

# ASPECTOS SOCIAIS DA RESILIÊNCIA EM PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO II

Bruno Feital Barbosa Motta<sup>1</sup>  
Joyce Helena Souza Rosa

Revista  
Científica  
Fagoc

ISSN: 2448-282X

# Saúde

## RESUMO

Os altos números da incidência da Diabetes Mellitus tipo 2 (DM 2) no Brasil e no mundo ressaltam a importância de se pensar em estratégias de prevenção às complicações inerentes à doença e à promoção da qualidade de vida. A resiliência como um conceito na saúde evidencia as potencialidades do indivíduo, acreditando no seu empoderamento como participante do seu processo de saúde. O presente estudo pretende delinear os aspectos sociais que evidenciam a resiliência em pacientes com DM 2 atendidos no projeto de extensão “Acompanhamento, Educação e Prevenção em Diabetes (PRODIA)”, pertencente ao ambulatório de endocrinologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU UFJF). Para tanto, buscou-se especificamente levantar subsídios para a efetividade do estudo do conceito de resiliência na saúde. Foi realizado um estudo quantitativo, transversal e descritivo, com a utilização de um questionário sociodemográfico, da Escala de Resiliência de Wagnild e Young e da Escala de Percepção de Suporte Social (EPSS). Os aspectos sociais foram analisados a partir da teoria dos determinantes sociais de saúde, sendo incluídas as variáveis idade, sexo, estado civil, religião, escolaridade, situação ocupacional, renda econômica e apoio social. Os resultados deste estudo demonstraram que os pacientes entrevistados apresentavam bom índice de resiliência (média de 132 pontos), a qual foi significativamente associada com a idade dos entrevistados. Pontua-se, por-

tanto, a necessidade de levantar dados sobre a população à qual se destinam as abordagens que promovem a resiliência, através do treinamento e da educação em saúde.

**Palavras-chave:** Redes sociais. Diabetes mellitus tipo 2. Resiliência.

## INTRODUÇÃO

O impacto do diagnóstico de uma doença crônica pode afetar aspectos centrais na vida de uma pessoa, principalmente aqueles valorizados pelo seu meio social, gerando alterações no autoconceito e na autoestima do indivíduo. Essa nova condição, de doente crônico, pode, por vezes, provocar uma situação de perturbação emocional e não adaptação à doença. Por isso, vem crescendo a importância do entendimento dos fatores psicossociais e biológicos no histórico de vida e no percurso do tratamento dessas enfermidades (Almeida, 2003; Silva et al., 2003).

Entre as doenças crônicas, o Diabetes Mellitus (DM) ganha destaque pela necessidade de cuidados integrais, com a participação de vários saberes sobre a enfermidade e a realização de práticas de educação em saúde. Em seu tratamento, o conhecimento sobre a doença deve ser utilizado pelo diabético, com auxílio daqueles que estão a sua volta, buscando o equilíbrio entre a alimentação, a prática de exercícios físicos e o uso de medicações, visando hábitos de vida saudáveis (Castro, Novo Júnior e COSTA, 2011).

O DM é dividido em quatro classes

<sup>1</sup>brunofeital@hotmail.com

clínicas: o diabetes tipo 1 (DM 1); o diabetes tipo 2 (DM 2); o diabetes gestacional; e outros tipos específicos de diabetes. O DM 1 ocorre em consequência da “destruição autoimune das células beta das ilhotas pancreáticas, geralmente levando a absoluta deficiência de insulina” (American Diabetes Association [ADA], 2015, p. 8, tradução nossa). Embora tenha maior incidência em sujeitos magros e com idade igual ou inferior a 30 anos, pode ter início em qualquer fase da vida, acometendo também sujeitos obesos (Ada, 2015; Juliano e Costa, 2011; Sociedade Brasileira de Diabetes [SBD], 2015).

O DM 2, tipo de diabetes que corresponde a cerca de 90% dos casos da doença, é consequência de um defeito progressivo na ação e na secreção de insulina, resultando em sua resistência dos tecidos à ação desse hormônio. Esse tipo de DM pode estar associado, ou não, à redução da produção de insulina. Além dos fatores genéticos, ele apresenta relação com hábitos de vida sedentários, má alimentação, hipertensão arterial, dislipidemia e obesidade global ou localizada no abdome. O DM2 também pode ter seu início em qualquer fase da vida, entretanto a doença aparece com maior frequência após os 40 anos em pessoas com obesidade ou sobrepeso (Ada, 2015; Juliano e Costa, 2011; SBD, 2015; SESMG, 2006).

A DM gestacional se desenvolve durante a gravidez, identificando-se com qualquer grau de intolerância à glicose diagnosticado no período de gestação. Não são classificados como diabetes gestacional casos em que a intolerância à glicose tenha surgido antes do período gravidez. Os outros tipos específicos de diabetes, em geral, resultam de outras causas, como as deficiências genéticas nas células pancreáticas, as doenças no pâncreas, o uso de drogas hiperglicemiantes (químico induzida), entre outras (ADA, 2015).

Os números do DM no Brasil chamam atenção quando se fala sobre doenças crônicas. O plano nacional de reorganização da atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) chegou à detecção de aproximadamente 320.000 pessoas com Diabetes Mellitus (Toscano et al., 2008 apud Schmidt et al., 2011). Dados recentes sobre a

DM no Brasil indicam que houve um aumento autorrelatado da doença de 3,3% em 1998 para 5,3% em 2008 (Viacava, 2010 apud Schmidt et al., 2011). Já pesquisa realizada pelo Vigitel (2014), referente ao ano de 2013, aponta que 7,2% das mulheres e 6,5% dos homens entrevistados se autorreferiam com DM.

Diante dos dados que apontam para o aumento do número de casos de Diabetes Mellitus é necessário pensarmos em intervenções resolutivas e capazes de gerar o cuidado integrado do indivíduo. Dessa forma, a intervenção deve ser pautada nos aspectos biológicos, sociais e psicológicos daqueles que procuram o tratamento.

### Determinantes Sociais no tratamento e saúde

Kaplan et al. (1977) pontuam em seus estudos que dois tipos de processos psicosociais podem influir na etiologia da doença. O primeiro tipo seriam os fatores estressores, que podem aumentar a suscetibilidade de desencadear alguma doença claramente a partir de conjuntos de fatores e agentes biológicos e físicos que se associam. O segundo tipo seriam os fatores de proteção que amortecem os impactos dos estímulos nocivos aos indivíduos, os quais fariam parte da interação do indivíduo com seu ambiente e, subsequentemente, da interação e disponibilidade do apoio social.

O apoio social tem sido usado para se referir às estruturas das relações interpessoais e seu provável efeito na prevenção de perturbações psicológicas e orgânicas, quando o ser humano é confrontado com situações estressantes e na minimização do agravamento e recuperação de uma doença. Dessa forma, o apoio social pode ser entendido como “uma experiência pessoal, e não como um conjunto de interações e trocas, sendo reconhecido o papel fundamental da intensidade como o indivíduo se sente desejado, respeitado e envolvido no seu meio social” (Silva et al., 2003, p. 22).

A definição que se aproxima da hipótese de experiência pessoal é a de apoio social percebido, que se refere ao julgamento geral que o indivíduo faz das várias esferas do seu contexto

social, em relação ao seu julgamento de estima. Ainda podemos abranger, dentro do apoio social percebido, a avaliação que o indivíduo faz da disponibilidade de pessoas próximas e da possibilidade de a eles apelar quando houver necessidade (Silva et al., 2003). Contudo, a ideia de apoio social percebido apresenta um ponto delicado que diz respeito à validade do dado, uma vez que ele é mensurado a partir de relatos dos próprios pacientes, podendo apresentar uma discordância com o real apoio social disponível para o indivíduo (Nunes, 2004). O apoio social percebido é conceitualizado em termos cognitivos, em que o indivíduo tem a percepção de que é amado e possui pessoas a quem recorrer quando é necessário. Ele é estudado como uma variável da personalidade, estável ao longo do tempo, e tem sua origem em experiências de apego (Saranson et al., 1990 apud Nunes, 2004).

### **Resiliência como um enfoque nos determinantes de saúde**

A definição de resiliência distingue três componentes essenciais, que devem estar presentes na discussão a respeito do conceito: a noção de adversidade, trauma, risco, ou ameaça ao desenvolvimento humano; a adaptação positiva ou superação da adversidade; e o processo em que considera os mecanismos emocionais, cognitivos e socioculturais que influenciam no desenvolvimento humano (Infante, 2005).

Foram identificados por Grotberg (2005) os fatores de resiliência, agrupados em quatro categorias: “eu tenho” (apoio); “eu sou”; “eu estou” (relativo a força intrapsíquica); e “eu posso” (aquisição de habilidades interpessoais e capacidade de resolução de conflitos).

Nos últimos anos, vem crescendo a preocupação em promover o potencial de todos os indivíduos, destacando não somente os danos, na área do desenvolvimento humano. A partir desse contexto, a resiliência, na área de intervenção psicossocial, tenta promover a ligação entre indivíduo e seu ambiente social, ajudando na superação da adversidade e na adaptação à sociedade, refletindo na melhor qualidade de vida (Infante, 2005). O desenvolvimento da re-

siliência é um processo complexo, uma transação entre pessoa e seu ambiente de acordo com Kumpfer (1993 apud Bradshaw et al., 2007), que se associa a quatro áreas de prospecção: fatores espirituais/motivacionais; competências cognitivas/comportamentais; competências sociais/ bem-estar físico; competências físicas.

Uma análise ecológica, entre indivíduo e ambiente, do termo resiliência nos posiciona a um entendimento maior das condições e atribuições do conceito de resiliência. Ainda assim, torna-se necessária uma análise integral que vise identificar a posição humana frente às adversidades resultantes dos processos proximais, e a influência do tempo de exposição e contexto sociocultural da vivência (Polleto e Koller, 2008).

Apesar das diversas abordagens que sugerem pontos-chave que desencadeiam a resiliência, as pesquisas ainda focam a definição do conceito. Devemos considerar que nem todos os eventos de crise da vida levam as pessoas a crescerem; ao invés disso, as pessoas podem se estabilizar em uma zona de conforto. A reintegração resiliente ocorre quando as pessoas em situações disruptivas conseguem crescimento pessoal, conhecimento, auto compreensão. A energia motivacional é uma força motriz do processo de enfrentamento das rupturas da vida (Bradshaw et al., 2007).

O conhecimento e a produção científica sobre resiliência devem ser difundidos ao público, de maneira acessível, elucidando os conhecimentos sobre o conceito e as formas de intervenções preventivas aos danos, aproveitando o conhecimento para a melhoria das condições de saúde da população, uma maior produtividade no campo da prevenção de maiores danos à saúde (Luthar et al., 2007). A Psicologia – assim como a área da saúde, em geral – tende a pesquisar e estudar fatores de risco a partir de questões disfuncionais e patologias. A ideia de resiliência deve destacar o reforço das potencialidades do indivíduo, resgatando e fortalecendo as dimensões sadias das pessoas, empoderando-as para o enfrentamento e a superação em situações de exposi-

ção a riscos. A visão do empoderamento e fortalecimento ultrapassa o determinismo social, o preconceito, estereótipos, pautados em base de um discurso que supervvaloriza as deficiências e prejuízo e pouco se atém a promoção de estratégias de enfrentamento das adversidades (Polletto; Koller, 2008).

Os efeitos dos recursos psicossociais positivos podem atenuar os efeitos negativos da doença, e assim propiciar o comportamento de autocuidado e controle glicêmico. A avaliação da resiliência pode ser útil no levantamento de subsídios para intervenções cognitivo comportamentais. As futuras pesquisas de associação entre resiliência e DM devem avançar na compreensão dos processos psicológicos e biológicos que permeiam as adversidades e o enfrentamento, enquanto trabalham na melhoria da saúde física e mental dos pacientes (Yi et al., 2008).

O presente estudo objetiva apresentar uma análise dos aspectos sociais da resiliência em pacientes com Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 através de levantamento bibliográfico e uma pesquisa de campo de cunho descritivo, direcionada à avaliação de dados sociodemográficos, da resiliência e do suporte social de pacientes atendidos no Programa de Acompanhamento, Educação e Prevenção em Diabetes Mellitus (PRODIA), do ambulatório de Endocrinologia no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora-MG.

## MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva de finalidade fundamental, natureza observacional e caráter exploratório, que utilizou um questionário sociodemográfico, a Escala de Resiliência desenvolvida por Wagnild e Young (1993 apud Pesce et al., 2005) e a Escala de Percepção de Suporte Social (EPSS) (Anexo C).

O estudo ocorreu dentro do projeto de extensão “Acompanhamento, Educação e Prevenção em Diabetes Mellitus (PRODIA)”, do Ambulatório de Endocrinologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz

de Fora (HU-UFGF), portanto foi composta por usuários do referido projeto de extensão. Todos os indivíduos entrevistados realizavam o controle trimestral do diabetes, com a equipe interdisciplinar composta por trabalhadores das especialidades de Enfermagem, Educação Física, Fisioterapia, Farmácia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Serviço Social e Psicologia.

Foram estabelecidos com critérios de inclusão para participantes na pesquisa: ter o Diabetes Mellitus tipo 2 diagnosticado; estar em atendimento no projeto de extensão há no mínimo 6 meses; e ter idade superior a 18 anos.

A amostra do estudo seguiu critérios de conveniência, sendo convidados para participar da pesquisa todos os pacientes atendidos no período de setembro de 2013 a outubro de 2013. Todos os entrevistados foram apresentados aos objetivos da pesquisa e participaram de forma livre e esclarecida. As entrevistas foram realizadas individualmente com os participantes na sala da equipe de pesquisa dentro do Ambulatório de Endocrinologia.

A utilização da Escala de Resiliência desenvolvida por Wagnild e Young (1993 apud Pesce et al., 2005) se justifica pela sua capacidade de medir níveis de adaptação psicossocial positiva em face de eventos de vida importantes. O instrumento possui 25 itens descritos de forma positiva com resposta tipo likert variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Os escores da escala oscilam de 25 a 175 pontos, com valores altos indicando elevada resiliência (PESCE et. al., 2005). Já a Escala de Percepção de Suporte Social (EPSS) foi usada com o intuito de mensurar a percepção de suporte social dos entrevistados. Validado para o Brasil por Siqueira (2008), essa escala é composta de dois fatores: fator 1 - suporte prático; e fator 2 - suporte emocional, apresentando um total de 29 itens, sendo o primeiro fator composto de 19 itens e o segundo, por 10 (Siqueira, 2008).

Os dados levantados foram tabulados no programa estatístico Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS) modelo 15, um software para análise estatística de dados que permite realizar cálculos complexos e vi-

sualizar seus resultados de forma simples e autoexplicativa. Para tratamento dos dados foi realizada estatística descritiva, e os resultados foram expressos em média, desvio padrão, frequência. Também foi realizada análise de correlação de Spearman (teste não paramétrico) considerando significativo  $p < 0,05$ .

A pesquisa foi enviada para análise no Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora, e, estando de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS, recebeu aprovação para pesquisa com seres humanos, parecer 337.390, CAAE: 18517113.3.0000.5147.

## RESULTADOS

A pesquisa contou com a participação de 15 pacientes do Ambulatório de Diabetes do HU-UFGF com DM 2. A amostra, composta por 12 mulheres e 3 homens, apresentou como média a idade de 46, conforme se verifica na Tabela 1. O baixo número de homens encontrados na amostra da pesquisa vem ao encontro de estudos que apontam que eles recorrem menos aos serviços de saúde em comparação às mulheres (BRAZ, 2005).

A amostra também apresentou coerência no que se refere à idade média dos participantes – de  $55,47 \pm 10,26$  anos. Vale lembrar que a DM 2 tem início por volta dos 40 anos de idade e, por ser uma doença silenciosa, ou seja, nem sempre seus sintomas são percebidos, apresenta uma latência entre a eclosão da enfermidade e sua descoberta (Ada, 2015).

**Tabela 1** - Perfil da amostra de pacientes com DM 2 incluídos na pesquisa referente a sexo e idade

Variáveis		Frequência	%*
Sexo	Feminino	12	80,0
	Masculino	03	20,0
Idade	31 a 45 anos	02	13,33
	46 a 65 anos	10	66,67
	> 66 anos	03	20,0

\*Número porcentual relativo aos 15 usuários do serviço incluídos na pesquisa.

A Tabela 2 nos proporciona maior conhecimento sobre o perfil dos entrevistados no que se refere a estado civil, religião, escolaridade, renda e situação ocupacional. Podemos perceber que a maior parte dos participantes da pesquisa era composta por casados, de religião católica, com escolaridade até o ensino fundamental e renda familiar entre 1 a 2 salários-mínimos. O tempo médio de acompanhamento no ambulatório entre os entrevistados variou de  $40,33 \pm 34,10$  meses.

**Tabela 2** - Perfil sociodemográfico da amostra de pacientes com DM 2 incluídos na pesquisa

Variáveis		Frequência	%*
Estado Civil	Casados	10	66,67
	Solteiros	04	26,7
	Viúvos	01	6,7
Religião	Católica	09	60,0
	Evangélica	04	26,7
	Umbanda	01	6,7
	Nenhuma	01	6,7
Escolaridade	Ensino Fundamental		
	Incompleto	07	46,7
	Ensino Fundamental		
	Completo	03	20,0
	Ensino Médio		
	Incompleto	02	13,3
	Ensino Médio		
Renda	Completo	03	20,0
	Familiar 1 a 2 Salários	13	86,0
	3 a 6 Salários	02	13,3
Ocupação	Empregado	07	46,7
	Aposentado	08	53,3

\*Número porcentual relativo aos 15 usuários do serviço incluídos na pesquisa.

A mensuração do suporte social foi desmembrada em suporte prático, emocional, e depois foi feita a média do suporte social global, considerando o suporte prático com pontuação máxima de 4 pontos e mínima de 1, suporte emocional máximo 4 e mínimo 1, e o global, a pontuação propriamente dita da escala de percepção de suporte social com máximo de 0,27 e mínimo de 0,06.

**Tabela 3** - Relação do Suporte Emocional, Suporte Prático e Suporte Social dos pacientes com DM 2 incluídos na pesquisa

	<b>Suporte Prático</b>	<b>Suporte Emocional</b>	<b>Suporte Social</b>
<b>Média ± Desvio padrão</b>	2,62 ± 0,59	2,93 ± 0,85	0,18 ± 0,47
<b>Mínimo</b>	1,84	1,70	0,12
<b>Máximo</b>	4	4	0,26

**Tabela 4** - Padrão de Resiliência dos pacientes com DM 2 incluídos na pesquisa

<b>Média ± Desvio padrão</b>	132,5 ± 26,32
<b>Mínimo</b>	69
<b>Máximo</b>	173

O estudo apontou que, quanto maior a idade do paciente, maior o nível de resiliência ( $p = 0,005$ ). A média da pontuação de resiliência obtida entre os pacientes entrevistados foi de  $132,5 \pm 26,32$  pontos, com mínimo de pontuação de 69 e máximo de 173 pontos, considerando que a escala utilizada possui pontuação mínima de 25 e máxima de 173 pontos.

## DISCUSSÃO

Na pesquisa de Quiceno e Alpi (2012) sobre a resiliência em pacientes com doenças crônicas foi constatada uma média de idade de 59 anos, nível socioeconômico de médio baixo a baixo, com média de 7 anos de estudo, maioria casada – resultados parecidos com os desta pesquisa. Foram observados níveis altos de resiliência, assim como na pesquisa em questão, que estavam associadas a um meio social disponível de suporte prático e emocional.

A pesquisa de Quiceno e Alpi (2012) também não apresentou resultados significativos quanto à relação da resiliência com as características sociodemográficas, excetuando-se a relação da resiliência com a idade, que na pesquisa obteve uma correlação alta, podendo ser associada a uma maior experiência com o enfrentamento de eventos estressantes através dos anos, e com o tempo de acompanhamento

da doença, com visitas recorrentes a equipe médica, o que faz da situação estressante habitual e, portanto, esperada e previsível, tornando a adaptação mais fácil.

As adversidades são imprevisíveis, logo mudam e requerem mudanças nas condutas resilientes, as quais, nesse sentido, exigem se preparar, viver e aprender com as experiências adversas, seja uma mudança, abandono ou doença (Grotberg, 2005). O desenvolvimento da resiliência é um processo complexo, uma transação entre pessoa e seu ambiente, de acordo com Kumpfer (1993 apud Bradshaw et al., 2007), que se associa a quatro áreas de prospecção, fatores espirituais/motivacionais, competências cognitivas/ comportamentais, competências sociais/ bem-estar físico, competências físicas.

Ao correlacionarmos a resiliência com as demais variáveis do estudo, não houve significância contundente. O estudo da resiliência, de acordo com Luthar et al. (2007), pontua que a natureza da resiliência deve ser considerada a partir de fatores genéticos, fisiológicos e de interação com meio ambiente e a cultura. Pode-se comparar a influência fisiológica e genética com os estudos que evidenciam a influência na maturação psicológica e do comportamento em pessoas que são expostas a impactos agressivos nos primeiros ambientes do desenvolvimento, alterando assim a estrutura e o funcionamento do cérebro e dos sistemas neurobiológicos (Cichetti; Curtis, 2003,2006 apud Luthar et al., 2007).

Os resultados deste estudo demonstraram que os pacientes entrevistados apresentavam bom índice de resiliência, o que pode ser um fator importante no processo de enfrentamento da doença. Nos estudos de Losoi et al. (2013) não

houve diferença na pontuação total de resiliência entre homens e mulheres, apesar de estudos terem demonstrado que mulheres são mais resilientes. Neste estudo não houve correlação significativa, uma vez que o escopo de homens ser inferiormente menor que o de mulheres.

A relação entre gênero e resiliência vem sendo pesquisada amplamente, no entanto não existe linearidade quanto aos resultados, levando à importância de se pesquisar mais minuciosamente; no entanto, deve-se considerar o papel sociocultural dos gêneros nas diferentes sociedades (Losoi et al., 2013).

Outro fator observado é que 87% dos sujeitos da pesquisa possuíam algum tipo de religião. Os fatores protetivos de uma religiosidade e espiritualidade na promoção e conservação da saúde têm sido estudados largamente. A espiritualidade, nos estudos de Faria e Seidl (2005), está ligada a um estado individual, ligado a aspectos de transcendência pessoal, sensibilidade não consciente e sentido de vida. A religião ou religiosidade está ligada a uma entidade institucional, adesão a crenças e práticas relacionadas a um culto ou igreja. A associação entre práticas, afiliações e crenças religiosas como fatores de prevenção da doença e promoção da saúde possui raízes histórico-culturais advindas de mitos gregos, de rituais indígenas e da escrita bíblica, influenciando a cultura ocidental (Botelho, 1991 apud Faria; Seidl, 2005).

A religião, como promotora de suporte emocional e com enfoque instrumental e informativo, atinge uma esfera da diversidade, com implicações em que a religiosidade tem, nos fenômenos do adoecer e de saúde, um grande papel no processo de enfrentamento às situações de adversidade. As variáveis religiosas têm sido correlacionadas à percepção positiva da eficácia do enfrentamento e índices elevados de qualidade de vida e suporte social (Faria e Seidl, 2005).

De acordo com Stroppa e Moreira-Almeida (2008), os estudos sobre religiosidade e espiritualidade associados à saúde demonstram níveis positivos de indicadores de bem-estar psicológico, como satisfação com a vida, felicidade, afeto positivo, moral elevado, me-

lhor saúde física e mental.

Parece que habitualmente o impacto positivo do envolvimento religioso na saúde mental é mais intenso nas pessoas que estão vivendo um grande impacto de estresse e em situações de vulnerabilidade, como pessoas com doenças crônicas, idosos e pessoas com deficiência. As pesquisas demonstram que o envolvimento em atividades religiosas – como cultos, reuniões, missas e atividades voluntárias – está associado a uma melhor saúde física, essencialmente se essas atividades ocorrem na comunidade em que se está inserido, mesmo que a religiosidade não modifique aspectos, como o agravamento ou mesmo o prolongamento da vida, atribuindo papel importante à qualidade de vida e ao propósito de viver (Stroppa e Moreira-Almeida, 2008).

Com relação ao suporte social global, também não foi observada correlação estatisticamente significativa ( $p=0,17$ ), embora tenha-se percebido tendência de aumento dos níveis de resiliência a partir do aumento do suporte social percebido, o que clinicamente nos parece relevante.

Embora neste estudo não se tenha observado correlação significativa entre resiliência e suporte social, no estudo piloto de Steinhardt et al. (2009) com pacientes com DM 2, foi levantado que o apoio social foi mais significativo no grupo de coaching de resiliência, demonstrando que pacientes com suporte prático e emocional tinham comportamentos resilientes frente à gestão da doença.

O efeito do apoio social sobre a resiliência é consideravelmente aceito nas pesquisas científicas sobre o tema, mostrando que indivíduos com maior apoio social são mais resilientes, indo de encontro ao resultado deste estudo. Losoi et al. (2013) pontuam que pacientes com suporte social, emocional e prático, tendem a ser 40% a 60% mais resilientes.

A presença de apoio social, atenção, amor e segurança em um ambiente reforça a promoção da resiliência, de forma conjunta com os pontos fortes inatos das características de personalidade e psicológicas de cada um, como a

autoeficácia, emoções positivas e regulação das emoções, atribuindo a importância dos fatores filogenéticos e ontogenéticos na produção de comportamento e atitudes resilientes (Luthar et al., 2007).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com os dados preliminares da pesquisa de campo e o levantamento bibliográfico realizado neste estudo, pudemos entender a resiliência como uma característica a ser desenvolvida e potencializada. Enaltecer as potencialidades é uma das formas mais eficazes de se promover a resiliência. Por mais que as condições e determinantes sociais enverguem para a não construção da resiliência, devemos nos ater ao que é essencial: a motivação pessoal e, sem dúvidas, o apoio social. O apoio social, agregado à educação e à saúde, e o empoderamento do paciente em seu tratamento são, sem dúvida, grandes pilares de fortalecimento do paciente e consequente promoção da resiliência.

Boa parte dos estudos sobre resiliência contempla crianças e adolescentes frente ao envelhecimento da população mundial, portanto se vê como de suma importância o estudo da resiliência na fase adulta e na velhice, principalmente nos processos longos de doença, como no caso da DM 2, uma condição crônica que tem sido cada vez mais recorrente.

Os fatores psicossociais positivos podem ser usados para identificar características de resiliência nos pacientes com DM. No entanto. Silva et al. (2003) elucidam que há estudos transversais sobre o apoio social e controle glicêmico em que não houve correlação satisfatória em relação a relações familiares ruins e mau controle metabólico.

Os estudos sobre resiliência e DM são raros, apesar de evidências sólidas de que os recursos psicossociais positivos influenciam na aderência ao tratamento, no controle glicêmico e na qualidade de vida (Rose et al., 2002; Souza et al., 2005; Whittemore et al., 2005 apud Yi et al., 2008).

O comportamento é a forma de se adaptar às intempéries ou mesmo à vida cotidiana, a

qual é pautada na interação entre o meio ambiente e o indivíduo, sendo que vivências anteriores registradas no desenvolvimento influenciam posturas e atitudes futuras. A resiliência, nesse sentido, pode trazer subsídios para o enfrentamento de condições adversas ao DM 2, através dos grupos operativos de saúde, visando ao fortalecimento das estratégias de enfrentamento, autogestão e empoderamento acompanhamento aos pacientes, que se tornam ferramentas para a promoção de comportamentos e respostas resilientes frente a doença.

Este estudo sugere continuação e aprofundamento sobre o tema, com um delineamento metodológico mais aprofundado, elucidando a resiliência como uma característica que proporcione a promoção da saúde, a autogestão na doença e um melhor enfrentamento dessa vivência. O tratamento e promoção da saúde na DM 2 é um processo em cadeia, em que os profissionais de saúde, com o paciente como participante ativo em seu tratamento, são essenciais a aderência e ao sucesso terapêutico.

A amostra prevista para este estudo se caracterizava de maior amplitude, porém algumas dificuldades foram observadas, como a reorganização do ambulatório durante a pesquisa. Havia uma rotina dos pacientes, que chegavam e se direcionavam a uma secretaria, a qual anotava em uma planilha com qual profissional o paciente estava. Com a modificação para acompanhamento apenas pelo prontuário eletrônico AGHU (Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários), ao qual a pesquisa não teve acesso, houve dificuldade em saber se os pacientes ainda estavam no ambulatório para os atendimentos da equipe multiprofissional, o que influenciou na abordagem a eles. Para não influir na dinâmica do ambulatório, os pacientes abordados eram os últimos da fila de espera do prontuário eletrônico AGHU, também eram abordados quando após o atendimento.

As avaliações feitas neste estudo devem ser consideradas a partir de diversas limitações. O tamanho da amostra foi pequeno frente à população do ambulatório pesquisado, o que pode ter contribuído para a impossibilidade de

realização de uma análise de dados, tendo como consequência a falta de resultados significativos em alguns casos. No entanto, deve-se ressaltar que os resultados revelam dados significativos para o aprofundamento de estudos em amostras maiores que busquem aprofundar a relação da resiliência com a DM 2, visando contribuir para intervenções psicológicas e direcionamento nos projetos terapêuticos dos pacientes.

## REFERÊNCIAS

- ADA - American Diabetes Association. Standards of medical care in Diabetes, jan. 2015. *Diabetes Care*. 2015. 38 (1).
- Almeida JPC. Impacto dos factores psicológicos associados à adesão terapêutica, ao controlo metabólico e à qualidade de vida em adolescentes com Diabetes tipo1. Universidade do Minho - Instituto de Educação e Psicologia. Tese de Doutoramento em Psicologia Clínica. 2013.
- Bradshaw BG, Richardson GE, Kulkarni K. Triving with diabetes: an introduction to the resiliency approach for diabetes educators. *The Diabetes Educator*. jul.-ago. 2007. 33(4): 643-9. Disponível em: <[tde.sagepub.com](http://tde.sagepub.com)>. Acesso em: 12 jul. 2013.
- BRASIL. VIGITEL Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico-Dados sobre Diabetes. Brasília: Ministério da Saúde. 2011.
- Braz M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, mar. 2005. 10(1):97-104.
- Castro APA, Novo Júnior JM, Costa MB. A abordagem interdisciplinar no tratamento do Diabetes Mellitus. In: Castro APA, Costa MB (Orgs.). *Diabetes Mellitus: abordagem interdisciplinar: a educação em saúde como tratamento*. Juiz de Fora: Ed. UFJF; 2011. p. 17-27.
- Faria JB, Seidl EMF. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. *Psicologia: reflexão e crítica*. 2005. 18(3): 381-389, 2005.
- Groff DP, Simões PWTA, Fagundes ALSC. Adesão ao tratamento dos pacientes diabéticos tipo II usuários da estratégia saúde da família situada no bairro Metropol, Criciúma, SC. Arquivos Catarinenses de Medicina. v. 40, n. 3, 2011.
- Grotberg EH. Introdução: novas tendências em resiliência. In: Melillo A, Ojeda ENS et al. *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*. Artmed: Rio de Janeiro, 2005.
- Infante F. A resiliência como processo: uma revisão de literatura recente. In: Melillo A, Ojeda ENS et al. *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*. Artmed: Rio de Janeiro, 2005.
- Juliano ACSRS, COSTA MB. A abordagem interdisciplinar no tratamento do Diabetes Mellitus. In: Castro APA, Costa MB (Org.). *Diabetes Mellitus: abordagem interdisciplinar: a educação em saúde como tratamento*. Ed. UFJF, 2011. p. 49-69.
- Kaplan BH, Cassel JC, GORE, Susan. Social Support and Health. *Medical Care*. v. 15, n. 5, mai, sup., 1977. Disponível em: <<http://www.jstor.org/stable/3763353>>. Acesso em: 10 jul. 2013.
- Losoi H, Turunen S, Waljas M et al. Psychometric properties of the finnish version of the resilience scale and its short version. *Psychology, community and health*. v.2, n.1, p. 1-10, 2013. Disponível em: <<http://pch.psychopen.eu/article/view/40>>. Acesso em: 30 set. 2013.
- Luthar SS, Brown PJ. Maximizing resilience through diverse levels of inquiry: Prevailing paradigms, possibilities, and priorities for the future. *Development and Psychopathology*. v. 19, n.3, p. 931-955, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2190297/pdf/nihms30913.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2013.
- Nunes M. Apoio social na diabetes. Instituto politécnico de Viseu. Educação, ciência e tecnologia. p. 135-149, 2004. Disponível em:<<http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/430/1/Apoio%20social%20na%20diabetes.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2012.
- Péres DS, Laércio JF, Santos MA. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de Diabetes tipo2. *Revista de Saúde Pública*. v. 40, n. 2, p. 310-317, 2006.
- Pesce RP, Assis SG, Avanci GC, Santos NC, Malaquias JC, Carvalhaes, R. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Caderno de Saúde Pública*. v. 21, n. 2, p. 436-448, mar-abr, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2005000200010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2005000200010)>. Acesso em: out. 2012.
- Polleto M, Koller SH. Contextos ecológicos: promotores de resiliência, risco e proteção. *Estudos de Psicologia*. v. 25, n. 3, p. 405-416, jul-set, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103166X2008000300009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103166X2008000300009&script=sci_arttext)>. Acesso em: out. 2012.
- Quiceno JM, Alpi SV. Resiliencia y caracaterísticas soiodemográficas em enfermos crónicos. *Psicología desde el Caribe*. Universidad del norte. v. 29, n.1, p. 87-104, 2012. Disponível em: <<http://redalyc.org/articulo.oa?id=21323171006>>. Acesso em: 14 maio 2013.
- Rutter M. Resilience as dynamic concept. *Development and Psychopathology*. v. 24, p. 335-344, 2012. Disponível em: <[http://journals.cambridge.org/action/displayFullText?type=1&fid=8538865&ji\\_id=DPP&volumeId=24&issueId=02&aid=8538863&bodyId=&membershipNumber=&societyETOCSession=>](http://journals.cambridge.org/action/displayFullText?type=1&fid=8538865&ji_id=DPP&volumeId=24&issueId=02&aid=8538863&bodyId=&membershipNumber=&societyETOCSession=>). Acesso em: 12 set. 2013.
- Santos CT, Sebastiani RW. Acompanhamento psicológico a pessoas portadoras de doença crônica. In: Angerami et al. *E a Psicologia entrou no Hospital*. Editora Pioneira: São Paulo, 1996.
- Schmidt MI, Duncan BB, Silva GAZ, Menezes AM,

Monteiro CA, Barreto SMaria et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: cargas e desafios atuais. The Lancet. n. 377, p. 1949-1961, 2011 Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015. AC Farmacêutica: São Paulo, 2015.

SESMG - Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Autocuidado apoiado. Grupo consolidador da oficina de sistematização das tecnologias leves no modelo de atenção às condições crônicas. MACC, 2013. NO PRELO.

Silva I, Ribeiro-Pais J, Cardoso H, Ramos H, Carvalhosa SF, Dias S, Gonçalves A. Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controlo metabólico e desenvolvimento de complicações crônicas em indivíduos com Diabetes. Psicologia, saúde e doenças. v. 4, n. 1, p. 21-32, 2003.

Siqueira MMM. Construção e validação da escala de percepção social. Psicologia em Estudo. v. 13, n. 2, p. 381-388, abr./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n2/a21v13n2.pdf>>. Acesso em: out. 2012.

Steinhardt MA, Mamerow MM, Brown SA, Jolly CA. A resilience intervention in african american adults with type 2 Diabetes. The Diabetes Educator. 35(2), mar-apr, p.274-284, 2009. Disponível em: <<http://tde.sagepub.com/content/35/2/274>>. Acesso em :14 maio 2013.

Stropp M, Almeida A. Religiosidade e saúde. p. 427-443 In: Salgado MI, Freire G, orgs. Saúde e espiritualidade: uma nova visão da medicina. Belo Horizonte: Inede, 2008.

Yi JP, Vitaliano, PP, Yi JC; Weinger K. The role of resilience on psychological adjustment and physical health in patients with diabetes. British Journal of Health Psychology. v. 13, n. 2, p. 311-325, may 2008. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1348/135910707X186994/pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2013.