

RESILIÊNCIA: POTENCIALIDADE ÀS CAPACIDADES DE PROTEÇÃO DAS PESSOAS SOB-RISCO DE NEUROPATIA DIABÉTICA *

RESILIENCE: POTENTIALITIES OF THE CAPABILITIES OF PROTECTION OF PEOPLE AT RISK OF DIABETIC NEUROPATHY

RESILIENCIA: POTENCIALIDADES DE LAS CAPACIDADES DE PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON RIESGO DE NEUROPATÍA DIABÉTICA

Luzia Wilma Santana Silva¹, Fabiana Galvão Souza², Camila Fabiana Rossi Squacini³, Jaredo Souza Silva⁴, Vilma Maria Gonçalves Oliveira⁵, Valéria Santos Ribeiro⁶, Déborah Ferreira Gonçalves⁷, Geíza Santos Araújo⁸

RESUMO

O estudo teve como objetivo identificar as potencialidades humanas positivas de

peças sob-risco de neuropatia diabética em ações interventivas de educação em saúde à promoção da capacidade de resiliência para o autocuidado. Pesquisa de método misto, com foco na abordagem pesquisa-ação, parte de uma pesquisa guarda-chuva, fundamentada nos saberes de resiliência, realizada no município de Jequié-Bahia, no período de maio-junho/2014 com 13 mulheres idosas. Os dados foram coletados por meio de uma pergunta em profundidade e Escala de Resiliência de Connor-Davidson e submetidos à análise de conteúdo e estatística descritiva às variáveis da Escala. Os resultados demonstraram alto nível de resiliência de 77,61, ocorrendo variação expressiva nos escores, com mínimo de 51 e máximo de 95, dado com correlação positiva à única categoria emergida no estudo destacando bem-estar espiritual e sentir-se inseridas em grupos pelas participantes, imbricando os sentimentos de ser a família sua maior

* Estudo faz parte do projeto guarda-chuva: “Educação em saúde no enlace diagnóstico preventivo do pé-diabético”, do Núcleo interdisciplinar de estudos e extensão em cuidados à saúde da família em convivibilidade com doenças crônicas - NIEFAM /DS II-UESB.

¹ Enfermeira. Professora MS, Ph.D. em Enfermagem. Líder do Grupo de Pesquisa Interdisciplinar de Estudos em Ciências da Saúde e Sociedade. E-mail: luziawilma@yahoo.com.br

² Enfermeira pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Membro do Grupo Interdisciplinar em Ciências da Saúde e Sociedade. E-mail: faby_jq@hotmail.com

³ Professora Assistente do Depart°. de Saúde I/UESB. Doutoranda em Educação Física pela UFSC. Mestre em Ciências. Pesquisadora do Grupo Interdisciplinar em Ciências da Saúde e Sociedade. E-mail: csquarcini@gmail.com

⁴ Enfermeira pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Membro do Grupo Interdisciplinar em Ciências da Saúde e Sociedade. E-mail: jaredo_souza@hotmail.com

⁵ Psicóloga. Serviço de Psicologia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Colaboradora do Núcleo interdisciplinar de estudos e extensão em cuidados à saúde da família em convivibilidade com doenças crônicas - NIEFAM /DS II-UESB. E-mail: psc_vilma@hotmail.com

⁶ Enfermeira pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Colaboradora do Núcleo interdisciplinar de estudos e extensão em cuidados à saúde da família em convivibilidade com doenças crônicas - NIEFAM /DS II-UESB. E-mail: vavallribeiro@gmail.com

⁷ Enfermeira pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Colaboradora do Núcleo interdisciplinar de estudos e extensão em cuidados à saúde da família em convivibilidade com doenças crônicas - NIEFAM /DS II-UESB. E-mail: binhafgoncalves@hotmail.com

⁸ Graduada em Tecnologia em Administração de Pequenas e Médias Empresas pela Universidade Norte do Paraná - Polo Jequié/BA (2008). Graduanda em Psicologia na Faculdade de Tecnologia e Ciências - Jequié/BA. Colaboradora do Núcleo interdisciplinar de estudos e extensão em cuidados à saúde da família em convivibilidade com doenças crônicas - NIEFAM /DS II-UESB. Email: geizaraujo@hotmail.com

expressão de força enquanto sujeito existencial. Conclui-se ser a resiliência expressa pelas mulheres como um 'energético' interior do ser no sentido de vigorar suas potencialidades no cuidado de si.

Descritores: Doença Crônica. Diabetes Mellitus. Resiliência Psicológica. Educação em Saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

This study was aimed at knowing the positive human potential of people at risk of diabetic neuropathy in intervening actions of health education to promote resilience for self-care. A mixed method research, with a focus on action research approach, which starts from a macro-research, based on knowledge of resilience, held in the municipality of Jequié-Bahia, in the period of May-June/2014 among 13 elderly. The data were collected through a depth question and a Connor-Davidson Resilience Scale. We analyzed with content analysis and descriptive statistics for the variables of the scale. The results showed high resilience of 77.61, occurring expressive variation in scores, with a minimum of 51 and maximum of 95 data positively to the single landmass correction category, in the study was highlighted the spiritual welfare and feel included in

groups by participating and the conveying feelings of the family as its best strength of the existential subjects. It is concluded that the resilience of women it is an energizing inner self in the sense of strength their potential in self-care.

Descriptors: Chronic Disease. Diabetes Mellitus. Psychological resilience. Health Education. Nursing.

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo conocer las potencialidades humanas positivas de personas con riesgo de neuropatía diabética en acciones interventoras de educación en salud a la promoción de la capacidad de resiliencia para el autocuidado. Investigación con método mixto, con enfoque en el abordaje de investigación-acción, que parte de una macro-investigación, fundamentada en los saberes de resiliencia, realizada en el municipio de Jequié-Bahia, en el período de mayo-junio/2014 con 13 ancianas. Los datos fueron recolectados por medio de una pregunta a profundidad y la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson y sometidos a análisis de contenido y estadística descriptiva a las variables de la Escala. Los resultados demostraron alto nivel de resiliencia 77,61, ocurriendo variación expresiva en los *scores*, con

mínimo de 51 y máximo de 95, dato con corrección positiva a la única categoría emergida en el estudio destacando bienestar espiritual y sentirse incluidas en grupos por las participantes, transportando los sentimientos de ser la familia su mayor expresión de fuerza como sujetos existenciales. Se concluye ser la resiliencia expresa por las mujeres como un *energizante* interior del ser en el sentido de vigorizar sus potencialidades en el cuidado de sí.

Descriptor: Enfermedad Crónica. Diabetes Mellitus. Resiliencia Psicológica. Educación en Salud. Enfermería.

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM), caracteriza-se como uma doença crônica de proporções epidêmicas, encontrando-se entre as que mais avançam entre a população mundial⁽¹⁾.

No contexto do Brasil, estima-se que em 2025 existam aproximadamente 11 milhões de pessoas com diabetes no país. Isso representa um aumento de mais de 100% se comparado com estudos realizados no ano 2000 em que havia cinco milhões de brasileiros acometidos pela doença⁽²⁾. Este dado ao olharmos para o momento atual, ano 2015, estamos aproximadamente a uma década de atingir cifras de grande

magnitude de pessoas com a doença, o que impactará sobremaneira nos sistemas de saúde e previdenciário, já em situação de estrangulamento.

O DM é um grave problema de saúde pública. Assim, precisa ser perspectivado como problema de política pública de inserção proximal – encontrar-se próximo as coletividades humanas –, em ações que vislumbrem hábitos de vida saudáveis de forma longitudinal, em destaque políticas de prevenção/controla da obesidade; dietas saudáveis; estilos de vida ativos; atividade de lazer, e outros, no direcionamento de alterações do estilo de vida contributivas ao controle glicêmico, com acompanhamento contínuo por uma equipe multidisciplinar de saúde⁽³⁾.

O descompasso entre política pública proximal no enfoque do ciclo vital e a não ou pouca inserção das pessoas a um estilo de vida mais saudáveis proporciona a predisposição ao desenvolvimento de uma variedade de problemas, oriundos do processo patológico do DM, sendo eles: cardiovasculares, acidente vascular encefálico (AVE), neurológicos, retinopatia diabética, neuropatia diabética, dentre outros^(3,4). Este último tem se configurado como um problema potencial do déficit do autocuidado,

com elevada incidência de amputações de membros inferiores (MMII), sendo 40% a 70% de todas as amputações das extremidades inferiores, e cerca de mais 15% de pessoas com DM, em risco de desenvolver lesão no pé – 85% precedida por presença de úlceras⁽⁵⁾.

O pé diabético caracteriza-se como uma das mais sérias e dispendiosas complicações do DM⁽⁶⁾. Geralmente ocorre mediante trauma que são complicados por processos de infecção, terminando em amputação, quando não implementado tratamento precoce e adequado.

A prevenção exige empenho em estratégias de educação em saúde de alcance às coletividades, de forma ao ensino-aprendizado proximal aos saberes das pessoas, em um processo de negociação entre os profissionais de saúde e a coletividade/comunidade⁽⁶⁻⁷⁾. Neste direcionamento, aguçamos o olhar para a ciência da Enfermagem, tendo em observância ser esta a profissão de maior número de pessoas atuantes em saúde pública. Contudo, devendo ser a educação em saúde uma política de ação para todas as profissões no contexto das ciências da saúde e com abertura a outras áreas do conhecimento.

Igualmente, deve ser realizada nos diferentes níveis de cuidados em

saúde, mediante a identificação das pessoas sob-risco – prevenção primária, identificação de casos não diagnosticados – prevenção secundária e pelo tratamento das pessoas já afetadas pela doença, com o objetivo de prevenir complicações agudas e crônicas – prevenção terciária^(1,3,7).

No direcionamento da promoção da saúde, um maior nível de conhecimento sobre a doença e suas complicações está relacionado com uma melhor qualidade de saúde, convergente a um melhor controle metabólico e maior aceitação da doença para o saber-cuidar, e, conseqüentemente, diminuição de intervenções hospitalares^(3,7).

Estudiosos apregoam que viver com o DM implica em ajustar-se à complexa dinâmica de convivibilidade com ela, entre as relações familiares, sentimentos, estilo de vida e mudanças de hábitos, adequação de rotinas, implementação de cuidados e procedimentos de controle da glicemia, objetivando a prevenção das complicações agudas e crônicas^(7,8).

Estudos na área alertam para o fato do tratamento/cuidado disciplinado, ou seja, seguir o esquema triadico de uso correto da medicação, dieta alimentar equilibrada e atividade física regular, os quais permitem prevenir e

retardar as complicações agudas e crônicas da doença⁽⁹⁻¹⁰⁾, contudo, sem deixar de perspectivar a multidimensionalidade do *ser*, incluindo os aspectos emocionais e relacionais que circundam o *ser-existir* humano, sobretudo, porque as percepções acerca de uma doença nunca são as mesmas para as diferentes pessoas, ocorrendo manifestações e reações singulares em cada uma delas. Algumas conseguem superar os desafios e manter a doença sob controle, porém, outras encaram a doença como um grande problema.

Em termos de atenção à saúde, sabemos que é essencial promover nas pessoas troca de informações que permita que elas expressem seus sentimentos em relação à sua situação de saúde-doença no auxílio à adesão ao tratamento e às mudanças no estilo de vida⁽¹¹⁾. Do que se depreende, a esse propósito, a noção de resiliência. De um ponto de vista prático, trata-se da capacidade de se recobrar ou de se readaptar as mudanças.

No âmbito das ciências sociais, o termo resiliência está relacionado aos processos psicossociais que beneficiam o desenvolvimento do ser humano, auxiliando-o no convívio com as adversidades e problemas enfrentados ao longo de sua vida⁽¹²⁾. É comumente assumido como uma reafirmação da

capacidade humana em superar adversidades e situações de risco como o estresse e experiências sociais adversas⁽¹¹⁻³⁾. Um *ser-estar* aberto e atento às possibilidades positivas frente às adversidades. Assim, um processo de alargamento das escolhas à disposição que valorizam na vida.

Ao olhar para tais significados, nos direcionamos a significância do sentido da palavra para as pessoas, e, neste particular, compreendeu que tal significância pode encontrar-se em uma via de mão dupla com saberes de si e do que o cerca – os multiversos saberes circundantes no meio –, daí aludirmos a educação em saúde como possibilidade do desenvolvimento de capacidades positivas nas pessoas – a resiliência –, reforçando o alcance de metas para manter-se saudável em meio ao controle metabólico.

A relevância que se nos apercebe neste estudo assenta-se em primeira instância à promoção da saúde dos seus participantes e a *posteriori* à ciência Enfermagem e a comunidade em geral que poderão avaliar sua práxis e o seu modo de *ser-estar* em processo de viver humano, a luz dos resultados aqui expostos.

Do que compreendemos, ao olhar para a ciência enfermagem e perspectivar que o(a) enfermeiro(a)

cuida quando desempenha seu papel de educador, esta ciência tem potencial para realizar ações educativas em saúde, incentivar a equipe multidisciplinar no desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação em saúde em nível individual e coletivo. E assim, promover uma prática integrada e contínua com as demais profissões na potencialidade da atenção da saúde das pessoas e do Sistema Único de Saúde (SUS). Também, por ser composta por *seres* de criticidade para analisar os problemas da sociedade e procurar soluções que esteja de acordo com a realidade das pessoas.

De este aludir, emergiu como objetivo deste estudo: identificar as potencialidades humanas positivas de pessoas sob-risco de neuropatia diabética em ações interventivas de educação em saúde à promoção da capacidade de resiliência para o autocuidado.

MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo é do tipo misto na transversalidade com a abordagem intervencionista – pesquisa-ação; fez parte de um projeto guarda-chuva, intitulado: “Educação em saúde no enlace diagnóstico preventivo do pé-diabético: oficinas educativas na abordagem proximal no cuidado à

saúde”, do Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Extensão em Cuidados à Saúde da Família em Convivibilidade com Doenças Crônicas (NIEFAM)/Departamento de Saúde II, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), campus Jequié (BA), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP UESB) – protocolo n.º. 247.938, seguindo a Resolução n.º. 466/2012⁽¹⁴⁾.

As oficinas ocorreram durante os meses de abril-dezembro/2013 e março-junho/2014, sendo desenvolvidas quinzenalmente, com duração de 90 minutos, sobre variados temas no enlace interdisciplinar aliado à abordagem problematizadora, objetivando o desenvolvimento da capacidade de resiliência das pessoas com doença crônica não transmissível, para o fortalecimento do autocuidado. Ocorriam antes da prática regular de exercício físico aeróbico do NIEFAM. Este último acontecia três vezes por semana no “Programa de Exercício Físico para Pessoas com Diabetes, Hipertensão Arterial e seus Familiares”.

A natureza do estudo misto configurado nessa pesquisa acentua o enfoque qualitativo sobre as percepções do viver humano da pessoa com DM ao seu autocuidado. Já a abordagem quantitativa assentou-se na Escala de

Resiliência de Connor-Davidson⁽¹⁵⁾. Esta escala faz questionamentos sobre a percepção das pessoas acerca de 25 itens, segundo os escores: 0 = Nunca é verdadeiro; 1 = Raramente é verdadeiro; 2 = Algumas vezes é verdadeiro; 3 = Muitas vezes é verdadeiro; e 4 = É verdadeiro quase sempre. Quanto maior o valor dos escores maior é a atribuição da significância de resiliência. Nesta escala ainda foi incluída uma pergunta aberta: O que o(a) senhor(a) faz para ficar bem feliz? Esta visou aprofundar os conhecimentos sobre os saberes dos participantes da pesquisa sobre *ser-se* resiliente ou não.

O método misto versou sobre a combinação das abordagens quantitativa e qualitativa, utilizando os pontos fortes de cada uma⁽¹⁶⁾. A conjugação destes elementos ampliou a compreensão dos resultados do estudo.

A coleta de dados do estudo foi realizada no período de maio-junho/2014, na cidade de Jequié (BA), sendo as participantes treze pessoas do sexo feminino de 43 a 76 anos, média de 61,07 anos. Para este estudo, adotaram-se os seguintes critérios de inclusão: apresentarem diagnóstico de DM; participação nas oficinas de educação em saúde do projeto guarda-chuva, com 70% e mais de comparecimento; estarem cadastradas

em Unidades de Saúde da Família do município de Jequié (BA); não possuir déficit cognitivo; e, aceitarem participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As participantes foram identificadas no estudo, segundo a ordem numérica de realização da entrevista de aplicação da Escala de Resiliência (Ex.: Participante 01). A questão subjetiva incluída no instrumento Escala de Resiliência de Connor-Davidson foi gravada no gravador digital de voz, marca COBY-CXR 190-2G. Cada entrevista durou em média 25 minutos, sendo que na transcrição foi respeitada a forma coloquial deposta pelas participantes. Após realização, fora imediatamente transcrita, constituindo o corpus de conhecimento em categorias, em um processo de idas e vindas em análise compreensiva até o fechamento dos dados na observância de sua saturação – no momento em que as informações fornecidas pouco acrescentam ao material obtido⁽¹⁷⁾. Deste processo emergiu uma única categoria com potencial de atração dos discursos das participantes.

A análise da variável subjetiva, análise qualitativa, convergiu para análise de conteúdo, a qual foi

desenvolvida na perspectiva cíclica interpretativo-compreensiva sugerida por estudiosos⁽¹⁸⁾, fazendo emergir a categoria intitulada: Significância do *ser* ao eu *self* resiliente.

Já a análise quantitativa, escores da escala de resiliência de Connor-Davidson - CD-RISC⁽¹⁵⁾, traduzida por pesquisadores⁽¹⁹⁾, se deu a partir dos dados coletados inseridos em um arquivo no programa *Excel*® da *Microsoft*® e submetidos ao *software* SPSS for Windows (EUA), versão 15, sendo avaliados pela análise descritiva de todas as variáveis e porcentagem.

Os dados oriundos do processo de análise foram transversalizados ao alcance da discussão dos resultados de modo descritivo no direcionamento de estabelecer relações entre eles, quali-quantitativo, e assim, abranger o mais possível os saberes sobre o viver humano das pessoas em enfrentamento do DM e desvelar suas potencialidades resilientes.

RESULTADOS

Das 13 pessoas com DM investigadas, 100% eram do sexo feminino, com média de 61,07 anos. A maior parte era casada (61,54%). Quanto à etnia, 38,46% se consideram pardas e 38,46% negra. O conjunto das participantes seguia alguma religião,

sendo mais frequente, a católica (69,23%) e protestante (30,77%); quanto ao grau de escolaridade, 84,62% possui ensino fundamental incompleto ao superior completo, sendo 53,83% com ensino fundamental incompleto e 15,38% são analfabetas; referente à profissão, 46,15% são do lar. Quanto à fonte de renda familiar informada, 30,77% apresentam de 1 a 2 salários mínimos.

Sobre as características relacionadas à doença das participantes, 38,46% encontram-se diagnosticadas com DM2 com intervalo entre 1 a 10 anos. Realiza tratamento farmacológico com hipoglicemiantes orais (84,62%) e nenhuma insulino dependente. Apenas uma (7,69%) participante reportou apresentar complicação macrovascular. Dessas participantes, 76,92% apresentam também diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), sendo que a maioria (70%) convive com esta doença há pelo menos 10 anos, com tratamento farmacológico anti-hipertensivo (69,23%). Destas, 46,15% encontrava-se em sobrepeso. Outro fator evidenciado é que, elas adotam dois comportamentos importantes ao estilo de vida: 84,62% realizam atividade física três ou mais vezes por semana e 69,23% fazem dieta alimentar prescrita por um profissional de saúde.

Quanto a hábitos culturais, 76,92% informam fazer uso de fitoterápicos como coadjuvantes do tratamento de

DM2 e HAS e outros desvios de saúde (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas e de saúde das participantes do estudo. Jequié (BA), 2014.

Variáveis	n=13	%
Estado Civil		
Casada	08	61,54
Viúva	02	15,38
Divorciada	02	15,38
Solteira	01	7,69
Raça/Etnia		
Branca	03	23,08
Parda	05	38,46
Negra	05	38,46
Religião		
Católica	09	69,23
Protestante	04	30,77
Escolaridade		
Analfabetismo	02	15,38
Ensino Fundamental incompleto	07	53,85
Ensino Médio completo	03	23,08
Ensino Superior completo	01	7,69
Profissão		
Do lar	06	46,15
Aposentada	03	23,08
Enfermeira	01	7,69
Técnica de Enfermagem	01	7,69
Cuidadora/Aposentada	01	7,69
Servente	01	7,69
Renda familiar com base no salário mínimo de 2013 (R\$678,00)		
> 1 e ≤ 2 salários mínimo	04	30,77
> 2 salários mínimo	02	15,38
Não informou	07	53,85
Tempo de diagnóstico de DM (anos)		
≤ 1 ano	04	30,77
> 1 ano e ≤ 10 anos	05	38,46
> 10 anos	04	30,77
Hipoglicemiante (Via Oral – VO)		
Sim	11	84,62
01 tipo	06	54,55
02 tipos	03	27,27
03 tipos	01	9,09
04 tipos	01	9,09
Não	02	15,38
Complicações		
Sim (macrovascular)	01	7,69
Não	12	92,31
Tem Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)		
Sim	10	76,92
> 1 ano e ≤ 10 anos	07	70
> 10 anos	02	20
Não sabe	01	10
Não	03	23,08
Anti-hipertensivo		

Sim		09	69,23
	01 tipo	02	22,22
	02 tipos	02	22,22
	03 tipos	03	33,33
	04 tipos	01	11,11
	05 tipos	01	11,11
Não		02	15,38
Não informou		02	15,38
Índice de Massa Corporal (IMC)			
	Baixo peso	01	7,69
	Normal	01	7,69
	Sobrepeso	06	46,15
	Obesidade grau 2	02	15,38
	Não informado	03	23,08
Prática de atividade física			
	Sim (três vezes na semana)	01	7,69
	Sim (maior que três vezes na semana)	11	84,62
	Não	01	7,69
Realiza dieta alimentar prescrita por algum profissional			
	Sim	09	69,23
	Não	03	23,08
	Às vezes	01	7,69
Fitoterápicos			
	Sim	10	76,92
	DM	04	40
	Outros	06	60
	Não	03	23,08

Fonte: Pesquisa Direta: Coleta de dados do Estudo por Formulário. Jequié, BA, maio-junho/2014.

Quanto a resiliência, a média geral foi de 77,61, ocorrendo variação expressiva nos escores, com mínimo de 51 e máximo de 95. A maioria das

participantes respondeu a “quase sempre é verdadeiro” (55,35%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Estratificação por porcentagens dos escores do questionário de resiliência das participantes do estudo. Jequié (BA), 2014.

Temas	Nunca é verdadeiro	Raramente é verdadeiro	Algumas vezes é verdadeiro	Muitas vezes é verdadeiro	Quase sempre é verdadeiro
Sou capaz de me adaptar a mudanças	7,69	0,00	7,69	23,08	61,54
Tenho relacionamentos próximos e seguros	15,38	0,00	15,38	15,38	53,85
Algumas vezes o destino ou Deus podem me ajudar	0,00	0,00	0,00	15,38	84,62
Eu posso enfrentar qualquer coisa que vier	7,69	0,00	15,38	30,77	46,15
Meus sucessos anteriores me dão confiança para novos desafios	0,00	0,00	7,69	46,15	46,15
Eu vejo o que acontece com humor	0,00	15,38	15,38	30,77	38,46
Enfrentar situações com estresse me fortalece	7,69	15,38	7,69	23,08	46,15
Eu sou inclinado a me recuperar após uma doença ou sofrimento	0,00	7,69	0,00	15,38	76,92
O que acontece na vida tem sempre uma razão	0,00	7,69	23,08	15,38	53,85
Eu dou o meu melhor, não importa em que seja	7,69	7,69	7,69	7,69	69,23
Eu posso alcançar minhas metas	0,00	7,69	15,38	15,38	61,54
Quando as coisas parecem sem esperança, não desisto	0,00	7,69	15,38	15,38	61,54
Eu sei onde buscar ajuda	0,00	0,00	0,00	23,08	76,92
Eu penso e focalizo claramente sob pressão	30,77	15,38	15,38	23,08	15,38
Eu prefiro ficar no comando na resolução de problemas	7,69	15,38	23,08	7,69	46,15
Não desanimo facilmente por causa de meus erros	7,69	7,69	7,69	23,08	53,85
Eu me vejo como uma pessoa forte	0,00	0,00	0,00	15,38	84,62
Posso tomar decisões impopulares ou difíceis.	15,38	0,00	7,69	30,77	46,15
Posso lidar com sentimentos desagradáveis	23,08	0,00	23,08	30,77	23,08
Tenho que agir na intuição	15,38	0,00	23,08	30,77	30,77
Tenho forte sentimento de determinação	15,38	0,00	7,69	15,38	61,54
Mantenho controle de minha vida	0,00	0,00	7,69	15,38	76,92
Eu gosto de desafios	38,46	23,08	15,38	23,08	15,38
Eu trabalho para alcançar minhas metas/objetivos	0,00	0,00	0,00	15,38	84,62
Eu me orgulho de minhas conquistas	0,00	0,00	15,38	7,69	76,92
Nº de respostas	26	17	36	67	181
% das respostas	7,95	5,20	11,01	20,49	55,35

Fonte: CD-RISC⁽¹⁵⁾. Jequié, BA, maio-junho/2014.

O resultado da categoria: Significância do *ser* ao eu *self* resiliente, fez destacar como sentido de felicidade

a espiritualidade – expressão do *ser* – as potencialidades das participantes em relação com Deus, imbricando os

sentimentos de ser a família sua maior expressão de força enquanto sujeito existencial.

Assim, Deus a fortaleza para o caminho:

“Eu primeiro busco a Deus, depois trabalho e peço a Deus pra me dar força pra trabalhar pra aguentar a trabalhar e namorar, é isso que eu fico feliz, e fazendo caminhada. Abaixo de Deus não tem mais nada que me alegre do que tá numa pista fazendo caminhada”.

(Participante 12)

E a família aparece em seguida como o ‘ninho’ de conforto e pertencimento. Espaço de inter-relação, fortalecimento e união:

“[...] o que me deixa mais feliz é eu junto com a minha família, todos unidos e sorrindo, né? Fazendo alegria todos nos junto, é isso a minha felicidade, é a minha família junto”.

(Participante 11)

“[...] se os meus filhos tiver feliz eu tô feliz”.

(Participante 5)

No processo de construção dos seus modelos mentais sobre o sentido de felicidade também faz parte levar a vida se divertindo; ter prazer sexual; participar de grupos, como de terceira idade, comunidade religiosa, de educadores de saúde e ajudar ao próximo. Este último como expressão de solidariedade e exercício de cidadania.

“[...] bem feliz, bem feliz mesmo ninguém é, mas dentro das possibilidades assistir muito filme, assistir muita música boa. E posso falar mais uma? Fazer muito amor é bom”. (Participante 1)

“Quando eu ‘tô’ alegre, dou muita paz, dou muito amor, carinho, quando eu dou uma (referindo-se a sexo) (risos)”.

(Participante 7)

“Saúde, ter paz na vida, (silêncio). Vou pra igreja, dançar, (risos). Dançar forró é só. Quando eu tô na UESB com vocês tudo, eu sinto tão bem, graças a Deus,

vocês é tudo a 'mia' família". (Participante 2)

"O que eu tenho que fazer pra viver bem feliz é eu andar como eu ando, brincando, dançando, me divertino, por que se eu botar preocupação na minha cabeça aí eu fico triste, então tem que ser alegre, sorrindo e dançando e fazendo o bem pras pessoas [...] Sou do grupo da terceira idade, eu danço, eu brinco, arrumo "coroa" pra namora e tudo (risos), só que eu não quero porque eu sou da caminhada de Deus [...], mas eu vivo sempre feliz na minha vida". (Participante 3)

"[...] pra mim ficar feliz é necessário que eu possa fazer alguém feliz. [...] Por que se tiver alguma coisa mal e possa [...] a gente resolver, a pessoa lá ficou feliz e nós também ficamos feliz [...]". (Participante 8)

Mas, é a união de todos esses fatores que remete as potencialidades

positivas ao processo de viver e ser saudável, a exemplo da Participante 6, em que sua fala ecoa em todas as das demais participantes:

"Primeiro lugar me apresento a Jesus, através da oração, depois eu procuro estar comigo, com colegas em ambiente que traga assim, conhecimento e saio pra me divertir também, tudo isso faz parte da felicidade. O grupo do NIEFAM, que ajuda muito a gente através das palestras e exercícios, a gente vai pra lá carregado, quando acaba de fazer aqueles exercícios, parece que esvaziou tudo, limpou, então é isso que eu faço o tempo todo, além de buscar oração, busco tá sempre com pessoas agradáveis, tá na igreja, tá nos ambientes sociais, sempre tá envolvida assim em comunidade". (Participante 6)

Para a participante 5, sentir dor altera o sentimento de estar-se feliz. A dor mobiliza sentimentos de ansiedade e

estresse favorecedores da desestabilização do corpo-mente durante sua fase de agudização. Porém, ao se extinguir os sentimentos positivos ocupa espaço na expressão do ser dando lugar a perceber-se feliz.

“[...] quando eu num tô sentindo dor eu tô feliz”.

(Participante 5)

Fazer referência à dor neste estudo foi demonstrado apenas pela participante supracitada. A convivibilidade com a dor, não diminuiu seu escore de resiliência em relação à totalidade do grupo, demonstrando que as características de ser resiliente foram enaltecidas pelos demais sentimentos enunciados nas falas.

DISCUSSÃO

Os dados sociodemográficos evidenciam a predominância do sexo feminino, casadas, que se declaram parda e negra a maioria; de religião católica em sua maioria seguida por religião evangélica ou protestante. Mulheres com baixa escolaridade, sendo 53,85% com ensino fundamental incompleto, aposentadas em sua maioria. A renda familiar foi de até dois salários mínimos. Esse perfil sociodemográfico encontra aderência ao que é reportado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística⁽²⁰⁾ de

predominância de mulheres com o perfil descrito na região nordeste do Brasil.

Quanto as condições de saúde, evidenciou-se que a maioria encontrava-se em sobrepeso, seguida de dois casos de obesidade grau 2. Condições de complexificação para o estado de saúde, uma vez que a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD)⁽²¹⁾ recomenda cuidado com a dieta nutricional rica em carboidratos e gorduras para o controle glicêmico. Por outro lado, estudiosos tem discutido a dificuldade que as pessoas idosas e mais idosas têm para aderirem as recomendações da SBD⁽⁹⁾ o que também é observado pela *American Diabetes Association (ADA)*⁽¹⁰⁾. Muito embora, a maioria 69,23% informou realizar dieta alimentar, segundo prescrição de um profissional de saúde.

Não obstante, uma variável importante ao encontro do controle glicêmico é a prática de atividade física, a qual 84,62% informaram realizar três a mais vezes por semana. Neste particular, indo ao encontro das recomendações SBD⁽²¹⁾ e da ADA⁽¹⁰⁾ sobre os benefícios que o exercício físico tem sobre o metabolismo glicídico no controle do DM. Contudo, é importante destacar que, em sendo pessoas com diabetes e na maioria entre um ano a mais de dez anos com DM2 é observado na literatura que se trata de

peças que terá como característica apresentar sobrepeso ou obesidade⁽⁹⁾. Não que essa condição seja aceita com olhar de simplicidade, pelo contrário, implica maior atenção para o controle e manutenção dos níveis estáveis da glicemia de modo a prevenção do agravamento da doença e de comorbidades⁽¹⁰⁾.

Os benefícios do exercício físico neste grupo podem ser bem evidenciados no controle glicêmico, no qual nenhuma das participantes é usuária de insulina, e apenas uma relatou apresentar complicação macrovascular.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) também faz parte do viver cotidiano destas mulheres, dez entre as treze participantes tenha diagnóstico de HAS, sendo nove com tratamento anti-hipertensivo e todas com complemento por fitoterápicos. Este último, trata-se de valores culturalmente arraigados no meio de pertencimento, valorizados regionalmente e que se encontra respaldado na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS⁽²²⁾. Esta reconhece os valores culturais no meio comunitário com a prática de ervas medicinais nos cuidados à saúde, o que é bem assimilado nos discursos das idosas

sobre suas práticas de cuidado familiar-domiciliar.

Observamos a influência positiva da prática regular da atividade física na percepção das participantes ao não referirem o desvio de saúde HAS como limitante ao seu processo de viver humano, e também a assiduidade na prática de exercício físico como uma terapêutica ampliadora de suas potencialidades positivas à promoção da saúde.

A capacidade de sentir-se saudável em meio ao desvio de saúde DM2 e HAS aponta para a observância de ser-se resiliente das participantes o que foi observado no escore médio obtido através da Escala de Resiliência de Connor-Davidson⁽¹⁵⁾ em que a média geral foi de 77,61, resultado similar encontrado em outro estudo⁽²³⁾, no qual a média das participantes da pesquisa foi de 77,96. Dado que também encontra aderência em outras pesquisas⁽²⁴⁻⁵⁾.

Considerando o escore obtido, as evidências demonstram que as idosas obtiveram sucesso a estratégia de adaptação às mudanças necessárias para seu bem viver saudável, o que se pôde observar à luz de seus discursos emergidos da categoria “Significância do *ser* ao eu *self* resiliente”. Visto que, na totalidade buscaram adaptar-se ao

novo estilo de vida em condição crônica e no processo de viver-envelhecer. Sobre isto, e ao olhar para a estratégia desta pesquisa e do leque terapêutico hoje existente temos que, perspectivar as potencialidades positivas das pessoas – a resiliência –, permite um viver com a doença de forma mais positiva, em um cotidiano favorecedor da boa qualidade de vida e do exercício de ser-estar saudável mesmo em meio à adversidade, seja ela qual for.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pessoas com doenças crônicas, em particular, DM e HAS, necessitam passar por mudanças ou adaptações expressivas em seu estilo de vida, de modo a atender os esquemas terapêuticos para controle da enfermidade como, controle glicêmico; dieta com restrição do aporte calórico por meio do controle da ingestão de carboidratos e gorduras; prática de atividade física regular; controle do peso; cuidadosa atenção ao esquema medicamentoso. Assim, observada neste horizonte, constitui modificações na condição de ser-estar de impacto no estado emocional das pessoas, ou seja, em suas potencialidades positivas.

Neste particular, identificamos neste estudo ser a resiliência uma abordagem de significância e pertinente

a ser adotada aos cuidados às pessoas em enfrentamento crônico, em destaque pela DM.

Observou-se que, as potencialidades humanas foram sensíveis ao enfoque proximal cuidadoso desenvolvido neste estudo, ainda que abordasse pessoas que para além do desvio de saúde, exibiam condições socioeconômicas pouco favoráveis, baixo nível de escolaridade dentre outras situações, estas, expuseram elevados escores de resiliência.

Do que se conclui ser a resiliência um ‘energético’ expresso do interior do ser no sentido de vigorar sua importância na corresponsabilidade de cuidado de si às adequações das demandas de saúde-doença, no melhoramento da condição de vida e saúde para o viver mais saudável e feliz com a condição crônica. O que indica ampla possibilidade para cuidar em saúde.

É notável que a abordagem da resiliência ao cuidado de pessoas com DM seja reforçado, buscando o desenvolvimento de aspectos resilientes como a autoestima, a felicidade, o otimismo, a esperança, a satisfação e o fortalecimento das relações sociais e familiares para o apoio/cuidado visando às potencialidades para autogestão, autoconfiança, cooperação e

intensificação das relações humanas proativas e positivas.

AGRADECIMENTOS

A Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários - PROEX/Gerência de Extensão e Assuntos Culturais – GEAC-UESB pelo apoio ao financiamento do projeto guarda-chuva e ao CNPq pelo apoio à Bolsa de Iniciação científica PIBIC/CNPq.

REFERÊNCIAS

1. Medina J. O essencial da saúde. Lisboa: QuidNovi; 2007.
2. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Consenso brasileiro de conceitos e condutas para o diabetes mellitus. 2002.
3. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Rio de Janeiro; 2008.
4. Souza CF, Gross JL, Gerchman F, Leitão CB. Pré-diabetes: diagnóstico, avaliação de complicações crônicas e tratamento. Arq Bras Endocrinol Metab. 2012;56(5):275-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v56n5/a01v56n5.pdf>
5. Bona SF, Barbosa MAR, Ferraz CLH, Guarita LKS, Nina RVH, Barbosa NMR et al. Prevalência do pé diabético nos pacientes atendidos na emergência de um hospital público terciário de Fortaleza. Rev Bras Clin Med. 2010;8(1):1-5. Disponível em: <http://www.ceatenf.ufc.br/Artigos/19.pdf>
6. Pedrosa CH. Consenso internacional sobre o pé diabético. Brasília (DF): Secretaria de Estado de Saúde; 2009.
7. Silva DGV, Souza SS, Francioni FF, Matosinho MMS, Coelho MS, Sandoval RCB et al. Pessoas com diabetes mellitus: suas escolhas de cuidados e tratamentos. Rev Bras Enferm. 2006;59(3):297-302. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n3/a09v59n3.pdf>
8. Xavier ATF, Bittar DB, Ataíde MBC. Crenças no autocuidado em diabetes: implicações para a prática. Texto Contexto Enferm. 2009;18(1):124-30. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a15.pdf>
9. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Cuidados de enfermagem em diabetes mellitus – manual de enfermagem. São Paulo; 2011.
10. American Diabetes Association (ADA). Standards of medical care in diabetes 2013. Diabetes Care. 2013;36(supl. 1):11-66.
11. Silva MRS, Elsen I, Lacharite C. Resiliência: concepções, fatores associados e problemas relativos à construção do conhecimento na

- área. *Paidéia*. 2003;13(26):147-56.
Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v13n26/03.pdf>
12. Pesce RP, Assis SG, Santos N, Oliveira RVC. Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicol Teor Pesq*. 2004;20(2):135-43. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v20n2/a06v20n2.pdf>
13. Anaut M. A resiliência ultrapassar os traumatismos. Editions Nathan/Université. 1ª ed. Lisboa; 2005.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, 12 de dezembro de 2012. Disponível em:
<http://www.fmt.am.gov.br/layout2011/denpe/cep/Alteracoes2013/Arquivo%2014Res%20CNS%204662012.pdf>
15. Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety* [online]. 2003;18(2):76-82. Disponível em:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/da.10113/pdf>
16. Crewell JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed/Bookman; 2010.
17. Denzin NK, Lincoln YS, editors. Handbook of qualitative research. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994.
18. Miles MB, Huberman M. Drawing valid meaning from qualitative data: toward a shared craft. London: Educational researcher; 1984.
19. Trentini M, Paim L. Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial de saúde-enfermagem. 2ª ed. Florianópolis (SC): Insular; 2004.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Atlas do censo demográfico 2010. Rio de Janeiro; 2013. Disponível em:
<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv64529apresintr.pdf>
21. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2012-2013. São Paulo: GEN; 2013.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>
23. Lessmann JC, Silva DMGV, Nasar SM. Mulheres com diabetes mellitus tipo 2: perfil sociodemográfico, biométrico e de saúde. *Acta Paul*

Enferm. 2012;25(esp):81-6.

Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nsp e1/pt_13.pdf

- 24.** Oliveira DS, Tannus LRM, Matheus ASM, Correia FH, Cobas R, Cunha EF et al. Evaluation of cardiovascular risk according to Framingham criteria in patients with type 2 diabetes. Arq Bras Endocrinol Metab. 2007;51(2):268-74.
- 25.** Becoña E. Resiliência: definición, características y utilidad del concepto. Rev Psicopatol Psicol Clín. 2006;11(3):125-43.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2015-01-23

Last received: 2015-05-07

Accepted: 2015-03-25

Publishing: 2015-05-29