

## Resiliência de mulheres com Diabetes Mellitus tipo 2

*Resilience of women with type 2 Diabetes Mellitus*

*Resiliencia de mujeres con Diabetes Mellitus tipo 2*

Luzia Wilma Santana da Silva\*

**RESUMO:** Objetiva-se identificar como a resiliência se expressa em mulheres com Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) de um município da região sudoeste da Bahia, e analisar a relação entre resiliência e características sociodemográficas e de saúde. Como métodos, o estudo transversal prospectivo desenvolvido com 50 mulheres com DM2 em 2013, utilizando-se a Escala de Resiliência de Connor-Davidson (CD-RISC) e dados sociodemográficos. Os resultados mostram um valor médio quanto ao impacto do DM2 na qualidade de vida das mulheres, semelhante ao encontrado em outros estudos que investigaram pessoas com DM, com média da Escala de resiliência (CD-RISC) de 79.48. Houve associação entre resiliência e religião, com o impacto da qualidade de vida dos pacientes com diabetes. Concluiu-se que intervenções que viabilizem a promoção da resiliência nas mulheres com DM2 podem contribuir para aumentar os resultados positivos de vida e as tornarem mais autoconfiantes em seu tratamento para o melhor controle glicêmico.

**Palavras-chave:** Diabetes *Mellitus*; Resiliência Psicológica; Mulheres; Enfermagem em Saúde Comunitária.

**ABSTRACT:** *Objectives: to identify how resilience is expressed among women with diabetes mellitus type 2 (DM2) in a municipality in the southwest region of Bahia and to analyze the relationship between resilience and sociodemographic characteristics and health. Method: A cross-sectional, prospective research, developed among 50 women with DM2 in 2013, using the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) and sociodemographic data. Results: showed that the average value of DM2 impact on quality of life of women is similar to that found in other studies that investigated people with an diabetes, with average resilience scale CD-RISC of 79.48. There was an association between resilience and religion and the impact of the quality of life of patients with Diabetes in general. We conclude that interventions that enable the promotion of resilience in women with diabetes type 2 can increase the positive outcomes of life and make them more confident in their treatment to improve glycemic control.*

**Keywords:** *Diabetes Mellitus; Psychological Resiliense; Women; Community Health Nursing.*

**RESUMEN:** *Objetivos: Identificar cómo la resiliencia se expresa en mujeres con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) de un municipio de la región suroeste de Bahía y analizar la relación entre resiliencia y características sociodemográficas y de salud. Método: estudio transversal prospectivo desarrollado con 50 mujeres con DM2 en 2013, utilizando la Escala Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) y datos sociodemográficos. Resultados: mostraron valor medio del impacto de DM2 en la calidad de vida de las mujeres semejantes al encontrado en otros estudios que investigaron personas con DM, con promedio de Escala de Resiliencia (CD-RISC) de 79.48. Hubo asociación entre resiliencia y religión e impacto de la calidad de vida de las pacientes diabéticas. Conclusión: Intervenciones que estimulen la promoción de la resiliencia en las mujeres con DM2 pueden contribuir a aumentar los resultados positivos de vida y las tornen más autoconfiantes en su tratamiento para mejorar el control glicémico.*

**Palabras clave:** *Diabetes Mellitus; Resiliencia Psicológica; Mujeres; Enfermería en la Salud Comunitaria.*

## **Introdução**

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica incapacitante que, desde a sua descoberta, tem promovido danos significativos na saúde das populações humanas. É um problema epidemiológico mundial que afeta indivíduos em diversas faixas etárias, com maior acometimento daqueles em idade adulta e idosos. Sua incidência e prevalência estão relacionadas ao estilo de vida adotado pelas pessoas, com hábitos e costumes que envolvem vida sedentária e ingestão de alimentos ricos em gorduras e carboidratos.

A Federação Internacional do Diabetes, IDF, em sua sexta edição, estimou que o número de pessoas com diabetes no mundo em 2013 era de 387 milhões de pessoas, sendo que 46% delas não apresentaram diagnóstico prévio; já para o Brasil o contingente estimado era de 11,9 milhões de casos; entretanto, a cifra poderá alcançar 19,2 milhões de brasileiros em 2035 (IDF, 2013). Em 2015, na sua sétima edição, a IDF chamou a atenção para o fato de o DM constituir uma emergência global, cuja estimativa para 2015-2040 alcançará a cifra de 642 milhões de pessoas (IDF, 2015).

A Organização Mundial de Saúde destaca a complexidade da doença pelas inúmeras complicações que as pessoas desenvolvem, com sérias limitações no seu processo de viver humano, com ônus tanto pessoal quanto social, incluindo-se aos serviços de saúde (WHO, 2006). Vale lembrar que, no Brasil, o número de pessoas acometidas pela doença cresceu 61,8% nos últimos 10 anos: de 5,5% em 2006 para 8,9% em 2016 (Brasil, 2016). Em período correlato, entre 2000 e 2010, o DM ocasionou mais de 470 mil óbitos, sendo que só no ano 2010 foi mencionada como causa indireta de 68.500 mortes no país (Brasil, 2010).

O estudo realizado pelo Vigitel ainda destaca que o diabetes aumenta com a idade e que o fator baixa escolaridade é fortemente impactante, sendo o acometimento entre adultos-idosos (55 a 64 anos) de 19,6%; entretanto, o maior acometimento está para a

população com 65 anos e mais idade, com índice de 27,2% (4). Justamente o grupo etário que mais avulta no Brasil, o que fez alargar a respectiva pirâmide demográfica (Brasil, 2010). Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelam que o país expõe um contingente de 20.590.599 pessoas acima de sessenta anos de idade, sendo 9.156.112 homens e 11.434.487 mulheres (Brasil, 2013). Este dado de gênero alerta para o impacto do DM, pois estudos na área do envelhecimento humano, ratificados pela pesquisa Vigitel (Brasil, 2016), demonstram a incidência desta doença nas mulheres idosas no país, tornando os estudos nessa área de extrema relevância.

A despeito de alguns pesquisadores não terem apontado, em seus estudos, diferenças quanto ao gênero na prevalência do DM (Silva, Simões, & Leite, 2007), uma tal divergência foi encontrada em outro estudo (Busnello, *et al.*, 2012), cuja variação no resultado pode ser atribuída a uma maior preocupação com o DM por parte das mulheres, e a conseqüente busca por estas de serviços de saúde, achados ratificados em outros estudos (Busnello, *et al.*, 2012; Tinoco, *et al.*, 2006; Miranz, & Ferreira, 2008).

Diante dos desafios impostos por essa nova realidade, faz-se necessário lançar luz sobre a problemática da doença em ambos os sexos, uma vez que há diferenças na maneira como a DM atinge homens e mulheres. Com relação aos aspectos biológicos, estudiosos referem que a DM é a única doença que leva as mulheres a terem a mesma prevalência de doença cardíaca que os homens (McCollum, Pharmd, Lu, & Sullivan, 2005; Penckofer, Ferrans, Velsor-Friedrich, & Savoy, 2007; Casique, & Furegato, 2006; Silva, Hegadoren, & Lasiuk, 2012), afirmando-se que, enquanto a mortalidade cardíaca de homens com diabetes tem declinado, nas mulheres essas taxas vêm aumentando. Ainda que o olhar esteja mais voltado para os fatores fisiopatológicos, os autores relacionam, como um dos importantes complicadores à situação, o fato de as mulheres terem mais depressão do que os homens, o que, a despeito de uma possível eficácia terapêutica, acaba por influenciar negativamente no autocuidado, no controle glicêmico e na qualidade de vida e saúde.

Além disso, não há como pensar em questões de gênero sem destacar as desigualdades sociais, as relações de poder e a violência às quais as mulheres vêm sendo submetidas ao longo da história (Casique, & Furegato, 2006). Tais fatores, que as particularizam e as tornam mais vulneráveis e propensas ao estresse e sofrimento psicológico, não podem ser marginalizados, exigindo práticas em saúde sensíveis a tais demandas.

Poucos estudos têm focalizado os aspectos pessoais e sociais de como a DM afeta, em assimetria radical, as mulheres (McCollum, Pharmd, Lu, & Sullivan, 2005; Silva, Hegadoren, & Lasiuk, 2012; Samuel-Hodge, *et al.*, 2000), o que reforça a necessidade de estudos que focalizem a compreensão sobre todos os fatores que contribuem para a configuração dessa realidade apresentada pelo grupo feminino idoso.

Possuir uma doença crônica como o DM pode promover alterações emocionais e estresse, tanto com relação às mudanças ou ao medo do desconhecido, quanto relacionado aos enfrentamentos diários necessários a um viver saudável (Samuel-Hodge, *et al.*, 2000; Peres, Franco, & Santos, 2008). Porquanto o convívio com o DM2 envolve a capacidade de adaptar-se tanto às necessidades inerentes ao controle da doença quanto às questões

emocionais, psicológicas, de relação consigo e com o próximo, para o alcance do bem-estar e do viver saudável. Dessa maneira, ser portador de uma doença crônica incorre na capacidade de conseguir passar por momentos de estresse, sofrimento, e situações vivenciadas ou percebidas que afetam seu processo de viver, o que implica, para o enfrentamento, manter-se sempre resiliente (Beconã, E., 2006; Santana da Silva, LW, Vieira da Silva, Santana da Silva, D, & Lodovici, 2015).

O conceito de resiliência está ligado à capacidade de adaptar-se às demandas sociais, de saúde e culturais, que envolvem alterações significativas no processo de viver, relacionar-se, ser saudável, e adoecer. É a junção de movimentos em direção à adaptação ou ao desenvolvimento de habilidades emocionais e físicas em resposta à ocorrência de fenômeno social ou de saúde desfavoráveis (Glasgow, Toobert, & Gillette, 2001; Beconã, E., 2006; Santana da Silva, LW, Vieira da Silva, Santana da Silva, D, & Lodovici, 2015).

O que, à primeira vista, parece paradoxal, logo depois se evidencia como algo muito oportuno: apresentar fatores de risco como doenças, dificuldades de adaptação às novas demandas, problemas financeiros ou familiares, fazem conduzir ao surgimento do desejo de superação ou da ‘busca por um final feliz’, motivando o indivíduo a desenvolver algumas estratégias de fortalecimento. Fatores de proteção, como o apoio de familiares, instituições de saúde ou comunitárias, rede de amigos ou vizinhos, podem ser determinantes para o desenvolvimento de habilidades resilientes para um convívio harmonioso com uma doença (Glasgow, Toobert, & Gillette, 2001; Moraes, & Koller, 2004). Uma metanálise de estudos que relacionavam o diabetes ao estresse evidenciou que, nos últimos anos, alguns pesquisadores buscaram elucidar tais articulações. Os estudos, em sua maioria, foram motivados pela importância do tema em função da quantidade de repercussões negativas que os estados de hiperglicemia prolongados causavam às pessoas com diabetes (Lloyd, Smith, & Wiegner, 2005).

Além do conhecimento restrito acerca de como o estresse influencia no controle do diabetes, contribuindo para o avanço das complicações, e de como o diabetes, por sua vez, pode aumentar os níveis de estresse, cabe indagar por que pouco se tem investido em medidas que procurem modificar tal situação, ou seja, identificar ações em saúde que ajudem as pessoas com DM2 a controlarem melhor sua condição crônica.

Propostas de ações práticas específicas, preventivas ou terapêuticas em saúde, voltadas para o controle do estresse e melhoria da resiliência de pessoas com DM, são escassas. Os estudos realizados nesta área são encontrados, em sua maioria, na literatura norte-americana e canadense (Samuel-Hodge, *et al.*, 2000; McCollum, Lloyd, Smith, & Wiegner, 2005; Pharmd, Lu, & Sullivan, 2005; Casique, & Furegato, 2006; King, & Hegadoren, 2006; Penckofer, Ferrans, Velsor-Friedrich, & Savoy, 2007; Silva, Hegadoren, & Lasiuk, 2012; Silva, *et al.*, 2015).

Cabe, entretanto, colocar em relevo, acreditarmos que ampliar o conhecimento acerca do estresse e resiliência pode conduzir ao estabelecimento de alternativas de cuidado mais efetivas e congruentes com a realidade de vida das mulheres acometidas pela DM2, promovendo-se a redução de danos, assim como uma melhor adaptação às mudanças inerentes ao tratamento.

Assim, a reflexão encaminhada até este ponto nos permite considerar que este artigo constitui estratégia para avançar na atenção à saúde das mulheres com DM2, à guisa de contribuir para o controle da doença, elegendo-se as discussões sobre resiliência como um constructo que poderá ser melhor utilizado no cuidado de enfermagem, visando a reduzir as repercussões da condição crônica na vida dessas mulheres. O desafio de novos desdobramentos, nestes estudos, os faz, em suma, articularem-se intrinsecamente com a demanda das pessoas de uma vida melhor.

Este estudo teve como objetivos: identificar como a resiliência se expressa em mulheres com DM2 de um município da região sudoeste da Bahia; e analisar a relação entre resiliência, características sociodemográficas e de saúde de mulheres com DM2.

## **Método**

Estudo transversal prospectivo desenvolvido com mulheres com DM, integrantes do “*Programa de Atividade Física para Pessoas Portadoras de DM Tipo 2 e Pessoas Portadoras de Hipertensão Arterial e seus Familiares Cuidadores (PAFR)*”, do município de Jequié, BA, vinculado ao Núcleo interdisciplinar de estudos e extensão em cuidados à saúde da família em convivibilidade com doenças crônicas, NIEFAM.

As participantes desta pesquisa foram 50 mulheres com DM2, integrantes do PAFR, e que recebiam assistência em saúde em duas unidades de Estratégia de Saúde da Família do município de Jequié, BA, Brasil. A amostra foi intencional, observando-se os seguintes critérios: ter diagnóstico de DM2 há mais de um ano; ser maior de 18 anos; ser residente no município de Jequié, BA. Os critérios de exclusão foram: não ter condições físicas e emocionais de responder aos questionários; apresentar dificuldade de comunicação e/ou cognitiva. As mulheres foram convidadas a participar do estudo a partir de uma conversa prévia, na qual foram informadas dos objetivos do estudo e dos aspectos éticos envolvidos. Para aquelas que concordaram, foi solicitado seu aceite através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados ocorreu em 2013.

Para a realização do estudo, utilizou-se parte do banco de dados do PARF aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, através do n.º 214/08.

A coleta de dados foi realizada via aplicação de escalas de impacto do DM na qualidade de vida e de resiliência, de formulários para registro das informações sociodemográficas, de hábitos de vida e de saúde, por meio da coleta de variáveis biométricas.

Para a avaliação da resiliência, foi utilizada a Escala de Connor e Davidson, denominada CD-RISK (Connor, & Davidson, 2003). Este instrumento de pesquisa é composto por 25 itens, cada qual avaliado em uma escala de 0 a 4 pontos: 0 = Nunca é verdadeiro; 1 = Raramente é verdadeiro; 2 = Algumas vezes é verdadeiro; 3 = Muitas vezes é verdadeiro; 4 = Quase sempre é verdadeiro. Cada resposta possui uma pontuação que é somada ao final, sendo que o valor obtido pode variar de 0 a 100. Esta escala apresenta

boas propriedades psicométricas, permitindo distinguir entre pessoas com maior e menor resiliência.

Para a avaliação do impacto do DM na qualidade de vida, utilizamos a Versão Brasileira da Escala PAID (*Problems Areas in Diabetes Scales*). O PAID é uma medida específica para o sofrimento emocional do DM, que foi desenvolvida pelo Centro de Diabetes Joslin, em Boston, nos Estados Unidos. Este questionário pode ser autoadministrado e é composto por 14 itens que abrangem uma gama de problemas emocionais frequentemente relatados em DM 1 e 2. Cada item é pontuado de 0-4 (“Não é um problema”=0; “É um pequeno problema”=1; “É um problema moderado”=2; “É quase um problema”=3; “É problema sério”=4”) (Gross, 2004).

As demais variáveis de interesse coletadas foram: idade, renda familiar mensal, índice de massa corpórea, tempo com diabetes, nível de glicemia, escala da avaliação da qualidade de vida. As variáveis independentes discretas foram: nível de escolaridade, ocupação, religião, raça, estado civil, adesão ao tratamento da DM, adesão ao exercício físico, presença de complicações de DM e presença de comorbidades como: hipertensão, depressão, colesterol/triglicérides alterado, problemas na tireoide, neuropatia/redução de sensibilidade, osteoporose e artrose.

Após a análise descritiva, promoveu-se a associação da variável dependente com cada uma das variáveis independentes. Primeiramente, a associação das variáveis independentes contínuas com a somatória da escala de resiliência realizada através da análise do coeficiente de correlação de Pearson com alfa de 0.05. Relativamente às variáveis independentes discretas com a variável de interesse, realizada através da análise de variância com o teste F, o resultado mostrou-se similar: alfa de 0.05. Concluímos nossa análise quantitativa, descrevendo o modelo de regressão linear multivariado que, baseado na literatura e na análise dos dados, explica o resultado da somatória de resiliência da nossa amostra.

## **Resultados**

A maioria das mulheres integrantes do estudo era casada ou tinha união estável (46%), de tom pardo de pele (54%), católica (65,3%), com nível de escolaridade baixo, tendo apenas completado uma série do ensino fundamental (58%), aposentada ou pensionista (50%), conforme consta da Tabela 1.

Quanto aos aspectos relacionados ao DM, mesmo integrando um programa de atividades físicas, apenas 56% das mulheres realizavam, com regularidade, as atividades físicas. A maioria referiu aderir à dieta alimentar, e 36% delas referiram ter alguma complicação relacionada ao DM. As comorbidades mais frequentes foram: Hipertensão Arterial Sistêmica (80%), Colesterol/Triglicérides alterado (55,1%) e Artrose (44%). Esses dados também constam na Tabela 1.

**Tabela 1** - Informações sociodemográficas e de saúde de mulheres com DM2

<b>Dados de Jequié, BA (n=50)</b>		<b>Frequência</b>	<b>Percentual (%)</b>
Estado civil	Solteira, divorciada	10	20
	Casada/União estável	23	46
	Viúva	17	34
Raça	Negra	14	28
	Branca	9	18
	Parda ou outra	27	54
Religião	Católica	32	65.31
	Evangélica	16	32.65
	Sem religião	1	2.04
	Nunca frequentou a escola	13	26
Nível de Escolaridade	Completo ou quase completo do ensino fundamental	29	58
	Completo ou quase completo do ensino médio	8	16
Ocupação	Não possui trabalho	13	26
	Possui trabalho remunerado	12	24
	Aposentada/Pensionista	25	50
Pratica atividade física	Não	22	44
	Sim	28	56
Adesão à Dieta Prescrita	Quase sempre ou sempre segue dieta prescrita	32	64
	Às vezes ou quase nunca segue dieta prescrita	18	36
Complicação do Diabetes Mellitus	Sim	26	52
	Não	32	64
Hipertensão	Sim	18	36
	Não	10	20
Depressão	Sim	40	80
	Não	47	94
Colesterol/Triglicérides alterado	Sim	3	6
	Não	22	44.9
Problemas na tireoide	Sim	27	55.1
	Não	44	89.8
Neuropatia/redução de sensibilidade	Sim	5	10.2
	Não	44	88
Osteoporose	Sim	6	12
	Não	40	81.63
Artrose	Sim	9	18.37
	Não	28	56
	Sim	22	44

A idade média das mulheres foi de 61,7 anos. O tempo médio de DM foi de 7,62 anos, com um desvio-padrão de (7,50) anos. A renda familiar foi de R\$ 1.256,58, com um desvio-padrão expressivo de (R\$761,19). O índice de massa corpórea médio de 29,80 estava acima dos padrões desejáveis. O nível de glicemia capilar médio de 229 mg/dl estava elevado. Esses dados constam da tabela 2.

Ainda na tabela 2 estão os escores da escala do impacto do DM na qualidade de vida, com escores médios de 32,50, e da escala de resiliência de 79,48.

**Tabela 2** – Análise Descrita das Variáveis Contínuas Independentes

<b>Dados de Jequié, BA (n=50)</b>			
<b>Variável</b>	<b>Média</b>	<b>Mediana</b>	<b>Desvio-Padrão</b>
Idade (em anos)	61.70	62.50	11.10
Índice de Massa Corpórea	29.80	28.40	6.54
Nível de Glicemia (mg/dl)	229.00	195.00	111.84
Renda familiar mensal (em Reais)	1.256.58	1.090.00	761.19
Tempo com Diabetes (em anos)	7.62	4.00	7.50
Escala da avaliação da qualidade de vida dos pacientes com Diabetes (Questionário do PAID)	32.50	28.75	25.88
Escala de resiliência (Questionário CD-RISC)	79,48	81,00	11,73

A análise de correlação entre as variáveis contínuas e a somatória da escala de resiliência indicou que há associação significativa entre a escala de impacto do DM na qualidade de vida e a da resiliência, conforme consta da tabela 3.

**Tabela 3** - Correlação das variáveis independentes contínuas com a somatória da escala de resiliência

<b>Variáveis</b>	<b>r (Pearson)</b>	<b>Valor da Probabilidade</b>
Idade	-0.1405	0.3305
Índice de massa corpórea	-0.03130	0.8291
Nível de Glicemia	0.06073	0.6753
Renda familiar mensal	-0.02989	0.8368
Tempo com Diabetes	-0.02064	0.8869
Somatória da escala da avaliação do impacto do DM na qualidade de vida PAID)	<b>-0.31575*</b>	<b>0.0255</b>

\* Valores de correlação estatisticamente significativos ao alfa=0.05.

r= Coeficiente de correlação de Pearson

p= Valor de probabilidade associada ao teste

Com relação à associação entre as variáveis nominais independentes e a escala de resiliência, houve associação significativa somente com religião. Esses dados constam da tabela 4.

**Tabela 4** - Resultado do Teste ANOVA da associação de cada variável independente descrita com a somatória da escala de resiliência

Dados de Jequié, BA (n=50)		Média da somatória do score de resiliência para cada categoria das variáveis independentes	Valor da probabilidade
Estado civil	Solteira, divorciada ou outra	76.50	0.4890
	Casada/União estável	81.52	
	Viúva	78.47	
Raça	Negra	82.07	0.3374
	Branca	74.66	
	Parda ou outra	79.74	
Religião	Católica	81.03	0.0351*
	Evangélica	77.75	
	Sem religião	52.00	
Nível de Escolaridade	Nunca frequentou a escola	81.00	0.4602
	Completo ao menos uma série do ensino fundamental	77.79	
	Completo ao menos uma série do ensino médio	83.12	
Ocupação	Não possui trabalho	78.76	0.6858
	Possui trabalho remunerado	82.08	
	Aposentada/Pensionista	78.60	
Prática atividade física	Não	80.59	0.5580
	Sim	78.60	
Adesão à Dieta prescrita	Quase sempre ou sempre segue dieta prescrita	81.56	0.0943
	Às vezes ou quase nunca segue dieta prescrita	75.77	
Complicação do Diabetes Mellitus	Não	79.68	0.8695
	Sim	79.11	

\* Resultados do Teste Anova estatisticamente significativos com alfa=0.05.

## Discussão

Os resultados mostraram um valor médio do impacto da DM na qualidade de vida das mulheres, de forma semelhante a resultados obtidos em outros estudos que investigaram pessoas com DM em diferentes condições. Em estudo acerca deste impacto em ambos os sexos, os resultados nas mulheres que não estavam internadas e não tinham complicações do DM foram bastante próximos ao obtidos neste estudo (Gross, CC, Scain, Scheffel, Gross, J L, & Hutz, 2007).

O estudo que validou a PAID também encontrou escores semelhantes entre as pessoas com DM que eram dependentes de insulina (Welch, Jacobson, & Polonsky, 1997).

Os escores entre as pessoas que não eram dependentes de insulina foram menores, evidenciando-se um impacto também menor do DM na qualidade de vida dessas pessoas. Isso pode indicar que, no presente estudo, o DM tem um impacto expressivo na vida das mulheres.

Os autores que propuseram o PAID encontraram escores ainda mais elevados (média de 54,5). No entanto, algumas características das 451 pessoas investigadas foram diferentes deste estudo, pois tinham uma média de idade bastante inferior (36,3 anos) e com maior presença de complicações do DM (Polonsky, *et al.*, 1995). Esta mesma escala, ao ser validada e adaptada para a China, encontrou escores bastante baixos (10,95), se comparados com os demais estudos, utilizando-se o PAID (Huang, Courtney, Edwards, & Mcdowell, 2010).

Com relação à escala de resiliência (CD-RISC), a média de pontos obtidos para as mulheres deste estudo foi de 79.48, semelhante ao encontrado em outros estudos, como o desenvolvido com 60 pessoas com DM que buscavam atendimento em um hospital, cuja média foi 77,96 (Tavares, Barreto, Lodetti, Silva, & Lessmann, 2011), e também ao encontrado no estudo de validação da escala, efetuado com a população em geral, que obteve escores de 80.4 (Connor, & Davidson, 2003), demonstrando-se haver relação entre desenvolvimento de sintomas de eventos negativos importantes na expressão de sentimentos e a capacidade de resiliência das pessoas.

Um estudo de desenho longitudinal, com 111 pacientes com diabetes, para investigar o papel da resiliência e autocuidado no comportamento de hemoglobina glicosilada (HbA1c), identificou que os níveis de resiliência baixa ou moderada tinham uma forte associação entre a angústia crescente e piora ao longo do tempo da HbA1c ( $r = 0,57, 0,56$ , respectivamente); e, baixa resiliência também foi associada a um menor comportamento de autocuidado, quando confrontado com angústia crescente ( $r = - 0,55$ ), sendo a resiliência definida por uma pontuação do fator de autoestima, autoeficácia, autodomínio e otimismo (Yi, JP, Vitaliano, Smith, Yi, JC., & Weinger, 2008). Este resultado concorda com os achados de um estudo transversal com 205 pacientes ambulatoriais com DM2. Os resultados indicam que houve associação entre comportamento de autocuidado do diabetes e HbA1c, demonstrando-se haver correlação estatística entre a doença e os modos de enfrentamento dos problemas das pessoas com DM (Huang, 2009). A resiliência foi positivamente associada com estratégias de enfrentamento, suporte social, relacionados à saúde, qualidade de vida e autocuidado na amostra. Este dado é corroborado pelo estudo com 71 mulheres afro-americanas com DM2, utilizando-se a Escala de Resiliência Wagnild e Young para medir a pontuação de resiliência (Denisco, 2011). No estudo, altos níveis de resiliência foram significativamente relacionados com menores níveis de HbA1c, indicando-se melhor controle glicêmico. Os níveis de HbA1c e as pontuações de resiliência tiveram correlação negativa significativa.

Estes resultados vêm conformar-se ao que foi descrito em outro trabalho sobre a relação entre desenvolvimento de sintomas de agravamento do DM e resiliência. Foi um estudo-cego randomizado, empregado com 67 participantes divididos em dois grupos,

sendo atribuídos a um, o tratamento tradicional (n = 37) e, ao outro grupo, uma atividade educativa de promoção da resiliência (n = 30) (Bradshaw, Richardson, & Kulkarni, 2007).

As variáveis de desfecho incluíram medidas fisiológicas (hemoglobina glicosilada, medida da cintura, hábitos alimentares e de exercício) e medidas psicossociais (autoeficácia, locus de controle, apoio social, e propósito na vida). A análise da variância indicou que o grupo de intervenção apresentou maiores níveis de resiliência em comparação com o grupo de controle em três meses ( $P < 0,05$ ).

Também o estudo realizado para determinar a viabilidade de oferecer o Programa de Conselho para Diabetes (DCP), adaptado para afro-americanos, em uma amostra de conveniência de 16 pessoas (8 mulheres, 8 homens) com DM2, identificou que as atividades em grupo contribuíram para aumentar o empoderamento e o autocuidado, apesar de os testes não serem estatisticamente significativos em termos da melhora direta da resiliência (Steinhardt, Mamerow, Brown, & Jolly, 2009).

Em estudo de revisão da literatura (Bradshaw, 2007), cuja finalidade foi identificar como a abordagem de aconselhamento promove a resiliência de pessoas com DM2, partiu-se da questão: Por que algumas pessoas com DM2 prosperaram em face da adversidade e perturbação, enquanto outros permanecem apáticas ou sucumbem aos comportamentos destrutivos? Nesta revisão, foi constatado que muitos estudos se concentram nos fatores de risco e barreiras para o controle do diabetes, em vez de explorar as qualidades elásticas que mantêm as pessoas prosperando. Também, foram identificados outros estudos, que destacam que o treinamento para a resiliência, além da educação em diabetes, capacita as pessoas para lidarem melhor com o DM2, o que as leva a se sentirem emocionalmente mais saudáveis.

Em nosso estudo, a variável independente religião corrobora essa evidência de as mulheres sentirem-se emocionalmente saudáveis, uma vez que 97,96 disseram ser praticantes de uma religião. Na associação com a resiliência ficou evidenciado que a religião influencia positivamente a resiliência. A religiosidade, ao estar relacionada à resiliência, pode indicar que esta atue como um fator que contribui para o melhor enfrentamento do DM. Este achado está de acordo com dados da literatura, visto que diversos autores (Paloutizian, & Ellison, 1982; Siegel, & Schrimsha, 2002; Fleck, Borges, Bolognesi, & Rocha, 2003; Sodergren, Hyland, Crawford, & Partridge, 2004); Panzini, & Bandeira, 2005) citam que a religiosidade e a espiritualidade possuem relação estreita com a melhora da qualidade de vida de pessoas com doenças crônicas. Estes estudiosos ainda destacam que a inclusão dessa dimensão no conceito da saúde integrada às dimensões, biológica, psicológica e social, contribui para a promoção da saúde e à prevenção de doenças, bem como ao bem-estar das pessoas.

No contexto brasileiro, ainda são escassos os estudos sobre religiosidade e espiritualidade; destacando-se aqueles cujo foco está na validação de instrumentos e no processo de saúde-doença (Fleck, Borges, Bolognesi, & Rocha, N. S., 2003; Panzini, & Bandeira, 2005; Paloutizian, & Ellison, 1982; Rutter, 2014; Richardson, 2012). No entendimento destes autores, a religiosidade e a espiritualidade podem auxiliar as pessoas a

darem significado a sua experiência com a doença crônica e favorecer o manejo mais positivo das adversidades.

O presente estudo apresenta limitações devido ao tamanho da amostra, uma vez que, no PAFR, o número de participantes era de 114 pessoas e destas, apenas 50 foram selecionadas para a pesquisa em atenção aos critérios de inclusão adotados, o que intrinsecamente limitou nossa habilidade de investigar profundamente a avaliação da resiliência com vários aspectos, econômicos, sociais, psicológicos e humanos. É nossa recomendação de que novos estudos sejam realizados com maiores amostras, para que a relação entre resiliência e estes padrões seja mais bem-entendida no futuro, a fim de que possamos melhorar a qualidade de vida de pessoas com DM2.

## **Conclusão**

O conceito de resiliência está ligado à capacidade intrínseca de as pessoas se adaptarem a novas demandas sociais, culturais, e de saúde que envolvem alterações significativas no processo de viver, relacionar-se, ser saudável e adoecer. Ampliar o conhecimento acerca das possibilidades de resiliência deve conduzir ao estabelecimento de alternativas de cuidado mais efetivos e congruentes com a realidade de vida das mulheres acometidas pelo DM2, promovendo-se a redução de danos, assim como uma melhor adaptação às mudanças inerentes ao tratamento.

Entendemos que esta pesquisa traz contribuições para a compreensão de como os fatores de risco e fatores de proteção influenciam os resultados adaptativos de uma pessoa, particulares a uma mulher ou a um homem, no controle de diabetes.

Nos resultados, encontrou-se que a religião subsume em si valores, que desvelam condições valiosas para a manutenção da resiliência, dentre eles o de proteção. Este dado aponta para a atenção em intervenções nos aspectos positivos do desenvolvimento humano – bem-estar, felicidade, qualidade de vida, espiritualidade, resiliência e apoio social.

As reflexões feitas neste estudo permitem afirmar que não se devem marginalizar discussões mais aprofundadas sobre a especificidade da forma como se articulam gênero e doença no envelhecimento. Intervenções específicas, preventivas e/ou terapêuticas, que viabilizem a promoção da resiliência em pessoas com diabetes, podem contribuir para aumentar os resultados positivos de vida ao segmento masculino e especialmente o feminino de nossa sociedade. Sob essa perspectiva, ações utilizando a abordagem de resiliência em conjunto com programas de educação devem ser vistas como de muita importância no sentido de poderem ajudar as pessoas a se tornarem mais autoconfiantes em seu tratamento para um melhor controle glicêmico.

Implicações clínicas com base nos resultados deste estudo sobre o DM2 acenam para o reconhecimento de abordagens sistêmicas especialmente voltadas ao segmento populacional idoso, visando a integrar tanto os aspectos fisiológicos de cuidados, como também o aspecto psicológico das pessoas, que parecem responder a tal fato, para que as ajudem, enfim, a intensificar algo que lhes é singular: sua potencial capacidade de resiliência.

**Agradecimentos:** À Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários (PROEX); Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (PPG) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, pelo apoio à pesquisa-extensão do Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Extensão em Cuidados à Saúde da Família em convivibilidade com doenças crônicas – NIEFAM; e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio com a bolsa de estudos PDJ; a ambos, por proporcionarem nossa caminhada na ciência e tecnologia do cuidado humano em estudos como o ora divulgado.

## Referências

- Beconã, E. (2006). Resiliência: definición, características y utilidad del concepto. *Rev Psicopatología e Psicología Clínica*, 11(3), 125-143. Recuperado em 01 julho, 2019, [https://aepcp.net/arc/01.2006\(3\).Becona.pdf](https://aepcp.net/arc/01.2006(3).Becona.pdf).
- Bradshaw, B. G., Richardson, G. E., Kumpfer, K., Carlson, J., Stanchfield, J., Overall, J., Brooks, A. M., & Karmeen, K. (2007). Determining the Efficacy of a Resiliency Training Approach in Adults with Type 2 Diabetes. *Diabetes Educ*, 33(4), 650-659. Recuperado em 01 julho, 2019, de: DOI: 10.1177/0145721707303809.
- Bradshaw, B. G., Richardson, G. E., & Kulkarni, K. (2007). Thriving with Diabetes. An Introduction to the Resiliency Approach for Diabetes Educators. *The Diabetes Educator*, 33(4), 643-649. Recuperado em 01 julho, 2019, de: DOI: 10.1177/0145721707303808.
- Brasil. (2010). Ministério da Saúde. Prevalência de diabetes. Brasília, DF. Recuperado em 01 julho, 2019, de: [http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id\\_area=124&CO\\_NOTICIA=11897](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11897).
- Brasil. (2013a). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico 2010: questionário da amostra*. Recuperado em 01 julho, 2019, de: [http://censo2010.ibge.gov.br/images/pdf/censo2010/questionarios/questionario\\_amostra\\_cd2010.pdf](http://censo2010.ibge.gov.br/images/pdf/censo2010/questionarios/questionario_amostra_cd2010.pdf).
- Brasil. (2013b). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições da vida da população brasileira*. Rio de Janeiro, RJ: IBGE.
- Brasil. (2016). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2016: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016*/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde. (160p.: il).
- Busnello, R., Foschiera, R., Sachetti, A., Fontana, C., Romano, S., & Rech, V. (2012). Nível de conhecimento de idosos sobre Diabetes Mellitus e sua percepção em relação à qualidade de vida. São Paulo, SP: PUC-SP: *Revista Kairós-Gerontologia*, 15(5), 81-94. Recuperado em 01 julho, 2019, de: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/7840>.
- Casique, L., & Furegato, A. R. F. (2006). Violência contra mulheres: reflexões teóricas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 14(6), 950-956. Recuperado em 01 julho, 2019, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000600018>.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*, 18(2), 76-82. Recuperado em 20 agosto, 2011, de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/da.10113/pdf>.

- Denisco, S. (2011). Exploring the relationship between resilience and diabetes outcomes in African Americans. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23(11), 602-610. Recuperado em 01 julho, 2019, de: DOI: 10.1111/j.1745-7599.2011.00648.x.
- Fleck, M. P. A., Borges, Z. N., Bolognesi, G., & Rocha, N. S. (2003). Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Revista de Saúde Pública*, 37(4), 446-455. Recuperado em 01 julho, 2019, de: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102003000400009>.
- Glasgow, R. E., Toobert, D. J., & Gillette, C. D. (2001). Psychosocial Barriers to Diabetes Self-Management and Quality of Life. *Diabetes Spectrum*, 14(1). Recuperado em 01 julho, 2019, de: <https://pdfs.semanticscholar.org/7dad/a072711c958776c7ab4dae9a0fdc85f79a71.pdf>.
- Gross, C. C. (2004). Validação da escala brasileira PAID (*Problem Areas in diabetes Scale*): Avaliação do impacto do diabetes na qualidade de vida. Dissertação de mestrado em Psicologia do desenvolvimento. Porto Alegre, RS: Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Recuperado em 20 agosto, 2011, de: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/10808/000602030.pdf?sequence=1>.
- Gross, C. C., Scain, S. F., Scheffel, R., Gross, J. L., & Hutz, C. S. (2007). Brazilian version of the Problem Areas in Diabetes Scale (B-PAID): Validation and identification of individuals at high risk emotional distress. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 76, 455-459. Recuperado em 20 agosto, 2011, de: DOI: 10.1016/j.diabres.2006.09.022.
- Huang, M. F. (2009). *Resilience in chronic disease: the relationships among risk factors, protective factors, adaptive outcomes, and the level of resilience in adults with diabetes*. PhD thesis, Queensland University of Technology. Search Google Scholar™ Huang, M. F., Courtney, M., Edwards, H., & McDowell, J. (2010). Validation of the version of the Problem Areas in Diabetes (PAID-C) Scale. *Diabetes Care*, 33(1), 38-40. Recuperado em 20 agosto, 2011, de: DOI: 10.2337/dc09-0768.
- IDF. (2013). International Diabetes Federation. Diabetes Atlas [Internet]. (6th ed.). Brussels: International Diabetes Federation. Recuperado em 19 janeiro, 2014, de: <http://www.idf.org/diabetesatlas>.
- IDF. (2015). International Diabetes Federation. Diabetes Atlas [Internet]. (7th ed.). Brussels: International Diabetes Federation. Recuperado em 07 setembro, 2017, de: <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas.html>.
- King, S. L., & Hegadoren, K. M. (2006). An integrative science approach: value added in stress research. *Nursing and health care*, 8, 144-199. Recuperado em 01 julho, 2019, de: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=3&hid=106&sid=fd5263e6-08cb-4fb5-adcb-7367a1bd0020%40sessionmgr106>.
- Lloyd, C., Smith, J., & Wiegenger, K. (2005). Stress and diabetes: a review of the links. *Diabetes Spectrum*, 18(2), 121-127. Recuperado em 01 julho, 2019, de: <http://www.sakkyndig.com/psykologi/artvit/lloyd2005.pdf>.
- McCollum, M., Pharmd, L. B. H., Lu, L., & Sullivan, P. W. (2005). Gender differences in Diabetes Mellitus and effects on self-care activity. *Gender Medicine*, 2(4), 246-254. Recuperado em 01 julho, 2019, de: DOI: 10.1016/s1550-8579(05)80054-3.
- Miranz, S. S. C., & Ferreira, F. S. (2008). Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. Florianópolis, SC: *Texto Contexto Enferm*, 17(4), 672-679. Recuperado em 01 julho, 2019, de: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/07.pdf>.
- Morais, N. A., & Koller, S. H. (2004). Abordagem ecológica do desenvolvimento humano, psicologia positiva e resiliência: ênfase na saúde. In: Koller, S. H. (Org.). *Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisas e intervenção no Brasil*, 91-107. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Paloutzian, R., & Ellison, C. (1982). Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. In: Peplau, D., & Perlmann, D. (Orgs.). *Loneliness: a sourcebook of current theory research and therapy*, 224-235. New York, USA: John Wiley and Sons.
- Panzini, R. G., & Bandeira, D. (2005). Escala de coping religioso-espiritual (escala CRE): elaboração e validação de constructo. *Psicologia em Estudo*, 10(3), 507-516. Recuperado em 01 julho, 2019, de: <https://www.scielo.br/pdf/pe/v10n3/v10n3a18.pdf>.

- Penckofer, S., Ferrans, C. E., Velsor-Friedrich, B., & Savoy, S. (2007). The psychological impact of living with diabetes: women's day-to-day experiences. *The diabetes Educator*, 33(4), 680-690. Recuperado em 01 julho, 2019, de: DOI: 10.1177/0145721707304079.
- Peres, D. S., Franco, L. J., & Santos, M. A. (2008). Los sentimientos de las mujeres después del diagnóstico de diabetes tipo 2. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 16(1), 1-9. Recuperado em 01 julho, 2019, de: www.eerp.usp.br/rlae.
- Polonsky, W. H., Anderson, B. J., Lohrer, P. A., Welch, G., Jacobson, A. M., Aponte, J. E., & Schwartz, J. E. (1995). Assessment of Diabetes-Related Distress. *Diabetes Care*, 18(6), 754-760. Recuperado em 20 agosto, 2011, de: DOI: 10.2337/diacare.18.6.754.
- Richardson, G. E. (2012). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 307-321. Recuperado em 01 julho, 2019, de: https://doi.org/10.1002/jclp.10020.
- Rutter, M. (2014). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316-331. Recuperado em 01 julho, 2019, de: https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x.
- Samuel-Hodge, C. D., Headen, S. W., Skelly, A. H., Ingram, A. F., Keyserling, T. C., Jackson, E. J., et al. (2000). Influences on Day-to-Day Self-Management of Type 2 Diabetes Among African-American Women. *Diabetes Care*, 23(7), 928-933. Recuperado em 01 julho, 2019, de: http://care.diabetesjournals.org/.
- Santana da Silva, L. W., Vieira da Silva, D. M. G., Santana da Silva, D., & Lodovici, F. M. M. (2015). A resiliência como constructo à práxis da enfermagem: inquietações reflexivas. *Revista Kairós-Gerontologia*, 18(4), 101-115. Recuperado em 01 julho, 2019, de: DOI:10.23925/2176-901X.2017v20ilp221-238.
- Siegel, K., & Schrimsha, W. E. (2002). The perceived benefits of religious and spiritual coping among older adults living with HIV/AIDS. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 41(1), 91-102. Recuperado em 01 julho, 2019, de: https://doi.org/10.1111/1468-5906.00103.
- Silva, D. M. G. V., Hegadoren, K., & Lasiuk, G. (2012). As perspectivas de donas de casa brasileiras sobre a sua experiência com diabetes mellitus tipo 2. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 20(3), 469-477. Recuperado em 01 julho, 2019, de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0104-11692012000300007&lng=pt.
- Silva, L. W. S., Souza, D. M., Gama, L. S., Silva, J. S., Souza, F. G., Pereira, S. F. S., & Marques, C. L. (2015). Educação em saúde no enlace diagnóstico preventivo do pé diabético. *Revista Feridas*, 15(2), 400-407. Recuperado em 01 julho, 2019, de: http://revistas.uninorteac.com.br/index.php/DeCienciaemFoco0/article/view/142.
- Silva, R. C. P., Simões, M. J. S., & Leite, A. A. (2007). Fatores de risco para doenças cardiovasculares em idosos com diabetes mellitus tipo 2. *Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.*, 28(1), 113-121. Recuperado em 01 julho, 2019, de: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_nlinks&ref=000083&pid=S1413-8123201000060002900002&lng=en.
- Sodergren, S. C., Hyland, M. E., Crawford, A., & Partridge, M. R. (2004). Positivity in illness: self-delusion or existential growth. *British Journal of Health Psychology*, 9, 163-174. Recuperado em 01 julho, 2019, de: DOI: 10.1348/135910704773891023.
- Steinhardt, M. A., Mamerow, M. M., Brown, S. A., & Jolly, C. A. (2009). A resilience intervention in African American adults with type 2 diabetes: a pilot study of efficacy. *Diabetes Educ.* 35(2), 274-284. Recuperado em 01 julho, 2019, de: DOI: 10.1177/0145721708329698.
- Tavares, B. C., Barreto, F. A., Lodetti, M. L., Silva, D. M. G. V., & Lessmann, J. C. (2011). Resiliência de pessoas com Diabetes Mellitus. *Texto Contexto Enferm*, 20(4), 751-757. Recuperado em 01 julho, 2019, de: https://www.scielo.br/pdf/tce/v20n4/14.pdf.
- Tinoco, A. L. A., Brito, L. F., Sant'Anna, M. S. L., Abreu, W. C., Mello, A. C., Silva, M. M. S., Franceschini, S. C. C., & Pereira, C. A. S. (2006). Sobrepeso e obesidade medidos pelo índice de massa corporal (IMC), circunferência da cintura (CC) e relação cintura/quadril (RCQ), de idosos de um município da Zona da Mata Mineira. Rio de Janeiro, RJ: *Rev Bras Geriatr Gerontol*, 9(2), 63-73. Recuperado em 01 julho, 2019, de: https://doi.org/10.1590/1809-9823.2006.09026.

Welch, G. W., Jacobson, A. M., & Polonsky, W. H. (1997). The Problem Areas in Diabetes Scale. An evaluation of its clinical utility. *Diabetes Care*, 20(5), 760-766. Recuperado em 20 agosto, 2011, de: DOI: 10.2337/diacare.20.5.760.

WHO. (2006). Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia. WHO Diabetes. Fact Sheet n.º 312. Genève, Suisse. Recuperado em 20 abril, 2011, de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en>.

Yi, J. P., Vitaliano, P. P., Smith, R. E., Yi, J. C., & Weinger, K. (2008). The role of resilience on psychological adjustment and physical health in patients with diabetes. *British Journal of Health Psychology*, 13(Pt2), 311-325. Recuperado em 01 julho, 2019, de: DOI: 10.1348/135910707X186994.

Recebido em 17/04/2020

Aceito em 30/06/2020

---

**Luzia Wilma Santana da Silva** - Enfermeira. Ph.D. em Enfermagem. Professora Pleno, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, UESB. Docente do Programa de Pós-Graduação em Relações Étnicas e Contemporaneidade, nível mestrado acadêmico/UESB. Líder do Grupo de Pesquisa Interdisciplinar de Estudos em Ciências da Saúde e Sociedade. Linha de pesquisa: Família em seu Ciclo Vital e Interdisciplinares saberes ao processo de cuidar humano. Coordenadora do Programa de Extensão e Ação Continuada Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Extensão em Cuidados à Saúde da Família em Convivibilidade com Doenças Crônicas, NIEFAM.

E-mail: luziawilma@yahoo.com.br

---

\* Este estudo fez parte do processo de Progresso de Carreira do nível de professor Titular para Pleno, realizado em nov. 2017, na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).