2% dos participantes não ingerem bebida alcoólica e não fumam e 61,9% não praticam exercício físico. Um pouco mais da metade das pessoas com DM participantes do estudo tem antecedentes familiares (54,0%). Quanto às comorbidades, 53,5% têm hipertensão arterial, 7,9% têm dislipidemia, 6,9% são obesos e 1,5% têm doença vascular periférica (DVP) (Tabela 3).

Tabela 3 – Caracterização das pessoas com Diabetes Mellitus quanto a prática de exercício físico, antecedentes familiares e comorbidades. Macapá/AP/ Brasil, 2017 (N = 202).

VARIÁVEIS	SIM	NÃO
Prática de exercício físico	77(38,1%)	125 (61,9%)
Antecedentes familiares	109 (54,0%)	93 (46,0%)
Comorbidades		
Hipertensão arterial	108 (53,5%)	94 (46,5%)
Dislipidemia	16 (7,9%)	186 (92,1%)
Obesidade	14 (6,9%)	188 (93,1%)
DVP	3 (1,5%)	199 (98,5%)

A maior parcela tem DM do Tipo 2 (91,6%). No que se refere ao tempo de diagnóstico, houve predomínio de menos de cinco anos em 39,6% dos casos. Quanto à medicação, a maioria indicou uso apenas de hipoglicemiante oral (63,4%), em relação aos que usam apenas insulina (15,8%) (Tabela 4).

Tabela 4 – Caracterização das pessoas com Diabetes Mellitus segundo o tipo de DM, tempo de diagnóstico e terapêutica medicamentosa utilizada. Macapá/AP/ Brasil, 2017 (N = 202).

VARIÁVEIS		N	%
Tipo de DM	Tipo 1	17	8,4%
	Tipo 2	185	91,6%
Tempo de diagnóstico	< 5 anos	80	39,6%
	5 a 10 anos	68	33,7%
	> 10 anos	54	26,7%
Terapêutica utilizada	Apenas hipoglicemiante oral	128	63,4%
	Apenas insulina	32	15,8%
	Insulina+ hipoglicemiante oral	28	13,9%
	Sem terapêutica	14	6,9%

Quanto ao estado nutricional, a maioria tem excesso de peso (40,1%) ou é obesa (30,7%), sendo 41 (20,3%) pessoas com Obesidade I, 15 (7,4%) com Obesidade II e seis (3,0%) com Obesidade III. Apenas 25,2% têm IMC adequado. A classificação com base na circunferência da cintura mostra que existem apenas 11,4% sem risco, sendo a maioria classificada com risco aumentado (88,6%). Quanto à pressão arterial, 43,6% são hipertensos, 27,7% têm pressão arterial normal, 25,2% ótima e 7,4% limítrofe. Os valores médios e medianos da Glicemia Capilar ao Acaso (GSA) foram de 222,0 e 201,1, respectivamente. Quanto à Hemoglobina Glicada (HbA_{1c}), a média foi de 8,5 e a mediana igual a 8,4 (Tabela 5).

Tabela 5 – Caracterização das pessoas com Diabetes Mellitus quanto a medidas antropométricas e clínicas. Macapá/AP/ Brasil, 2017 (N = 202).

VARIÁVEIS		N	%
Índice de Massa Corporal (IMC) classificação	Baixo Peso	8	4,0%
	Adequado ou Eutrófico	51	25,2%
	Sobrepeso	81	40,1%
	Obesidade I	41	20,3%
	Obesidade II	15	7,4%
	Obesidade III	6	3,0%
	Obesidade: n = 62 (30,7%) ◀		
Circunferência da Cintura	Normal	23	11,4%
	Risco aumentado	179	88,6%
Pressão arterial	Média (Desvio-padrão) - 99.2 (12.5)		
	Ótima	43	21,3%
	Normal	56	27,7%
	Limítrofe	15	7,4%
	Hipertensão estágio 1	69	34,2%
	Hipertensão estágio 2	10	5,0%
	Hipertensão estágio 3	9	4,5%
	Hipertensão: n = 88 (43,6%) ◀		
Glicemia Capilar ao Acaso (GCA)	Mediana = 201,0; Média = 222,0; Desvio padrão = 104,4		
Hemoglobina Glicada (HbA _{1c})	Mediana = 8,4; Média = 8,5; Desvio padrão = 2,4		

DISCUSSÃO

A amostra foi constituída de 202 pessoas com DM, adultas e idosas. Mostrou maior predomínio do sexo feminino, corroborando estudos que obtiveram resultados

semelhantes.⁽³⁻⁶⁾ Achados nacionais e regionais têm evidenciado não haver diferença significativa de predomínio relacionado ao sexo.⁽⁶⁻⁷⁻⁸⁾ Embora alguns estudos apontem que o sexo masculino é mais acometido.⁽¹⁾ Cabe considerar, quando a discussão é sobre qual sexo o DM se faz prevalente, não se encontram na literatura estudos que comprovem haver predisposição maior do sexo feminino. Algumas pesquisas defendem que há maior comparecimento e procura das mulheres pelos serviços de saúde em busca de assistência, tendo maior probabilidade de fazer diagnóstico em alguma outra consulta por outra causa que não seja rastrear o DM.⁽⁸⁾

Os dados relativos à idade revelaram valores concentrados nas faixas etárias de 55 a 64 anos, seguida da de 45 a 54 anos; a média de idade foi de 53,6 (± 11.8) anos, sendo a mínima de 18 e a máxima de 80. Nessa direção, um estudo multicêntrico desenvolvido no Brasil evidenciou prevalência de 17,4% para DM, na faixa etária entre 60 e 69 anos de idade.⁽⁶⁾ Entretanto a faixa etária identificada no presente estudo está abaixo da apontada pelo estudo acima referido. Os valores evidenciados no presente estudo encontram-se relacionados aos intervalos globais de idade, pois ocorre aumento no percentual de pessoas com diabetes a partir de 40 anos.⁽¹⁾

A diferença relacionada à faixa etária dos estudos citados pode ser devido ao fato de o Estado do Amapá ter uma população extremamente jovem, em que a média de idade está em torno de 25,9 anos, enquanto a média nacional é de 32,1 e a regional de 27,5, uma diferença estatística de 6,2 e 1,6 respectivamente.⁽⁹⁾ Em Macapá-AP, a pirâmide por idade para homens e mulheres está representada em faixas etárias menores do que as identificadas nesse estudo, sendo as proporções nas faixas etárias identificadas inversamente proporcionais às da literatura, em que se observa que quanto maior a faixa etária maior o quantitativo de pessoas com diabetes, em especial a DM tipo 2.⁽⁹⁾ O diabetes afeta faixas etárias cada vez mais jovens e durante a sua vida economicamente ativa. Isso é alarmante, considerando que as pessoas com DM podem progredir e ter complicações potencialmente crônicas em idade cronológica muito mais jovem.^(1;10)

Em relação ao estado civil, os casados e em união estável predominaram, o que corrobora outros estudos.⁽¹⁰⁾ O apoio familiar pode favorecer ou dificultar o controle da glicemia. Ambiente familiar estruturado e afetivo estimula comportamentos de autocuidado, adesão ao tratamento e ao controle glicêmico, já

ambiente familiar com precário apoio e conflituoso favorece a não adesão ao tratamento e ao mau controle glicêmico.⁽¹⁰⁾ O DM causa limitações como: seguimento de plano alimentar, tomada diária de várias doses de medicações, possibilidade de complicações, entre outras, que se tornam demandas que podem afetar toda a família. O funcionamento familiar afetivo guarda forte relação com o controle metabólico, é um aspecto importante para minimizar ou evitar dano advindo dessas limitações.⁽¹⁰⁾

O tratamento bem-sucedido encontra-se intimamente relacionado ao apoio da família e de pessoas mais próximas, essenciais para efetivas adaptações e modificações necessárias para o controle metabólico.⁽¹⁰⁾

No que tange à cor/raça, houve maior frequência de pessoas que se autodeclararam pardas. Este resultado é similar a outros que indicaram maior porcentagem de pessoas de cor de pele escura.⁽¹²⁾ A prevalência de DM e intolerância à glicose foi aproximada, tanto em brancos como em não brancos,⁽⁹⁾ sugerindo que a cor parda está inserida nestes resultados. Na Pesquisa Nacional de Saúde⁽¹¹⁾, não foram verificados resultados estatisticamente distintos entre pretos, brancos e pardos e 82,8 milhões de pessoas (43,4%) se declararam pardas⁽⁹⁾, quando comparados os dados dos censos de 2000 e 2010, observa-se que a proporção de pessoas que se declararam brancas diminuiu e a daquelas que se declararam pretas ou pardas aumentou 6,3%. A população da Região Norte está dividida em pardos (69,2%), brancos (23,9%), negros (6,2%), índios e amarelos (0,7%)⁽⁹⁾.

No Estado do Amapá, 70,1% da população é da cor parda; na cidade de Macapá, esta população está representada por 48,9%⁽⁹⁾. Estes dados justificam o fato de o histórico sociocultural apontar a cor parda como a mais declarada entre participantes deste estudo.

A importância desta variável está na representatividade que poderá oferecer no planejamento de estratégias e ações para o cuidado de pessoas com doença crônica. Há estudos que discutem uma relação entre cor da pele e maior ocorrência de doenças crônicas, apesar disso, ainda são desconhecidas tais prevalências para os grupos raciais.⁽¹²⁾

Quanto à escolaridade, constatou-se uma proximidade de percentuais entre os que têm ensino fundamental incompleto e os que possuem ensino médio completo. O grau de escolaridade da população desse estudo foi maior quando

comparado com outros estudos, tendo se configurado como um dos mais elevados entre os alcançados em estudos relacionados à pessoa com DM. Diversos estudos⁽⁸⁻⁴⁾ evidenciam um grau de escolaridade entre as pessoas com DM mais baixo do que na população em geral, predominando pessoas não alfabetizadas; somente alfabetizadas; pessoas que não chegaram a completar o ensino fundamental.

O baixo grau de escolaridade entre as pessoas com DM obstaculiza a compreensão do complexo mecanismo da doença, de seu tratamento, podendo também dificultar a adesão ao plano terapêutico devido à dificuldade de leitura e entendimento da prescrição. Essa variável contribui para o aumento de risco à saúde e ainda poderá limitar o acesso aos serviços de saúde e às informações. Destarte, observa-se no estudo em pauta, o maior grau de escolaridade como um potencial de fortalecimento, que pode contribuir para melhorar a adesão e o controle metabólico.

Corroborando com essa análise, a Pesquisa Nacional em Saúde ⁽¹¹⁾ revelou que o grau de escolaridade ensino fundamental incompleto entre as pessoas com diagnóstico de diabetes foi de 9,6% delas.⁽¹¹⁾ Percentual expressivo para uma demanda que cresce assustadoramente. A variável baixo grau de escolaridade, como descrito anteriormente, representa potencial tanto de risco para adoecer com DM, como para um controle metabólico inadequado. Isso contribui para complicações crônicas, aumento de invalidez e óbito prematuro, repercutindo em altos custos sociais e sanitários que o DM provoca e requer maiores incentivos para o cuidado preventivo e de promoção da saúde da população adoecida.

A situação trabalhista predominante foi a inserção no mercado formal. Esse resultado é diferente do encontrado em outros estudos, em que grande parte da população estudada (49,4%) foi de aposentados.⁽¹³⁾ Dado que pode ser associado à faixa etária jovem em que se encontra esta amostra, o que contribui para estar economicamente ativa.

A inserção destas pessoas no mercado de trabalho remunerado é um fator essencial, não somente para estabilidade financeira e a segurança delas, mas também para garantir a sua sobrevivência e a de sua família, uma vez que a maioria tem relacionamento marital. A atividade trabalhista realizada pelas pessoas com DM experimenta mudanças, devido às limitações que a doença traz, bem como o frequente controle de glicemia, associados ao tipo de tratamento. Assim são

exigidas algumas adaptações e colaborações de familiares, amigos e empregadores.

É muito importante que as equipes de saúde analisem essa variável, uma vez que o DM, embora se manifeste em qualquer faixa etária, mais comumente surge na fase produtiva das pessoas.

Com base nas informações no que tange à renda mensal da população desse estudo, verificou-se o predomínio das pessoas com renda compreendida entre um e três salários mínimos. Resultado equivalente foi encontrado em estudos recentes com pessoas com DM, nos quais 73% dos participantes também recebiam de um a três salários mínimos,⁽¹⁰⁾ mas também foram encontrados outros estudos que demonstraram recebimento de remuneração inferior a dois salários mínimos; até dois salários mínimos e até três salários mínimos.^(4;13)

O fato da população deste estudo possuir maior grau de escolaridade, permite inferir que ela apresenta mais habilidades para ter um trabalho remunerado, viabilizando acesso a uma ocupação mais qualificada e mais bem paga. Observa-se uma relação positiva entre grau de escolaridade e trabalho remunerado. No entanto, isso não foi verificado nos resultados do estudo em pauta, uma vez que não houve correlação entre maior escolaridade e maior renda. A remuneração predominante foi baixa, impondo desafios econômicos para aquisição de alimentação e remédios, contribuindo para a não adesão ao tratamento, bem como para a descompensação e o agravamento da doença, fato sugestivo da possibilidade de iniquidade advinda do DM.

A religião predominante foi a católica, aspecto ainda pouco explorado em estudos recentes. Todavia, para algumas pessoas com DM, é considerado um meio de fortalecimento e enfrentamento da doença.

Em relação aos hábitos de vida, os participantes afirmaram não fazer uso de tabaco e bebida alcoólica, dado este que se assemelha a outros estudos.⁽²⁻³⁾ Estudos mostram que o comportamento sobre o hábito de fumar diferenciou-se entre pessoas com DM tipo 1, nas quais esse hábito foi maior que nas pessoas com DM tipo 2. Este comportamento foi atribuído à característica sociodemográfica do sexo, evidenciando mulheres de idade avançada que não apresentaram esse hábito.⁽²⁻³⁾ Em contrapartida, outros estudos revelaram como resultados: usar bebida alcoólica (23,6%), fazer uso de tabaco (10,7%) e ser tabagista (24,3%),⁽¹⁰⁾ isso contribui para o surgimento mais precoce de complicações agudas ou crônicas, favorecendo

aumento do risco de óbito prematuro. Os resultados deste apresentados indicam que os hábitos de vida informados, constituem potencial de fortalecimento para sua manutenção.

No que concerne à prática de exercícios físicos, a maior parte não os realiza. Pesquisas desenvolvidas no Brasil evidenciaram que a maioria dos participantes não praticava atividade física.⁽²⁻³⁾ Também, na Colômbia, foi identificado que 56% da população de um estudo não realizava exercício físico.⁽¹⁴⁾ Uma revisão sistemática sobre estilo de vida em pessoas com DM tipo 1 mostra que a variação entre as faixas etárias influencia um esquema de não adesão à prática de exercício e/ou atividade física e um bom controle glicêmico.⁽¹⁵⁾ Exercícios físicos de intensidade moderada, monitorizados e sistematizados têm sido relacionados para a redução de riscos associados à doença, independentemente do peso corporal. Porém, comumente a maioria das pessoas com DM não adere à essa prática.⁽²⁻³⁾

Os motivos que dificultam a adesão das pessoas com DM à prática de atividade física e ao conhecimento para o autocuidado relacionado a essa prática são pouco descritos e discutidos na literatura. A razão mais citada foi falta de tempo, seguida de desconforto, desânimo, não gostar, restrição médica, preguiça, episódios de hipoglicemia.⁽⁵⁾

Ao investigar antecedentes familiares e comorbidades, os resultados do presente estudo se encontram em concordância com a literatura que evidencia a hereditariedade e a presença de comorbidades, sendo a Hipertensão Arterial (HA) a comorbidade predominante. O DM, em especial o tipo 2, tem forte relação com a história familiar e com o desenvolvimento de HA.⁽¹⁻³⁾

A HA está presente em aproximadamente mais da metade das pessoas com DM tipo 2, como aponta a literatura.^(3;10) Estima-se que 40% das pessoas que padecem deste tipo de DM já apresentam diagnóstico de HA na ocasião do diagnóstico de DM.⁽¹⁾ O índice de pessoas com HA e DM é maior do que o de pessoas que só têm DM.

Observou-se que a maioria das pessoas tem DM tipo 2, o que condiz com a literatura⁽³⁻¹⁶⁾. Tendo em vista a maior ocorrência de casos de DM tipo 2 nos últimos 20 anos, o debate sobre as DCNTs, com enfoque no DM, tem sido ampliado, com estudos prospectivos acerca dos fatores de risco para o desenvolvimento da doença. Os resultados incentivaram os serviços de saúde a realizar campanhas e habilitação profissional para o alerta do diagnóstico do DM.⁽³⁻¹⁶⁾ Esses

acontecimentos influenciaram uma sensibilização maior dos profissionais que atuam na atenção básica de saúde, favorecendo o diagnóstico e o tratamento das pessoas com DM. O DM tipo 2 responde por 90 a 95% dos casos de diabetes atualmente, tendo como causas a interação de fatores genéticos e ambientais, entre estes se encontram o sedentarismo, dietas ricas em gorduras e o envelhecimento.⁽¹⁾

Quanto ao tempo de diagnóstico, a literatura mostra o quanto é tardia a realização do mesmo, há evidências de que isso contribui para o desenvolvimento de complicações.⁽¹⁰⁾ Nesse estudo, a maioria dos participantes referiu menos de cinco anos de diagnóstico, variando de uma semana a quatro anos e três meses. Acredita-se que este tempo, comparado a outros estudos, seja precoce e contribua para postergar o surgimento de complicações. Devido a esta característica, ainda não apresentam e nem se queixam de sinais e sintomas de complicações.

A utilização de antidiabéticos orais da classe das biguanidas (metformina) e sulfonilureias (glibenclamida), preconizadas na literatura para o DM tipo 2 é mais indicada e a insulina NPH foi a mais utilizada pela população aqui estudada. As comorbidades constatadas foram HA e obesidade, o que está em concordância com a literatura, pois estas são identificadas como as mais frequentes em pessoas com DM.⁽³⁻¹⁰⁾

A maioria da amostra encontra-se com sobrepeso ou obesidade. Na literatura, encontra-se que 87% das pessoas no momento do diagnóstico apresentam obesidade,⁽¹⁰⁻¹¹⁾ sendo descrito que esta persiste por algum tempo. O controle do IMC e circunferência da cintura(CC), constitui medida do tratamento, pois o sobrepeso ou obesidade interferem na resistência à insulina. Entre as capitais com maior contingente de obesidade no sexo feminino, Macapá só perdeu para Campo Grande e Cuiabá.⁽¹¹⁾

A medida da CC soma para o aumento do risco na amostra estudada, tendo sido a maioria classificada como risco aumentado. Combinar e relacionar medidas de distribuição de gordura e IMC pode contribuir para melhor avaliação e planejamento do cuidado e das intervenções para as pessoas com DM, haja vista que o IMC por si só não reflete a distribuição da gordura corporal.⁽¹⁶⁻¹⁷⁾

A média de HbA_{1c} e glicemia capilar ao acaso encontradas nos resultados mostrou-se acima do ponto de corte recomendado: <7% e 154mg/dL respectivamente. Estudos têm evidenciado que a manutenção da concentração de HbA_{1c} está relacionada à significativa diminuição das complicações, em especial no

DM tipo 2⁽¹⁾ e está intimamente ligada ao valor médio de glicemia, o que implica que, ao analisar um resultado de HbA_{1C}, há de se levar em consideração os valores da glicemia.⁽¹⁾ A amostra aqui analisada apresenta perfil de diabetes mal controlado, pois a média de glicemia ao acaso foi de 222mg/dL e hemoglobina glicada 8,5%.

Os resultados mostram a importância da apreciação das características sociodemográficas e clínicas sobre a situação de doença-saúde-cuidado das pessoas com DM, numa perspectiva de mapear aspectos que contribuirão para elaboração de estratégias e ações no campo das políticas de saúde para o cuidado do DM. A partir desta situação, devem ser levadas em consideração as variações nas características da população de cada localidade, como: idade, escolaridade, origem étnica e hábitos de vida, fatores não avaliados em detalhes, mas sabidamente influentes na prevalência da doença diabetes.⁽¹⁶⁾

Constata-se que a amostra investigada apresentou situação econômica ativa, porém com renda familiar de um a três salários mínimos, considerada insuficiente para suprir e manter as necessidades de cuidados essenciais para o controle metabólico no DM. Quanto ao grau de escolaridade evidenciado, embora tenha sido mais elevado do que o encontrado em muitos estudos, ainda é considerado baixo. Estudos demonstram que pessoas com DM com baixa renda e menor grau de escolaridade apresentam dificuldade de acesso aos serviços de saúde⁽²⁾ e tendem a associar-se a hábitos de vida inadequados, não saudáveis, como a não realização de exercício físico. Isso leva ao sobrepeso ou obesidade, aumento da circunferência da cintura, elevação da pressão arterial e mau controle das taxas glicêmicas e de hemoglobina glicada.

Outra característica que influencia a ocorrência de DM é a cor da pele parda ou preta, pessoas desta cor de pele tendem a pertencer a grupos com renda e grau de escolaridade mais baixos e apresentam desigualdades nas condições de saúde para doenças crônicas. Estudos internacionais⁽¹²⁾ mostram que etnia, obstáculos econômicos, barreiras culturais e classe social estão relacionadas à condição de vida e saúde de diferentes grupos étnicos. Isso contribui para que as relações raciais que atingem a saúde dos brasileiros se diferenciem, uma vez que o Brasil possui maior grupamento afrodescendente depois do Continente Africano.⁽¹²⁾

Neste sentido, não basta conhecer a dinâmica de prevalência e evolução do DM, torna-se necessário também orientar e buscar mecanismos para o seu controle. Atualmente há recomendação para o atendimento multidisciplinar à pessoa com DM,

cujas finalidades são contribuir para a reflexão e compreensão da necessidade de modificar o estilo de vida para o controle da doença.⁽¹⁸⁾ A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) recomenda que esta deve ser cuidada em toda a sua diversidade e singularidade. As características sociodemográficas e clínicas descritas acima são elementos de diversidade e singularidade no contexto de adoecer e de cuidar do adoecimento.⁽¹⁹⁾

Deve-se repensar a oferta de cuidados e elaborar estratégias de promoção da saúde cujo objetivo se sustente nos temas prioritários: nas responsabilidades comuns de todas as esferas e nas diretrizes propostas na PNPS e no planejamento dos serviços de saúde. A alimentação adequada e saudável, práticas corporais e atividade física, promoção do desenvolvimento sustentável e a formação de competências profissionais para promoção da saúde são temas que devem ser valorizados no momento do planejamento dos serviços. Nesta direção, percebe-se que a “promoção da saúde oferece suporte para reorganização do trabalho em saúde, para que este se constitua como resposta social organizada aos problemas e necessidades de saúde de uma dada população.”⁽²⁰⁾

CONCLUSÃO

Conforme os resultados este estudo descreveu as características sociodemográficas e clínicas e contribuiu para a discussão sobre a promoção da saúde de pessoas com DM. Os resultados evidenciaram que a população estudada já apresenta comorbidades, controle metabólico inadequado, bem como possui um maior grau de escolaridade quando comparado ao encontrado em outros estudos, porém ainda baixo; encontra-se em faixa etária jovem, com situação trabalhista ativa, no entanto, com baixo ganho salarial.

As características identificadas que se diferem de outros estudos têm potencial para permitir a elaboração de novas estratégias de atendimento e monitorar melhor as pessoas com DM, principalmente aquelas com maiores fragilidades e risco aumentado para complicações, bem como manutenção em relação às taxas de glicemia e HbA1c, no sentido de fortalecer o autocuidado nesta população e manter o controle metabólico.

As implicações teóricas deste estudo estão na contribuição da presente pesquisa que evidencia as características de uma determinada região do município de Macapá, localizado na região Norte do país. As possíveis aplicações práticas dos

achados desse estudo se premed a formulações de programas que trabalhem os potenciais da promoção da saúde, com vistas a fortalecer as pessoas com DM, de forma a superarem as fragilidades relacionadas ao adequado controle metabólico. Espera-se que os projetos de vida sejam retomados e a qualidade de vida das pessoas e de suas famílias seja ampliada, com possibilidade de impactar nos indicadores de saúde comunitária em Macapá.

Frente ao exposto, é necessário formar competências de promoção da saúde, a fim de cuidar da complexidade em toda a sua diversidade e singularidade e promover qualidade de vida das pessoas vivendo com DM.

REFERÊNCIAS

1. International Diabetes Federation, Atlas de la Diabetes de la FID, 7 ed. 2015. Disponível em: www.diabetesatlas.org. Acesso em: 10/12/2015.
2. Carvalho SS, Silva TMA, Coelho JMF. Contribuições do tratamento não farmacológico para Diabetes Mellitus tipo 2. Rev Epidem e Cont Infecç. 2015, 5(2):59-64. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17058/reci.v5i2.5616>. Acesso em: 16/06/2016.
3. Mendes Z, Guedes S, Guerreiro JP, Inês M, Sousa A, Miranda A. Autovigilância da doença e qualidade de vida dos doentes diabéticos: estudo observacional em farmácias comunitárias. Rev Portug Saúd Púb. 2016; 34(1):11–19. Disponível em: <http://www.elsevier.pt/rpsp>. Acesso: 28/09/2016
4. Duarte CK, Almeida JC, Merker AJS, Brauer FO, Rodrigues TC. Nível de atividade física e exercício físico em pacientes com diabetes mellitus. Rev. Assoc. Med. Bras.[online]. 2012; 58(2):215-221. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302012000200018&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 16/06/2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302012000200018>
5. Zoboli ELP, Fracoli LA, Chiesa AM. O cuidado de Enfermagem em Saúde Coletiva In: Soares CB, Campos CMS, organizadores. Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem. São Paulo: Manole, 2013. p.244-64.
6. Malerbi DA, Franco LJ. Multicenter Study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 yr. the Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence, Diabetes Care, 1992; nov; 15(11): 1509-1516. Disponível em: <http://care.diabetesjournals.org/content/15/11/1509>. Acesso em: 6/06/2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.2337/diacare.15.11.1509>
7. Torquato MTG, Montenegro Junior RM, Viana LAL, Souza RAHG, Lanna CMM, Lucas JCB, et al . Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in

the urban population aged 30-69 years in Ribeirão Preto (São Paulo), Brazil. Sao Paulo Med. J. [Internet]. 2003 [cited 2017 Feb 17]; 121(6): 224-230. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802003000600002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-31802003000600002>.

8. Moraes AS, Freitas ICM, Gimeno SGA, Mondini L. Prevalência de diabetes mellitus e identificação de fatores de risco associados em adultos residentes em área urbana de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006: Projeto OBEDIARP. Cad Saúd Públ, Rio de Janeiro, 2010; 26(5): 929-941, mai. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v26n5/15.pdf>. Acesso em: 14/10/2016.

9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Censo Demográfico 2010: Características da População e dos Domicílios - Resultados do Universo.2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>. Acesso em: 15/12/2015.

10. Oliveira MSS, Oliveira ICC, Amorim MES, Rosemari Otton, Nogueira MF. Avaliação da Adesão Terapêutica de pacientes com Diabetes Mellitus Tipo 2. Rev enferm UFPE on line. Recife, 2014,8(6):1692-701, jun. Disponível em: <file:///C:/Users/usu%C3%A1rio/Downloads/5376-57463-1-PB.pdf>. Acesso em: 12/06/2016. DOI: 10.5205/reuol.5876-50610-1-SM.0806201432

11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Política Nacional de Saúde 2013: Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas – Brasil, grandes regiões e Unidades da federação.2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>. Acesso em: 15/12/2015.

12. Oliveira BLCA, Thomaz EBAF, Silva RA. The association between skin color/race and health indicators in elderly Brazilians: a study based on the Brazilian National Household Sample Survey (2008). Cad Saúd Públ, 2014, 30(7):1438-52. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n7/0102-311X-csp-30-7-1438.pdf>. Acesso em: 15/05/2016.

13. Zanetti ML, Arrelias CCA, Franco RC, Santos MA, Rodrigues FFL, Faria HTG. Adesão às recomendações nutricionais e variáveis sociodemográficas em pacientes com diabetes mellitus. Rev Esc Enferm USP, 2015, 49(4):619-625. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n4/pt_0080-6234-reeusp-49-04-0619.pdf. Acesso em 16/06/2016.

14. Villegas Perrasase A, Abad SB, Faciolince S, Hernández N, Maya C, Parra L, et al. El control de la diabetes mellitus y sus complicaciones en Medellín, Colombia, 2001–2003. Rev Panam Salud Publica. 2006; 20(6):393–402. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v20n6/a05v20n6.pdf>. Acesso em: 16/06/2016.

15. Sales-Peres SHC, Guedes MFS, Sá LM, Negrato CA, Lauris JRP. Estilo de vida em pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 1: uma revisão sistemática. Ciência & Saúde Coletiva, 2016, 21(4):1997-1206. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n4/1413-8123-csc-21-04-1197.pdf>. Acesso em: 16/06/2016. DOI: 10.1590/1413-81232015214.20242015.

16. Iser BPM, Stopa SR, Chueiri OS, Szwarcwald CL, Malta DC, Monteiro HOC, et al. Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidem. Serv. de Saúde*, Brasília, 2015, 24(2):305-314, abr.-jun. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00305.pdf>. Acesso em: 16/06/2016. doi: 10.5123/S1679-49742015000200013.
17. Font MTC, Brichs MCS, Álvarez MCS, Olivella JMN, Turó JS, Fernández MPF. Estudio de la determinación de la hemoglobina glucosilada en pacientes con diabetes mellitus 2 em sangre capilar en un centro de atención primaria. *Atenc. Prim.* 2011, 43(10):536-543. Disponível em: <http://www.elsevier.es/ap>. Acesso: 14/10/2016
18. Mascarenhas NB, Melo CMM, Fagundes NC. Produção do Conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na Atenção Primária. *Rev. Bras. Enferm.* Brasília, 2012, [cited 2017 Feb 17] 65(6):991-999, nov./dez. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n6/a16v65n6.pdf>. Acesso em: 14/10/2016.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
20. Chiesa AM, Fracolli LA, Veríssimo MDLÓR, Zoboli ELCP, Ávila LK, Oliveira AAP. A construção de tecnologias de atenção em saúde com base na promoção da saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43(Esp 2):1352-7. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/ . Acesso em: 15/03/2015.

5.2 MANUSCRITO 2 – RESILIÊNCIA E QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS À LUZ DA PROMOÇÃO DA SAÚDE[†]

PENA, Francineide Pereira da Silva¹
CHIESA, Anna Maria²

RESUMO: A magnitude do Diabetes Mellitus tem proporções de uma epidemia internacional. Apesar da existência de recursos terapêuticos para a detecção e o controle do agravo, a literatura não dispõe de conhecimentos acerca dos elementos que configuram os potenciais de fortalecimento no enfrentamento da doença. Objetivo: identificar a relação entre resiliência e qualidade de vida de pessoas com diabetes mellitus. Método: estudo transversal descritivo, com 202 pessoas com diabetes mellitus em Macapá-AP/Brasil. Foram utilizados a escala de resiliência para adulto-RSA e o questionário Diabetes-39 com indicadores de confiabilidade alfa de Cronbach e teste Kolmogorov-Smirnov para estudo da normalidade dos dados. Resultados: RSA e D-39 apresentaram $\alpha=0,902$ e $\alpha=0,951$ respectivamente. O escore total e todos os fatores de resiliência apresentaram médias acima do ponto central da escala, com destaque para o fator coesão familiar ($5,0\pm1,54$). No D-39, o escore geral apresentou média acima do ponto central, indicando percepção ruim da QV, com destaque para o domínio ansiedade e preocupação ($4,34\pm1,62$). Os resultados revelaram que há relação entre resiliência e qualidade de vida, entre todos os fatores da RSA e os domínios do D-39, ou seja, as pessoas com DM com maior resiliência têm melhor percepção de QV. Conclusão: Os resultados indicam a relevância da utilização da resiliência como uma categoria praxica no cuidado, dada a sua relação com a percepção da qualidade de vida.

Descritores: Resiliência Psicológica, Qualidade de Vida, Promoção da Saúde, Diabetes Mellitus, Enfermagem.

RESILIENCE AND QUALITY OF LIFE OF PEOPLE WITH DIABETES MELLITUS IN LIGHT OF THE HEALTH PROMOTION*

[†] Extraído do Relatório do Projeto da Tese de Doutorado Resiliência e Qualidade de Vida de pessoas com Diabetes Mellitus à Luz da Promoção da Saúde

¹Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo-USP, São Paulo-Brasil, E-mail: francipena@usp.br

²Enfermeira. Doutora em Saúde Pública, Professora Associada da Universidade de São Paulo-USP, São Paulo-Brasil, E-mail: amchiesa@usp.br

ABSTRACT: The magnitude of DM has taken the proportions of an international epidemic. Despite the existence of therapeutic resources and disease control, literature has no knowledge on the elements that configure the strengthening potentials for coping with the disease. **Objective:** To identify the relation between resilience and quality of life towards people with diabetes mellitus. **Method:** crosscut descriptive study with 202 people suffering from diabetes mellitus in Macapá/Amapá State, Brazil. It was used the Resilience Scale for Adults – RSA, the Diabetes-39 questionnaire, and Cronbach's alpha reliability estimate as well as Kolmogorov-Smirnov test to study data normality. **Results:** RSA and D-39 featured $\alpha=0.902$ and $\alpha=0.951$ respectively. Total score and all resilience factors reported means above the central point of the scale, with family cohesion standing out (5.0 ± 1.54). In D-39, total score featured mean above the central point, evidencing poor perception for Quality of Life, anxiety and worry domain standing out (4.34 ± 1.62). **Conclusion:** Results unveiled relation between resilience and quality of life, among all the factors of the RSA and D-39 domains, that is, people suffering from DM with higher resilience have better perception of quality of life.

Descriptors: Psychological Resiliency, Quality of Life, Health Promotion, Diabetes Mellitus.

INTRODUÇÃO

A promoção da saúde, desde a década de 70, aponta uma “nova concepção de saúde” que evidencia a influência dos determinantes sociais e econômicos no processo saúde-doença e contribui para a aquisição de uma concepção focada na saúde e não somente na doença, representando um novo e promissor paradigma na saúde.¹

Dentro deste paradigma, coloca-se o desafio de ampliar a resiliência e a qualidade de vida de pessoas com DM, sobretudo quando se pondera que as condições de exposição ao adoecimento têm origem nos diferentes contextos de vida, desde o microssistema familiar ao macrossistema social, cultural, político e econômico.²

O Diabetes Mellitus- DM é uma doença crônica que mundialmente afeta 415 milhões de pessoas e 318 milhões de pessoas têm tolerância à glicose alterada, com forte tendência de desenvolver a doença no futuro. Por isso, se constitui em uma emergência mundial para a saúde do século XXI. Calcula-se que, no ano de 2040, o número de pessoas com DM seja 642 milhões. Na região das Américas do Sul e Central, são 29,6 milhões de pessoas com DM; para 2040 calculam-se 48,8 milhões. O Brasil ocupa o terceiro lugar para o Diabetes Infantil e o quarto lugar para o Diabetes no Adulto no *ranking* mundial.³

Trata-se, portanto, de um problema com elevada magnitude e de abrangência mundial e a literatura sugere uma relação negativa entre diabetes e qualidade de vida.⁴ A QV pode ser definida como um conceito multidimensional que consiste na percepção subjetiva do bem-estar emocional, físico e social da pessoa.⁴

Conhecer como a pessoa com DM percebe a condição de doente crônico e o que influencia no controle do seu estado de saúde-doença, torna a resiliência um novo construto a ser identificado em pessoas com a adversidade do diagnóstico do DM.⁵ Resiliência é a capacidade de uma pessoa lidar com eventos estressantes e adversos, como doenças crônicas, nesse estudo o DM.

Considerando as diferentes percepções das pessoas com DM e as formas de enfrentar e aceitar os desafios do tratamento e controle da doença, optou-se por adotar um modelo teórico que permita reconhecer as dificuldades e ao mesmo tempo a preservação dos potenciais de fortalecimento, adotando-se a perspectiva da Promoção da Saúde. Emprega-se o referencial teórico proposto por Labonte (1996),

dado que o mesmo evidencia a complexidade e a dinamicidade contida no processo saúde-doença, na vertente crítica da promoção da saúde.¹

O autor reconhece três dimensões como intrínsecas à saúde, são elas: **Física ou Energia Vital** - relacionada com o grau de vitalidade que o corpo biológico dispõe para realizar as atividades de vida diária; **Emocional ou Projeto de Vida** - representa as emoções, aspirações e desejos, que incidem sobre o significado e o sentido de viver projetado pelo indivíduo; **Social ou Vida Comunitária** - expressa os relacionamentos e interações do indivíduo em seu entorno.¹

Figura 1 - Diagrama de saúde e bem-estar de São Paulo- 2001.

Fonte: Adaptado por Chiesa et al. (2009).

As intersecções destas dimensões de saúde no modelo citado, indicam as áreas para o trabalho na perspectiva da Promoção da Saúde. São elas: Controle sobre a Vida (Projeto de vida e Vida comunitária); Habilidades para Fazer o Desejado (Energia Vital e Projeto de Vida); Relações Sociais (Energia Vital e Vida Comunitária). Tais espaços constituem-se nos contextos privilegiados de intervenção na PS, como suporte teórico de categorias conceituais, entre as quais, encontra-se a resiliência.¹

O interesse pelo estudo das categorias resiliência e qualidade de vida em pessoas com DM, dependentes de medicação, de alimentação modificada, atividade física e estabilidade de humor para manter o controle da doença, está ancorado na concepção de que essa condição que limita a autonomia constitui-se em uma

adversidade real e objetiva, podendo levar a limitações com prejuízos para os relacionamentos pessoais, profissionais e sociais.

O presente estudo justifica-se pela lacuna de conhecimentos das categorias resiliência e qualidade de vida no campo das doenças crônicas, em especial o DM. O objetivo da pesquisa foi identificar a relação entre resiliência e qualidade de vida de pessoas com diabetes mellitus, utilizando a escala de Resiliência para Adultos-RSA⁶ e Diabetes-39 –D-39⁷ respectivamente.

MATERIAL E MÉTODO

Estudo transversal e descritivo realizado em uma unidade básica de saúde e um ambulatório de especialidades de um centro hospitalar público no município de Macapá-AP. A escolha destes locais para pesquisa se deu por serem serviços de referência no atendimento de pessoas com Diabetes Mellitus. A população foi constituída por 562 pessoas adultas, sendo a amostra de 202 pessoas com DM tipo 1 e tipo 2, de ambos os sexos. A amostra foi do tipo probabilístico estratificada, com alocação proporcional e seleção aleatória simples.

Foram incluídas no estudo pessoas com DM a partir de 18 anos de idade, residentes em Macapá-AP, que fossem cadastradas nas unidades acima citadas e possuísem boa comunicação que possibilitasse a participação no estudo.

Os dados foram coletados por meio de entrevista realizada pela pesquisadora, e preenchimento dos instrumentos pelos sujeitos, nos locais do estudo, com apoio da pesquisadora quando necessário, dos seguintes instrumentos: questionário sociodemográfico, a escala de Resiliência para Adulto (Resilience Scale for adults - RSA)⁶ e a escala Diabetes-39 (D-39)⁷.

A Escala de Resiliência para Adulto, desenvolvida na Noruega por Hjemdal et al., (2001), tem a finalidade de medir e verificar de forma mais ampla os recursos protetores que permitem a promoção da resiliência em adultos. No Brasil, foi adaptada e validada para o idioma português em uma amostra de estudantes universitários da Universidade Federal de Pernambuco. Também foi realizado um estudo comparativo sobre resiliência entre estudantes universitários da Universidade Federal de Pernambuco e estudantes da Universidade da Noruega.⁶

A Escala é composta de seis fatores e 33 itens, a saber: Percepção de si mesmo (6 itens = 01,07*,13,19*, 25, 29*); Futuro Planejado (4 itens= 02, 08*,14*,20);

Competência Social (6 itens = 03*, 09, 15*, 21, 26*, 30); Estilo Estruturado (4 itens = 06*, 12, 18*, 24); Coesão Familiar (6 itens = 04, 10*, 16, 22*, 27, 31*); Recursos Sociais (7 itens = 05, 11*, 17, 23*, 28*, 32, 33*); em uma escala de Likert de 7 pontos em formato diferencial semântico, tendo cada item organizado como *continuum* e os opostos apresentam alternativas de respostas com conteúdo positivo e negativo. No estudo de validação no Brasil, o coeficiente de confiabilidade alfa de Cronbach foi 0,88. Nesse estudo, o alfa foi 0,902. Itens marcados com asterisco devem ser considerados de forma invertida para soma dos escores nos fatores.

Escala Diabetes-39 (D-39)⁷ - instrumento desenvolvido originalmente na língua inglesa, em Cary, Carolina do Norte, por Boyer e Earp (1997), cujo objetivo foi determinar a qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com DM. O instrumento D-39 foi adaptado e validado para o contexto brasileiro.⁷ Composta de cinco fatores e 39 itens, a saber: Energia e Mobilidade (15 itens = 03, 07, 09, 10, 11, 12, 13, 16, 25, 29, 32, 33, 34, 35, 36); Controle do Diabetes (12 itens = 01, 04, 05, 14, 15, 17, 18, 24, 27, 28, 31, 39); Ansiedade e Preocupação (4 itens = 02, 06, 08, 22); Impacto Social (5 itens = 19, 20, 26, 37, 38); Funcionamento Sexual (3 itens = 21, 23, 30); em uma escala de Likert de 7 pontos, sendo o número 1 uma QV absolutamente não afetada, e o número 7, extremamente afetada. O processo de adaptação e validação teve sua estrutura fatorial confirmada e evidenciou a capacidade de mensurar os cinco fatores. No estudo de validação no Brasil, o coeficiente de confiabilidade alfa de Cronbach foi 0,917. Nesse estudo, o alfa foi 0,951. O instrumento contempla também um domínio de avaliação geral (2 itens), que engloba a autopercepção da QV e da gravidade do diabetes.

A sistematização e a análise estatística foram feitas por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22 para Windows (IBM Corp. Released 2013). A correlação entre a resiliência e a qualidade de vida foi estudada através do Coeficiente de Correlação de Spearman. As escalas utilizadas (RSA e D-39) foram avaliadas através do indicador de consistência interna (ou de confiabilidade) Alfa de Cronbach, da análise das correlações entre os itens de cada dimensão e da análise da correlação corrigida entre cada item e o total da escala, como sugerido na literatura.⁸ Foi também verificado se a saída de um item melhora a confiabilidade da escala. Nos resultados dos testes estatísticos inferenciais, foi considerado um nível de significância de 5%.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Amapá e aprovado pelo parecer n. 990.066, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 466/2012. As pessoas participantes foram esclarecidas sobre as finalidades do estudo e assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecimento.

RESULTADOS

As variáveis sociodemográficas mostram predomínio do sexo feminino (68,3%/138), média de idade (53.6 ± 11.8) anos. Em relação ao estado civil (40,6%), era casada, de cor parda (41,0%). Quanto ao grau de escolaridade, 28,7% possuíam ensino fundamental incompleto, seguidos de 26,7% com ensino médio completo. Parte significativa dos participantes está no mercado de trabalho (37,1%). Quanto à renda familiar, 61,4% recebiam remuneração de 1 a 3 salários mínimos. Houve predomínio da religião católica (55,0%). No que tange aos hábitos de vida, 82,2% não ingerem bebida alcoólica e nem fumam e 61,9% não praticam exercício físico. Um pouco mais da metade das pessoas com DM têm antecedentes familiares (54,0%). Quanto às comorbidades, 53,5% têm hipertensão arterial, 7,9% têm dislipidemia, 6,9% são obesos e 1,5% têm DVP. A maior parcela tem DM do Tipo 2 (91,6%). O tempo de diagnóstico para a maioria dos casos foi inferior a cinco anos (39,6%). Sobre a medicação, o predomínio foi de uso apenas de hipoglicemiante oral (63,4%), alguns usam apenas Insulina (15,8%).

Quanto ao estado nutricional, a maioria tem excesso de peso (40,1%) ou é obesa (30,7%). A classificação com base na circunferência da cintura mostra que a maioria está com risco aumentado (88,6%). Quanto à pressão arterial, 43,6% são hipertensos. Os valores médios da Glicemia Capilar ao Acaso (GSA) foram de (222,0 mg/dl). Quanto à Hemoglobina Glicada (HbA_{1c}), a média foi de (8,5%).

Resiliência e Qualidade de Vida percebida pelos sujeitos com DM medida com a D-39

Na Tabela 6, apresenta-se a caracterização da RSA e dos seus fatores. O escore da RSA total (Mediana = 4,94; Média = 4,76; Desvio padrão = 1,24) foi superior ao ponto central da escala (de 1 a 7 – ponto central = 4). As dimensões “Coesão Familiar” (Mediana = 5,25; Média = 5,00; Desvio padrão = 1,54) e

“Recursos Sociais” (Mediana = 5,25; Média = 4,92; Desvio padrão = 1,69) foram as que apresentaram maiores níveis de resiliência. Pelo contrário, as dimensões “Percepção de si mesmo” (Mediana = 4,67; Média = 4,46; Desvio padrão = 1,52) e “Competência Social” (Mediana = 4,67; Média = 4,53; Desvio padrão = 1,66) foram as que apresentaram níveis de resiliência mais baixos.

Tabela 6 – Caracterização dos fatores da Escala de Resiliência para Adultos (RSA) de pessoas com Diabetes Mellitus, Macapá-AP/Brasil, 2017 (N = 202).

Fatores da RSA	Mín-Max	Mediana	Média	DP	Teste Kolmogorov-Smirnov
Escore RSA total	1.11 - 7.00	4.94	4.76	1.24	$p < 0.001$
Percepção de si mesmo	1.00 - 7.00	4.67	4.46	1.52	$p < 0.001$
Futuro Planejado	1.00 - 7.00	4.75	4.76	1.26	$p = 0.002$
Competência Social	1.00 - 7.00	4.67	4.53	1.66	$p < 0.001$
Coesão Familiar	1.00 - 7.00	5.25	5.00	1.54	$p < 0.001$
Recursos Sociais	1.00 - 7.00	5.25	4.92	1.69	$p < 0.001$

O escore da D-39 total (Mediana = 3,68; Média = 3,75; Desvio padrão = 1,31) foi ligeiramente inferior ao ponto central da escala (de 1 a 7- ponto central = 4). A análise dos escores das dimensões da D-39 mostra que a dimensão “ansiedade e preocupação” é a que apresenta valores mais altos (Mediana = 4,50; Média = 4,34; Desvio padrão = 1,62), ou seja, é nessa dimensão que os níveis de percepção sobre a qualidade de vida são mais afetados. Por outro lado, a percepção sobre a qualidade de vida é menos afetada nas dimensões “sobrecarga social” (Mediana = 2,80; Média = 3,09; Desvio padrão = 1,69) e “funcionamento sexual” (Mediana = 2,67; Média = 3,17; Desvio padrão = 2,14) (Tabela 7).

Os valores da dimensão de avaliação geral “Percepção sobre a qualidade de Vida Geral” (Mediana = 4,00; Média = 4,03; Desvio padrão = 1,69) estão próximos do ponto central da escala. Quanto à “Percepção da gravidade do seu diabetes” (Mediana = 5,00; Média = 4,97; Desvio padrão = 1,89), os valores acima do ponto central da escala mostram que as pessoas com DM percebem o quão grave é a doença.

Tabela 7 - Caracterização das dimensões da escala Diabetes-39 (D39) de pessoas com Diabetes Mellitus, Macapá-AP/Brasil, 2017. (N = 202).

Dimensões da D-39	Mín-Max	Mediana	Média	DP	Teste Kolmogorov-Smirnov
Escore D-39 total ⁽¹⁾	1.00 - 7.00	3.68	3.75	1.31	$p > 0.200$
Controle do diabetes ⁽¹⁾	1.00 - 7.00	4.00	3.94	1.49	$p > 0.200$
Ansiedade e preocupação ⁽¹⁾	1.00 - 7.00	4.50	4.34	1.62	$p = 0.007$
Sobrecarga social ⁽¹⁾	1.00 - 7.00	2.80	3.09	1.69	$p < 0.001$
Funcionamento sexual ⁽¹⁾	1.00 - 7.00	2.67	3.17	2.14	$p < 0.001$
Energia e mobilidade ⁽¹⁾	1.00 - 7.00	3.80	3.78	1.39	$p > 0.200$
Percepção sobre a qualidade de Vida Geral ⁽²⁾	1.00 - 7.00	4.00	4.03	1.69	$p < 0.001$
Percepção da gravidade do seu diabetes ⁽³⁾	1.00 - 7.00	5.00	4.97	1.89	$p < 0.001$

⁽¹⁾ Escala de 1 = “a qualidade de vida não foi afetada” a 7 = “a qualidade de vida foi extremamente afetada”;

⁽²⁾ Escala de 1 = “Menor Qualidade” a 7 = “Maior Qualidade”;

⁽³⁾ Escala de 1 = “Nada Grave” a 7 = “Extremamente Grave”.

Qualidade de Vida e Resiliência: Correlação entre D-39 e RSA

A correlação da D-39 total com a RSA total ($R = -0.330$; $p < 0.01$) foi negativa e estatisticamente significativa, indicando uma tendência de diminuição dos escores da D-39 (na D-39, escores mais baixos indicam melhor percepção sobre a qualidade de vida), com o aumento dos escores da RSA, ou seja, as pessoas com DM com maior resiliência têm uma melhor percepção sobre a qualidade de vida. Esta tendência se verifica em todas as correlações das dimensões da RSA com as dimensões da D-39, com exceção da correlação da dimensão geral “Percepção qualidade de Vida Geral” da D-39 com as dimensões da RSA. Neste caso, as correlações são próximas de zero e não significativas ($p > 0.05$). A outra dimensão geral da D-39 (“Percepção gravidade dos diabetes”) está também negativamente correlacionada com as dimensões da RSA, indicando que maiores níveis de resiliência estão associados a uma percepção de menor gravidade dos diabetes (Tabela 8).

Tabela 8 – Correlações entre as dimensões da D39 e da RSA, Macapá-AP/Brasil, 2017 (Coeficiente de Correlação de Spearman). (N = 202).

Dimensões da D-39	Dimensões da RSA					
	RSA TOTAL	Percepção de si mesmo	Futuro Planejado	Competência Social	Coesão Familiar	Recursos Sociais
D-39 TOTAL	-0.330**	-0.351**	-0.223**	-0.203**	-0.246**	-0.236**
Controle do diabetes	-0.267**	-0.309**	-0.193**	-0.172*	-0.181*	-0.197**
Ansiedade e preocupação	-0.312**	-0.340**	-0.238**	-0.200**	-0.227**	-0.206**
Sobrecarga social	-0.241**	-0.273**	-0.185**	-0.104	-0.174*	-0.171*
Funcionamento sexual	-0.298**	-0.264**	-0.168*	-0.213**	-0.253**	-0.270**
Energia e mobilidade	-0.296**	-0.305**	-0.183**	-0.193**	-0.220**	-0.199**
Percepção qualidade de Vida Geral	0.069	-0.012	0.145	0.019	0.080	0.020
Percepção gravidade do diabetes	-0.254**	-0.211**	-0.177*	-0.160*	-0.201**	-0.178*

Coeficiente de correlação de Spearman: ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$.

DISCUSSÃO

O objetivo do presente estudo foi identificar a relação entre resiliência e a percepção de qualidade de vida, utilizando a escala de Resiliência para Adultos-RSA (Hjemdal et al., 2009)⁶ e o questionário Diabetes-39 (D-39) (Queiroz, 2008)⁷.

Resiliência percebida pelas pessoas com DM por meio da RSA

A avaliação da medida de confiabilidade interna dos itens nos fatores pelo alfa de Cronbach da RSA apresentou variação entre 0,59 (futuro planejado) a 0,82 (recursos sociais), com escore total de 0,902, valores adequados para avaliação de consistência interna conforme a classificação proposta na literatura.⁸ Estes achados divergem entre os fatores e foram discretamente superiores aos resultados dos estudos de validação da RSA no Brasil, que tiveram variação de 0,56 (estilo estruturado) a 0,79 (coesão familiar), com escore total alfa de Cronbach 0,88⁶. A literatura evidencia que a consistência interna da RSA é boa e adequada para uso em diferentes culturas.

O escore total da RSA foi 4,76 (± 1.24), essa média se apresenta ligeiramente superior ao ponto central da escala que é 4, isso sugere que as pessoas com DM em Macapá, participantes da pesquisa, se apresentam com características resilientes. Mesmo após vivenciarem o momento potencialmente impactante do diagnóstico de DM e o desafio de autogerenciar o cuidado e o tratamento para o controle da glicemia e prevenção de complicações, essas pessoas mostram-se capazes de superar essas adversidades.

Todos os fatores apresentaram médias superiores ao ponto central da escala, o que evidencia que a amostra desse estudo apresenta um potencial de resiliência relacionado à doença em todos os fatores citados.

O domínio coesão familiar foi o que apresentou média maior, o que sugere que o fortalecimento da resiliência é maior, neste fator, indicando que as pessoas com DM que compuseram a presente amostra têm uma relação familiar harmoniosa, em que comungam valores, que são tidos como apoio e promovem segurança e confiança para o enfrentamento da doença.

Essa amostra, em sua grande maioria, vive acompanhada, mesmo aqueles que se dizem solteiros, viúvos ou divorciados, residem com algum (uns) familiar (es). Por apresentar essa característica de convívio familiar, o advento de uma doença crônica como o DM, que demanda a adoção de cuidados peculiares, estreitou os vínculos familiares.⁹

A coesão familiar é “descrita como experiência das relações de boa qualidade com a família, em termos de comunhão de valores e visão de futuro, união, lealdade e simpatia mútua”^{10(p.290)}. Esse fator parece exercer forte influência sobre a característica de resiliência na família, isso pode ser favorável à pessoa com DM e familiares em relação à autogestão da doença, necessária ao controle metabólico adequado. Para conviver com uma doença crônica grave como o DM, torna-se necessário que as pessoas e suas famílias tenham a resiliência para enfrentar as tensões, as adaptações e as complicações no curso prolongado da condição persistente que é o DM.¹¹

Neste contexto, o fator coesão familiar é preditor de resiliência e se mostra como uma importante área de ação para os profissionais de saúde que atendem pessoas com esse agravo. Entende-se que a condição crônica do DM tem “mostrado que o olhar do profissional à situação de adoecimento é, em si mesmo, um complexo conjunto de diferentes instâncias: orgânica, psíquica, social e familiar”.^{12(p.1)} O DM tem forte impacto no contexto familiar e a sua relação com coesão familiar pode ser trabalhada como importante amortecedor dos efeitos da doença.

O fator recursos sociais apresentou a segunda maior média. Acredita-se que esta média indique adaptação positiva de mudança diante das dificuldades de autogerenciamento do DM, quando se sentem amparados por um sistema de apoio fora da família, caracterizando a forte rede social na qual estão inseridos. Este fator

é o suporte social oferecido por pessoas que não fazem parte do núcleo familiar e propicia sentimento de coesão, simpatia, encorajamento e ajuda em situações difíceis.¹⁰

Neste entendimento, suporte social faz menção a recursos materiais e psicológicos disponibilizados por meio das redes sociais, estas, por sua vez, têm sido identificadas como um “sistema de apoio constituído por várias pessoas que pertencem à comunidade na qual a pessoa com doença crônica está inserida [...] que dão diferentes formas de apoio em situações e necessidades diversas.”¹³ Possibilitam que as pessoas com DM possam fortalecer suas habilidades e ainda contar com algo que possa auxiliá-las a enfrentar os eventos negativos da doença que influenciam suas vidas. As redes de apoio social têm uma influência determinante no processo de viver com a condição crônica – DM, neste entendimento, as redes constituem alternativa efetiva para promoção da qualidade de vida e a conquista de viver a autonomia e exercer a cidadania.¹⁴ (p.92).

Entende-se que as pessoas com DM são mais propensas a confrontar-se com desafios sociais quando comparadas às pessoas que não têm doenças crônicas. Os desafios se fazem presentes no cotidiano destas pessoas, identificados nas demandas da modificação no estilo de vida até nas atividades laborais, que influenciam no autocuidado e, por conseguinte, no controle metabólico adequado. Neste sentido, o suporte social é assinalado como fator capaz de manter e promover a saúde.¹⁵

Para o fator percepção de si mesmo, obteve-se menor média entre os demais fatores, indicando uma variação de menor escore médio de resiliência. Este fator refere-se à confiança da pessoa nas próprias capacidades, à expressão de autoeficácia e a uma visão positiva e realista de si mesma.¹⁰ Tal variação sugere que as pessoas com DM em seu contexto se vêem com maior suporte de recursos sociais e familiares que as características realistas de si mesmas, o que pode indicar que as relações sociais e familiares estabelecidas representam o maior suporte e proteção para as pessoas com DM enfrentarem a doença e suas exigências de mudanças no estilo de vida e de seu ambiente de convívio. Isso implica compromisso constante com hábitos saudáveis de vida e compreensão do seu problema de saúde para cuidar-se.¹⁶

Qualidade de Vida percebida pelas pessoas com DM por meio da D-39

A medida de consistência interna dos itens nos domínios pelo alfa de Cronbach apresentou variação entre 0,71 (ansiedade e preocupação) a 0,89 (controle do diabetes), tendo um escore total de 0,951, sendo valores adequados para avaliação de consistência interna. Esses resultados foram similares aos estudos da Jamaica³⁸, onde a variação foi de 0,71 (ansiedade e preocupação) a 0,89 (controle do diabetes) e discretamente superiores ao estudo de validação do D-39 no Brasil, no qual a variação de alfa de Cronbach foi de 0,58 (ansiedade e preocupação) e 0,85 (controle do diabetes), e escore geral de 0,917¹⁷. A literatura evidencia que a consistência interna do D-39 é boa e adequada para uso em diferentes culturas.

No que se refere à Percepção sobre a Qualidade de Vida Geral e à Percepção da gravidade do seu diabetes (Tabela 7), as médias se apresentaram superiores ao ponto central da escala que é 4, o que sugere que as pessoas com DM em Macapá apresentam uma percepção baixa sobre a qualidade de vida, uma vez que o instrumento utilizado indica média maior que o ponto central (>4), pior percepção da qualidade de vida; ao contrário, média menor que o ponto central (<4), melhor percepção da qualidade de vida¹⁷. Quanto à gravidade do diabetes, foi constatado que a amostra desse estudo percebe o quão grave é seu diabetes.

As dimensões do D-39 que compõem a Qualidade de Vida obtiveram médias que variaram de 3,09 ($\pm 1,69$), na dimensão sobrecarga social a 4,34 ($\pm 1,62$), na dimensão Ansiedade e Preocupação. As dimensões que apresentaram médias ligeiramente inferiores ao ponto central da escala, estando ao redor do ponto quatro da escala, como a Sobrecarga Social, já citada anteriormente, Controle do Diabetes 3,94 ($\pm 1,49$), seguida do Funcionamento Sexual 3,17 ($\pm 2,14$) e Energia e Mobilidade 3,78 ($\pm 1,39$), sugerem que os participantes percebem a qualidade de vida melhor nestes domínios, o que evidencia que a amostra desse estudo apresenta um potencial de qualidade de vida bom, relacionado com a doença nos domínios citados.

No entanto, o domínio Ansiedade e Preocupação foi o que apresentou média superior ($4,34 \pm 1,62$) ao ponto central, o que sugere percepção sobre a qualidade de vida pior neste domínio.

Na Jamaica,¹⁸ em Joanesburg⁴ e Swaziland¹⁹ o domínio ansiedade e preocupação também teve média superior (41,0; 53,7 e 59,6) respectivamente, entre

os domínios do D-39. Há evidências de relação entre ansiedade e preocupação e qualidade de vida em pessoas com DM.¹⁹ No entanto, em revisão realizada, constatou-se que há pouca investigação sobre a relação entre ansiedade e diabetes, foram encontrados poucos estudos que fizeram essa relação, pois o transtorno mais investigado é a depressão.²⁰

A literatura vem mostrando que a ansiedade é uma comorbidade que expressa importância para ser investigada em pessoas com DM, pois os transtornos de ansiedade e os sintomas de ansiedade elevados têm se mostrado associados ao aumento da carga de sintomas do DM; das complicações, das taxas de glicose, da dor, da depressão, do IMC, maior incapacidade e diminuição da QV.²¹

A prevalência de transtorno de ansiedade parece ser superior em pessoas com DM (14%) quando comparada com as sem DM (3 a 4%). Em média, 40% das pessoas com DM apresentam pelo menos alguns sintomas de ansiedade.²² Estudo realizado nos Estados Unidos da América(EUA), corrobora a referência anterior, uma vez que encontrou maior prevalência de ansiedade (20%) entre as pessoas com DM, em comparação com as pessoas sem DM.¹⁹

Os resultados do estudo em pauta se contrapõem a um dos estudos com D-39 realizado no Brasil,¹⁷ onde foi constatado que em todos os itens do domínio Ansiedade e Preocupação, a QV informada pelas pessoas com DM não estava afetada. Isso pode ser explicado por algumas características que se mostram relacionadas entre ansiedade, DM e QV. Nesta direção, um estudo ²³ realizado nos EUA apontou que a idade avançada teve papel explicativo no grau de ansiedade em pessoas com DM, pois foi associada a uma menor prevalência de diagnóstico de ansiedade, atribuída à diminuição da responsividade e ao aumento do controle emocional. Uma revisão sistemática realizada em 2002 ²² evidenciou que produções científicas sobre a temática ainda são insuficientes para avaliar estatisticamente a influência dessa característica para diagnóstico específico de ansiedade relacionada ao diabetes, o que exige cautela e mais estudos para analisar as controvérsias ainda existentes.

A QV não afetada no domínio ansiedade e preocupação em pessoas com DM com idade mais avançada, pode ser atribuída ao fato das pessoas idosas estarem menos preocupadas com a sua condição de serem diabéticas, enquanto que os mais jovens ficam preocupados com a evolução da doença e os seus impactos na vida social e no bem-estar físico.⁴

É possível essa relação ser evidenciada como proposta de maiores investigações, pois os resultados deste estudo (média do domínio e da idade da população estudada de $4,34 \pm 1,62$ e $53,6 \pm 11,8$ respectivamente) se assemelham aos resultados da Jamaica, Joanesburgo e Swazilândia^{4;20 ;21}, que tiveram o domínio de ansiedade e preocupação com maiores médias e as populações apresentaram média de idade $19,0 (\pm 5.1)$; $55,89 (\pm 12.52)$ e 51 anos respectivamente. Isso sugere possível influência da idade no grau de ansiedade em pessoas com DM e consequente influência na QV. Esse desfecho apresenta importância e implicações clínicas, uma vez que há³ recomendação para, no momento da triagem, realizar levantamento de sinais e sintomas que indiquem dificuldades emocionais e psicológicas para lidar com o DM, o que pode contribuir para identificação de evidências de sinais e sintomas de transtornos da ansiedade, sendo importante para tratar e assim melhorar a QV.

Outras características que possibilitam explicação para essa relação são: sexo e índice de massa corporal (IMC). Os estudos revelam que a prevalência de sintomas elevados de ansiedade foi significativamente superior em mulheres com DM, quando comparadas com homens com DM ($55,3\%/418$ e $32,9\%/325$ – $p < 0,0001$ respectivamente), não tendo sido evidenciado diferença entre DM tipo 1 e DM tipo 2.²² A relação Diabetes e Ansiedade está significativamente associada com aumento do IMC e da obesidade.²¹ É importante ressaltar que, nos nove estudos encontrados que utilizaram o D-39, predominou o sexo feminino e a população em sua grande maioria apresentou IMC elevado, tendendo ao sobrepeso ou obesidade, o que corrobora os resultados desse estudo.

Ainda no estudo brasileiro, os domínios Controle do Diabetes e Funcionamento Sexual também não estavam afetados, assemelhando-se aos dados do presente estudo. Em contrapartida, na Swazilândia e Joanesburgo, o domínio funcionamento sexual apresentou média 51,4 e 51,76 respectivamente. Este domínio também apresentou maior média (52,8) na Indonésia, caracterizando a QV afetada, o que se pode atribuir à condição de a população dos estudos ser mais jovem, com menor tempo de diagnóstico de DM e ainda ao fato de o assunto referente a sexo e a sexualidade na Indonésia ser considerado tabu. Essas diferenças observadas entre os estudos em diversos países indicam provavelmente variações sociodemográficas; diferença nas características clínicas; ambientes sociais; crenças culturais; atendimento no sistema de saúde.⁴

Relação entre RSA e D-39

Com o objetivo de identificar a relação entre as características de resiliência e percepção da qualidade de vida, foram realizadas análises correlacionais exploratórias, envolvendo todos os fatores da RSA e os domínios de QV do D-39 (tabela 8). Foi constatado que a correlação do escore total da RSA com o escore total do D-39 foi negativa e estatisticamente significativa ($R = -0.330$; $P < 0.01$). Os fatores da RSA também se correlacionaram negativamente com domínios do D-39, portanto esses resultados evidenciam que há correlação entre as características de resiliência e percepção de qualidade de vida (R e QV).

Na revisão de literatura realizada, foram encontrados apenas dois estudos sobre Resiliência, Qualidade de Vida e Diabetes Mellitus. Destaca-se que os resultados deste estudo convergem com os resultados do estudo realizado no Paquistão, que utilizou o inventário de resiliência estado-traço e o WHOQOL-Bref e constatou a correlação de reciprocidade entre resiliência e QV. Tanto a resiliência de estado como de traços apresentaram correlação positiva significativa com todos os domínios de QV. Teoricamente, os resultados demonstraram que a maior resiliência de uma pessoa pode levar a melhor enfrentamento, resultando em melhor QV das pessoas com DM. Em síntese, a resiliência prediz a QV, mas não ocorre o inverso, ou seja, a QV não prediz a resiliência.²⁴

Outro estudo realizado pela universidade do Arizona²⁵, com estudantes adolescentes, utilizou a Resiliency Scales for Children and Adolescents-RSCA (Prince-Embury, 2007). O objeto do estudo foi compreender a resiliência e a QV como subsídio para melhor entender o desempenho dos adolescentes com diabetes na escola e manutenção do nível de glicose sanguínea. Os resultados evidenciaram que o domínio ambiente foi o componente importante para a resiliência, pois se relacionava com todos os domínios da escala de resiliência. Além disso, houve pouca evidência que tanto a resiliência como a QV relacionada ao diabetes possam ser consideradas para avaliar o desempenho escolar dos adolescentes.

Examinando a produção científica sobre QV de pessoas com DM no Brasil, foi constatado que esta ainda é escassa, além de a pequena produção ter utilizado instrumentos genéricos, entretanto, associado ao construto resiliência, não foi encontrado nenhum estudo. Foram encontrados três estudos com resiliência e DM, que utilizaram a escala CD-Risk (Connor, Davidson, 2007), cujo objeto foi

compreender a resiliência como o construto teórico para qualificação do cuidado de enfermagem e saúde, em mulheres em seguimento ambulatorial, para tratamento do DM. O resultado demonstrou haver associação entre adesão ao tratamento de DM e resiliência²⁹. Outro estudo buscou compreender como a resiliência se expressa em pessoas com DM e insuficiência renal crônica terminal (IRCT). Os resultados revelaram que as pessoas com DM são mais resilientes quando comparadas às pessoas com IRCT.²⁶

Relevância do uso da Resiliência e Qualidade de Vida para Promoção da Saúde da pessoa com Diabetes Mellitus

A resiliência tem sido destacada como elemento fundamental associado ao desenvolvimento e crescimento humano, com a possibilidade de identificar características de resiliência em período específico do desenvolvimento e ser fortalecida ao longo do ciclo vital.²⁷ Neste sentido, a resiliência torna-se uma característica consistente de um processo de desenvolvimento aprendido e percebido.²⁸

A qualidade de vida relacionada à saúde é cada vez mais investigada e reconhecida como elemento importante para a saúde, representando o objetivo final das intervenções em saúde²⁴. A percepção sobre QV agregada ao diabetes mellitus têm sido abordada por vários autores,^{19;24} demonstrando que o DM tem um efeito significativo sobre a pessoa que dele padece, em relação à qualidade de vida. Sugerem que o estado crônico compromete a gestão da doença.^{20;24} Esses argumentos, associados aos resultados apresentados anteriormente, justificam a possibilidade de incorporar os construtos resiliência e qualidade de vida como suporte no atendimento à pessoa com DM.

A percepção da qualidade de vida relacionada ao DM é um resultado importante para os programas de educação em diabetes, bem como para atenção em saúde de pessoas acometidas pelo DM. Neste sentido, todo instrumento projetado para avaliar a QV de pessoas com DM deve avaliar o funcionamento físico, psicológico e social. Cabe salientar que o D-39 preenche integralmente tal requisito.²⁹

A promoção da saúde foi definida como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma

maior participação no controle deste processo”^{31(p.19)}. Portanto, a promoção da saúde amplia o conceito de saúde, coloca na base conceitual as políticas públicas sociais e de saúde, busca garantir a igualdade de oportunidades e proporcionar meios que permitam que todas as pessoas possam realizar plenamente seu potencial de saúde.³² Esta definição coloca para os profissionais e serviços de saúde o desafio de superar uma visão somente centrada no controle da doença. Amplia o horizonte de cuidado, incluindo a complexidade de atuar no sentido de aumentar os potenciais de fortalecimento do processo saúde-doença, no caso a Resiliência e a Qualidade de Vida.

A abordagem da qualidade de vida está intrinsicamente ligada às bases conceituais da promoção da saúde e os resultados deste estudo reiteram essa aproximação, bem como os efeitos significativos entre resiliência e percepção da qualidade de vida. A associação encontrada possibilita uma maior compreensão dos processos sociais e políticos que norteiam as ações de promoção da saúde, o que “implica ampliar o olhar do profissional no sentido do fortalecimento dos potenciais de saúde das pessoas e grupos [...]”^{1(p.1355)}

Do ponto de vista da promoção da saúde, quatro elementos contribuem para o fortalecimento e melhor compreensão do conceito de saúde e também se apresentam como possibilidade de uso na prática clínica e como alternativa para reorientar os serviços de saúde, a saber: “1. percepção e significado (saúde é tanto o que é experimentado como o que pode ser medido); 2. relações sociais (saúde é incorporada em redes humanas e interações); 3. As capacidades/ recursos (saúde é um produto de muitos recursos intrínsecos e extrínsecos); e 4. Funcionamento físico (saúde está incorporada e não simplesmente imaginada).”³²

Partindo-se destes quatro elementos propostos, entende-se que a caracterização da Resiliência pela RSA e a identificação da Qualidade de Vida pela D-39 são adequadas e criam possibilidades de uso nas intervenções, em função de diferentes realidades socioambientais. No Quadro 1 a seguir, apresenta-se de forma detalhada a associação entre os domínios estudados, à luz da Promoção da Saúde, na perspectiva de Labonte e Laverack.³²

Quadro 5 - Identificação dos domínios da Diabetes-39 e dos fatores da RSA e suas relações com os elementos do conceito de saúde na proposta de promoção da Saúde, (Labonte, Laverack (2008). Macapá/AP/ Brasil, 2017.

SAÚDE	ELEMENTOS	D-39	RSA
	Percepção e Significado	Percepção sobre QV geral Percepção da gravidade do seu diabetes	Percepção de Si Mesmo
	Relações Sociais	Impacto Social	Competência Social Recurso Social Coesão Familiar
	Capacidades/ Recurso	Ansiedade e preocupação Controle do Diabetes	Estilo Estruturado Futuro Planejado
	Funcionamento Físico	Energia e Mobilidade Funcionamento Sexual	-

Fonte: Primária- Autora.

Assim, as intervenções estruturadas a partir desses conhecimentos podem ser capazes de atender às reais necessidades da demanda para quem serão destinadas, podendo obter resultados interessantes sobre as características das pessoas com DM e sobre as relações custo-benefício das diferentes realidades socioambientais e ainda as diferentes combinações de recursos necessários para tanto. Do exercício teórico, para possibilidades de uma prática baseada nas características dos elementos e dos instrumentos, demonstra-se o quanto a PS pode estabelecer um diálogo com o cuidado de enfermagem para pessoas com DM na cidade de Macapá.

Associando os resultados deste estudo aos elementos conceituais de saúde, criam-se possibilidades de apreender as reais necessidades de saúde das pessoas com DM, pois esta doença, no seu processo de evolução, requer cuidado contínuo e prolongado e ainda restrições a que são submetidas as pessoas que padecem de DM. Neste entendimento, o uso dos conceitos de Resiliência e Qualidade de Vida possibilita direcionar o olhar para uma prática clínica sensível, para quem vivencia a condição crônica do DM, articulando as recomendações da promoção da saúde.

Deste modo, é importante considerar a proposta do modelo Dimensões de Saúde e Bem-Estar (Labonté, 1996), adaptado por Chiesa et al. (2009), no qual a resiliência está inserida na dimensão social, que expressa os relacionamentos e interações da pessoa em seu contexto, com a possibilidade de viver suas experiências de forma saudável.

Figura 1 - Diagrama da Saúde e Bem-Estar de São Paulo-2001.

Fonte: Adaptado por Chiesa et al. (2009)

O modelo abre a possibilidade de um diálogo construtivo entre Resiliência e Qualidade de Vida em pessoas com DM, em que a promoção da saúde será a mediadora, com o propósito de estruturar cuidados inovadores, como propõe a OMS. Assim sendo, sistematizam-se como exercício teórico as seguintes considerações:

1. As características de resiliência de pessoas com DM neste estudo foram coesão familiar e recursos sociais. Com base nas dimensões do diagrama, visualiza-se a área de interseção das relações sociais que “contempla o potencial individual e/ou grupal para constituição de redes sociais, favorecendo relações participativas.”

1(p.1354)

Para Souza et al. (2014, p. 92),

A percepção das redes de apoio social como parte do cuidado em saúde ancora-se na concepção da integralidade desse cuidado, que por sua vez tem diferentes perspectivas, partindo da concepção de que a doença não é apenas um evento biológico, mas um processo vinculado à história de vida das pessoas, de suas famílias e da sociedade.

A Integralidade pressupõe pensar que as mudanças relacionadas ao processo de adoecimento crônico são constantes, permeando a transformação do modelo de cuidado, que amplia o olhar para o perfil da pessoa com DM e sua família e intensifica o olhar para a adaptação dinâmica como uma das necessidades a serem satisfeitas. Dessa forma, uma das competências da enfermagem é estudar redes de

apoio social, criando possibilidades de contribuir para a mobilização dos integrantes dessas redes, na perspectiva da integralidade do cuidado.³⁶

2. Em relação à Qualidade de Vida, o domínio ansiedade e preocupação apresentou pior percepção. Com base nas dimensões do diagrama, visualiza-se a interseção do controle da vida, o qual “implica a ampliação do poder social dos grupos para exercer sua liberdade e participar socialmente para transformar a realidade.”^{1(p.1354)}

O conceito fundamental que dá orientação a esse diálogo é o empoderamento comunitário. Este apresenta importância no embasamento da promoção da saúde. Empoderar os grupos sociais a compreender as suas próprias situações e aumentar o controle sobre os fatores que afetam as suas vidas.^{1;31}

A visão do empoderamento em pessoa com DM perpassa pelo reforço de fatores que podem ser ensinados, desenvolvidos e melhorados. Entende-se que o termo ganha significado especial no entendimento da pessoa com DM diante da condição crônica que é “responsável pelo tom da tenacidade e adaptabilidade que acaba caracterizando as práticas do cuidado, as quais não têm fim e sempre são desafiadas pela sucessão de ‘dias bons’ e ‘dias ruins’.”³³⁻³ A existência da relação entre resiliência e qualidade de vida por si só já sinaliza o quão construtivo é o diálogo estabelecido.

Para trabalhar com o construto resiliência, é importante que ela seja entendida como um processo de superação da adversidade, como responsabilidade social e política,²⁷ já que pode ser promovida por diferentes atores e instituições. Inserir resiliência no contexto do cuidado de enfermagem permite que a promoção da qualidade de vida seja um trabalho coletivo e multidisciplinar.²⁷

A partir das considerações, observa-se que a Qualidade de Vida possibilita fazer uma abordagem da promoção da saúde no seu conceito expandido e apresenta elementos para o norteamiento de ações de prevenção e promoção da saúde no campo da atenção primária à saúde da pessoa com DM, pois os domínios do D-39 se conectam com todas as dimensões de saúde e bem-estar (Quadro 2).

O mesmo ocorre com a Resiliência, pois a conexão se dá em duas das três dimensões de saúde e bem-estar (Quadro 2). Também possibilita abordagem da promoção da saúde em seu conceito ampliado, dada a perspectiva teórico e prática da promoção da saúde ser:

comprometida com a maximização do potencial e do bem-estar das pessoas em risco e não apenas com a prevenção dos problemas de saúde;

o que aproxima e se inter-relaciona com um modelo de resiliência, que foca na construção de fatores de resiliência comprometendo-se com o comportamento resiliente e com o alcance de resultados positivos, contendo um valor agregado de bem-estar e qualidade de vida³⁰(p. 20).

Quadro 6 - Identificação dos domínios do Diabetes-39 e dos Fatores da RSA e suas conexões com as dimensões do modelo de promoção da Saúde de Labonte(1996). Macapá/AP/Brasil, 2017.

Dimensões (Labonté, 1996)	D-39 (Queiroz, 2008)	SRA (Hjemdal et al., 2015)
Física – Energia Vital	Energia e Mobilidade Funcionamento sexual	-
Emocional – Projeto de Vida	Ansiedade e preocupação Controle do Diabetes	Percepção de Si Mesmo Futuro Planejado Estilo Estruturado
Social – Vida Comunitária	Sobrecarga Social	Competência Social Recursos Sociais Coesão Familiar

Fonte: Primária (Autora)

CONCLUSÃO

O objetivo traçado para o estudo em questão foi alcançado e está evidenciado nos resultados que revelaram que há relação entre resiliência e qualidade de vida. As pessoas com DM com maior resiliência têm melhor percepção de QV. Os dois instrumentos oferecem possibilidades de apreender as reais necessidades de saúde das pessoas com DM e respondem às demandas teóricas da promoção da saúde, possibilitando captar elementos para o cuidado de pessoas com DM.

O enfoque da resiliência, como tema central deste estudo, contribui para rever que o aspecto biológico não pode ficar separado do aspecto social quando se trata de saúde e bem-estar. O modelo proposto por Labonté (1996), adaptado por Chiesa et al. (2009), evidencia a complexidade e a dinamicidade contidas no processo saúde-doença, a partir da lógica do paradigma crítico da promoção da saúde, que possibilita considerar resiliência como processo e, para tal, incorpora aspectos avaliativos como: aprender com as trocas de experiências (usuários/profissionais), estimar impacto nos indicadores biossocioemocionais e reconhecer o incremento do sentido de bem-estar e melhoria da qualidade de vida, que são metas da resiliência.

REFERÊNCIAS

1. Chiesa AM, Fracoli LA, Veríssimo MDLÓR, Zoboli ELCP, Ávila LK, Oliveira AAP. A construção de tecnologias de atenção em saúde com base na promoção da saúde. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(Esp 2):1352-7.

2. Silva MRS, Lunardi VL, Lunardi Filho WD, Tavares KO. Resiliência e promoção da saúde. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2005 [cited 2016 Feb 17] ; 14(spe): 95-102. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000500012&lng=en.<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072005000500012>.
3. International Diabetes Federation, Atlas de la Diabetes de la FID, 7 ed. 2015. Disponível em: www.diabetesatlas.org. Acesso em: 10/12/2015.
4. Mngomezulu N, Yang CC. Quality of life and its correlates in diabetic outpatients in Swaziland. Int Health. [Online] 2015 Nov; [cited 2017 Feb 16] 7(6):464-71.. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25858279>.
5. Tavares BC, Barreto FA, Lodetti ML, Silva DMGV, Lessmann JC. Resiliência de pessoas com Diabetes Mellitus. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2011 Dec [cited 2016 Maio 17] ; 20(4): 751-757. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-0707201100040004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000400014>
6. Hjemdal O, Roazzi A, Dias MGBB, Friberg O. The cross-cultural validity of the Resilience Scale for Adults: a comparison between Norway and Brazil. BMC Psychology. [Online] 2015, [cited 2016 Abril 19] 3 (18): 01-09. Disponível em: <http://bmcp psychology.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40359-015-0076-1>.
7. Queiroz FA. Adaptação cultural e validação do instrumento “Diabetes-39 (D-39)”: versão para brasileiros com diabetes mellitus tipo 2. 182p. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2008.
8. Hair JFJ, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. Multivariate Data Analysis-International 7th Edition, New Jersey: Pearson Education, 2010.
- 9 Santos MA, Marques LAS, Oliveira-Cardoso ÉA, Mastropietro AP, Teixeira CRS, Zanetti ML. Percepção de Pacientes com Diabetes Mellitus Tipo 1 Sobre o Transplante de Células-tronco Hematopoéticas. Psicologia: Teoria e Pesquisa [Internet] 2012, Out-Dez, [cited 2017 Feb 16] 28 (4):425-433. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722012000400002.<https://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722012000400002>
- 10 Carvalho VD, Teodoro MLM, Borges LO. Escala de Resiliência para Adultos: aplicação entre servidores públicos. Aval. psicol. [Internet]. 2014 Ago [citado 2017 Fev 23] ; 13(2): 287-295. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712014000200016&lng=pt.
- 11 Walsh F. Fortalecendo a resiliência familiar. São Paulo: Roca, 2005
- 12 Paim L. Mudanças no cenário de cuidado em cronicidade na saúde humana. In: Trentini M, Paim L, Guerreiro D. Condições crônicas e cuidados inovadores em saúde. São Paulo: Atheneu, 2014, p:01-09.

13. Marcon SS, Zani AV, Waidman MAP, Radovanovic CAT, Decesaro MN, Carreira L. Rede Social e Família: o olhar sensível dos enfermeiros construtores da prática. *Cienc Cuid Saude*. [Online] 2009; [citado 2017 Fev 23] 8 (suplem.):31-39. <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9715>
- 14 Souza SS, Guerreiro D, Meirelles BHS, Francioni FF. Redes sociais e condições crônicas de saúde: o desafio do cuidado integral. In: Trentini M, Paim L, Guerreiro D. *Condições crônicas e cuidados inovadores em saúde*. São Paulo: Atheneu, 2014, p. 91-108.
15. Guimarães CP, Costa Neto SB. Suporte social como mediador de resiliência em adolescentes institucionalizados. In: Coimbra RM, Moraes NA. *A resiliência em questão: perspectiva teóricas, pesquisa e intervenção*. Porto Alegre: Artmed, 2015. p. 99-124.
16. Dornelles SS, Silva DMGV, Mattosinho MMS, Kuhen AE, Baião S, Sandoval R. O cuidado à pessoa com Diabetes Mellitus e sua família. *Cogitare Enferm*. [online]. 2013 Jul/Set; [cited 2017 Feb 15], 18(3):496-501. Available from: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/33562>
17. Queiroz, FA, Pace AE, Santos CB. Adaptação cultural e validação do instrumento Diabetes-39 (D-39): versão para brasileiros com Diabetes Mellitus tipo 2 – fase 1. *Rev Latino-am Enf*. [Internet] 2009, set.-out., [cited 2016 Feb 1 nov] 17(5):01-09. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n5/pt_18.pdf.
18. Tulloch-Reid MK, Walker SP. Quality of Life in Caribbean Youth with Diabetes. *West Indian Med J*. [Internet]. 2009 Jun; [cited 2017 Jan 17] 58(3):250-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20043533>.
19. Daya R, Bayat Z, Raal FJ. Effects of diabetes mellitus on health-related quality of life at a tertiary hospital in South Africa: A cross-sectional study. *S Afr Med J*. [Internet]. 2016, Aug 5 [cited 2016 Mar 15]. 106(9):918-28. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27601120>.
20. Hasan SS, Clavarino AM, Mamun AA, Kairuz T. Anxiety symptoms and the risk of diabetes mellitus in Australian women: evidence from 21-year follow-up. *Public Health*. [internet] 2016 Jan; [cited 2017 Abril 15] 130:21-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26321179>
- 21 Smith KJ, Béland M, Clyde M, Gariépy G, Pagé V, Badawi G et al. Association of diabetes with anxiety: a systematic review and meta-analysis. *J Psychosom Res*. [Internet]. 2013 Feb; [cited 2016 Feb 10] 74(2):89-99. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23332522>
- 22 Grigsby AB, Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. Prevalence of anxiety in adults with diabetes: a systematic review. *J Psychosom Res*. [Internet] 2002 Dec; [cited 2016 Feb 17] 53(6):1053-60. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12479986>.

23. Li C, Barker L, Ford ES, Zhang X, Strine TW, Mokdad AH. Diabetes and anxiety in US adults: findings from the 2006 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Diabet Med.*[Internet] 2008 Jul; [cited 2016 Dez 22]. 25(7):878-81. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18644077>. doi: 10.1111/j.1464-5491.2008.02477
24. Nawaz A, Malik JA, Batool A. Relationship Between Resilience and Quality of Life in Diabetics. *J Coll Physicians Surg Pak.* [Internet]. 2014 Sep; [cited 2017 Feb 16] 24(9):670-5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25233974>.
- 25 Perfect MM, Jaramillo E. Relations Between Resiliency, Diabetes-Related Quality of Life, and Disease Markers to School-Related Outcomes in Adolescents With Diabetes. *Sch Psychol Q.* [Internet] 2012, Mar; [cited 2017 Dez 20] 27(1):29-40. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22582934>.
- 26 Reckziegel JCL. Resiliência e Adesão ao tratamento do Diabetes Mellitus em Mulheres. 2014.200f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina. 2014.
- 27 Infante, FA resiliência como processo: uma revisão da literatura recente. In: Melillo A, Ojeda ENS, organizadores. *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*. São Paulo: Artmed, 2005, p.24-38.
28. Masten AS. Ordinary magic: Resilience processes in development. *Am Psychol.* [Online] 2001 Mar; [cited 2016 Agos 17] 56(3):227-38. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11315249>
- 29 Khader YS, Bataineh S, Batayha W. The Arabic version of Diabetes-39: psychometric properties and validation. *Chronic Illn.* [Internet] 2008 Dec; [cited 2016 Feb 17] 4(4):257-63. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19091934>.doi: 10.1177/1742395308100647
- 30 Grotberg EH. Introdução: novas tendências em resiliência. In: Melillo A, Ojeda ENS (Orgs). *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*. São Paulo: Artmed, 2005, p.15-22.
- 31 Buss PM. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: Czeresnia, D.; Freitas, CM (Orgs). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ,2009, p.19-41.
- 32 Labonte R, Laverack G. Health Promotion: Concepts and Context. In: Labonté R, Laverack G. *Health Promotion in Action: from local to global empowerment*, Reino Unido: Palgrave Macmillan, 2008.p. 06-24. Available from: <http://www.palgrave.com/us/book/9780230007222>
- 33 Lopes AAF. Cuidado e Empoderamento: a construção do sujeito responsável por sua saúde na experiência do diabetes. *Saude soc.* [Internet]. 2015 June [cited 2017 Feb 17]; 24(2): 486-500. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200486&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000200008>.

5.3 MANUSCRITO 3 - RELAÇÃO ENTRE RESILIÊNCIA, QUALIDADE DE VIDA E CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS/CLÍNICAS DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS[‡]

PENA, Francineide Pereira da Silva¹
CHIESA, Anna Maria²

RESUMO: Tradicionalmente a pesquisa sobre Diabetes Mellitus enfatiza a doença e suas complicações. Resiliência e Qualidade de Vida emergem como construtos que apontam para um novo modelo de compreensão do processo saúde-diabetes-cuidado, pela dimensão da saúde e não somente da doença. Objetivo: Identificar a relação entre resiliência, qualidade de vida e variáveis sociodemográficas e clínicas de pessoas com diabetes mellitus. Método: estudo transversal descritivo com 202 pessoas com diabetes, em dois serviços de referências Macapá/AP. Para coleta de dados utilizou-se: questionário com características sociodemográficas e clínicas, escala de Resiliência e questionário Diabetes-39. Realizado análise descritiva e multivariada dos dados. Resultados: Resiliência apresentou relação com a qualidade de vida. Sexo, grau de escolaridade, atividade física e glicemia capilar foram as variáveis independentes preditoras associadas à percepção da qualidade de vida. Conclusão: sexo feminino apresentou qualidade de vida mais afetada. Grau de escolaridade apresentou correlação para resiliência e qualidade vida. Glicemia capilar, alterada, parece influenciar de forma negativa, indicando pior percepção da qualidade de vida. Resiliência tem efeito significativo sobre a qualidade de vida. A característica de resiliência com maior potencial de influência na qualidade de vida foi a percepção de si mesmo.

Descritores: Resiliência Psicológica, Qualidade de Vida, Diabetes Mellitus, Enfermagem.

[‡] Extraído do Relatório do Projeto da Tese de Doutorado Resiliência e Qualidade de Vida de pessoas com Diabetes Mellitus à Luz da Promoção da Saúde

¹Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo-USP, São Paulo-Brasil, E-mail: francipena@usp.br

²Enfermeira. Doutora em Saúde Pública, Professora Associada da Universidade de São Paulo-USP, São Paulo-Brasil, E-mail: amchiesa@usp.br

RELATION BETWEEN RESILIENCE, QUALITY OF LIFE AND SOCIODEMOGRAPHIC/CLINICAL FEATURES OF PEOPLE WITH DIABETES MELLITUS

ABSTRACT: Research on Diabetes Mellitus traditionally stresses on disease and its complications. Resilience and Quality of Life emerge as constructs which point to a new model of understanding the health-diabetes-care process, by means of the health dimension, not only by the disease. **Objective:** To identify the relation between resilience, quality of life and sociodemographic, clinical variables of people with diabetes mellitus. **Method:** crosscut descriptive study with 202 people suffering from diabetes in two reference services in Macapá/Amapá State, Brazil. For data collection, it was used: Resilience Scale and Diabetes-39 questionnaire. Descriptive and multivariate data analysis was carried out. **Results:** Resilience was correlated to quality of life. Gender, educational level, exercising and CBG were the predictive interdependent variables associated with the quality of life perception. **Conclusion:** Females reported more affected quality of life. Educational level presented correlation to resilience and quality of life. Altered CBG seems to influence negatively, evidencing worse perception of quality of life. Resilience has a significant effect on quality of life. The resilience feature with higher potential to influence quality of life was perception of self.

Descriptors: Psychological Resilience, Quality of Life, Diabetes Mellitus, Nursing.

INTRODUÇÃO

Receber o diagnóstico de Diabetes Mellitus (DM) significa, acima de tudo, receber uma informação que gera incerteza sobre o tempo de sobrevivência¹. A partir desse momento, várias mudanças na vida da pessoa se tornam necessárias para garantir o controle metabólico adequado exigido no tratamento da doença.

Deste modo, o diagnóstico do DM traz consigo um rito de passagem, de uma categoria de saudável para uma categoria de doente, que obrigatoriamente induz um processo de mudanças significativas na vida do adoecido para enfrentar a doença. O DM como condição crônica apresenta longo período de latência, ocasionando alterações patológicas irreversíveis com consequente incapacidade residual.² Esses aspectos levam a considerar o DM uma adversidade contínua, o que poderá corresponder à uma condição para o processo de desenvolvimento de resiliência.

A resiliência é um construto novo, pouco explorado na literatura científica na área da enfermagem. No entanto, na área da saúde, vem sendo explorado e avançando, em diferentes situações, recentemente, nas condições crônicas de saúde, em especial no DM.³

Abordagens e definições sobre esse construto divergem, no entanto, parece haver consenso entre os estudiosos do referido construto, no que concerne a ser: **um processo**, que envolve **superação da adversidade**, em que a pessoa passa por **adaptação e sai fortalecida**. A condição crônica do DM constitui uma **adversidade contínua**, e, após confirmação do diagnóstico, o viver com diabetes mellitus requisitará uma fase de **adaptação** às mudanças no estilo de vida.

Nessa trajetória, a resiliência passa a ser percebida como um processo, não se tratando apenas da superação da adversidade em si, mas de como a pessoa o faz e o que ocorre em consequência disso. Portanto, a resiliência faz parte da saúde mental e da qualidade de vida.⁴ Assim, mesmo diante da adversidade sofrida pelo diagnóstico de DM, as pessoas apresentam potenciais que as possibilitam desenvolver e alcançar níveis aceitáveis de saúde e bem-estar. A resiliência foca, portanto, os aspectos saudáveis da pessoa.⁵

A percepção sobre QV agregada ao diabetes mellitus tem sido abordada por vários autores, demonstrando que o DM tem um efeito significativo sobre a pessoa

que dele padece, em relação à qualidade de vida. Sugerem que o estado crônico compromete a gestão da doença, com isso influencia de forma negativa a QV.⁶⁻⁷

Neste contexto, o estudo da resiliência e da qualidade de vida significa o conhecimento do processo de aceitação e adaptação do diagnóstico do DM, e os subsídios permitem ir além da identificação dos sintomas e controle da glicemia, estimulam a identificação de recursos pessoais, familiares e contextuais que poderão e deverão ser utilizados para enfrentar a adversidade de viver com diabetes.

No entanto, foi identificada uma lacuna no conhecimento dos construtos resiliência e qualidade de vida associados às características sociodemográficas no campo das doenças crônicas, em especial o DM. Evidenciar se “há” e “quais” características estão associadas aos construtos é contribuir para a produção do conhecimento na saúde, em realidades diversas para pessoas com DM. Neste sentido, o objetivo do presente estudo foi identificar a associação entre resiliência, qualidade de vida e características sociodemográficas/clínicas de pessoas com Diabetes Mellitus.

MATERIAL E MÉTODO

Estudo transversal e descritivo, realizado em uma unidade básica de saúde e um ambulatório de especialidades de um centro hospitalar público no município de Macapá-AP, no período de setembro de 2015 a dezembro de 2016. A escolha destes locais para a pesquisa se deu por serem serviços de referência no atendimento de pessoas com Diabetes Mellitus. A população foi constituída por 562 pessoas adultas, sendo a amostra de 202 pessoas com DM tipo 1 e tipo 2, de ambos os sexos. A amostra foi do tipo probabilístico estratificada com alocação proporcional, com seleção aleatória simples.

Foram incluídas no estudo pessoas com DM a partir de 18 anos de idade, residentes em Macapá-AP ou em um dos municípios do Estado do Amapá, que estivessem cadastradas e em seguimento nas unidades acima citadas, que possuísem boa comunicação que possibilitasse a participação no estudo. Critérios de exclusão: não apresentar condições físicas e/ou emocionais para responder aos questionamentos.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas realizadas pela pesquisadora e preenchimento pelos sujeitos, nos locais do estudo, com apoio da pesquisadora quando necessário, com a utilização dos seguintes instrumentos: questionário sociodemográfico, a escala de Resiliência para Adulto (Resilience Scale for adults-RSA) e a escala Diabetes-39 (D-39).

A Escala de Resiliência para Adulto, desenvolvida na Noruega por Hjemdal et al. (2001), tem a finalidade de medir e verificar de forma mais ampla os recursos protetores que permitem a promoção da resiliência em adultos. No Brasil, foi adaptada e validada para o idioma português em uma amostra de estudantes universitários da Universidade Federal de Pernambuco. Também foi realizado um estudo comparativo sobre resiliência entre estudantes universitários da Universidade Federal de Pernambuco e estudantes da Universidade da Noruega. A Escala é composta de seis fatores e 33 itens, a saber: Percepção de si mesmo (6 itens = 01,07*,13,19*, 25, 29*); Futuro Planejado (4 itens= 02, 08*,14*,20); Competência Social (6 itens = 03*, 09, 15*, 21, 26*, 30); Estilo Estruturado (4 itens = 06*,12,18*,24); Coesão Familiar (6 itens = 04,10*,16, 22*, 27, 31*); Recursos Sociais (7 itens = 05,11*,17,23*,28*,32,33*); em uma escala de Likert de 1 a 7 pontos em formato diferencial semântico, tendo cada item organizado como *continuum*. Os opostos apresentam alternativas de respostas com conteúdo positivo e negativo. No estudo de validação no Brasil, o coeficiente de confiabilidade alfa de Cronbach foi 0,88. Nesse estudo, o alfa foi 0,902. Itens marcados com asterisco devem ser considerados de forma invertida para soma dos escores nos fatores.

A Escala Diabetes-39 (D-39) é um instrumento desenvolvido originalmente na língua inglesa, em Cary, Carolina do Norte, por Boyer e Earp (1997), cujo objetivo foi determinar a qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com DM. O instrumento D-39 foi adaptado e validado para o contexto brasileiro.⁸ Composta de cinco fatores e 39 itens, a saber: Energia e Mobilidade (15itens = 03 ,07, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 25, 29, 32, 33, 34, 35, 36); Controle do Diabetes (12 itens = 01, 04, 05, 14, 15, 17, 18, 24, 27, 28, 31, 39); Ansiedade e Preocupação (4 itens = 02, 06, 08, 22); Impacto Social (5 itens = 19, 20, 26, 37, 38); Funcionamento Sexual (3 itens = 21, 23, 30); em uma escala de Likert de 1 a 7 pontos, sendo o número 1 uma QV absolutamente não afetada, e o número 7, extremamente afetada. O processo de adaptação e validação teve sua estrutura fatorial confirmada e evidenciou a capacidade de mensurar os cinco fatores. No estudo de validação no Brasil, o

coeficiente de confiabilidade alfa de Cronbach foi 0,917. Nesse estudo, o alfa foi 0,951. O instrumento contempla também um domínio de avaliação geral (2 itens), que engloba a autopercepção da QV e da gravidade do diabetes.

A correlação da Resiliência (RSA total) e da Percepção de Qualidade de Vida (D-39 total) com as variáveis sociodemográficas e clínicas foram estudadas através dos testes ANOVA, *t – student* e o coeficiente de Pearson. No modelo de regressão linear múltipla, foram estudados dois modelos. No primeiro, foi utilizado o método *stepwise* e, no segundo, foram executados dois modelos de regressão linear: Modelo A - com a variável RSA total como variável independente; Modelo B – com as dimensões da RSA como variáveis independentes. Em ambos os modelos, o efeito destas variáveis foi ajustado para sexo, glicemia capilar ao acaso, atividade física e grau de escolaridade (variáveis significativas no modelo A). Nos resultados dos testes estatísticos inferenciais, foi considerado um nível de significância de 5%. A sistematização e a análise estatística foram feitas por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22 para Windows (IBM Corp. Released 2013).

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Amapá e aprovado pelo parecer n. 990.066, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 466/2012. As pessoas participantes foram esclarecidas sobre as finalidades do estudo e assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecimento.

RESULTADOS

Das variáveis socioeconômicas, a Percepção de Qualidade de Vida apresentou-se significativamente associada com o sexo ($p<0.001$), com o grau de escolaridade ($p=0.002$) e com a situação trabalhista ($p=0.002$). Quanto ao sexo, os homens (3.25 ± 1.15) têm uma percepção de melhor qualidade de vida do que as mulheres (3.98 ± 1.32). Os que trabalham (3.54 ± 1.33) têm também uma percepção de melhor qualidade de vida do que os que não trabalham (4.02 ± 1.25). Maior nível de escolaridade está associado a uma melhor percepção sobre a qualidade de vida ($R=-0.215$). A resiliência só está significativamente associada com o grau de

escolaridade. Neste caso, quanto maior o nível de escolaridade, mais elevados são os níveis de resiliência ($R = 0.152$, $p = 0.031$).

Tabela 9 - Correlações das variáveis sociodemográficas com a resiliência (RSA) e com a percepção de qualidade de vida (D-39) de pessoas com Diabetes Mellitus, Macapá - AP/Brasil, 2017 (N = 202).

VARIÁVEIS	Percepção de Qualidade de Vida (D-39)	Resiliência (RSA)
Gênero	M±DP	M±DP
Feminino	3.98 ± 1.32	4.73 ± 1.21
Masculino	3.25 ± 1.15	4.82 ± 1.30
Teste T Student	$p < 0.001$	$p = 0.628$
Idade (correlação)	$R = 0.003$ ($p = 0.963$)	$R = -0.063$ ($p = 0.372$)
Estado Civil	M±DP	M±DP
Casado(a)	3.74 ± 1.37	4.70 ± 1.25
União estável	3.82 ± 1.27	4.80 ± 1.41
Solteiro(a)	3.52 ± 1.39	4.81 ± 1.31
Viúvo(a)	3.87 ± 1.19	4.94 ± 0.87
Divorciado(a)	3.92 ± 1.28	4.57 ± 1.20
ANOVA	$p = 0.892$	$p = 0.862$
Escaridade (correlação)	$R = -0.215$ ($p = 0.002$)	$R = 0.152$ ($p = 0.031$)
Situação Trabalhista ⁽¹⁾	M±DP	M±DP
Não trabalhador	4.02 ± 1.25	4.77 ± 1.07
Trabalhador	3.54 ± 1.33	4.76 ± 1.36
Teste T Student	$p = 0.009$	$p = 0.956$
Renda Familiar (correlação)	$R = -0.053$ ($p = 0.450$)	$R = -0.034$ ($p = 0.632$)

⁽¹⁾ Não trabalhador: do lar, aposentado (a), pensionista ou desempregado(a); trabalhador: no mercado formal ou informal.

Quanto aos hábitos de vida, observa-se significância estatística apenas na relação entre a percepção sobre a qualidade de vida e a prática de exercício físico ($p < 0.001$). Neste caso, os pacientes que praticam exercício físico (3.32 ± 1.26) têm uma percepção de melhor qualidade de vida do que os que não praticam (4.01 ± 1.28).

Sobre os dados relacionados com o histórico de DM, nem os antecedentes familiares, nem o tipo de DM, nem o tempo de diagnóstico, nem a terapêutica utilizada estão correlacionados com a percepção sobre a qualidade de vida ou com a resiliência ($p > 0.05$). Ressalta-se que, apesar de não existir significância estatística, os escores dos pacientes sem terapêutica são indicadores de uma percepção de pior qualidade de vida e de menor resiliência do que os restantes.

Os dados relacionados à condição clínica, o IMC, a pressão arterial e a circunferência da cintura, não apresentaram correlação nem com a percepção com a qualidade de vida nem com a resiliência ($p > 0.05$). Os resultados mostram que o

aumento da GCA ($R = 0.252$; $p < 0.001$) e da HbA1C ($R = 0.127$; $p = 0.073$) está correlacionado com uma percepção de pior qualidade de vida. Observa-se ainda uma tendência de diminuição da resiliência com o aumento da GCA ($R = -0.127$; $p = 0.072$) e da HbA1C ($R = -0.159$; $p = 0.024$).

Tabela 10 - Correlações do IMC, circunferência da cintura, pressão arterial, GCA e HbA1C com a resiliência (RSA) e com a percepção de qualidade de vida (D-39) de pessoas com Diabetes Mellitus, MACAPÁ-AP/Brasil, 2017 (N = 202).

VARIÁVEIS	Percepção de Qualidade de Vida (D-39)	Resiliência (RSA)
IMC	M±DP	M±DP
Baixo Peso	3.99 ± 1.46	5.06 ± 0.70
Adequado ou Eutrófico	3.86 ± 1.31	4.58 ± 1.11
Sobrepeso	3.79 ± 1.28	5.02 ± 1.18
Obesidade I	3.52 ± 1.47	4.49 ± 1.48
Obesidade II	3.88 ± 0.91	4.48 ± 1.38
Obesidade III	3.17 ± 1.46	5.01 ± 0.85
ANOVA	$p = 0.671$	$p = 0.156$
Circunferência da cintura	M±DP	M±DP
Normal	3.53 (1.41)	4.71 (1.21)
Com risco aumentado	3.78 (1.40)	4.77 (1.25)
Teste T Student	$p = 0.389$	$p = 0.820$
Pressão arterial	M±DP	M±DP
Ótima	3.84 ± 1.29	4.77 ± 1.21
Normal	3.63 ± 1.39	4.88 ± 1.27
Limítrofe	4.11 ± 1.21	4.95 ± 0.82
Hipertensão estágio 1	3.74 ± 1.27	4.77 ± 1.30
Hipertensão estágio 2	3.54 ± 1.63	3.88 ± 1.27
Hipertensão estágio 3	3.77 ± 1.27	4.54 ± 1.07
ANOVA	$p = 0.850$	$p = 0.282$
GCA (correlação)	$R = 0.252$ ($p < 0.001$)	$R = -0.127$ ($p = 0.072$)
HbA1C (correlação)	$R = 0.127$ ($p = 0.073$)	$R = -0.159$ ($p = 0.024$)

O estudo da correlação multivariada das variáveis incluídas na pesquisa com a percepção da qualidade de vida foi feito com recurso de modelos de regressão linear múltipla. Em cada modelo apresentado, a variável dependente é a “D-39 total”, cuja distribuição é normal (Teste de Kolmogorov-Smirnov: $p > 0.200$). Foram incluídas como variáveis independentes as variáveis sociodemográficas e clínicas cuja associação com a “D-39 total” foi significativa nas análises univariadas (secção anterior). Numa segunda fase, foram incluídas as dimensões da RSA. Em todos os modelos de regressão apresentados, foram verificados e validados os pressupostos da normalidade da distribuição dos resíduos e a homogeneidade das variâncias dos resíduos.

Num primeiro modelo de regressão linear múltipla foram incluídas como variáveis independentes as variáveis sociodemográficas e clínicas cuja associação com a “D-39 total” foi significativa nas análises univariadas. Neste modelo, foi utilizado o método *stepwise* de forma a manter no modelo final apenas as variáveis significativamente associadas com a percepção com a qualidade de vida (“D-39 total”). Os resultados são apresentados na Tabela 3.

Tabela 11 - Associação da Percepção de Qualidade de Vida (D-39 total) com as variáveis sociodemográficas e clínicas de pessoas com Diabetes Mellitus, MACAPÁ-AP/Brasil, 2017 (N = 202), modelo de regressão linear.

VARIÁVEIS INDEPENDENTES	Coeficientes de regressão		P
	Estandarizado (β)	Não estandarizado (B)	
Sexo (Feminino)	0.228	0.643	0.001
Glicemia Capilar ao Acaso	0.183	0.002	0.007
Atividade Física (Sim)	-0.179	-0.484	0.008
Grau de escolaridade	-0.158	-0.097	0.016

Variável dependente: D-39 total; $F(4, 197) = 10.957$; $p < 0.001$; $R^2 = 18.2\%$

Variáveis excluídas (não significativas): idade, situação trabalhista, hábito de vida, terapêutica utilizada, HbA1C.

O modelo permitiu identificar quatro variáveis significativamente associadas com a percepção sobre a qualidade de vida: sexo ($p = 0,001$), Glicemia Capilar ao Acaso ($p = 0,007$), Atividade Física ($p = 0,008$) e Grau de escolaridade ($p = 0,016$).

A análise dos coeficientes de regressão leva a concluir que as mulheres têm uma pior percepção da qualidade de vida ($B = 0,643$; $\beta = 0,228$); o aumento da Glicemia Capilar ao Acaso está associado com a diminuição da qualidade de vida ($B = 0,002$; $\beta = 0,183$); os praticantes de atividade física têm uma melhor qualidade de vida ($B = -0,484$; $\beta = -0,179$) e o aumento do nível de escolaridade está associado com uma melhor qualidade de vida ($B = -0,097$; $\beta = -0,158$).

O modelo de regressão 2 teve como objetivo estudar a influência da resiliência na percepção sobre a qualidade de vida, e qual/quais das suas dimensões tem(têm) mais influência. Nesse sentido, foram executados dois modelos de regressão linear: Modelo A - com a variável RSA total como variável independente; Modelo B - com as dimensões da RSA como variáveis independentes. Em ambos os modelos o efeito destas variáveis foi ajustado para o Sexo, Glicemia Capilar ao Acaso, Atividade Física e Grau de escolaridade (variáveis significativas no Modelo 1). Os resultados são apresentados na Tabela 2.

Tabela 12 - Associação da Percepção de Qualidade de Vida (D-39 total) com a resiliência (RSA) de pessoas com Diabetes Mellitus, MACAPA- AP/Brasil, 2017 (N = 202), modelos de regressão linear.

VARIÁVEIS INDEPENDENTES	Coeficientes de regressão		P
	Estandarizado (β)	Não estandarizado (B)	
MODELO A			
RSA total	-0.233	-0.247	< 0.001
Variável dependente: D-39 total; F (5, 196) = 12.006; p < 0.001; R ² = 23.4%			
MODELO B			
Percepção de si mesmo	-0.258	-0.223	0.007
Futuro Planejado	-0.087	-0.091	0.223
Competência Social	0.020	0.016	0.826
Coesão Familiar	0.052	0.045	0.646
Recursos Sociais	-0.032	-0.025	0.798
Variável dependente: D-39 total; F (9, 192) = 7.507; p < 0.001; R ² = 26.0%			
Modelo ajustados para o Sexo, Glicemia Capilar ao Acaso, Atividade Física e Grau de escolaridade (variáveis significativas no Modelo 1).			

Os resultados do Modelo A mostram que a resiliência tem um efeito significativo na percepção da qualidade de vida ($p < 0,001$). A análise dos coeficientes de regressão ($B = -0,247$; $\beta = -0,233$) leva a concluir que o aumento do escore da RSA total leva a uma diminuição do escore da D-39 total, ou seja, quanto maior é a resiliência, maior é a qualidade de vida.

Do Modelo B conclui-se que apenas a dimensão “Percepção de si mesmo” tem um efeito significativo na percepção da qualidade de vida ($p = 0,007$). Esse efeito é negativo, indicando que escores elevados desta dimensão estão associados com escores baixos da D-39 total, ou seja, quanto maior é a resiliência associada à dimensão “Percepção de si mesmo”, maior é a qualidade de vida.

DISCUSSÃO

Tendo em vista o objetivo de identificar a associação entre resiliência e percepção da qualidade de vida com as variáveis sociodemográficas e clínicas, foram feitas relações entre as referidas variáveis.

As variáveis sociodemográficas sexo e situação trabalhista na análise univariada apresentaram relação significativa para a percepção da qualidade de vida. Enquanto, para a variável grau de escolaridade, a correlação indicou significância tanto para a percepção da qualidade de vida e como para a resiliência.

A prática de exercício físico apresentou relação com a percepção da QV. As taxas de glicemia capilar e da hemoglobina glicada apresentaram correlação para qualidade de vida e resiliência. No entanto, a partir da análise multivariada ajustada, foi constatado que apenas as variáveis sexo, grau de escolaridade, atividade física e glicemia capilar foram as variáveis independentes preditoras, significativamente associadas à percepção da qualidade de vida.

Esses achados revelam que existe uma relação que expressa que os homens têm uma melhor percepção de QV do que as mulheres, esse achado se confirma na literatura. Os estudos encontrados que utilizaram D-39, em sua maioria, mostram que as mulheres apresentam baixa percepção da qualidade de vida. Como exemplo, no estudo realizado na Suazilândia, o sexo predisse maior impacto do diabetes nos domínios do D-39, estando o sexo feminino associado a pior percepção da QV.⁸

No Brasil, estudos realizados em Sergipe e em Belém com o instrumento genérico SF-36, também apontaram melhor avaliação dos homens em todos os componentes do referido instrumento. Uma possível explicação para pior avaliação entre as mulheres sobre QV está relacionada à situação psicológica. As mulheres estão mais expostas que os homens à essa situação; sendo atribuída esta exposição a processos biológicos, tais como fatores genéticos, flutuações hormonais e sensibilidade a essas flutuações.⁹⁻¹⁰

Embora este estudo não tenha se proposto à avaliação dessa situação psicológica, a mesma vem sendo explorada na literatura, sendo apontada como importante para futuras pesquisas neste campo, em especial no que se refere à ansiedade. Estudos recentes demonstraram que níveis elevados de glicose podem contribuir para o desenvolvimento de ansiedade e depressão e vice-versa.¹¹ Por outro lado, o sexo feminino é apontado como um dos fatores que favorece a resiliência, fato que difere dos resultados desse estudo.¹²

A relação do grau de escolaridade com a percepção da qualidade de vida e resiliência foi semelhante ao encontrado nos estudos realizados na França, Colômbia e Uganda, que evidenciaram, nas variáveis sociodemográficas, que o baixo grau de escolaridade se associa à má qualidade de vida, maior grau de escolaridade se associa à melhor/elevada qualidade de vida respectivamente.^{13;14} Quanto à resiliência, o maior grau de escolaridade indica maior nível de resiliência, sugerindo melhor controle metabólico, desempenhando um efeito positivo na gestão do diabetes.¹⁵ Porém, há contrapontos em estudos sobre os níveis de resiliência

associados ao grau de escolaridade, estes não parecem ter relação, porque as pessoas que nunca estudaram, tiveram escore de resiliência igual ao das que estudaram.^{3;16}

A partir dos resultados desse estudo, acredita-se que quanto maior o grau de escolaridade, melhor a resiliência e, por conseguinte, melhor a percepção de qualidade de vida. Acredita-se que ter completado a escolaridade até o ensino médio pode refletir de forma positiva na apreensão dos conhecimentos oferecidos pela equipe de saúde, fortalecendo a autoestima e estimulando sentimentos positivos diante das opções de tratamentos e favorecendo prevenção das complicações crônicas.

Na Colômbia, pessoas com doenças crônicas, em avaliação de resiliência, revelaram a independência entre as variáveis sociodemográficas e a resiliência, inclusive o grau de escolaridade.¹⁷ O que difere dos resultados do presente estudo, uma vez que a análise evidencia correlação entre grau de escolaridade e resiliência.

A atividade física tem uma grande relação com a melhoria da qualidade de vida.¹⁸ Nesse estudo, os dados revelaram que pequena parcela pratica exercício físico, porém, na análise multivariada, esta variável se mostrou preditora de melhor percepção de qualidade de vida em pessoas com DM, quando comparadas às pessoas que não praticam atividade física. Em diferentes estudos, a atividade física se revelou como diferencial entre os que praticam atividade e os que não a praticam, comprovando que a atividade física tem um impacto positivo na qualidade de vida. Porém, na maioria das vezes, as pessoas com DM não percebem esse potencial impacto positivo do exercício na QV, o que é evidenciado pela ausência de uma associação entre QV e exercício físico.^{10;19;7}

Diferentemente dos resultados de um estudo realizado com mulheres afro-americanas com DM, que demonstrou que os exercícios físicos não fizeram diferença nos escores de resiliência, embora as mulheres que relataram realizar exercício físico regularmente tenham apresentado escores de resiliência mais elevados, entretanto, o achado não foi significativo.¹¹

Outra variável preditora de qualidade de vida foi o nível de glicemia capilar ao acaso-GCA. Neste estudo, as taxas de GCA estavam acima do que é aceitável, condizente com controle inadequado, estando associadas com uma percepção de pior qualidade de vida. A GCA representa o nível de glicose sanguínea do momento atual. Esta variável, quando alterada, parece ter relação negativa com todas as

dimensões da qualidade de vida, exceto na dimensão social.¹⁵ Por isso se entende que está associada com QV reduzida, sendo os sintomas hiperglicêmicos e complicações diabéticas os principais determinantes da QV.⁷

No modelo 2 da análise de regressão linear múltipla, cujo objetivo foi estudar a influência da resiliência sobre a percepção da qualidade de vida e qual/quais de seus fatores tem (têm) mais influência, foram executados dois modelos, em ambos, o efeito destas variáveis foi ajustado para o sexo, glicemia capilar ao acaso, atividade física e grau de escolaridade (variáveis significativas no modelo 1).

Os resultados do modelo A constataam que a resiliência tem um efeito significativo na percepção da qualidade de vida. O aumento do escore da RSA total leva a uma diminuição do escore da D-39 total, ou seja, quanto maior é a resiliência, maior é a qualidade de vida. No modelo B, constata-se que apenas a dimensão “Percepção de si mesmo” tem um efeito significativo na percepção da qualidade de vida. Quanto maior é a resiliência associada à dimensão “Percepção de si mesmo”, maior é a qualidade de vida.

Este fator refere-se à confiança da pessoa nas próprias capacidades, à expressão de autoeficácia e a uma visão positiva e realista de si mesmo.²⁰ Desta forma, a maneira como as pessoas percebem sua condição influencia no controle geral do seu estado de saúde-doença, sendo que o enfoque da resiliência traz a possibilidade de novos olhares acerca do viver com o DM. O novo olhar cria momentos para perceber a si mesmo e pensar no enfrentamento da doença, buscando ferramentas capazes de auxiliar na superação das instabilidades próprias da evolução da doença, uma vez que o DM é um adoecimento de longa duração.

Tal duração sugere que as pessoas com DM em seu contexto se vêem exigidas pela sua condição crônica para a tomada de atitude, assim, as características realistas de si mesmo se estabelecem e se fazem presentes, configurando-se em suporte e proteção para as pessoas com DM enfrentarem a doença e suas exigências de mudanças no estilo de vida e de seu ambiente de convívio. Isso implica compromisso constante com hábitos saudáveis de vida e compreensão do seu problema de saúde para cuidar-se.²¹

CONCLUSÃO

O estudo buscou identificar a associação entre resiliência e percepção da qualidade de vida com as variáveis sociodemográficas e clínicas das pessoas com DM. Os resultados permitiram concluir que, na população de pessoas com Diabetes Mellitus de Macapá-AP, o sexo feminino apresenta qualidade de vida mais afetada que o sexo masculino. O grau de escolaridade foi a única característica sociodemográfica que apresentou correlação para resiliência e qualidade de vida. A glicemia capilar, quando alterada, parece influenciar de forma negativa, demonstrando pior percepção da qualidade de vida.

A resiliência tem um efeito significativo sobre a qualidade de vida. A característica de resiliência com maior potencial de influência na qualidade de vida foi a percepção de si mesmo.

REFERÊNCIAS

1. Mantovani MF, Mendes FRP. A condição crônica de saúde: do diagnóstico à gestão cotidiana da situação. In: Trentini M, Paim L, Guerreiro D. Condições Crônicas e Cuidados Inovadores em Saúde. São Paulo: Atheneu, 2014. p.11-26.
2. Lessa I. Doença crônica não transmissível. In: Lessa I, organizador. O Adulto brasileiro e as doenças da Modernidade. São Paulo: Hucitec, Abrasco, 1998.
3. Böell JW, Silva DMGV, Hegadoren KM. Fatores sociodemográficos e condicionantes de saúde associados à resiliência de pessoas com doenças crônicas: um estudo transversal. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2016 [citado 2017 Fev 12]; 24: e2786. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100408&lng=pt.
4. Grotberg EH. Introdução: novas tendências em resiliência. In: Melillo A, Ojeda ENS, organizadores. Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas. São Paulo: Artmed, 2005, p.15-22.
5. Ravazzola MC. Resiliências Familiares. In: Melillo A.; Ojeda, ENS, organizadores. Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas. São Paulo: Artmed, 2005, p.73-85.
6. Yasien S, Nasir JA, Shaheen T. Relationship between psychological distress and resilience in rescue workers. Saudi Med J, [Internet] 2016, [cited 2016 Maio 17] 37 (7): 778-82. Available from: www.smj.org.sa.
7. Daya R, Bayat Z, Raal FJ. Effects of diabetes mellitus on health-related quality of life at a tertiary hospital in South Africa: A cross-sectional study. S Afr Med J.

[Internet]. 2016, Aug 5 [cited 2016 Mar 15]. 106(9):918-28. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27601120>.

8. Mngomezulu N, Yang CC. Quality of life and its correlates in diabetic outpatients in Swaziland. *Int Health*. [Online] 2015 Nov; [cited 2017 Feb 16] 7(6):464-71. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25858279>. doi: 10.1093/inthealth/ihv019 .

9. Ramos L, Ferreira EAP. Fatores emocionais, qualidade de vida e adesão ao tratamento em adultos com Diabetes tipo 2. *Rev. Bras Crescim Desenvol Hum* [Online] 2011, [cited 2017 Jan 15] 21(3):867-77. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S0104-12822011000300013&lng=pt&tlng=pt

10 Alves TOS, Souza AS, Souza ECS, Gois CFL, Guimarães AMDN, Mattos MCT. Qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com Diabetes Mellitus. *REME Rev. Minei. Enferm.*, [Online] 2013, [cited 2017 Jan 15] 17(1):135-140. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/585>

11. DeNisco S. Exploring the relationship between resilience and diabetes outcomes in African Americans. *J of the Am Acad of Nur Practi*, [Internet]. 2011, nov [cited 2016 Abril 15]. 23 (11): 602-10. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22023232>

12. Hildon Z, Montgomery SM, Blane D, Wiggins RD, Netuveli G. Examining resilience of quality of life in the face of health-related and psychosocial adversity at older ages: what is “right” about the way we age? *The gerontologist* [Internet]. 2010 Feb [cited 2017 Abril 15]. 50(1): 36-47. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19549715>

13. Nyanzi R, Wamala R, Atuhaire LK. Diabetes and Quality of Life: A Ugandan Perspective. *J. of Diab. Research*, [Online] 2014, mar. [cited 2016 Feb 16] Article ID 402012, doi:10.1155/2014/402012. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/jdr/2014/402012/cta/>

14. Machado-Alba JE, Medina-Moraes DA, Echeverri-Cataño LF. Evaluation of the quality of life of patients with diabetes mellitus treated with conventional or analogue insulins. *Diab. Research and Clin. Prac.* [On-line] 2016, [cited 2016 May 20] 116 (2016): 237 – 243. Available from: journal homepage: www.elsevier.com/locate/diabres

15. Nawaz A, Malik JA, Batool A. Relationship Between Resilience and Quality of Life in Diabetics. *J Coll Physicians Surg Pak*. [Internet]. 2014 Sep; [cited 2017 Feb 16] 24(9):670-5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25233974>.

16. Steinhardt MA, Mamerow MM, Brown SA, Jolly CA. A Resilience Intervention in African American Adults with Type 2 Diabetes: A Pilot Study of Efficacy. *Diabetes Educ.* [On line] 2009 Mar–Apr; [cited 2017 Feb 15] 35(2): 274–284. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3001398/>

17. Quiceno JM, Alpi SV. Resiliencia y Características sociodemográficas en enfermos crónicos. *Psicología Desde El Caribe*, [Internet].2012, enero-abril, [cited 2016 Feb 16], 29(1):87-104. Available from:
<http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v29n1/v29n1a06.pdf>
18. Macedo CSG, Garavello JJ, Oku EC, et al. Benefícios do exercício físico para a qualidade de vida. *Rev Bras Ativ Fís; Saúde Londrina* [On line] 2012, [cited 2016 May 20] 8(2): 19-27. Available from:
<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/875>
19. Çolak TK, Acar G, Dereli EE, Özgül B, Demirbüken İ, Alkaç Ç, et al. Association between the physical activity level and the quality of life of patients with type 2 diabetes mellitus. *J. Phys. Ther. Sci.* [On line] 2016, Jan. [cited 2016 Dez 20] 28(1):142–147. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4755992/>
20. Carvalho VD, Teodoro MLM, Borges LO. Escala de Resiliência para Adultos: aplicação entre servidores públicos. *Aval. psicol.* [Internet]. 2014 Ago [citado 2017 Fev 23] ; 13(2): 287-295. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext &pid=S1677-04712014000200016&lng=pt.
21. Dornelles SS, Silva DMGV, Mattosinho MMS, Kuhen AE, Baião S, Sandoval R. O cuidado à pessoa com Diabetes Mellitus e sua família. *Cogitare Enferm.* [online]. 2013 Jul/Set; [cited 2017 Feb 15], 18(3):496-501. Available from:
<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/33562>

6 CONCLUSÕES

6 CONCLUSÕES

A realização deste estudo permite sintetizar algumas considerações acerca da associação entre resiliência e qualidade de vida à luz da Promoção da Saúde, mas também indica a necessidade de outros estudos que continuem se aprofundando nesta direção.

No tocante as hipóteses levantadas neste estudo foram confirmadas: Resiliência e Qualidade de Vida de pessoas com Diabetes Mellitus apresentam correlação entre si. Características de resiliência influenciam de forma positiva a qualidade de vida de pessoas com Diabetes Mellitus.

Relacionado ao objetivo específico, caracterizar a população do estudo segundo as variáveis sociodemográficas e variáveis clínicas, os resultados evidenciaram que a população em estudo já apresenta comorbidades, controle metabólico inadequado, bem como possui um grau de escolaridade melhor quando comparado ao encontrado em outros estudos, porém ainda baixo; encontra-se em faixa etária jovem, com situação trabalhista ativa, no entanto, com baixo ganho salarial. A maioria foi do sexo feminino, com diabetes tipo 2, história familiar positiva para DM, com sobrepeso, circunferência da cintura alterada, sem prática de atividade física, casada e em uso de ADO.

As características identificadas, que diferem de outros estudos, permitirão elaborar estratégias de atendimento mais particularizado e monitorar melhor as pessoas com DM, principalmente aquelas com maiores fragilidades e risco aumentado para complicações, bem como, dificuldade de manutenção da estabilidade das taxas de glicemia e HbA1c, no sentido de fortalecer o autocuidado nesta população e manter o controle metabólico.

O objetivo geral do estudo foi identificar a relação entre resiliência e qualidade de vida de pessoas adultas com Diabetes Mellitus. Os resultados revelaram que há relação entre resiliência e qualidade de vida entre todos os fatores da RSA e domínios do D-39, ou seja, as pessoas com DM com maior resiliência têm melhor percepção de QV. Os dois instrumentos ofereceram possibilidades de apreender as reais necessidades de saúde das pessoas com DM e respondem às demandas teóricas da promoção da saúde, possibilitando captar elementos para o cuidado de pessoas com DM.

A escala D-39 apresentou correlações e consistência internas altas na amostra desse estudo, reiterando que a validação e adaptação para o Brasil se mostram apropriadas e configuram-se em instrumento que poderá subsidiar a prática clínica, para melhor cuidar da percepção sobre QV em pessoas com DM.

Sua aplicação no momento da consulta de enfermagem, desde a admissão da pessoa no serviço e reaplicação a cada seis meses em um dos retornos permitirão captar dados de seguimento para análise das diferentes fases que o DM impõe a partir do diagnóstico e durante a vivência. Podem-se observar as dimensões mais frágeis e mais potentes e o que influencia a fragilidade e a potencialidade. O uso desses resultados para planejar o cuidado pode estabelecer “o que” e “como” as práticas de saúde devem ser realizadas. Podem ainda auxiliar os profissionais que trabalham com a clínica e gestores em saúde a avaliarem melhor o impacto da doença, das terapêuticas e das políticas de saúde.

Tomar a vivência do DM na QV da pessoa que dele padece e absorver no plano de cuidados o que é inerente ao seu convívio é adquirir saberes de suas experiências, é estabelecer um diálogo para a Promoção da Saúde, valorizando a pessoa e não a doença. Isso parece contribuir para o princípio da integralidade do cuidado.

Os resultados do estudo em pauta, também possibilitam ao profissional da saúde, negociar com a pessoa com DM, a fim de que ela considere as estratégias de saúde implementadas e, juntos, enxerguem a necessidade de qualidade de vida no contexto da promoção da saúde.

A RSA não pode ser utilizada da forma como foi validada e adaptada no Brasil com a estrutura de seis fatores e 33 itens. Seu uso se deu com cinco fatores e 18 itens, respeitando os testes estatísticos de confiança. Entende-se que a necessidade de ajuste para o uso da RSA na população desse estudo, se deveu principalmente ao componente trabalho, pois sua validação e adaptação se deram entre servidores públicos e estudantes universitários, o que difere muito da amostra estudada. Outro aspecto que pode ter refletido nos resultados é a escolaridade baixa da amostra, mais da metade não tem o ensino médio completo, o que pode ter dificultado a interpretação das questões.

Igualmente, o fator estilo estruturado foi retirado por ter apresentado consistência estatística abaixo do que a literatura recomenda, como em outros estudos citados no desenvolvimento das análises anteriores. Porém, os resultados

encontrados autenticam a indicação de aplicação da referida escala. Embora tenham sido encontradas limitações, vale pontuar em relação à RSA, a possibilidade de sugerir outros estudos e adaptações para pessoas com DM, bem como para pessoas com problemas de saúde crônicos. A finalidade será lapidar a referida escala, levando em consideração que a mesma foi elaborada para verificar de forma mais ampla os recursos protetores que permitem a promoção da resiliência em adultos. No presente estudo, tiveram destaque os fatores coesão familiar e recursos sociais, tão necessários para o cuidado de pessoas com DM.

Assim, esse estudo pode significar o ponto de partida, para a necessidade de rever e considerar instrumentos para o estudo do construto resiliência na esfera da saúde, em especial na saúde de pessoas com DM.

Portanto, a utilização do modelo de Saúde e Bem-estar, na análise da relação entre resiliência e qualidade de vida na população com DM em Macapá, indica que os construtos apresentam conexões com as dimensões do modelo, em especial nas dimensões Emocional – Projeto de Vida, em que a dimensão ansiedade e preocupação do construto qualidade de vida se destacam. Entende-se que o destaque do referido domínio se dá devido aos anseios dessas pessoas por melhor controle da doença, para desfrutar melhor seus projetos de vida. A ansiedade aqui se identifica pela visão de futuro que as pessoas com DM têm para suas vidas, o que influencia a qualidade de vida.

A outra dimensão é a Social - Vida Comunitária, nesta os domínios de resiliência coesão familiar e recursos sociais se destacaram. Entendem-se esses domínios como elementos potenciais que, associados às estratégias já existentes nos serviços de saúde, fortaleçam o atendimento da pessoa com DM, bem como elementos mediadores na reorganização dos serviços de atenção à saúde.

Da mesma forma que se propõe que o construto qualidade de vida se some aos cuidados à pessoa com DM, assim se faz com relação ao construto da resiliência. As implicações do uso do construto na prática clínica, se revelam na possibilidade de a resiliência ser integrante essencial no viver com DM, pois há necessidade de compreender as modificações que a doença imprime na vida das pessoas que dela padecem, bem como se dão as demandas por busca aos atendimentos de saúde, para tanto a resiliência será mediadora.

Então buscar identificar na consulta de enfermagem características de resiliência das pessoas com DM e nos retornos com períodos planejados, identifica-

la novamente, revendo os domínios com maior e menor potencial, possibilita um cuidado focado na pessoa. As características advindas deste processo imprimirão uma dinâmica no processo do cuidar, que, por sua vez, dinamizará as discussões e planejamento de estratégias para o cuidado em promoção da saúde, fazendo com que estejam sempre em processo de reformulação, tendo como eixo estruturante novas necessidades de saúde da pessoa com DM.

As possíveis aplicações práticas dos achados desse estudo se prendem a formulações de programas que trabalhem os potenciais da promoção da saúde, com vistas a fortalecer as pessoas com DM, de forma a superarem as fragilidades relacionadas ao adequado controle metabólico. Espera-se que os projetos de vida sejam retomados e a qualidade de vida das pessoas e de suas famílias seja ampliada, com possibilidade de impactar nos indicadores de saúde comunitária em Macapá.

6.1 LIMITES

Esses resultados estão sujeitos a limitações, por se tratar de um estudo transversal para estudar a relação de dois construtos, multidimensional e subjetivo, o que fragiliza em parte a relação estabelecida entre resiliência e qualidade de vida. Além disso, este estudo é o primeiro a utilizar a escala RSA em pessoas com diabetes mellitus, uma vez que não foi validada para a população em questão. Apesar destas possíveis limitações, este estudo foi o primeiro a relacionar resiliência e qualidade de vida em adultos com diabetes, assim sendo, sugere-se que futuras pesquisas sejam realizadas, como arranjos metodológicos longitudinais, para melhor avaliar essa relação.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Aith FMA. Marcos legais da promoção da saúde no Brasil. *Revista Medicina* (São Paulo). 2013, 92(2):148-54. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/79977/83903>. Acesso em: 15 out. 2016.

Albuquerque ESG. Aspectos cognitivos e não-cognitivos na adaptação de estudantes universitários (i)migrantes [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2016.

Albuquerque S, Pereira M, Fonseca A, Canavarro MC. Qualidade de vida e sintomatologia psicopatológica em pais de crianças com diagnóstico de deficiência/anomalia congênita: A importância das características de resiliência. *Análise Psicológica*. 2013, 31(2):171-84. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312013000200005 Acesso em: 15 dez. 2016.

Almeida MAB, Gutierrez GL, Marques R. Qualidade de Vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa. São Paulo: Escola de Arte, Ciências e Humanidade. EACH/USP, 2012.

Alves TOS, Souza AS, Souza ECS, Gois CFL, Guimarães AMDN, Mattos MCT. Qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com Diabetes Mellitus. *REME*. 2013, 17(1):135-40. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/585>. Acesso: 15 fev. 2016.

Amaral-Bastos M. O conceito de resiliência na perspectiva de enfermagem. *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería*. 2013, 3(4):61-70. Disponível em: <http://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/92/> Acesso: 15 fev. 2016.

American Diabetes Association – ADA. Standards of medical care in Diabetes. The journal of clinical and applied research and education [Internet] 2017. Jan. [cited 2017 Feb 15]. 40(sup:1). Available from: http://professional.diabetes.org/sites/professional.diabetes.org/files/media/dc_40_s1_final.pdf. Acesso em: 15 fev. 2017.

American Diabetes Association – ADA. Standards of medical care in Diabetes-2016. The journal of clinical and applied research and education [Internet] 2016. Jan. [cited 2016 out 15]. 39 (sup:1). Available from: http://care.diabetesjournals.org/content/suppl/2015/12/21/39.Supplement_1.DC2/2016-Standards-of-Care.pdf. Acesso em: 15 out. 2016.

Barata NERRC. Relação diádica e qualidade de vida de paciente com insuficiência renal crônica [tese]. Santiago de Compostela: Faculdade de Psicologia, Universidade de Santiago de Compostela, 2009. Disponível em:

https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/2600/9788498872620_content.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso: 15 fev. 2016.

Barros EB. Reabilitação Profissional: Investigando a resiliência em trabalhadores acidentados [dissertação]. Manaus: Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Amazonas, 2015.

Barsaglini RA. As representações sociais e experiência com o diabetes: um enfoque socioantropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

Bianchini DCS, Dell'Aglia DD. Processos de resiliência no contexto de hospitalização: um estudo de caso. *Paidéia*. 2006, 16(35):427-36. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X_20060_00300013 Acesso: 15 fev. 2016.

Böell JEW, Silva DMGV, Hegadoren KM. Fatores sociodemográficos e condicionantes de saúde associados à resiliência de pessoas com doenças crônicas: um estudo transversal. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2016, 24:e2786. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02786.pdf. Acesso em: 12 fev. 2017.

Böell JEW. Resiliência de pessoas com doenças crônicas: diabetes mellitus e insuficiência renal crônica terminal [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

Boyer JG, Earp JA. The development of an instrument for assessing the quality of life of people with diabetes. *Diabetes* 39. *Med Care*. 1997, 35(5):440-53. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9140334>. Acesso: 12 mar. 2016.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Formulário de Fitoterápicos da Farmacopéia Brasileira. Brasília: Anvisa, [Internet] 2011a, [cited 2017 Feb 15] Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/14/Formulario-de-Fitoterapicos-da-Farmacopeia-Brasileira-sem-marca.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, [Internet] 2006. [cited 2017 Feb 15] Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. [Internet] 2013 [cited 2017 Feb 15] Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, [Internet] 2014 [cited 2017 Feb 15]. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Alimentos regionais brasileiros. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, [Internet]. 2015 [cited 2017 Jan 15]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentos_regionais_brasileiros_2ed.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). [Internet] 2009 [cited 2016 Jan 15] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes. Saúde da Família. Brasília, [Internet]. 2011c [cited 2017 Feb 15]. Available from: <http://arquivos.sbn.org.br/pdf/vigitel.pdf> .

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. [Internet]. 2006 [cited 2017 Feb 15] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_recomendacoes_cuidado_doencas_cronicas.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, [Internet] 2011d . [cited 2017 Feb 15]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2015: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, [Online] 2016. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2015.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. [Internet]. 2006 [cited 2017 Feb 15] Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/28_11_2013_14.57.23.7ae506d47d4d289f777e2511c83e7d63.pdf_

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde. [Internet]. 2010 [cited 2016 Feb 15]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília: Ministério da Saúde. [Internet]. 2014 [cited 2017 Feb 15]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNaPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, [Internet]. 2015 [cited 2017 Feb 15]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema nacional de Vigilância em saúde: relatório de situação: Amapá / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde.5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, [Internet]. 2011b [cited 2017 Feb 15]. Available from:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema nacional de Vigilância em saúde: relatório de situação: Amapá.5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, [Internet]. 2011a [cited 2017 Feb 15]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_nacional_vigilancia_saude_ap_5ed.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde. [Internet]. 2006 [cited 2017 Feb 15] Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/webpacto/volumes/01.pdf>

Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Cien Saude Colet. 2000, 5(1):163-77.

Buss PM. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p.19-41.

Campolina AG, Ciconelli RM. Qualidade de vida e medidas de utilidade: parâmetros clínicos para as tomadas de decisão em saúde. Rev Panam Salud Publica. 2006, 19(2):128-36.

Canesqui AM. Prefácio. In: Barsaglini RA. As representações sociais e experiência com o diabetes: um enfoque socioantropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 9-11.

Capanna C, Paolo S, Hjemdal O, Collazzoni A, Rossi A. The Italian validation study of the Resilience Scale for Adults (RSA). Bollettino di Psicologia Applicata. 2015 53(272):16-24.

Carvalho SS, Silva TMA, Coelho JMF. Contribuições do tratamento não farmacológico para Diabetes Mellitus tipo 2. Revista de Epidemiologia e Controle de

Infecção. 2015, 5(2):59-64. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17058/reci.v5i2.5616>
Acesso em: 16 jun. 2016.

Carvalho V, Borges LO. O papel da resiliência nos resultados de um processo de socialização organizacional. In: 6º Encontro de Estudos Organizacionais da ANPAD; 2010 mai. 23-25; Florianópolis. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/eneo111.pdf>.

Carvalho VD, Borges LO, Vikan A, Hjemdal O. Resiliência e Socialização Organizacional entre Servidores Públicos Brasileiros e Noruegueses. RAC. 2011; 15(5):815-33.

Carvalho VD, Teodoro MLM, Borges LO. Escala de Resiliência para Adultos: aplicação entre servidores públicos. Avaliação Psicológica. 2014, 13(2):287-95. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712014000200016&lng=pt. Acesso em: 15 fev. 2016.

Carvalho VD. Resiliência e socialização organizacional de novos servidores: um estudo transcultural [tese]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2011.

Chiesa AM, Fracolli LA, Veríssimo MDLÓR, Zoboli ELCP, Ávila LK, Oliveira AAP. A construção de tecnologias de atenção em saúde com base na promoção da saúde. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(Esp 2):1352-7.

Chiesa AM, Zoboli ELCP, Granja G. Atenção à Saúde na perspectiva da equidade. In: Pelicioni MCF, Mialhe FL, organizadores. Educação e Promoção da Saúde: teoria e prática. São Paulo: Santos; 2012. p. 421-33.

Chiesa AM. A promoção da saúde como eixo estruturante no Programa de Saúde da Família. Nursing. [Online] 2003; [cited 2016 Mar 15] 6(64):40-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000135&pid=S0034-7167201300030001700004&lng=en

Chiesa AM. Autonomia e Resiliência: Categorias para o fortalecimento da intervenção na atenção básica na perspectiva da promoção da saúde. Tese (Livre Docência). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

Chiesa AM. Pensando o futuro nas ações presentes de promoção da saúde: uma reflexão para ação Relato da síntese final do III Fórum de Promoção da Saúde. BEPA [On line] 2012; [cited 2016 Mar 15] 9(97):36-39. Available from: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bepa/v9n97/v9n97a04.pdf>

Coelho MS, Camargo BV. Familiares de pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2: concepção da doença, comportamentos e vulnerabilidades. In: Trentini M, Paim L, Guerreiro D, organizadores. Condições crônicas e cuidados inovadores em saúde. São Paulo: Atheneu; 2014. p. 109-30.

Çolak TK, Acar G, Dereli EE, Özgül B, Demirbüken İ, Alkaç Ç et al. Association between the physical activity level and the quality of life of patients with type 2

diabetes mellitus. J. Phys. Ther. Sci. [On line] 2016, Jan. [cited 2016 Dez 20] 28(1):142–147. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4755992/>

Curcio R, Lima MHM, Alexandre NMC. Instrumentos relacionados ao diabetes mellitus adaptados e validados para a cultura brasileira. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2011; 3(2):331-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.9476>. Acesso em: 15 fev. 2016.

Daya R, Bayat Z, Raal FJ. Effects of diabetes mellitus on health-related quality of life at a tertiary hospital in South Africa: A cross-sectional study. S Afr Med J. 2016; 106(9):918-28. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27601120>. Acesso em: 20 out. 2016.

Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial. 2013. Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos. Versão de outubro de 2013. Available from: <http://ispup.up.pt/docs/declaracao-de-helsinquia.pdf>

DeNisco S. Exploring the relationship between resilience and diabetes outcomes in African Americans. J of the Am Acad of Nur Practi. 2011; 23(11):602-10. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22023232>. Acesso em: 20 out. 2016.

Dornelles SS, Silva DMGV, Mattosinho MMS, Kuhen AE, Baião S, Sandoval R. O cuidado à pessoa com Diabetes Mellitus e sua família. Cogitare Enferm. 2013; 18(3):496-501. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/33562>. Acesso em: 20 out. 2016.

Duarte CK, Almeida JC, Merker AJS, Brauer FO, Rodrigues TC. Nível de atividade física e exercício físico em pacientes com diabetes mellitu. Rev Assoc Med Bras. 2012; 58(2):215-221. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n2/v58n2a18.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2016.

Fleck MPA. Problemas conceituais em qualidade de vida [Internet]. 2007 [cited 2017 Feb 15]. Disponível em: http://www.larpsi.com.br/media/mconnect_uploadfiles/c/a/cap_xd.pdf.

Font MTC, Brichs MCS, Álvarez MCS, Olivella JMN, Turó JS, Fernández MPF. Estudio de la determinación de la hemoglobina glucosilada en pacientes con diabetes mellitus 2 em sangre capilar en un centro de atención primaria. Aten Primaria. 2011; 43:536. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-estudio-determinacion-hemoglobina-glucosilada-pacientes-S0212656711000527>. Acesso em: 16 jun. 2016.

Garcia NM, Yunes MAM. Promoção de saúde coletiva sob a ótica da educação ambiental: a ênfase no desenvolvimento saudável e nas possibilidades de resiliência. In: Pelicioni MCF, Mialhe FL, organizadores. Educação e Promoção da Saúde: teoria e prática. São Paulo: Santos; 2012. p. 547-60.

Gomes MB, Cobas R. Diabetes Mellitus. In: Grossi SAA, Pascali PM, organizadoras. Cuidados de Enfermagem em Diabetes Mellitus. São Paulo: A.C. Farmacêutica; 2011. p. 1-12.

Gomes-Villas Boas LC, Santos CB, Foss-Freitas MC, Pace AE. A relação entre o apoio social e as características sociodemográficas das pessoas com diabetes mellitus. *Rev Gaúcha Enferm.* 2009; 30(3):390-6.

Grigsby AB, Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. Prevalence of anxiety in adults with diabetes: a systematic review. *J Psychosom Res.* 2002; 53(6):1053-60. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12479986>. Acesso em: 20 out. 2016.

Grossi SAA. O manejo do Diabetes Mellitus sob a perspectiva da mudança comportamental. Grossi SAA, Pascali PM, organizadoras. Cuidados de Enfermagem em Diabetes Mellitus. São Paulo: A.C. Farmacêutica; 2011. p. 13-27.

Grotberg EH. Introdução: novas tendências em resiliência. In: Melillo A, Ojeda ENS, organizadores. Resiliência - descobrindo as próprias fortalezas. São Paulo: Artmed; 2005. p.15-22.

Guimarães CP, Costa Neto SB. Suporte social como mediador de resiliência em adolescentes institucionalizadas: um estudo de caso. In: Coimbra RM; Moraes NA, organizadores. A resiliência em questão: perspectiva teórica, pesquisa e intervenção. Porto Alegre: Artmed, 2015. p: 99-124.

Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. Multivariate Data Analysis-International. 7th ed. New Jersey: Pearson; 2010.

Hasan SS, Clavarino AM, Mamun AA, Kairuz T. Anxiety symptoms and the risk of diabetes mellitus in Australian women: evidence from 21-year follow-up. *Public Health.* 2016; 130:21-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26321179> Acesso em: 20 out. 2016.

Heidmann ITSB, Almeida MCP, Boehs AE, Wosny AM, Monticelli M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto contexto - Enferm.* 2006; 15(2):352-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200021&lng=en.<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000200021>. Acesso em: 20 out. 2016.

Hernández GG. A resiliência holística e sua aplicação no ambiente escolar. In: Miravalles AF, Ortega JG, organizadores. A resiliência em ambientes educativos. São Paulo: Paulina, 2015. p. 27-50.

Hilbig J, Viliūnienė R, Friborg O, Pakalniškienė V, Danilevičiūtė V. Resilience in a reborn nation: Validation of the Lithuanian Resilience Scale for Adults (RSA). *Compr Psychiatry.* 2015; 60:126-33.

Hildon Z, Montgomery SM, Blane D, Wiggins RD, Netuveli G. Examining resilience of quality of life in the face of health-related and psychosocial adversity at older ages: what is “right” about the way we age? *Gerontologist*. 2010; 50(1):36-47. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19549715> Acesso em: 18 set. 2016.

Hjardal O, Roazzi A, Dias MGBB, Roazzi M, Vikan A. Exploring the psychometric properties of the resilience scale for adults in Brazilian samples. In: Elizur D, Yaniv E. Theory construction and multivariate analysis: applications of facet approach. Israel: FTA Publication, 2009. p: 151-158.

Hjemdal O, Friborg O, Stiles TC, Rosenvinge JH, Martinussen M. Resilience predicting psychiatric symptoms: a prospective study of protective factors and their role in adjustment to stressful life events. *Clin. Psychol & Psychoth.* [On line] 2006, May/June, [cited 2016 Abril 15] 13 (3): 194-201. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cpp.488/abstract>

Hjemdal O, Roazzi A, Dias MGBB, Friborg O. The cross-cultural validity of the Resilience Scale for Adults: a comparison between Norway and Brazil. *BMC Psychology*. 2015; 3(18):1-9. Available from: <http://bmcp psychology.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40359-015-0076-1>. Acesso em: 12 mar. 2016.

Houaiss. Dicionário da Língua Portuguesa. 4ª ed. Rio de Janeiro: Objetiva; 2010.

Infante F. A resiliência como processo: uma revisão da literatura recente. In: Melillo A, Ojeda ENS, organizadores. Resiliência - descobrindo as próprias fortalezas. São Paulo: Artmed; 2005. p.24-38.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Censo Demográfico 2010: Características da População e dos Domicílios - Resultados do Universo.2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>. Acesso em: 15 dez. 2015.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas – Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: 2014. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf> Acesso em: 15 dez. 2015.

International Diabetes Federation. Atlas de la Diabetes de la FID. 7ª ed. 2015. Disponível em: www.diabetesatlas.org. Acesso em: 10 dez. 2015.

Iser BPM, Stopa SR, Chueiri PS, Szwarcwald CL, Malta DC, Monteiro HOC et al. Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidem Serv Saúde*. 2015; 24(2):305-314. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00305.pdf>. Acesso em: 20 out. 2016.

Jowkar B, Friborg O, Hjemdal O. Cross-cultural validation of the Resilience Scale for Adults (RSA) in Iran. *Scand J Psychol*. 2010; 51(5):418-25. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20149146> Acesso em: 5 ago. 2016.

Khader YS, Bataineh S, Batayha W. The Arabic version of Diabetes-39: psychometric properties and validation. *Chronic Illn.* 2008; 4(4):257-63. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19091934>. Acesso em: 20 out. 2016.

Labonté R, Laverack G. *Health Promotion in Action: from local to global empowerment*. United Kingdom: Palgrave Macmillan, 2008. *Health Promotion: Concepts and Context*. p. 6-24.

Labonté R. Estrategias para la promoción de la salud en la comunidade. In: Organización Panamericana de la Salud. *Promoción de la salud: una antología*. (Publicación Científica, 557). Washington, D.C.: OPAS; 1996. p:153-65. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/3318> Acesso em: 20 out. 2016.

Lalli CA, Tsukumo DML. Conceito, Diagnóstico, Classificação e Complicações Crônicas do Diabetes Mellito. In: Lima MHM, Araújo EP, organizadores. *Paciente Diabético: cuidados de enfermagem*. Rio de Janeiro: MedBook; 2012. p. 3-22.

Lasmar MMO, Ronzani TM. Qualidade de Vida e Resiliência: uma interface com a promoção da saúde. *Revista APS*. 2009; 12(3):339-50. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/191>. Acesso em: 20 out. 2016.

Lessa I. *O Adulto brasileiro e as doenças da Modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis*. São Paulo: Hucitec; 1998. *Doença crônica não transmissível*.

Li C, Barker L, Ford ES, Zhang X, Strine TW, Mokdad AH. Diabetes and anxiety in US adults: findings from the 2006 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Diabet Med.* 2008; 25(7):878-81. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18644077> Acesso em: 20 out. 2016.

Lopes AAF. Cuidado e Empoderamento: a construção do sujeito responsável por sua saúde na experiência do diabetes. *Saude Soc.* 2015; 24(2):486-500. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00486.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2016.

Lopes MSV, Saraiva KRO, Fernandes AFC, Ximenes LB. Análise do conceito de promoção da saúde. *Texto contexto - Enferm.* 2010; 19(3):461-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a07v19n3.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2016.

López-Carmona JM, Rodríguez-Moctezuma R. Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes -39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública de México*. 2006; 48(3):200-11.

Loureiro I, Miranda N. *Promover a Saúde: dos fundamentos à acção*. 11ª ed. Coimbra: Almedina; 2016. *Valores e Paradigma*. p. 35-55.

Loureiro I. O processo de aprendizagem em Promoção da Saúde. *Rev Port Pedag.* 2008; 42(1):65-89. Disponível em: <http://impactum-journals.uc.pt/index.php/rppedagogia/article/view/1228/676>. Acesso em: 19 out. 2016.

- Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The Construct of Resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev.* 2000; 71(3):543-62. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1885202/>. Acesso em: 03 mar. 2016.
- Macedo CSG, Garavello JJ, Oku EC, Miyagusuku FH, Agnoll PD, Nocetti PM. Benefícios do exercício físico para a qualidade de vida. *Rev Bras Ativ Fís, Saúde.* 2003; 8(2): 19-27. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/875> Acesso em: 25 jan. 2016.
- Machado-Alba JE, Medina-Moraes DA, Echeverri-Cataño LF. Evaluation of the quality of life of patients with diabetes mellitus treated with conventional or analogue insulins. *Diabetes Res Clin Pract.* 2016; 116:237-43. Available from: journal homepage: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27321341> Acesso em: 20 out. 2016.
- Malerbi DA, Franco LJ. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 yr. The Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence. *Diabetes Care.* 1992; 15(11):1509-16. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1468278> Acesso em: 19 abr. 2016.
- Malta DC, Oliveira TP, Santos MAS, Andrade SSCA, Silva MMA. Avanços do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011-2015. *Epidemiol Serv Saúde.* 2016; 25(2):373-90. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n2/2237-9622-ress-25-02-00373.pdf>. Acesso em: 20 out. 2016.
- Malta DC, Silva Jr JB. O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiol Serv Saúde.* 2013; 22(1):151-64. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n1/v22n1a16.pdf>. Acesso em: 20 out. 2016.
- Malta DC, Silva Jr JB. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil após três anos de implantação, 2011-2013. *Epidemiol Serv Saúde.* 2014; 23(3):389-95. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v23n3/v23n3a02.pdf>. Acesso em: 20 out. 2016.
- Mantovani MF, Mendes FRP. A condição crônica de saúde: do diagnóstico à gestão cotidiana. In: Trentini M, Paim L, Guerreiro D, organizadores. *Condições crônicas e cuidados inovadores em saúde.* São Paulo: Atheneu; 2014. p. 11-26.
- Mascarenhas NB, Melo CMM, Fagundes NC. Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na Atenção Primária. *Rev Bras Enferm.* 2012; 65(6):991-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n6/a16v65n6.pdf>. Acesso em: 20 out. 2016.
- Meireles BHS, Vieira FMA, Chachamovich JLR. Saúde e Qualidade de Vida: uma perspectiva para pessoas que vivem com HIV/Aids. In: Trentini M, Paim L, Guerreiro

D, organizadores. Condições crônicas e cuidados inovadores em saúde. São Paulo: Atheneu; 2014. p. 169-82.

Melillo A. Resiliência e Educação. In: Melillo A, Ojeda ENS, organizadores. Resiliência - descobrindo as próprias fortalezas. São Paulo: Artmed; 2005. p. 87-101.

Mendes Z, Guedes S, Guerreiro JP, Inês M, Sousa A, Miranda A. Autovigilância da doença e qualidade de vida dos doentes diabéticos: estudo observacional em farmácias comunitárias. Rev Portug Saúde Pública. 2016; 34(1):11-19. Disponível em: <http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-saude-publica-323/pdf/S0870902515000486/S300/>. Acesso em: 20 out. 2016.

Milech A, Oliveira JEP, Vencio S, organizadores. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016). São Paulo: A.C. Farmacêutica; 2016.

Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Cien Saude Colet. 2000; 5(1):7-18. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7075.pdf>. Acesso em: 20 out. 2016.

Mngomezulu N, Yang CC. Quality of life and its correlates in diabetic outpatients in Swaziland. Int Health. 2015; 7(6):464-71. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25858279>. Acesso em: 20 out. 2016.

Moraes SA, Freitas ICM, Gimeno SGA, Mondini L. Prevalência de diabetes mellitus e identificação de fatores associados em adultos residentes em área urbana de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006: Projeto OBEDIARP. Cad Saude Publica. 2010; 26(5):929-41. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v26n5/15.pdf>. Acesso em: 20 out. 2016.

Nadaf VC. A resiliência: um processo potencial de proteção e adaptação do bem-estar psicológico na velhice [tese]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2013.

Nawaz A, Malik JA, Batool A. Relationship between resilience and quality of life in diabetics. J Coll Physicians Surg Pak. 2014; 24(9):670-5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25233974>. Acesso em: 20 out. 2016.

Nyanzi R, Wamala R, Atuhair LK. Diabetes and Quality of Life: A Ugandan Perspective. J. of Diab. Research, [Online] 2014, mar. [cited 2016 Feb 16] Article ID 402012, doi:10.1155/2014/402012. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/jdr/2014/402012/cta/>

Oliveira BLCA, Thomaz EBAF, Silva RA. Associação da cor/raça aos indicadores de saúde para idosos no Brasil: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2008). Cad Saude Publica. 2014; 30(7):1-15. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n7/pt_0102-311X-csp-30-7-1438.pdf. Acesso em: 20 out. 2016.

Oliveira MSS, Oliveira ICC, Amorim MES, Otton R, Nogueira MF. Avaliação da Adesão Terapêutica de pacientes com Diabetes Mellitus Tipo 2. *Rev Enferm UFPE*. 2014; 8(6):1692-701.

Organização Mundial de Saúde -OMS. Declaração de Adelaide sobre a saúde em todas as políticas: no caminho de uma governança compartilhada, em prol da saúde e do bem-estar [internet]. 2010 [cited 2017 Feb. 15] p:15-165. Disponível em: http://www.who.int/social_determinants/publications/isa/portuguese_adelaide_statement_for_web.pdf Acesso em: 20 out. 2016.

Organização Pan-americana da Saúde (OPAS). Estratégia e plano de ação regional para um enfoque integrado à prevenção e controle das doenças crônicas, inclusive regime alimentar, atividade física e saúde. Washington, DC: Organização Pan-americana da Saúde (OPAS); 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000154&pid=S1413-8123201200010001500034&lng=pt

Paim L. Mudanças no cenário de cuidado em cronicidade na saúde humana. In: Trentini M, Paim L, Guerreiro D, organizadores. *Condições crônicas e cuidados inovadores em saúde*. São Paulo: Atheneu; 2014. p. 1-9.

Panacioni GFA, Zanini CRO. Musicoterapia na promoção da saúde: contribuindo para o controle do estresse acadêmico. *Opus*. 2012; 18(1):225- 56.

Pereira ÉF, Teixeira CS, Santos A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Rev Bras Educ Fís Esporte*. 2012; 26(2):241-50. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbefe/v26n2/07.pdf>. Acesso em: 20 out. 2016.

Pereira M, Cardosos M, Alves S, Narciso I, Canavarro MC. Estudos preliminares das características psicométricas da Escala de Resiliência para Adultos (ERA). Livro de atas do VIII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia; 2013 jun. 20-22; Aveiro. Aveiro: FPCEUC - Artigos em Livros de Actas. p. 93-103. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/23602> Acesso em: 20 out. 2016.

Perfect MM, Jaramillo E. Relations between resiliency, diabetes-related quality of life, and disease markers to school-related outcomes in adolescents with diabetes. *Sch Psychol Q*. 2012; 27(1):29-40. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22582934>. Acesso em: 20 out. 2016.

Perissé G. *Palavras e Origens*. 2ª ed. São Paulo: Saraiva; 2010.

Perrasse AV, Abad SB, Faciolince S, Hernández N, Maya C, Parra L et al. El control de la diabetes mellitus y sus complicaciones en Medellín, Colombia, 2001–2003. *Rev Panam Salud Publ*. 2006; 20(6):393-402. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v20n6/a05v20n6.pdf>. Acesso em: 17 mai. 2016.

Pieri DPS. *Resiliência e vulnerabilidade ao estresse no trabalho em policiais civis de Manaus [dissertação]*. Manaus: Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Amazonas; 2013.

Pineda EB, Alvarado EL, Canales FH. Metodología de la investigación: manual para el desarrollo de personal de salud. 2ª ed. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud; 1994.

Pinheiro DPN. A resiliência em discussão. *Psicologia em Estudo*. 2004; 9(1):67-75. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v9n1/v9n1a09> Acesso em: 20 out. 2016.

Polit DF, Beck CT. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para prática de enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

Queiroz FA. Adaptação cultural e validação do instrumento “Diabetes-39 (D-39)”: versão para brasileiros com diabetes mellitus tipo 2 [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2008.

Queiroz, FA, Pace AE, Santos CB. Adaptação cultural e validação do instrumento Diabetes-39 (D-39): versão para brasileiros com Diabetes Mellitus tipo 2 – fase 1. *Rev Latino-am Enfermagem* 2009; 17(5). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n5/pt_18.pdf Acesso em: 20 out. 2016.

Quiceno JM, Alpi SV. Resiliencia y Características sociodemográficas en enfermos crónicos. *Psicología Desde El Caribe*. 2012; 29(1):87-104. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v29n1/v29n1a06.pdf> Acesso em: 20 out. 2016.

Ramos L, Ferreira EAP. Fatores emocionais, qualidade de vida e adesão ao tratamento em adultos com Diabetes tipo 2. *Rev. Bras Crescim Desenv Hum*. 2011; 21(3):867-77. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v21n3/13.pdf>. Acesso em: 20 out. 2016.

Raupp LM, Dhein G, Medeiros CRG, Grave MTQ, Saldanha OMFL, Santos MV et al. Doenças crônicas e trajetórias assistenciais: avaliação do sistema de saúde de pequenos municípios. *Physis - Revista de Saúde Coletiva* 2015; 25(2):615-34. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n2/0103-7331-physis-25-02-00615.pdf>: Acesso em: 15 fev. 2017.

Ravazzola MC. Resiliências Familiares. In: Melillo A, Ojeda ENS, organizadores. *Resiliência - descobrindo as próprias fortalezas*. São Paulo: Artmed; 2005. p.73-85.

Reckziegel JCL. Resiliência e adesão ao tratamento do diabetes mellitus em mulheres [tese]. Florianópolis: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina; 2014.

Rueda S. Habitabilidad y calidad de vida: aproximación al concepto de calidad de vida. [Online] 1997. [cited 2016 jun 20] Disponível em <http://habitat.aq.upm.es/> (Biblioteca ciudades para un futuro más sostenible).

Rutter M. Psychocial resiliense and protective mechanisms. *Am J Orthopsychiatry*. 1987; 57(3):316-31. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3303954> Acesso em: 20 out. 2016.

Rutter M. Resilience as a dynamic concept. *Dev Psychopathol.* 2012; 24(2):335-44. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22559117>. Acesso em: 20 out. 2016.

Sales-Peres SHC, Guedes MFS, Sá LM, Negrato CA, Lauris JRP. Estilo de vida em pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 1: uma revisão sistemática. *Cien Saude Colet.* 2016; 21(4):1997-1206. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n4/1413-8123-csc-21-04-1197.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2016.

Santos MA, Marques LAS, Oliveira-Cardoso ÉA, Mastropietro AP, Teixeira CRS, Zanetti ML. Percepção de pacientes com diabetes mellitus tipo 1 sobre o transplante de células-tronco hematopoéticas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa.* 2012; 28(4):425-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v28n4/02.pdf>. Acesso em: 20 out. 2016.

Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet.* 2011; 377(9781):1949-61. Available from: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60135-9/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60135-9/abstract). Acesso em: 20 out. 2016.

Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saude Publica.* 2004; 20(2):580-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/27.pdf>. Acesso em: 20 out. 2016.

Sheu WH, Ji LN, Nitiyanant W, Baik SH, Yin D, Mavros P et al. Hypoglycemia is associated with increased worry and lower quality of life among patients with type 2 diabetes treated with oral antihyperglycemic agents in the Asia-Pacific region. *Diabetes Res Clin Pract.* 2012; 96(2):141-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22265956>. Acesso em: 20 out. 2016.

Silva MRS, Lunardi VL, Lunardi Filho WD, Tavares KO. Resiliência e promoção da saúde. *Texto Contexto - Enferm.* 2005; 14(Esp):95-102. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14nspe/a11v14nspe.pdf>. Acesso em: 20 out. 2016.

Smith KJ, Béland M, Clyde M, Gariépy G, Pagé V, Badawi G et al. Association of diabetes with anxiety: a systematic review and meta-analysis. *J Psychosom Res.* 2013; 74(2):89-99. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23332522>. Acesso em: 01 mai. 2016.

Souza RA, Carvalho AM. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. *Estudos de Psicologia.* 2003; 8(3):515-23. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n3/19974.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2017.

Souza SS, Guerreiro D, Meirelles BHS, Francioni FF. Redes sociais e condições crônicas de saúde: o desafio do cuidado integral. In: Trentini M, Paim L, Guerreiro D, organizadores. *Condições crônicas e cuidados inovadores em saúde.* São Paulo: Atheneu; 2014. p. 91-108.

- Steinhardt MA, Mamerow MM, Brown SA, Jolly CA. A Resilience Intervention in African American Adults with Type 2 Diabetes: A Pilot Study of Efficacy. *Diabetes Educ.* [On line] 2009 Mar–Apr; [cited 2017 Feb 15] 35(2): 274–284. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3001398/>
- Taboada NG, Legal EJ, Machado N. Resiliência: em busca de um conceito. *Jour of Human Growth and Devel*, [Online] 2006; [cited 2017 jan 14] 16(3):104-113. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822006000300012&lng=pt&tlng=pt.
- Tavares BC, Barreto FA, Lodetti ML, Silva DMGV, Lessmann JC. Resiliência de pessoas com Diabetes Mellitus. *Texto Contexto - Enferm.* 2011; 20(4):751-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n4/14.pdf>. Acesso em: 17 mai. 2016.
- Tavares J. Resiliência e Educação. São Paulo: Cortez, 2001. A resiliência na sociedade emergente. p. 43-75.
- Teixeira E. As três metodologias: acadêmica, da ciência e da pesquisa. 4ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2007.
- The WHOQOL Group, Division of Mental Health, World Health Organization, CH-1211 Geneva 27, Switzerland, [Online] 1995 [cited 2016 Abr 19]. Available from: www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/
- The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* [Online] 1995 Nov; [cited 2016 Dez 15] 41(10):1403-9. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/027795369500112K?via%3Dihub>
- Torquato MTCG, Montenegro Junior RM, Viana LAL, Souza RAHG, Lanna CMM, Lucas JCB. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban population aged 30-69 years in Ribeirão Preto (São Paulo), Brazil. *São Paulo Med J* 2003; 121(6):224-30. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/spmj/v121n6/20416.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2017.
- Tulloch-Reid MK, Walker SP. Quality of Life in Caribbean Youth with Diabetes. *West Indian Med J.* 2009; 58(3):250-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20043533>. Acesso em: 17 fev. 2017.
- Vasconcellos ACGD, Ribeiro MA. Resiliência: um estudo sobre famílias com portadores de paraplegia. Curitiba: Juruá; 2010.
- Villegas PA, Abad SB, Faciolince S, Hernández N, Maya C, Parra L, et al. El control de la diabetes mellitus y sus complicaciones en Medellín, Colombia, 2001–2003. *Rev Panam Salud Publ.* 2006; 20(6):393-402. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v20n6/a05v20n6.pdf>. Acesso em: 17 mai. 2016.
- Walsh F. Fortalecendo a resiliência familiar. São Paulo: Roca; 2005.

Westphal MF. O Programa de Saúde da Família: um compromisso com a qualidade de vida. *S A N A R E - Revista de Políticas Públicas*. 2003; 4(1): 373-90. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/110>. Acesso em: 15 fev. 2017.

Westphal MF. Prefácio. In: Pelicioni MCF, Mialhe FL, organizadores. *Educação e Promoção da Saúde: teoria e prática*. São Paulo: Santos; 2015. p. 27.

World Health Organization-WHO. Health promotion, The Ottawa Charter for Health Promotion 1986. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>. Acesso em: 12 set. 2014.

Yasien S, Nasir JA, Shaheen T. Relationship between psychological distress and resilience in rescue workers. *Saudi Med J*. 2016; 37(7):778-82. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5018643/>. Acesso em: 17 mai. 2016.

Yunes MAM. Psicologia Positiva e Resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicol. estud. Maringá*, [online]. 2003. [cited 2016 Dez 15] 8 (n.spe):75-84 Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722003000300010&script=sci_abstract&lng=pt

Yunes MAM. Resiliência e Promoção de desenvolvimento saudável: uma análise panorâmica dos discursos científicos. In: Pelicioni MCF, Mialhe FL, organizadores. *Educação e Promoção da Saúde: teoria e prática*. São Paulo: Santos; 2012. p. 303-12.

Zanetti ML, Arrelias CCA, Franco RC, Santos MA, Rodrigues FFL, Faria HTG. Adesão às recomendações nutricionais e variáveis sociodemográficas em pacientes com diabetes mellitus. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(4):619-25. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n4/pt_0080-6234-reeusp-49-04-0619.pdf. Acesso em: 17 mai. 2016.

Zoboli ELP, Fracoli LA, Chiesa AM. O cuidado de enfermagem em saúde coletiva. In: Soares CB, Campos CMS, organizadoras. *Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem*. Barueri: Manole, 2013. p. 244-64.

Zulian LR, Santos MA, Veras VS, Rodrigues FFL, Arrelias CCA, Zanetti ML. Quality of life in patients with diabetes using the Diabetes 39 (D-39) instrument. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013; 34(3):138-46. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgeenf/v34n3/en_a18v34n3.pdf. Acesso em: 17 mai. 2016.

APÊNDICE

APÊNDICE

APÊNDICE A – Questionário Sociodemográfico

Universidade de São Paulo

Identificação - Características Sociodemografico			
Código:			
Sexo:	☐ Masculino ☐ Feminino		Idade:
Estado Civil	☐ Solteiro (a) ☐ União estável ☐ Casado (o) ☐ Viúvo (a)		
Grau de Escolaridade	☐ Ensino fundamental incompleto ☐ Ensino fundamental completo ☐ Ensino médio incompleto ☐ Ensino médio completo ☐ Ensino superior incompleto ☐ Ensino superior completo ☐ Não alfabetizado		
Situação Trabalhista	☐ Trabalha no mercado formal, ☐ Trabalha no mercado informal, ☐ Do lar, ☐ Aposentado (a)		
Religião	☐ Católica ☐ Evangélico ☐ Espirita ☐ Outra, Qual? ☐ Não Segue uma religião		
Renda Familiar	☐ < 1salário mínimo ☐ 1a 3 salários mínimo ☐ 4 a 6 salários mínimos ☐ > 7 salários mínimos		
Hábito de vida	☐ Fuma ☐ Ingere bebida alcoólica ☐ Fuma e ingere bebida alcoólica ☐ Não fuma e nem ingere bebida alcoólica		
Realização de atividade física	☐ Sim ☐ Não		
Características Clínicas			
Antecedentes Familiares	☐ Sim ☐ Não		
Co-morbidade	☐ Hipertensão Arterial ☐ Doença Renal ☐ DVP ☐ Obesidade ☐ IAM ☐ AVC ☐ Cardiopatias ☐ Outras		
Tipo de DM	☐ 1 ☐ 2	Tempo de diagnostico	☐ < 5 anos ☐ 5-10 ☐ > 10 anos
Terapêutica Utilizada	☐ Insulina / Dose_____ Tipo_____	Tempo de Uso	☐ < 5 anos ☐ 5-10 ☐ > 10 anos
	☐ Hipoglicemiante Oral Qual?_____	Tempo de Uso	☐ < 5 anos ☐ 5-10 ☐ > 10 anos
	☐ Sem Terapêutica		
RCQ:		IMC:	
Pressão Arterial			
Glicemia Capilar ao Acaso (GCA)			
Parâmetros Laboratoriais			
Hemoglobina Glicosilada (HbA1C)			
Glicemia Capilar (GCA)			

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO 1- ESCALA DE RESILIÊNCIA PARA ADULTO (RSA)

Universidade de São Paulo

(Versão Adaptada e Validada, Hjemdal, Roazi, Dias, Roazi, Vikan, 2009).

Leia cuidadosamente as afirmações abaixo e marque com “X” no quadrinho que demonstra qual a melhor opção para indicar quanto você geralmente sente ou pensa em relação a você mesmo e em relação a pessoas que são importantes para você.

1. Quando algo imprevisto acontece	Eu geralmente me sinto desorientado	1 2 3 4 5 6 7	Eu sempre encontro uma solução
2.Os meus planos para o futuro são	Difíceis de concretizar	1 2 3 4 5 6 7	Concretizáveis
3.Eu gosto de estar	Com outras pessoas	1 2 3 4 5 6 7	Sozinho
4.Na minha família, a concepção do que é importante na vida é	Bastante diferente	1 2 3 4 5 6 7	A mesma
5.Assuntos pessoais	Eu não posso discutir com ninguém	1 2 3 4 5 6 7	Eu posso discutir com amigos e familiares
6.Eu funciono melhor quando	Eu tenho um objetivo a alcançar	1 2 3 4 5 6 7	Eu vivo um dia de cada vez
7.Os meus problemas pessoais	Eu sei como solucioná-los	1 2 3 4 5 6 7	São impossíveis de solucionar
8.Eu sinto que o meu futuro	É promissor	1 2 3 4 5 6 7	É incerto
9. Poder ser flexível em relações sociais	É algo que eu não me importo com	1 2 3 4 5 6 7	É importante para mim
10.Eu me sinto	Muito bem com a minha família	1 2 3 4 5 6 7	Não me sinto bem com a minha família
11.Aqueles que me encorajam	São amigos e familiares	1 2 3 4 5 6 7	Ninguém me encoraja
12.Quando vou fazer algo	Me atiro direto nas coisas sem planejar	1 2 3 4 5 6 7	Prefiro ter um plano
13.Nos meus julgamentos e decisões	Tenho frequentemente incerteza	1 2 3 4 5 6 7	Acredito firmemente
14.Os meus objetivos	Eu sei como atingi-los	1 2 3 4 5 6 7	Eu estou incerto sobre como atingi-los
15.Novas amizades	Tenho facilidade em me vincular	1 2 3 4 5 6 7	Tenho dificuldade em me vincular
16.A minha família caracteriza-se por	Desunião	1 2 3 4 5 6 7	Boa união
17.A solidariedade	É ruim	1 2 3 4 5 6 7	É boa

entre meus amigos			
18.Eu tenho facilidade para	Organizar o meu tempo	1 2 3 4 5 6 7	Perder o meu tempo
19.A crença em mim	Me ajuda em períodos difíceis	1 2 3 4 5 6 7	Pouco me ajuda em períodos difíceis
20.Os meus objetivos para o futuro são	Vagos	1 2 3 4 5 6 7	Bem pensados
21.Fazer contato com novas pessoas	É difícil para mim	1 2 3 4 5 6 7	Eu tenho facilidade
22.Em momentos difíceis	A minha família mantém uma visão positiva do futuro	1 2 3 4 5 6 7	A minha família mantém uma visão negativa do futuro
23.Quando algum membro da minha família entre em crise	Eu fico sabendo rapidamente da situação	1 2 3 4 5 6 7	Eu sou um dos últimos a ficar sabendo da situação
24.Regras e rotinas fixas	Faltam no meu dia-a-dia	1 2 3 4 5 6 7	Facilitam o meu dia-a-dia
25.Em adversidades tenho tendência a	Ver as coisas de um jeito ruim	1 2 3 4 5 6 7	Ver de um modo bom para que eu possa crescer
26. Quando estou na presença de outras pessoas	Tenho facilidade de rir	1 2 3 4 5 6 7	Não consigo rir
27.Em relação a outras pessoas na nossa família nós	Nós apoiamos pouco	1 2 3 4 5 6 7	Somos leais
28.Eu tenho apoio	De amigos e familiares	1 2 3 4 5 6 7	Não tenho apoio de ninguém
29.Acontecimentos na vida que para mim são difíceis	Eu consigo lidar com eles	1 2 3 4 5 6 7	Eu estou em constante estado de preocupação
30.Iniciar uma conversa interessante, eu acho	Difícil	1 2 3 4 5 6 7	Fácil
31.Na minha família nós gostamos	De fazer coisas em conjunto	1 2 3 4 5 6 7	De cada um fazer algo por si próprio
32.Quando preciso	Eu não tenho nunca alguém que pode me ajudar	1 2 3 4 5 6 7	Tenho sempre alguém que pode me ajudar
33.Os meus amigos/familiares próximos	Valorizam as minhas qualidades	1 2 3 4 5 6 7	Veem com maus olhos as minhas qualidades

ANEXO 2 - INSTRUMENTO DIABETES-39 (D-39)

Universidade de São Paulo

(Versão Adaptação Cultural e Validação, Queiroz, 2008)

A qualidade de vida das pessoas é afetada por muitas coisas. Estas coisas podem incluir saúde, oportunidade de lazer e férias, amigos e família e um trabalho. Este questionário é realizado para nos ajudar a compreender sobre o que afeta a qualidade de vida das pessoas com diabetes.

A seguir pergunta-se sobre a sua qualidade de vida. Para cada frase abaixo, coloque um "X" no número que mostra qual opção afeta sua qualidade de vida num grau de "extremamente afetada (7), "não afetada (1), ou " mais ou menos" (de 2 a 6). Um exemplo é mostrado abaixo. Por exemplo, se você pensa que um problema da saúde afeta sua qualidade de vida, até certo ponto, mas não extremamente, você pode marcar na linha como mostrado.

Durante o mês passado, quanto sua qualidade de vida foi afetada por:

Ter problema de saúde

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada

Extremamente afetada

DURANTE O MÊS PASSADO, QUANTO SUA QUALIDADE DE VIDA FOI AFETADA:

1. Pelo uso diário de sua medicação para o diabetes

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada

Extremamente afetada

2. Pela preocupação relacionada com questões financeiras

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada

Extremamente afetada

3. Pela diminuição ou falta de energia

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada

Extremamente afetada

4. Por seguir seu tratamento para o diabetes prescrito pelo médico

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada

Extremamente afetada

DURANTE O MÊS PASSADO, QUANTO SUA QUALIDADE DE VIDA FOI AFETADA:

5. Pelas restrições alimentares necessárias para o controle do seu diabetes

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada Extremamente afetada

6. Pelas preocupações sobre seu futuro

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada Extremamente afetada

7. Por outros problemas de saúde além, do diabetes.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada Extremamente afetada

8. Pelo estresse ou pressão em sua vida

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada Extremamente afetada

9. Pela sensação de fraqueza

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada Extremamente afetada

10. Pelo quanto você consegue andar

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada Extremamente afetada

11. Pela necessidade de realizar exercícios regularmente

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada Extremamente afetada

DURANTE O MÊS PASSADO, QUANTO SUA QUALIDADE DE VIDA FOI AFETADA:

12. Pela perda ou embaçamento de sua visão

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada Extremamente afetada

13. Por não ser capaz de fazer o que você quer

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada Extremamente afetada

14. Por ter diabetes

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada Extremamente afetada

15. Por perder o controle dos seus níveis de açúcar no sangue

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada Extremamente afetada

16. Por outras doenças além do diabetes

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada Extremamente afetada

17. Por ter testar os seus níveis de açúcar

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada Extremamente afetada

18. Pelo tempo necessário para controlar o seu diabetes

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada Extremamente afetada

DURANTE O MÊS PASSADO, QUANTO SUA QUALIDADE DE VIDA FOI AFETADA:

19. Pelas restrições que seu diabetes impõe sobre sua família e amigos

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada Extremamente afetada

20. Pelo constrangimento por ter diabetes

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada Extremamente afetada

21. Pelo diabetes interferir na sua vida sexual

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada Extremamente afetada

22. Por sentimento de tristeza ou depressão

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada Extremamente afetada

23. Por ter problemas com função sexual

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada Extremamente afetada

24. Por tentar manter seu diabetes bem controlado

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada Extremamente afetada

25. Por complicações devido o seu diabetes

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada Extremamente afetada

DURANTE O MÊS PASSADO, QUANTO SUA QUALIDADE DE VIDA FOI AFETADA:

26. Por fazer coisas que sua família ou seus amigos não fazem

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada Extremamente afetada

27. Por manter os registros (anotações) dos seus níveis de açúcar

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada Extremamente afetada

28. Pela necessidade de comer em intervalos regulares

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada Extremamente afetada

29. Por não ser capaz de fazer atividades domésticas ou outros trabalhos que estão relacionados a casa

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada Extremamente afetada

30. Pela diminuição do interesse pelo sexo

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada Extremamente afetada

31. Por ter sua rotina organizada em função do diabetes

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada Extremamente afetada

32. Pela necessidade de descansar varias vezes no dia

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada Extremamente afetada

DURANTE O MÊS PASSADO, QUANTO SUA QUALIDADE DE VIDA FOI AFETADA:

33. Por dificuldades em subir escadas

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada Extremamente afetada

34. Pelas dificuldades em cuidar de você mesmo (a) (de se vestir, tomar banho ou usar o vaso sanitário)

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada Extremamente afetada

35. Pelo sono agitado

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada Extremamente afetada

36. Por andar mais devagar que os outros

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada Extremamente afetada

37. Por ser chamado de diabético

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada Extremamente afetada

38. Por ter o diabetes interferindo em sua vida familiar

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada Extremamente afetada

39. Pelo diabetes em geral

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada Extremamente afetada

Avaliações Gerais

1. Marque com um “X” na linha abaixo que indique a medida da sua qualidade de vida geral

	1	2	3	4	5	6	7
Menor Qualidade							Maior Qualidade

2. Marque com um “X” na linha abaixo que indique quão grave você acha que é o seu diabetes

	1	2	3	4	5	6	7
Nada Grave							

ANEXO 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ (UNIFAP)
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

1 - Convido o (a) Sr (a) para participar da pesquisa intitulada “Resiliência e Qualidade de Vida de pessoas com Diabetes Mellitus á luz da promoção da saúde” desenvolvida por mim Francineide Pereira da Silva Pena.

2 - Pesquisar resiliência e qualidade de vida em pessoas adultas com diagnóstico de Diabetes Mellitus, que dependem de remédio (oral ou injetável-insulina), de plano de alimentação, atividade física e estabilidade de humor, tudo isso para manter o controle da doença, demonstra as dificuldades vividas pelas pessoas com Diabetes. Isto pode levar a limitações que influenciam nos relacionamentos pessoais, profissionais e sociais que podem interferir de forma negativa nas atividades planejadas e almejadas para a vida adulta, daí a justificativa e o interesse em fazer esta pesquisa. Portanto, o objetivo da pesquisa é Identificar a resiliência de pessoas adultas com Diabetes Mellitus e correlacionar à qualidade de vida. A pesquisa consistirá na aplicação de questionário de identificação sociodemográfico, da Escala de Resiliência para Adultos - RSA (HJEMDAL et al., 2009) e Questionário Diabetes-39 (D-39) (QUEIROZ, 2008; ZULIAN et al, 2013). Também serão realizados exames de glicemia capilar e hemoglobina glicosilada (os dois exames precisam de uma gota de sangue da ponta de dedo). As entrevistas serão realizadas no ambulatório no momento de sua consulta ou em seu domicílio se for de sua vontade, com duração prevista de trinta minutos. A sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevistas e escalas acima descritas.

3-Possíveis desconfortos poderão ocorrer e haverá riscos mínimos relacionados à sua participação, pois haverá os exames de glicemia capilar e de hemoglobina glicada, para avaliarmos a taxa de açúcar no seu sangue, os dois serão colhidos na ponta do dedo. O benefício da sua participação será a contribuição para melhorar o cuidado oferecido a pessoas com Diabetes. Em caso de intercorrências que causem desconforto você será assistido pela pesquisadora e/ou pela equipe da instituição onde a coleta de dados será realizada.

4-Por ser usuário do serviço onde ocorrerá a coleta de dados todos os participantes continuarão a serem acompanhados e assistido nos respectivos serviços, mesmo após término da pesquisa.

5-A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento o (a) Sr (a) poderá recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não causará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição onde faz seu acompanhamento, como também na que trabalha.

6-O (A) Sr. (a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras.

7-As informações serão tratadas de forma sigilosa e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase da pesquisa.

8-Este termo deve ser assinado em todas as paginas e em duas vias. O (A) Sr. (a) receberá uma via deste termo onde consta a assinatura, o celular e o e-mail do pesquisador responsável, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

9-Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Foi submetida à Plataforma Brasil, sendo aprovada em 04 de março de 2015, expedido parecer em 18 de março de 2015, sob o CAAE: 39488114.6.0000.0003 e parecer nº 990.066 UNIFAP/Plataforma Brasil.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao (s) pesquisador (es) responsável(eis) pela investigação para esclarecimento de dúvidas.

O principal pesquisador é a Sra. Francineide Pereira da Silva Pena que pode ser encontrada no endereço: Universidade Federal do Amapá, Rod. Juscelino Kubitschek, KM-02 Jardim Marco Zero Macapá- AP CEP 68.903-419, Sala de Pesquisa em Diabetes, Bloco L, Telefone(s) 3312-1779 (coordenação do curso de enfermagem), Celular: 999020121 / e-mail: franci.pena@unifap.br

Pesquisadora Profa. Msc. Francineide Pereira da Silva Pena
Universidade Federal do Amapá
Cel: (96) 999020121
e-mail: franci.pena@unifap.br/ franci.p@bol.com.br/ francipena@usp.br

Orientadora Profª Draª Anna Maria Chiesa
Universidade de São Paulo
e-mail: amchiesa@usp.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amapá
Rodovia JK, s/n – Bairro Marco Zero do Equador - Macapá/AP.
Fones (96) 4009-2804/2805

Macapá-Ap, ____ de _____ de 2016.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em autorizar a participação no estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Bem como estou ciente que não receberei quaisquer compensações financeiras.

Participante da Pesquisa/ representante legal: _____

Assinatura ou impressão datiloscópica do(a) voluntário(a)
ou responsável legal

ANEXO 4 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAPÁ - UNIFAP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: RESILIÊNCIA E AUTONOMIA: categorias para intervenção de enfermagem em pessoas com Diabetes Mellitus no contexto da Promoção da Saúde

Pesquisador: FRANCINEIDE PEREIRA DA SILVA PENA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 39488114.6.0000.0003

Instituição Proponente: Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 990.066

Data da Relatoria: 04/03/2015

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa que propõe a realização de um estudo descritivo, com abordagem quanti-qualitativa, relacionado a resiliência e autonomia em pessoas com doenças crônicas em especial com Diabetes Mellitus, segundo o pesquisador responsável o período do estudo será de agosto de 2013 a agosto de 2016, sendo que a coleta de dados está prevista para ocorrer no período de abril a junho de 2015.

Quanto ao local do Estudo será realizado na Unidade Básica de Saúde-UBS da Universidade Federal do Amapá-UNIFAP e no ambulatório do Hospital de Clínicas Dr Alberto Lima-HCAL. A População-base do estudo ou Universo será constituído por pessoas com DM tipo 1 e tipo 2, adultas, de ambos os sexos, que fazem parte do programa de promoção da saúde a pessoas com DM e as pessoas que fazem apenas acompanhamento pela UBS-UNIFAP, e aqueles que realizam acompanhamento no ambulatório de endocrinologia do HCAL, para o qual será estabelecida uma amostra do tipo aleatória simples. Quanto aos critérios de inclusão serão considerados as pessoas com Diagnóstico

de DM a 2 meses, a 6 meses e há mais de um ano, Participante do PPSDM a mais de um ano, Cadastrado nos serviços acima mencionados como aceitar a participar da Pesquisa, Assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Endereço: Rodovia Juscelino Kubistcheck de Oliveira - Km.02

Bairro: Bairro Universidade

CEP: 68.902-280

UF: AP

Município: MACAPÁ

Telefone: (96)4009-2805

Fax: (96)4009-2804

E-mail: cep@unifap.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ - UNIFAP

Continuação do Parecer: 990.066

O Instrumento e técnica de Coleta de Dados: será utilizado um questionário contendo duas partes, a primeira constituída de dados sociodemográficos e a segunda de dados clínicos e laboratoriais como: Glicemia Capilar ao Acaso através da dosagem de glicemia em amostra de sangue capilar, Glicemia Plasmática de Jejum, realizada dosagem de glicemia em amostra de sangue venoso, cujo procedimento adotado será os dos laboratórios de análises clínicas, o qual consiste em coleta de amostra sanguínea por venopunção e a Hemoglobina Glicosilada, todos análises laboratoriais das amostras de sangue serão realizadas no laboratório UBS da UNIFAP, sendo estes exames processados por um biomédico e um farmacêutico bioquímico que acompanhará a pesquisadora nas coletas de dados.

Para os dados referentes às características de Resiliência sera utilizado a Escala Quest-Resiliência, tendo como objetivo de mapear as crenças que organizam o comportamento resiliente em uma pessoa. Para os dados referentes a Qualidade de Vida será aplicado Questionário WOQHOL – bref da OMS que vislumbra avaliar a percepção das pessoas sobre qualidade de vida, constituído por 26 perguntas. A análise dos dados sera feita através do programa estatístico SPSS – Statistical Package for the Social Science versão 20.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Identificar os índices de resiliência e correlacioná-los a qualidade de vida de pessoas com Diabetes Mellitus, buscando construir subsídios para incorporação na prática profissional de enfermagem.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar a população do estudo segundo as variáveis sócio-demográficas e variáveis clínicas.
2. Avaliar a validade e aplicabilidade da escala Quest- Resiliência (Barbosa, 2014) na população a ser estudada identificando os índices de resiliência na vivência da pessoa com DM.
3. Avaliar os índices de resiliência das pessoas participantes do estudo.
4. Avaliar os domínios de qualidade de vida das pessoas participantes do estudo.
5. Correlacionar os índices de resiliência com os domínios de qualidade de vida das pessoas participantes do estudo.
6. Analisar os índices de resiliência visando a sua incorporação na prática profissional da

Endereço: Rodovia Juscelino Kubistcheck de Oliveira - Km.02

Bairro: Bairro Universidade

CEP: 68.902-280

UF: AP

Município: MACAPA

Telefone: (96)4009-2805

Fax: (96)4009-2804

E-mail: cep@unifap.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAPÁ - UNIFAP**

Continuação do Parecer: 990.066

enfermagem

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Segundo a pesquisadora oferece riscos mínimos, uma vez que será trabalhado informações das respostas as questões dos instrumentos da coleta de dados, foi colocado pela pesquisadora que os exames a serem realizados são em pontas de dedos, ou seja, requer uma gota de sangue.

Benefícios:

Uma vez concluída a pesquisa os resultados poderão subsidiar elaboração de modelos de gestão do cuidado nos programas de promoção da saúde das pessoas com Diabetes Mellitus, tendo em vista as categorias resiliência e autonomia.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e exequível

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram atendidas de acordo ao solicitado:

Carta de anuência do Hospital de Clínicas Dr Alberto Lima-HCAL, tendo em vista que a pesquisa em questão também será desenvolvida no ambulatório da referida instituição, dita autorização está condicionada ao cumprimento do pesquisador quanto aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se o mesmo a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

- Foi incluído no TCLE o espaço para impressão datiloscópica do participante, em caso de participantes não ser alfabetizado, como dar ciência da participação nesta pesquisa no que concerne a coleta de mostras de sangue e, já que não só consistirá em responder as perguntas que serão realizadas sob a forma de entrevistas para aplicação das escalas de Avaliação de Resiliência e Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref)

Endereço: Rodovia Juscelino Kubistcheck de Oliveira - Km.02**Bairro:** Bairro Universidade**CEP:** 68.902-280**UF:** AP**Município:** MACAPA**Telefone:** (96)4009-2805**Fax:** (96)4009-2804**E-mail:** cep@unifap.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAPÁ - UNIFAP

Continuação do Parecer: 990.066

Recomendações:

Foi corrigido as recomendações colocadas, quanto a atualização do cronograma na etapa do início da coleta de dados, considerando que dita pesquisa ainda não foi desenvolvida

Foi corrigido as Informações básicas do projeto, no item metodologia proposta, quanto a coleta de dados na previsão que foi considerada pelo pesquisador responsável pela pesquisa, para ocorrer no período de outubro e a dezembro de 2014, tendo em vista que dita pesquisa ainda não foi desenvolvida.

Foi anexado as carta de anuência do Hospital de Clínicas Dr Alberto Lima-HCAL

Foi Esclarecido na metodologia proposta, quanto aos critérios de inclusão dos participantes: Idade 18 anos ou mais. Residir na cidade de Macapá. Diagnóstico de DM a 2 meses, a 6 meses e há mais de um ano.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

MACAPA, 18 de Março de 2015

Assinado por:
RAPHAELLE SOUSA BORGES
(Coordenador)

Endereço: Rodovia Juscelino Kubistcheck de Oliveira - Km.02
Bairro: Bairro Universidade **CEP:** 68.902-280
UF: AP **Município:** MACAPA
Telefone: (96)4009-2805 **Fax:** (96)4009-2804 **E-mail:** cep@unifap.br