



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

Dissertação de Mestrado

**Resiliência em doenças crônicas: associação com ansiedade, depressão,
variáveis sociodemográficas e clínicas**

Lyrís Meruvia Pinto

Brasília/DF, Agosto de 2019



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

**Resiliência em doenças crônicas: associação com ansiedade, depressão,
variáveis sociodemográficas e clínicas**

Lyris Meruvia Pinto

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura, da Universidade de Brasília (UnB) como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

Orientadora: Professora Dra. Eliane Maria Fleury Seidl

Brasília/DF, Agosto de 2019

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E
CULTURA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APROVADA PELA SEGUINTE BANCA
EXAMINADORA:

Profa. Dra, Eliane Maria Fleury Seidl - Presidente
Universidade de Brasília - Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

Profa. Dra, Elizabeth Queiroz - Membro
Universidade de Brasília - Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

Dra. Graziela Sousa Nogueira - Membro
Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal

Profa. Dra. Tereza Cristina Cavalcanti de Araújo - Suplente
Universidade de Brasília - Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

Dedicatória

Trabalho dedicado a todos aqueles que acreditaram no meu potencial e me fortaleceram ao longo de minha trajetória de vida. Tive a honra de conhecer pessoas inspiradoras e minha profissão me deu a oportunidade de descobrir tantas histórias de vida singulares que não caberiam em um livro.

Agradecimentos

À minha mãe, Claudenise Urbano, que mesmo diante das dificuldades da vida, nunca permitiu que eu desistisse ou me deixasse abater pelos obstáculos. Com ela aprendo a ser resiliente todos os dias.

Ao meu namorado e companheiro de vida, Bruno Martins de Oliveira, que me apoia, suporta, acredita nos meus sonhos e me incentiva a ser melhor a cada dia com seu amor, gentileza e cuidado.

Aos auxiliares de pesquisa, alunos da graduação, pela dedicação e disponibilidade, sem as quais a coleta seria impossível em tempo hábil: Alice Arruda, David Mateus, Júlia Feminella, Marina Rangel e Nathália Alves.

Aos meus amigos, que sempre me apoiaram e incentivaram a buscar meus objetivos, sendo também inspirações de vida: Nathália Borges Santos, Rodrigo Oliveira, Isabella Gontijo, Wesley Marques Ponte e Laura Campos.

À minha orientadora, Dra. Eliane Maria Fleury Seidl, que me deu abertura para fazer escolhas, guiando meu caminho e me mostrando possibilidades que outrora eu não havia percebido.

Aos profissionais responsáveis pelos ambulatórios de especialidades médicas do Hospital Universitário de Brasília (HUB) nos quais coletei dados, pela abertura, aprendizado e concessão da autorização para desenvolvimento do estudo, em especial à enfermeira Luiza Moreira Campos e aos médicos do Ambulatório de Diabetes que me acolheram e contribuíram imensamente para meu enriquecimento profissional e humano.

Aos participantes da pesquisa pela disponibilidade e abertura em contribuir com suas vivências singulares na construção do conhecimento em Psicologia da Saúde, voltada para a qualidade de vida de pessoas que convivem com doenças crônicas.

RESUMO

A alta prevalência de doenças crônicas na população geral se configura como um desafio aos sistemas de saúde do mundo, tendo em vista as mudanças de estilo de vida exigidas, bem como a complexidade dos tratamentos disponíveis. Viver com doenças crônicas pode ser um fator estressor que tende a acarretar comprometimentos não apenas físicos, mas também psicológicos e sociais. A forma como as pessoas enfrentam o adoecimento e/ou situações estressoras ao longo da vida é singular e neste sentido o conceito de resiliência aponta para formas bem sucedidas de lidar com adversidades de modo a minimizar o impacto sofrido, evitando o adoecimento psíquico. O presente estudo teve como objetivo principal avaliar os níveis de resiliência, depressão e ansiedade de pessoas com diagnóstico de doenças crônicas e sua associação com variáveis sociodemográficas e médico-clínicas. Participaram 124 pessoas com diagnóstico de doenças crônicas: HIV/aids ($n=30$), diabetes mellitus ($n=30$), hipertensão arterial sistêmica ($n=30$), lúpus eritematoso sistêmico ($n=15$) e disfunção renal crônica ($n=19$). Os dados foram coletados nos ambulatórios de especialidades clínicas de um hospital universitário entre junho de 2018 e março de 2019. Os instrumentos usados foram questionários sociodemográfico e médico-clínico, Escala de Resiliência de Connor-Davidson para brasileiros, o Inventário Beck de Ansiedade *Anxiety* e o Inventário Beck de Depressão. Em relação à caracterização sociodemográfica, 54% dos participantes eram do gênero feminino, a média de idade foi de 49,56 anos ($DP=13,99$), a maior parte da amostra (31,5%) havia cursado o ensino fundamental incompleto, 43,5% viviam com companheiro(a), 31,7% dos participantes tinham renda entre dois e três salários mínimos. O tempo médio de diagnóstico foi de 10,9 anos ($DP=7,8$). Os resultados apontaram que os escores médios de resiliência tiveram pouca variabilidade entre as cinco condições crônicas, sendo que a média para a amostra total foi igual a 77,10 ($DP=12,39$), escore que é considerado satisfatório. No que tange aos níveis de ansiedade, 47,58% dos participantes apresentaram ansiedade mínima e 27,42% ansiedade moderada a severa. O escore médio de ansiedade foi maior em mulheres (15,12) do que em homens (12,35). Na amostra total, 58,87% dos participantes apresentaram níveis mínimos de depressão, sendo que as mulheres apresentaram média de 14,42 e os homens de 13,21. Foi evidenciada correlação positiva significativa entre resiliência e autoavaliação do estado de saúde na amostra total; e correlação negativa significativa entre níveis de depressão e ansiedade e autoavaliação do estado de saúde. Foram observadas correlações positivas significativas entre níveis de ansiedade e de depressão para todas as condições crônicas estudadas e para a amostra total. No que tange à correlação negativa entre resiliência e depressão, os resultados foram significativos para os participantes com LES, DM e na amostra total. Na amostra total, verificou-se ainda correlação negativa significativa entre resiliência e ansiedade. O estudo evidenciou que há uma parcela da população com diagnóstico de doenças crônicas que vivencia sofrimento psíquico importante, o que pode ter repercussões na qualidade de vida dessas pessoas. As equipes de saúde devem estar atentas a essas possibilidades a fim de intervir e/ou encaminhar as demandas para o profissional psicólogo, tendo em vista as repercussões do adoecimento crônico, seu impacto social, emocional e nas relações humanas. Ressalta-se, porém, que a maior parte da amostra apresentou níveis satisfatórios de resiliência e escores mínimos a leves de ansiedade e depressão, indicando que a maioria dos participantes desenvolveu estratégias para manejar as situações estressoras de modo a minimizar os efeitos nocivos das mesmas.

Palavras-chave: Resiliência, ansiedade, depressão, doenças crônicas, psicologia da saúde.

ABSTRACT

The high prevalence of chronic diseases in the general population is a challenge to the world's health systems, given the required lifestyle changes as well as the complexity of available treatments. Living with chronic diseases can be a stressor that tends to lead to not only physical, but also psychological and social compromises. The way in which people cope with illness and / or stressful situations throughout their lives is unique and in this sense the concept of resilience points to successful ways to deal with adversity in order to minimize the impact suffered, avoiding psychic illness. The present study aimed to evaluate the resilience, depression and anxiety levels of people diagnosed with chronic diseases and their association with sociodemographic and medical-clinical variables. Participants were 124 people diagnosed with chronic diseases: HIV / AIDS (n = 30), diabetes mellitus (n = 30), systemic arterial hypertension (n = 30), systemic lupus erythematosus (n = 15) and chronic renal dysfunction (n = 19). Data were collected at clinical specialty outpatient clinics of a university hospital between June 2018 and March 2019. The instruments used were sociodemographic and physician-clinical questionnaires, Connor-Davidson Resilience Scale for Brazilians, the Beck Anxiety Inventory and Beck Depression Inventory. Regarding socio-demographic characterization, 54% of participants were female, the average age was 49.6 years ($SD=13.99$), most of the sample (31.5%) had completed elementary school, 43.5% lived with a partner, 31.7% of participants had income between two and three minimum wages. The average time since diagnosis was 10.9 years ($SD=7.8$). The results showed that the average resilience scores had little variability among the five chronic conditions, and the average for the total sample was 77.10 ($SD=12.39$). This resilience score is considered satisfactory. Regarding anxiety levels, 47.58% of participants had minimal anxiety and 27.42% had moderate to severe anxiety. The average anxiety was higher in women (15.12) than in men (12.35). In the total sample, 58.87% of participants had minimum levels of depression, with women having an average of 14.42 and men with 13.21. There was a significant positive correlation between resilience and self-rated health in the total sample; and significant negative correlation between depression and anxiety levels and self-rated health. Significant positive correlations were observed between anxiety and depression levels for all chronic conditions studied and for the total sample. Regarding the negative correlation between resilience and depression, the results were significant for participants with SLE, DM and in the total sample. In the total sample, there was also a significant negative correlation between resilience and anxiety. The study showed that there is a portion of the population diagnosed with chronic diseases that experiences significant psychological distress, which may have repercussions on the quality of life of these people. Health teams should be aware of these possibilities in order to intervene and / or forward the demands to the professional psychologist, considering the repercussions of chronic illness, its social, emotional impact and in human relations. However, it is noteworthy that most of the sample presented satisfactory levels of resilience and minimum to mild anxiety and depression scores. This suggests that most participants developed strategies to manage stressful situations in order to minimize their harmful effects.

Keywords: Resilience, anxiety, depression, chronic disease, health psychology

Lista de Tabelas

Tabela 1 Dados Sociodemográficos dos Participantes por Tipo de Doença	36
Tabela 2 Dados Médico-clínicos dos Participantes Por Tipo de Doença	38
Tabela 3 Análise Descritiva dos Escores de Resiliência por Enfermidade e na Amostra Total	39
Tabela 4 Distribuição dos Participantes em cada Nível de Ansiedade por Enfermidade e na Amostra Total	40
Tabela 5 Distribuição dos Participantes em cada Nível de Depressão, por Enfermidade e na Amostra Total	41
Tabela 6 Associação entre Resiliência, Depressão e Ansiedade com Gênero	42
Tabela 7 Associação entre Resiliência, Depressão e Ansiedade com Escolaridade	44
Tabela 8 Associação entre Resiliência, Depressão e Ansiedade com Situação Conjugal	45
Tabela 9 Correlações entre Resiliência, Depressão, Ansiedade, Autoavaliação do Estado de Saúde e Autopercepção da Adesão por Enfermidade e na Amostra Total	47
Tabela 10 Correlações entre Resiliência, Depressão e Ansiedade por Enfermidade e da Amostra	49

Lista de Siglas

- ADA: American Diabetes Association (Associação Americana de Diabetes)
- Aids: *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)
- BAI: *Beck Anxiety Inventory* (Inventário de Ansiedade de Beck)
- BDI: *Beck Depression Inventory* (Inventário de Depressão de Beck)
- CDRISC: Escala Connor-Davidson de Resiliência
- DM: Diabetes Mellitus
- DP: Desvio Padrão
- DRC: Doença Renal Crônica
- DSM: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*
- HAD: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
- HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica
- HIV: *Human Immunodeficiency Virus* (Vírus da Imunodeficiência Humana)
- LES: Lúpus Eritematoso Sistêmico
- Mex-Sledai : *Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index Mexican Version*
- M.I.N.I: *International Neuropsychiatric Interview*
- SBD: Sociedade Brasileira de Diabetes
- SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação
- SPS: *Statistical Package for Social Sciences for Windows*
- SUS: Sistema Único de Saúde
- THQ - Questionário de História do Trauma
- OMS: Organização Mundial de Saúde
- WHO: *World Health Organization*

Sumário

RESUMO	VI
ABSTRACT	VII
Lista de Tabelas	VIII
Lista de Siglas	IX
Apresentação	1
CAPÍTULO 1	3
Doenças Crônicas: Relevância de Estudos na Área	3
HIV/aids.....	5
Diabetes Mellitus	7
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	10
Doença Renal Crônica (DRC).....	11
Lúpus Eritematoso Sistêmico.....	13
CAPÍTULO 2	15
Resiliência, Depressão e Ansiedade	15
Resiliência: conceituação, aspectos históricos e avaliação	15
Resiliência e doenças crônicas: uma revisão	19
Depressão	23
Ansiedade.....	25
CAPÍTULO 3	27
Relevância do Estudo e Objetivos	27
Objetivo geral	27
Objetivos específicos.....	27
CAPÍTULO 4	29
Método	29
Participantes.....	29
Instrumentos.....	30
Procedimentos de coleta de dados.....	31
Aspectos éticos: riscos e benefícios	32
Análise de dados	33
CAPÍTULO 5	34
Resultados	34
Caracterização sociodemográfica da amostra total	34
Caracterização sociodemográfica da amostra por enfermidade	35
Caracterização médico-clínica da amostra total	37
Caracterização médico-clínica da amostra por enfermidade	38
Resiliência	39
Ansiedade.....	40
Resiliência, ansiedade e depressão e variáveis sociodemográficas	41
Associação entre resiliência, ansiedade e depressão.....	48
CAPÍTULO 6	50
Discussão	50
Caracterização sociodemográfica e médico-clínica.....	50
Ansiedade e depressão.....	53
Resiliência	55
CAPÍTULO 7	60
Considerações Finais	60
Referências	62

APÊNDICE A	74
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	74
APÊNDICE B	75
Questionário Sociodemográfico	75
APÊNDICE C	76
Questionário Médico-Clínico	76

Apresentação

A resiliência tem sido amplamente estudada, visto que é de suma importância compreender como os seres humanos lidam com situações estressoras ao longo da vida, dado que muitos são capazes de ressignificar e transpor o sofrimento psíquico com o mínimo de prejuízo para as relações interpessoais, laborais e da vida diária.

A despeito de os seres humanos serem constantemente submetidos a situações estressoras, estas podem ser vivenciadas de maneira singular pelos indivíduos. As doenças de curso crônico podem se configurar como situações potencialmente estressoras que tendem a acarretar prejuízos não apenas físicos, mas também psicológicos, sociais e nas relações humanas.

A alta prevalência de pessoas convivendo com condições crônicas, além do envelhecimento populacional (Veras, 2009), exige dos profissionais de saúde uma resposta imediata. A relevância científica e social do presente estudo diz respeito à necessidade de se desenvolver estratégias que promovam a melhora dos níveis de resiliência e da qualidade de vida de pessoas com diagnóstico de doenças crônicas.

A dissertação está organizada em sete capítulos. No Capítulo 1 são apresentadas a prevalência de doenças crônicas na população geral, bem como questões psicossociais e biológicas ligadas às enfermidades escolhidas para a pesquisa: HIV/aids, Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) e Doença Renal Crônica (DRC).

Já no Capítulo 2 são explicitados conceitos, histórico e avaliação do construto resiliência. Nesta seção também foram incluídas breves revisões acerca de depressão e ansiedade nas condições crônicas estudadas.

O Capítulo 3 resgata a relevância do estudo, além de descrever os objetivos gerais e específicos definidos para o estudo. No Capítulo 4 é apresentado o método da pesquisa, a caracterização sociodemográfica dos participantes, os critérios de inclusão e exclusão, o detalhamento do procedimento de coleta e de análise de dados, além de aspectos éticos, riscos e benefícios da pesquisa.

No Capítulo 5 são exibidos os resultados obtidos no estudo. O Capítulo 6 contém a discussão dos resultados à luz da literatura, destacando possíveis pontos de convergência ou divergência. O Capítulo 7 se refere às considerações finais do estudo.

CAPÍTULO 1

Doenças Crônicas: Relevância de Estudos na Área

De acordo com Veras (2009), o prolongamento da vida é uma meta de qualquer sociedade. Porém, só é uma conquista real e efetiva à medida que agregue qualidade aos anos adicionais de vida. O envelhecimento populacional, então, traz novos desafios aos sistemas de saúde do mundo.

Com o aumento da expectativa de vida e as novas descobertas científicas, as populações em geral têm envelhecido e, concomitantemente, apresentado alguma manifestação crônica em maior frequência, em especial aquelas que ocorrem em função do estilo de vida (Malta et al., 2017; Silva, Peixoto, Souza, Santos, & Aguiar, 2018). As doenças de curso crônico, conforme aponta a Organização Mundial da Saúde (2003), demandam gerenciamento de forma ininterrupta e por tempo indeterminado. Portanto, trata-se de um grande desafio do Século XXI, visto que os sistemas de saúde precisam atuar de forma cada vez mais eficiente e eficaz para lidar com as demandas emergentes devido às altas taxas de prevalência e de incidência de doenças crônicas no mundo (Brasil, 2006; Malta et al., 2017).

As condições crônicas de saúde são caracterizadas pela permanência, irreversibilidade, incapacidade residual, incurabilidade, degenerativas, de longa duração. Tais condições podem ter como eventos antecedentes a herança genética, causas congênitas, tabagismo, excesso de gordura saturada na alimentação. Os eventos consequentes a elas podem ser modificações físicas, sociais e psicológicas, incapacidade/inabilidade, mudanças de estilo de vida, além de adaptação e enfrentamento (Freitas & Mendes, 2007).

A ciência tem contribuído a partir de pesquisas que ampliam a análise de situações limitantes da vida como amputação de membros e paraplegias, desenvolvendo

alternativas, instrumentos e tecnologias que possam oferecer melhores condições de vida. Além de contribuir descobrindo e utilizando tratamentos medicamentosos (Freitas & Mendes, 2007).

Apesar dos crescentes avanços das ciências da saúde, que propiciam uma sobrevida e qualidade de vida para pessoas acometidas por doenças crônicas, há muitos desafios a serem superados. As dificuldades de adesão são um grande problema de saúde pública quando se trata de doenças crônicas, uma vez que o tratamento e a manutenção da condição de saúde dependem de mudanças no estilo de vida, administração adequada da medicação, entre outras ações (Almeida, Versiani, Dias, Novaes, & Trindade, 2007; Brasil, 2007). Outro tema se refere à ocorrência de dificuldades psicológicas, muitas vezes associadas à ansiedade e depressão, tendo em vista os desafios observados no gerenciamento cotidiano decorrente do tratamento de condições crônicas e das mudanças no estilo de vida (Sardinha et al., 2015; Tavares et al., 2016).

Um conceito muito valorizado no campo das cronicidades é o de qualidade de vida. Apesar de não existir um consenso acerca da definição de qualidade de vida, a OMS preconiza que a qualidade de vida é um reflexo da percepção dos indivíduos acerca do quanto suas necessidades estão sendo satisfeitas ou negadas, independentemente do estado de saúde físico ou condições socioeconômicas. Refere-se à satisfação de necessidades da vida humana e tem como referências noções subjetivas e individuais de conforto, bem estar, realização individual e coletiva (Brasil, 2012). Azevedo, Silva, Tomasi e Quevedo (2013) asseguram que a avaliação e acompanhamento dos índices de qualidade de vida são úteis na atenção a pessoas vivendo com enfermidade crônica, uma vez que esse indicador fornece informações

importantes acerca da eficácia do tratamento, fornecendo subsídios para o planejamento de estratégias de intervenção adequadas às demandas biopsicossociais dos pacientes.

As doenças crônicas estudadas nessa pesquisa são descritas de forma sucinta nos tópicos abaixo e foram selecionadas tendo em consideração alguns critérios. DM e HAS foram selecionadas por se tratarem das duas doenças crônicas com alta prevalência na população geral. HIV/aids foi escolhida tendo em vista os efeitos psicológicos e sociais do diagnóstico, além de trazer para análise extratos mais jovens da população. LES foi incluída pelo impacto psicológico, além de ser uma doença com períodos de remissão, em que conviver com a doença é conviver com a instabilidade do quadro clínico e sintomas associados. A DRC foi selecionada, além do fato de ser uma complicação comum de HAS e DM, mas também pelo tratamento incluir idas frequentes ao serviço, caracterizando dependência do mesmo, com ônus comportamental e impacto na disponibilidade de tempo dos pacientes. Por último, a decisão acerca da inclusão dessas enfermidades crônicas decorreu do fato de terem ambulatórios de especialidades no hospital onde o estudo foi realizado.

HIV/aids

De acordo com Jesus et al. (2017), no Brasil, até 2015 foram registrados 830.000 de pessoas vivendo com infecção pelo HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana, em inglês, *Human Immunodeficiency Virus*). Segundo os autores, esse fato coloca o país em uma posição de destaque na América Latina, visto que é o único país que ainda apresentou aumento no número de novas infecções na última década, da ordem de 11%.

Já na ocasião da descoberta dos primeiros casos de aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, em inglês, *Acquired Immunodeficiency Syndrome*) foi estabelecida uma relação entre a doença e a moralidade, onde a ideia prevalente de

transgressão e imoralidade foi difundida pela mídia e aceita pela população, o que se refletiu nas representações sociais da patologia (Seidl, Ribeiro, & Galinkin, 2010).

Para Dantas, Abrão, Costa e Oliveira (2015), desde a década de 1980, a identificação do HIV/aids configurou-se como um desafio para a comunidade científica no plano mundial, tendo em vista que é considerado um problema de saúde pública, de grande magnitude. Apesar de ainda haver um estigma social ligado a essa condição, a infecção pelo vírus HIV se dá em todas as camadas sociais, em ambos os gêneros, sem distinção.

A aids é considerada uma enfermidade crônica transmissível. A maior parte das infecções ocorre por meio das mucosas do trato genital ou retal durante relação sexual sem proteção com pessoa infectada. Já nas primeiras horas as células infectadas atravessam a barreira da mucosa e infectam os linfócitos T CD4+, macrófagos e células dendríticas (Brasil, 2013). Tendo em vista que se trata de uma doença até o momento sem cura e que tem repercussões psicológicas e sociais para os indivíduos, é importante pesquisar as relações entre variáveis psicológicas e a percepção de qualidade de vida a fim de identificar fatores capazes de possibilitar ajustamento à condição de enfermidade crônica, bem como o enfrentamento ativo e adaptativo diante do tratamento e do viver com HIV (Gaviria, Quiceno, Vinaccia, Martínez, & Otalvaro, 2009).

Diversas manifestações psiquiátricas tem acometido essa população, dentre elas destaca-se o Transtorno Depressivo Maior, um dos transtornos mais comuns subdiagnosticados em pessoas vivendo com HIV/aids (Moraes, Oliveira, & Tostes, 2006). O diagnóstico da doença vem acompanhado, muitas vezes, de um estigma social ligado à sexualidade e práticas sexuais, além da discriminação sofrida por pessoas soropositivas, ao lado do desconhecimento da população acerca das formas de

transmissão. Tais fatores estressores tem como produto uma carga emocional constante vivenciada de forma singular por cada indivíduo.

Em estudo realizado por Nogueira e Seidl (2016) com pessoas com diagnóstico de HIV/aids, quase a metade dos participantes apresentou escores indicativos de ansiedade (46,4%) e depressão (46,4%). As autoras pontuaram que além dos estigmas sociais, a manifestação de transtornos mentais como depressão e ansiedade podem influenciar na adesão ao tratamento e na qualidade de vida percebida.

Paralelamente, existem estigmas visíveis e invisíveis envolvidos, que são estressores, uma vez que demandam a tomada de decisão para quem revelar o diagnóstico, o que pode gerar ansiedade antecipatória acerca da possibilidade de ser descoberto, sofrer isolamento ou mesmo exclusão social (Pachankis, 2006).

Assim, é perceptível o quanto os aspectos psicossociais interferem no tratamento e na qualidade de vida das pessoas com diagnóstico de HIV/aids.

Diabetes Mellitus

O diabetes mellitus (DM), em especial o tipo 2, configura-se como uma epidemia mundial, além de um desafio para os sistemas de saúde em escala global. Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que em 2025 a doença poderá atingir cerca de 350 milhões de pessoas no mundo (Brasil, 2006).

Trata-se de um problema de saúde pública, além do impacto epidemiológico produzido e expresso nas crescentes taxas de morbidade e mortalidade, associadas a sequelas incapacitantes, tais como cegueira, retinopatia diabética, insuficiência renal terminal e amputações de extremidades inferiores. Tais complicações podem, no entanto, ser prevenidas ou retardadas a partir da adequada adesão ao tratamento pelos pacientes (American Diabetes Association, 2018).

O DM é um grupo de doenças metabólicas que tem por característica a hiperglicemia, além de complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, afetando mais diretamente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos (Antônio, 2010). Essas alterações são possíveis produtos de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos como a destruição das células produtoras de insulina do pâncreas (células beta), resistência à ação da insulina, além de distúrbios na secreção insulínica (Brasil, 2006).

O DM é classificado em tipos, e os mais comuns são: (a) tipo 1 da doença em que há uma destruição das células betas do pâncreas, geralmente por processo autoimune, o que resulta na deficiência absoluta de insulina, fazendo-se necessária a administração de desse hormônio a fim de prevenir cetoacidose (uma das mais sérias complicações agudas do DM), coma e morte do indivíduo; (b) tipo 2 em que há uma deficiência relativa de insulina, não sendo necessária essa administração em todos os casos, porém quando se faz necessário, visa alcançar o controle glicêmico; (c) o DM gestacional é a hiperglicemia diagnosticada na gravidez, geralmente resolvida no pós parto (Brasil, 2006). Estima-se que cerca de 90% a 95% dos casos diagnosticados correspondam ao DM tipo 2, possuindo etiologia complexa e multifatorial (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2017).

Aderir ao tratamento do DM implica em implementar, monitorar e regular um tratamento de alta complexidade que envolve o seguimento de uma dieta alimentar, prática de exercícios físicos, administração medicamentosa (insulina ou agentes hipoglicemiantes), monitorar níveis glicêmicos, identificar e tratar sintomas relacionados ao DM e cuidar especialmente dos pés. As taxas de não adesão em pacientes portadores de DM tem variado entre 40% a 90% (Malerbi, 2001).

Há pelo menos um século estudos evidenciam – além da alta prevalência de transtornos psiquiátricos associados ao diagnóstico de diabetes –, a influência desses transtornos no curso da enfermidade (Clavijo, Carvalho, Rios, & Oliveira, 2006). Eren, Erdi e Sahin (2008) pontuam que o quadro clínico depressivo, em comorbidade com a ocorrência de diabetes, pode acometer vários domínios relativos à qualidade de vida, entre eles a saúde física, psicológica, relacionamentos e vínculos sociais.

O estudo de Clavijo et al. (2006) realizado com 86 participantes com diagnóstico de DM Tipo 2 na cidade de Rio Branco, utilizando grupo de comparação a fim de identificar a presença de transtornos psiquiátricos associados ao DM, utilizou o *Mini Internacional Neuropsychiatric Interview* (M.I.N.I.). Entre os resultados obtidos, destaca-se que 73,8% da amostra dos participantes com diabetes Tipo 2 do estudo apresentaram possíveis indícios de transtorno de ansiedade generalizada. No grupo de comparação esse resultado foi de 65,5%.

Estudos apontam para uma possível relação cíclica entre sintomas depressivos, ansiedade, complicações da DM e controle glicêmico, onde o agravamento de um tem efeitos diretos e indiretos sobre o outro, tendo em vista que tais condições têm características próprias que favorecem o agravamento mútuo desta (Moreira et al., 2003).

Amorim e Coelho (2008) reforçam a relação entre o DM e a saúde mental, elegendo a segunda como determinante no controle da doença. Para os autores, as dificuldades de adesão ao tratamento não se devem, em geral, à falta de conhecimento sobre a doença, mas sim à influência de aspectos psicossociais e de educação em saúde que podem ser otimizados a partir de acompanhamento com base em atenção integral e equânime.

Assim, a literatura aponta para uma alta prevalência de adoecimento psíquico nesta população, o que exige além de estudos descritivos, o desenvolvimento de estratégias de intervenção direcionadas a responder a tal demanda de forma a possibilitar a otimização da qualidade de vida de pessoas com DM.

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada um dos fatores de risco mais prevalentes para o desenvolvimento de diversas patologias. Trata-se de uma condição multifatorial, que é caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 mmHg e/ou 90 mmHg (Hoshide et al., 2018; Loyola & Veiga Jardim, 2018). Estima-se que no Brasil, 35% da população tenha HAS e essa prevalência tem aumentado ao longo dos anos (Morais & Castro, 2016).

Atualmente, há várias evidências acerca da ocorrência de HAS e estilo de vida, como sedentarismo, alta ingestão de sódio, de álcool e excesso de peso (Matilla et al., 2003). A HAS está frequentemente associada a outros distúrbios metabólicos e alterações de órgãos, que podem levar a complicações renais e cardíacas, por exemplo (Loyola & Veiga Jardim, 2018). Entre os principais riscos, em nível mundial, de mortalidade, encontram-se a HAS e o DM (WHO, 2009).

Estudos recentes têm evidenciado a importância de fatores psicológicos, além dos biológicos já citados, na etiologia da hipertensão arterial, bem como de outras doenças cardiovasculares associadas (Ewart et al., 2011). Autores como Sanz et al. (2010) e Ewart et al. (2011) referem que a incapacidade de controlar a raiva e a hostilidade tem sido apontada como fator de risco que pode aumentar a probabilidade de ocorrência da HAS.

O estresse pode contribuir para inúmeras enfermidades, tanto de ordem psíquica quanto orgânica, se enquadrando nesta última, a HAS (Fonseca, Coelho, Nicolato, Malloy-Diniz, & Silva Filho, 2009). O estudo de Paterniti et al. (1999) demonstrou uma associação entre ansiedade e aumento da pressão arterial, sendo que indivíduos com altos níveis de ansiedade, naquela amostra, apresentavam risco 3,6 vezes maior de aumento na pressão arterial em comparação com os que apresentavam baixos escores de ansiedade.

Os fatores emocionais estão presentes na HAS e podem influenciar no surgimento da doença, em sua manutenção e agravamento. Tais fatores podem influenciar ainda na adesão ao tratamento e na qualidade de vida da pessoa que convive com tal condição (Malagris, Lipp & Chicayaban, 2014). Constata-se então que fatores psicossociais influenciam na qualidade de vida de pessoas com HAS e o controle da pressão arterial também é afetado por tais fatores.

Doença Renal Crônica (DRC)

A doença renal crônica (DRC), assim como outras condições já citadas, é considerada um problema de saúde pública em nível mundial. Sendo os rins órgãos fundamentais para a manutenção da homeostase do corpo humano, patologias que impliquem na diminuição progressiva da função renal podem afetar outros órgãos (Bastos, Bregman, & Kirsztajn, 2010), bem como o bem-estar psicológico e a qualidade de vida de indivíduos por elas acometidos.

No ano de 2002 houve uma mudança importante na definição de DRC, onde as condições de saúde que afetassem permanentemente a função renal passaram a se enquadrar nesse grupo, independentemente da causa, evidenciando que essa condição era mais prevalente do que considerado anteriormente (Gomes & Kirsztajn, 2011).

O impacto do diagnóstico, juntamente com o tratamento (que costuma incluir hemodiálise, uso de medicação ou mesmo transplante renal), pode contribuir para que os indivíduos redimensionem e resignifiquem o que foi vivido, revisitando suas vivências e suas relações (Coutinho & Costa, 2015). O diagnóstico de DRC leva a severas modificações no estilo de vida da pessoa, levando-a a viver cotidianamente com uma doença incurável, cuja forma de tratamento pode ser dolorosa e que provoca limitações, além do risco de evolução da enfermidade e suas complicações. Sendo assim, a DRC tem repercussões sociais, econômicas, psicológicas, tanto para os indivíduos acometidos pela enfermidade quanto para as famílias (Ramos, Queiroz, & Jorge, 2008).

Os estudos de Garcia, Veiga e Motta (2010) e Costa, Coutinho, Melo e Oliveira (2014) evidenciaram uma oscilação entre 53,3% e 68% de incidência de sintomatologia depressiva em pessoas em tratamento dialítico, o que reforça a relação da enfermidade com fatores psicológicos.

Valle, Fernandes Souza e Ribeiro (2013), por sua vez, realizaram um estudo com 100 pessoas em hemodiálise no município de Natal/RN com o objetivo de investigar sintomas de estresse e de ansiedade nessa população. Os resultados apontaram que 66% da amostra apresentavam ansiedade moderada e 34% alta, no momento da pesquisa.

Tendo em vista os procedimentos invasivos, a necessidade de acompanhamento contínuo, a ida ao serviço em frequência elevada, bem como o eventual comprometimento da qualidade de vida de pessoas que vivem com DRC, há repercussões psicológicas e psicossociais importantes envolvidas.

A intervenção voltada à adaptação de pessoas com DRC deve ser multi e interdisciplinar ao longo de todas as etapas do adoecimento. Os profissionais de saúde

podem auxiliar identificando os fatores envolvidos nas dificuldades de adesão ao tratamento, orientando e incluindo os familiares no processo, educando os pacientes e familiares quanto à natureza e o curso da enfermidade, fornecendo assim subsídios para auxiliá-los nas tomadas de decisão, além do cuidado contínuo (Rudnicki, 2014).

Lúpus Eritematoso Sistêmico

O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença crônica, de natureza autoimune, multissistêmica e de etiologia ainda desconhecida. É caracterizado pela presença de diversos autoanticorpos, evoluindo com períodos de exacerbações e remissões. Trata-se de uma doença pouco prevalente na população geral, que acomete mais mulheres em idade reprodutiva, na proporção de nove mulheres para um homem (Araújo & Traverso-Yépez, 2007; Borba et al., 2007).

O LES pode atingir múltiplas partes do corpo de forma conjunta, especialmente pele, sangue e rins, podendo causar sérios problemas ao longo da vida (Araújo & Traverso-Yépez, 2007). Em seus períodos de manifestação, a pessoa acometida pode apresentar inúmeros sintomas, que podem afetar sua qualidade de vida, a capacidade laboral, o que pode ser fonte de sofrimento e angústia para quem vive com a doença.

Santos, Vilar e Maia (2017) pontuam que, além dos agravos físicos e no funcionamento fisiológico, a pessoa com diagnóstico de LES pode enfrentar uma série de dificuldades de ordem psicossocial. Estudos como os de Asano, Coriolano, Asano e Lins (2013) e Maneeton, Maneeton e Louthrenoo (2013) apontaram a presença de ansiedade e depressão nessa população. Transtornos de humor, que inclui episódio depressivo maior, podem ocorrer em maior frequência em pacientes com LES do que na população geral (Mak, Tang, & Ho, 2013), sendo que a presença de sintomas

depressivos pode resultar em enfraquecimento ou rompimento das redes de apoio e laços sociais (Queiroz, 2009).

Acerca dos sintomas depressivos e ansiosos em pessoas com diagnóstico de LES, o estudo de Cal (2016) utilizou a HAD (Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão) para avaliar a prevalência de sintomas dessa natureza em pessoas com diagnóstico de LES. Os resultados apontaram para 25% da amostra apresentando sintomas depressivos e 51,1% apresentando sintomas ansiosos.

Já a pesquisa desenvolvida por Santos, Vilar e Maia (2017) avaliou os sintomas depressivos e sua relação com o apoio social percebido utilizando o BDI e a Escala de Apoio Social Percebido em mulheres com diagnóstico de LES. O estudo foi realizado com 79 mulheres com média de idade de 35,7 anos. Os dados coletados evidenciaram que 53,17% das participantes apresentavam sintomas depressivos de leve a grave. Encontrou-se ainda uma correlação estatística negativa discreta entre sintomas depressivos e apoio social, ou seja, pessoas que relataram maior apoio social apresentaram menores escores de sintomas.

É notável, a partir das evidências científicas relacionadas às enfermidades apresentadas, o impacto psicológico e social para a vida das pessoas que convivem com tais diagnósticos. O sofrimento psíquico advindo das mudanças no estilo de vida, adesão ao tratamento medicamentoso, procedimentos invasivos, além dos períodos de crise (no caso do LES), pode se configurar como fonte de estresse e interferir na qualidade de vida, no bem-estar psicológico e nas relações sociais dessas populações.

CAPÍTULO 2

Resiliência, Depressão e Ansiedade

Resiliência: conceituação, aspectos históricos e avaliação

Os seres humanos, ao longo do curso de vida, são constantemente submetidos a situações estressoras. Entretanto, os mesmos estressores podem ser vivenciados de maneiras singulares por diferentes pessoas (Rutter, 1985). O adoecimento, em especial de uma condição crônica, pode se caracterizar como uma situação estressora por promover mudanças significativas na vida de pessoas acometidas.

A exposição a eventos estressores pode afetar o funcionamento do sistema imune, podendo, inclusive, aumentar a vulnerabilidade do organismo ao adoecimento (Borrás citado por Mota et al., 2006). Reitera-se que o adoecimento não é um fenômeno meramente biológico, mas também perpassado por aspectos psicológicos, sociais e culturais. Fatores psicológicos tem impacto no início, na evolução e no tratamento da maioria das condições clínicas. É importante pontuar que a verificação da inter-relação entre esses fatores é um processo de grande complexidade (Stoudemire, 2000).

Apesar do aumento considerável nos últimos anos de estudos sobre aspectos positivos do comportamento humano e emoções, historicamente a ciência psicológica tem dado maior ênfase a aspectos psicopatológicos e menos sobre aspectos saudáveis dos indivíduos (Araújo, Teva, & Bermudez, 2015).

A resiliência é um conceito oriundo das ciências naturais, mais precisamente da física, e refere-se à capacidade de um material voltar à sua forma original após sofrer algum tipo de deformação por agentes externos (Carvalho, Morais, Koller, & Piccinini, 2007). Segundo os autores, o termo em sua transposição para a psicologia foi associado a um tipo de invulnerabilidade ou imunidade ao estresse. O termo invulnerabilidade era

utilizado pelo psiquiatra infantil E. J. Anthony que dizia respeito a crianças que, mesmo após serem submetidas a longos períodos de adversidades e situações estressoras, ainda apresentavam-se saudáveis emocionalmente e com bom desenvolvimento de competências (Yunes, 2003).

É possível dividir as pesquisas no campo da resiliência em duas gerações, onde a primeira, na década de 1970, buscava identificar os fatores de risco e de resiliência e sua influência no desenvolvimento de crianças vivendo em contextos adversos. Já na segunda, na década de 1990, o foco esteve na dinâmica dos fatores individuais, sociais e familiares. Aqui a resiliência deixa de ser entendida como traço de personalidade para ser compreendida como processo (Araujo et al., 2015). Rutter (2012) é um dos autores que referem que a resiliência pode ser definida enquanto padrões de adaptação positiva dentro de um contexto de risco e adversidade. Logo, pesquisar acerca da resiliência é compreender como indivíduos submetidos a situações estressoras e adversas podem se adaptar e responder de forma positiva a elas.

Já Grotberg (1995) pontua que a resiliência pode ser caracterizada como a capacidade universal dos indivíduos para minimizar e/ou superar efeitos nocivos de adversidades, podendo sair destas modificado ou fortalecido, porém não ileso. Ressalta-se que pessoas com trajetórias de vida semelhantes podem se diferenciar em relação à capacidade de superar situações de crise (Pinheiro, 2004). O autor defende o agrupamento de fatores da resiliência em quatro categorias. A primeira delas é relativa ao apoio social. A segunda e a terceira categoria relacionadas à força intrapsíquica e a última à aquisição de habilidades interpessoais e resolução de conflitos (Grotberg, 2005).

Autores como Rutter (2006) pontuam que resiliência não é um novo construto, ou seja, que surgiu para substituir outros já existentes, modificando apenas o termo

utilizado. Mas sim um constructo focado na explicação e previsão dos aspectos psicológicos centrados nos fatores de risco e proteção.

Acerca de tais fatores, autores como Pinheiro (2004) pontuam que os fatores de risco podem ser níveis diferentes e número de exposições a contextos adversos, sentido atribuído a eventos estressores, acúmulo de fatores de risco ao longo do tempo, cronicidade dos eventos e níveis de tolerância ao estresse. Já os fatores de proteção são produto da interação de aspectos pessoais (autoestima, empatia, habilidades sociais, autocontrole), condições familiares (qualidade das interações, coesão familiar, estabilidade) e fatores do ambiente em que o sujeito está inserido (ambiente tolerante aos conflitos, limites, relacionamentos saudáveis e positivos).

Para Rutter (1993) a resiliência, fenômeno multidimensional, é um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos capazes de propiciar uma vida saudável, ainda que em ambiente estressor. Apesar de apontar a existência de fatores de risco e proteção para o desenvolvimento da capacidade de resiliência, o autor pontua que uma condição que é considerada fator de risco ou de proteção para uma pessoa pode não afetar outro indivíduo da mesma maneira.

Autores como Carvalho et al. (2016) apontam que pessoas pouco resilientes podem apresentar maior exposição a situações estressoras e prejuízo do enfrentamento diante das adversidades, o que pode gerar sintomas de ansiedade, depressão, sentimentos de raiva, impulsividade e baixa autoestima. A avaliação da resiliência precisa ser compreendida a partir da consideração da gravidade dos riscos aos quais o indivíduo está submetido, além da suscetibilidade pessoal a experiências negativas (Grings & Viguera, 2012).

Para Connor e Davidson (2003), a resiliência é um processo que viabiliza que indivíduos prosperem quando expostos a situações estressoras. A partir dessa

compreensão, os autores desenvolveram a Escala de Resiliência Connor-Davidson (CD-RISC) com 25 itens agrupados em quatro fatores: tenacidade, adaptabilidade-tolerância, amparo e intuição. O instrumento foi validado e adaptado para a população brasileira por Solano et al. (2010). O mesmo será utilizado neste estudo para avaliar os níveis de resiliência dos participantes.

Merece destaque que a resiliência é um dos focos de estudo da Psicologia Positiva, uma vez que ambos se debruçam sobre a compreensão dos processos e fatores que fazem parte do desenvolvimento saudável (Poletto & Koller, 2011). Desta forma, entender os processos envolvidos no desenvolvimento da resiliência é fundamental para a criação de estratégias de ação voltadas para a melhora da qualidade de vida.

Os apontamentos de Leppin, Gionfriddo, Sood, Montori e Erwin (2015) corroboram essa perspectiva ao relacionar a resiliência com autoeficácia e motivação no processo de responsabilização e autocuidado do indivíduo, no caso de doenças crônicas. Segundo esses autores, para melhorar a capacidade de enfrentamento e preparar pessoas para terem qualidade de vida no contexto do adoecimento crônico é necessário identificar formas eficazes de promover o desenvolvimento destas características nas populações.

Em estudo de revisão da literatura, mediante a seleção de doze artigos, os autores pontuam que a relação entre resiliência ainda não foi suficientemente explorada. Os estudos nessa área tem se dedicado mais aos fatores de proteção. Entretanto, estudar resiliência engloba aspectos psicológicos, qualidade de vida, impacto na saúde física e na progressão da doença (Cal, Sá, Glustak & Santiago, 2015). Nos estudos analisados pelos autores, escores mais elevados de resiliência associaram-se a menos depressão, ansiedade, incapacitação e somatização. Além de melhor qualidade de vida, comportamentos promotores de saúde e adesão ao tratamento em maior frequência. Por

outro lado, escores de resiliência mais baixos estavam associados a menor capacidade de lidar com estresse e desafios decorrentes do processo de adoecimento.

Em revisão realizada por Rooke (2015) acerca da produção científica nacional sobre resiliência nas bases de dados LILACS e SciELO, no período de 1970 a 2014, a autora encontrou 490 publicações, das quais 89 foram selecionadas seguindo os critérios de inclusão. Destas, 52,8% eram artigos sobre estudos empíricos e 47,2% teóricos. Com relação aos estudos empíricos, acerca do delineamento, houve predomínio de estudos qualitativos com delineamentos transversais e descritivos (19 artigos), seguidos pelos quantitativos, com delineamentos correlacionais e transversais (12 artigos). Rooke destaca ainda que muitos autores ainda não tem clareza em relação ao conceito e características do construto, o que para a autora, poderia justificar o alto índice de trabalhos teóricos encontrados.

Assim, entende-se que a resiliência é uma variável relevante nos estudos da área de saúde, uma vez que diz respeito à capacidade de adaptação de pessoas a situações estressoras ao longo da vida. O adoecimento, seja crônico ou agudo, promove mudanças significativas na vida dos indivíduos e pode se constituir em um estressor potencial relevante.

Resiliência e doenças crônicas: uma revisão

Em revisão integrativa realizada pela autora do presente estudo no ano de 2017, na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-Psi Brasil), via Bireme, utilizando os descritores "doenças crônicas" *AND* resiliência *AND* "psicologia da saúde". Foram encontrados três trabalhos que satisfizeram os critérios de inclusão. Utilizando o SciELO, obteve-se quatro resultados com os mesmos descritores da pesquisa na base de dados anterior. Um dos trabalhos também já havia sido identificado

na primeira busca. Não foi utilizado nenhum filtro em relação ao idioma de publicação ou feito recorte temporal das publicações. Assim, sete estudos foram selecionados, que serão descritos a seguir.

Böel, Silva e Hegadoren (2016) realizaram um estudo transversal acerca de fatores sociodemográficos e condicionantes de saúde e sua relação com resiliência em pessoas com doenças crônicas. A população analisada foi oriunda de dois estudos distintos, mas com o mesmo propósito – avaliar os níveis de resiliência – e utilizando o mesmo instrumento, a escala Connor-Davidson (CD-RISC) (Solano et al., 2010). Ao todo foram 603 participantes com diagnóstico de doença renal crônica e/ou diabetes mellitus tipo 2. Os resultados do estudo mostraram diferenças significativas entre os níveis de resiliência de participantes com diagnóstico de doença renal crônica e diabetes mellitus, sendo os primeiros os que apresentaram menores níveis de resiliência. Pessoas com maior IMC (Índice de Massa Corporal), menor tempo de diagnóstico e crença religiosa apresentaram maiores níveis de resiliência. Tal achado, segundo os autores, se orienta pelo fato de que as pessoas com IMC mais elevado na amostra tinham diagnóstico de DM, enquanto pessoas com diagnóstico de DRC apresentavam menor IMC, especialmente pelo tratamento e evolução do quadro clínico.

Lemos, Moraes e Pellanda (2016) avaliaram a resiliência de portadores de cardiopatia isquêmica acompanhados em um instituto de cardiologia do Rio Grande do Sul, a partir de um estudo transversal entre os anos de 2008 e 2009, utilizando a escala desenvolvida por Wagnild e Young para avaliar a adaptação psicossocial positiva em face de eventos de vida importantes. Tendo em vista que o conceito de resiliência pode estar relacionado à noção de sucesso e adaptação a circunstâncias sociais (Santos, Beretta, Bradinelli, Quintanilha, & Aquino, 2013), utilizar um instrumento que avalie esse domínio é possível e pertinente. Os autores justificaram a escolha do instrumento

pelo não conhecimento por parte dos mesmos de alguma outra ferramenta na literatura que avaliasse resiliência em pessoas com o diagnóstico de cardiopatia. Os resultados do estudo classificaram 81% da amostra avaliada como resiliente. Os autores fizeram uma crítica à falta de consenso sobre um ponto de corte para classificar a amostra como “resiliente” ou “não resiliente”.

Moreira, Soares, Teixeira, Simões e Silva e Kummer (2015) realizaram uma pesquisa com o objetivo de avaliar ansiedade, depressão, resiliência e qualidade de vida em crianças e adolescentes pré-dialíticos com diagnóstico de DRC. Trata-se de um estudo com grupo controle cujas amostras possuíam idades e sexo equivalentes ao grupo experimental. O grupo experimental apresentou maiores pontuações para ansiedade de separação e maior frequência de sintomas depressivos clinicamente significativos, além de qualidade de vida com pontuações reduzidas em relação aos controles. Neste estudo os grupos controle e experimental apresentaram escores semelhantes de resiliência.

O trabalho de Mota, Benevides-Pereira, Gomes e Araújo (2006) foi um estudo empírico que avaliou o estresse e a resiliência em pessoas com doença de Chagas. Os autores utilizaram o Inventário de Sintomas de Estresse (ISE) e o Inventário de Resiliência (IR), além de entrevista sociodemográfica com 100 participantes. Dessa amostra, 50% apresentavam sintomatologia da doença. Os resultados apontaram níveis menores de resiliência e maiores de estresse em pessoas com diagnóstico de doença de Chagas que apresentavam a sintomatologia, em comparação com os participantes que não a apresentavam.

Santos et al. (2013) realizaram uma pesquisa a fim de identificar as condições de resiliência de 20 adolescentes com diagnóstico de doenças crônicas internados em um hospital universitário utilizando o WHOQOL-Bref. As patologias de curso crônico

apresentadas pela amostra foram: síndrome do vômito cíclico, síndrome nefrótica, lúpus eritematoso sistêmico, insuficiência renal crônica, hipotireoidismo, glomerulonefrite, doença de crohn, diabetes mellitus, dermatomiosite, cardiopatia reumática crônica, cardiopatia congênita, câncer, arterite de takaysu, anemia falciforme.

O tamanho da amostra pareceu insuficiente para a quantidade de patologias diferentes avaliadas. Essa limitação da pesquisa diz respeito às características de cada situação de adoecimento/tratamento/sintomas. Logo, são variáveis que poderiam interferir negativamente na avaliação. Outro ponto importante é que, a despeito de fazer uma revisão sobre resiliência, o estudo utilizou um instrumento de avaliação que não foi construído para este fim, e sim para avaliar a qualidade de vida, o que indica limitações metodológicas importantes nesse estudo.

O trabalho de Menezes, López e Delvan (2010) se caracterizou como um estudo de caso de uma criança com diagnóstico de alopecia areata universal, vitiligo e transtorno de ansiedade generalizada, atendida em uma clínica-escola de psicologia ao longo de cinco anos (2002-2007) em psicoterapia de orientação psicanalítica. A criança era do sexo feminino e iniciou os atendimentos aos cinco anos de idade. Trata-se de um estudo baseado nos relatos de atendimentos e de relatórios ao fim de cada ano, com base nas atividades de cinco acadêmicos/terapeutas diferentes que realizaram o acompanhamento da criança em uma clínica-escola de psicologia sob supervisão

A criança recebeu alta do acompanhamento psicológico e os autores relataram uma adaptação positiva à doença, além da remissão de sintomas e desenvolvimento de comportamentos resilientes que foram indicativos para a alta terapêutica. Para os autores, crianças resilientes são aquelas que passaram por traumas severos e apresentam diminuição de riscos ou ausência de diagnóstico psicopatológico, ou ainda crianças que apresentam maturidade frente a situação de crise a adaptação à vida cotidiana (Castro &

Moreno-Jiménez citado por Menezes, López, & Delvan, 2010). Apesar de utilizar o termo resiliência no título, no resumo e em alguns momentos do texto, o conceito não é trabalhado de maneira adequada pelos pesquisadores, pois não se sabe o que os autores denominaram de resiliência, de qual referencial teórico partiram ou o que foram comportamentos resilientes para os mesmos.

Os resultados do levantamento bibliográfico realizado apontam a escassez de estudos relacionando doenças de curso crônico e resiliência. As metodologias de estudo variaram e não houve a predileção por um instrumento específico para avaliar resiliência em pessoas diagnosticadas com doenças crônicas nas amostras estudadas.

Depressão

Entre os transtornos depressivos, de acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM V* (American Psychiatry Association, 2013), o transtorno depressivo maior se destaca como o mais frequente na população geral e é caracterizado por episódios distintos, com duração de no mínimo duas semanas, apesar de boa parte dos episódios ter uma duração mais longa. Envolve alterações no afeto, cognição e em funções neurovegetativas. Realizar o diagnóstico com base num único episódio é possível, apesar de na maioria dos casos os episódios serem recorrentes. O manual orienta ainda para uma diferenciação dos transtornos depressivos, do luto e da tristeza e salienta que, embora o luto possa induzir grande sofrimento, é incomum que desencadeie um episódio depressivo maior.

A depressão tem sido amplamente discutida no âmbito da saúde nas últimas décadas. A forma como a mídia tem repercutido assuntos ligados a ela evidencia o destaque que o tema tem recebido ao longo dos anos (Horwitz & Wakefield, 2007). Os transtornos depressivos, segundo Gonçalves et al. (2018) se configuram como um grave

problema de saúde pública em virtude não só de sua alta prevalência, mas também devido às repercussões na saúde geral e seu impacto psicossocial.

Entre os anos de 2005 e 2015, um relatório da OMS apontou um aumento de 18% na incidência de casos de depressão. Segundo o mesmo relatório, são 322 milhões de pessoas no mundo diagnosticadas com depressão, 11,5 milhões delas no Brasil (WHO, 2017). Em relação à prevalência da doença na população geral, a depressão é considerada mais prevalente em mulheres, na proporção de duas mulheres para cada homem vivendo com essa condição (Bromet et al., 2011).

Para Del Porto (1999), os sentimentos de tristeza são uma resposta humana universal a situações de perda, derrota, desapontamento e outras adversidades. O autor alerta que o termo depressão tem sido utilizado tanto para designar um estado afetivo normal (tristeza) quanto um sintoma, uma síndrome, e uma ou várias doenças.

O estudo de Boing et al. (2012) foi realizado com 1720 adultos em Santa Catarina, a partir do autorrelato de depressão em algum momento da vida utilizando o *personal digital assistant* (instrumentos computadorizados de dimensões reduzidas). A variável dependente do estudo foi a referência à informação de algum médico ou profissional de saúde de que os participantes teriam depressão e a variável independente de principal interesse foi o número de doenças crônicas. Os resultados apontaram que a depressão foi mais elevada, entre mulheres, em pessoas mais idosas, viúvas ou separadas, pessoas com baixa renda, entre os que não praticavam atividade física, naqueles cuja consulta médica foi recente (últimas duas semanas) e entre os participantes hospitalizados no último ano. A prevalência de depressão na amostra alcançou 16,2%. A depressão foi 1,44 vezes mais prevalente entre pessoas que reportaram uma doença crônica e 2,25 vezes em pessoas com duas ou mais doenças

crônicas em relação aos participantes que não relataram presença desse tipo de agravo à saúde.

Desta forma, compreende-se a alta prevalência dessa condição na população geral e o impacto social, psicológico e nas relações humanas que podem advir. Viver com depressão pode ser um fator a mais para aumentar os níveis de estresse aos quais pessoas com doenças crônicas são submetidas cotidianamente.

Ansiedade

Acerca dos transtornos ansiosos, o DSM V (American Psychiatry Association, 2013) agrupa nessa categoria transtornos que compartilham características de medo e ansiedade excessivos, bem como perturbações comportamentais relacionadas. O que diferencia os transtornos de ansiedade entre si são os tipos de objetos ou situações que geram respostas de medo, ansiedade ou comportamento de esquiva. Outra diferença diz respeito à ideação cognitiva associada.

De acordo com a OMS, a prevalência do transtorno de ansiedade na população mundial é de 3,8%. O Brasil se destaca com a incidência destes transtornos em 9,3% da população (WHO, 2017). Assim, é compreensível a necessidade cada vez mais urgente de se compreender melhor os transtornos ansiosos e seus desdobramentos. Diversas desordens psiquiátricas tem a ansiedade como pano de fundo, sendo as mais frequentes o distúrbio somatoforme (histeria), transtorno obsessivo-compulsivo e o transtorno de ansiedade generalizada (Serrano - Dueñas, 2000).

A ansiedade, o medo e o estresse são mecanismos biológicos de defesa dos animais e seres humanos a fim de responder aos perigos e situações estressoras encontradas no ambiente (Margis, Picon, Cosner, & Silveira, 2003). Segundo os

autores, as situações ambientais que podem gerar estresse são agrupadas em: acontecimentos vitais, acontecimentos diários menores e situações de tensão crônica.

Valle, Fernandes Souza e Ribeiro (2013) ressaltam que o estresse não é o responsável patogênico de doenças, mas ser exposto de forma crônica a uma (ou várias) situações estressoras pode conduzir a um enfraquecimento orgânico e psicológico, oportunizando que doenças com predisposição genética possam se manifestar no indivíduo. As respostas a essas situações estressoras podem agravar condições clínicas preexistentes.

Fernandes et al. (2018) pontuam que os transtornos ansiosos são uma das principais causas de afastamentos laborais entre os transtornos mentais e comportamentais. Tal apontamento evidencia o quanto os transtornos e sintomas ansiosos podem comprometer os mais diversos campos da vida das pessoas que convivem com tal condição.

Assim, entende-se que, apesar de a ansiedade ser uma resposta biológica esperada em situações estressoras da vida, pode ter repercussões negativas quando é recorrente e traz comprometimentos sociais, físicos, emocionais e relacionais às pessoas.

CAPÍTULO 3

Relevância do Estudo e Objetivos

A alta prevalência de adoecimento psíquico de pessoas com condições crônicas, e o aumento desses casos, exige dos profissionais de saúde uma resposta imediata. Sintomas depressivos ou ansiosos podem repercutir psicológica e socialmente como potenciais estressores aos que convivem com condições crônicas.

A partir do levantamento bibliográfico realizado, evidenciou-se a necessidade de mais estudos empíricos que investiguem doenças de curso crônico e resiliência. Logo, o presente estudo propõe-se a preencher uma lacuna acerca da investigação dessa relação.

Com o presente estudo, além de alcançar os objetivos da pesquisa, pretende-se contribuir para o avanço científico na área, visto que é escassa a produção científica que investigue os níveis de resiliência, depressão e ansiedade de pessoas com diagnóstico de doenças crônicas. Estudos como o presente são necessários para fazer um mapeamento e traçar um perfil dos indivíduos acometidos por doenças crônicas.

Objetivo geral

Avaliar os níveis de resiliência, ansiedade e depressão de pessoas com diagnóstico de doenças crônicas e sua associação com variáveis sociodemográficas e médico-clínicas.

Objetivos específicos

- Caracterizar os participantes quanto aos aspectos sociodemográficos e médico-clínicos;

- Descrever os níveis de resiliência, de depressão e ansiedade, considerando as diferentes condições crônicas dos participantes, bem como identificar as associações entre estas variáveis com as sociodemográficas e médico-clínicas.
- Proceder a análises de correlação entre resiliência, ansiedade e depressão, na amostra total e por enfermidade, para investigar associações entre as principais variáveis do estudo.

CAPÍTULO 4

Método

O delineamento do estudo é transversal, isto é, os dados foram coletados em um único momento. Métodos quantitativos foram empregados, tanto na coleta quanto na análise dos dados.

Participantes

Participaram da pesquisa 124 pessoas adultas de ambos os sexos com diagnóstico de doenças crônicas previamente definidas pela pesquisadora, a saber: HIV/aids ($n=30$), Diabetes Mellitus Tipo 2 ($n=30$), Hipertensão Arterial ($n=30$), Doença Renal Crônica ($n=19$) e Lúpus Eritematoso Sistêmico ($n=15$). A amostra de conveniência foi constituída de pessoas que frequentavam os ambulatórios de especialidades de um hospital universitário. Os dados foram coletados entre os meses de junho de 2018 e março de 2019.

Os critérios de inclusão foram: maiores de 18 anos com diagnóstico de doença crônica, em atendimento ambulatorial (não internados), escolaridade a partir da terceira série do ensino fundamental, que tenham aceitado participar da pesquisa voluntariamente, a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). Quanto aos critérios de exclusão foram considerados: pacientes que não satisfizessem as condições acima citadas ou não que não possuíssem condições cognitivas que permitissem a participação no estudo, verificadas por meio da capacidade de informar sua idade ou data de nascimento, endereço residencial, dia da semana e do mês, por exemplo. A caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes estão apresentada na seção Resultados.

Instrumentos

- Questionário sociodemográfico (Apêndice B)

Foi elaborado para o estudo, a fim de obter dados relacionados a sexo, idade, escolaridade, situação conjugal, número de filhos, renda familiar e religião.

- Questionário médico-clínico (Apêndice C)

Foi elaborado especificamente para o estudo, com o objetivo de coletar informações acerca do quadro clínico dos participantes com informações tais como: o diagnóstico, tempo de diagnóstico, presença de comorbidades, autoavaliação do estado de saúde, ocorrência de internações, autopercepção da conduta de adesão, bem como uso e tipos de tratamento utilizados pelos participantes. Vale esclarecer que as informações acerca da presença de morbididades e tipos de tratamento, apesar de terem sido obtidas, estavam muito dispersas e tiveram uma variabilidade excessiva, optando-se por não analisá-las no presente estudo.

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

Escala desenvolvida por pesquisadores norte-americanos (Connor & Davidson, 2003) que visa avaliar os níveis de resiliência a partir de um questionário com 25 itens, agrupados em quatro fatores – tenacidade, adaptabilidade-tolerância, amparo e intuição –, mas pode ser analisada de forma unifatorial (o que foi adotado no presente estudo), sendo adaptada e validada para a população brasileira por Solano et al. (2010). O coeficiente alfa de Cronbach dos quatro fatores do instrumento foi de 0,93 e a correlação intraclasse de 0,84. As respostas variam de 0 (nem um pouco verdadeiro) a 4 (quase sempre verdadeiro). Os escores são obtidos mediante soma dos escores dos 25 itens, variando de zero a 100, sendo que escores mais altos representam melhores níveis de resiliência. Procedeu-se à análise da consistência interna (alfa de Cronbach) na amostra do presente estudo, sendo que esse indicador foi igual a 0,82. Foi solicitada

autorização para utilização dos instrumentos aos autores, o que foi aceito, mas há proibição no que tange à reprodução do instrumento, por isso este não está anexado na presente dissertação.

- Inventário Beck de Ansiedade - BAI (*Beck Anxiety Inventory*)

Inventário adaptado e validado para a população brasileira por Cunha (2001) apresenta bons coeficientes de fidedignidade e validade. Os coeficientes alfa de Cronbach para população não clínica variaram de 0,71 a 0,72. O instrumento avalia os níveis de ansiedade e é composto por 21 itens que apresentam informações descritivas dos sintomas de ansiedade com alternativas de 0 a 3 pontos. Os escores variam de 0 a 63 pontos, sendo que de 0-10 pontos é classificado como nível mínimo de ansiedade, de 11-19 como ansiedade leve, de 20-30 como moderada e de 31-63 como ansiedade grave.

- Inventário Beck de Depressão - BDI (*Beck Depression Inventory*)

Inventário adaptado e validado para a população brasileira por Cunha (2001), apresenta evidências de validade e fidedignidade satisfatórias. O alfa de Cronbach para populações não clínicas é de 0,70 a 0,86. O instrumento avalia os níveis de depressão e é composto por 21 descrições de sintomas de depressão com alternativas de resposta de 0 a 3 pontos. Os escores variam de 0 a 63 pontos, sendo que de 0-11 pontos o nível é classificado como mínimo, de 12-19 pontos como depressão leve, de 20-35 pontos como depressão moderada e de 36-63 pontos como grave.

Procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados foi efetuada pela pesquisadora e por quatro auxiliares de pesquisa (alunos de graduação em psicologia). Houve treinamento específico acerca do

processo de coleta e da aplicação dos instrumentos, para garantir a adoção dos preceitos éticos em pesquisa e a qualidade da obtenção dos dados.

Foi realizado um estudo piloto com dois participantes de cada uma das cinco patologias do estudo com o objetivo de verificar o tempo de aplicação e adequação dos instrumentos aos objetivos propostos. Observou-se a adequação do procedimento planejado, não havendo necessidade de modificar a estratégia de coleta de dados.

Os participantes foram convidados a participar da pesquisa em salas de espera de ambulatórios de especialidades clínicas de um hospital universitário e, no caso dos participantes com diagnóstico de DRC, na sala de hemodiálise do referido hospital. Após a assinatura do TCLE, os instrumentos foram aplicados pela pesquisadora em um único dia mediante entrevista, no caso dos questionários sociodemográfico e médico-clínico; as escalas foram respondidas por meio de entrevistas na maioria dos casos, uma vez que muitos participantes apresentavam limitações físicas, desconforto em virtude de medicação. Em cerca de 15% dos casos, os questionários foram respondidos de forma autoaplicada, com assistência e apoio da pesquisadora e da equipe de pesquisa. O tempo médio de resposta aos instrumentos foi de 30 minutos.

Aspectos éticos: riscos e benefícios

O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília (UnB), sob o parecer nº 270322.

Dentre os benefícios em participar da pesquisa elencou-se: maior conhecimento sobre as habilidades de resiliência para lidar com o adoecimento crônico, melhora na autopercepção e de possíveis sintomas ansiosos e/ou depressivos.

Entretanto, os possíveis riscos referiram-se à mobilização de temáticas que se relacionam com o percurso de vida diante do diagnóstico da doença crônica e o

processo de reconfiguração frente à nova condição, mas que não se constituem enquanto foco nesta investigação. Caso algum participante tenha apresentado necessidade de atenção individualizada, a pesquisadora ofereceu espaço de escuta, orientação e direcionamento para o serviço psicológico mais apropriado à demanda identificada.

Análise de dados

Os dados foram analisados no *software* estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences for Windows*) versão 20, mediante o uso de técnicas descritivas e inferenciais adequadas aos objetivos do estudo. Preliminarmente, análises estatísticas descritivas, como média, mediana, desvio padrão, assimetria, curtose e valores máximo e mínimo, foram feitas para as variáveis contínuas; bem como frequência e proporção para as variáveis categóricas.

Foram realizados testes não paramétricos para amostras independentes (Mann Whitney), a fim de comparar as médias das variáveis entre diferentes grupos (gênero, escolaridade, situação conjugal) em relação à resiliência, ansiedade e depressão. Análises de correlações de Spearman foram computadas, ao final, para acessar as correlações entre as principais variáveis de interesse: resiliência, ansiedade e depressão. Foi utilizado o nível de significância estatística de 5%.

CAPÍTULO 5

Resultados

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos no estudo. Inicialmente são explicitados os dados sociodemográficos e clínicos dos participantes na amostra global, depois os dados são apresentados por enfermidade.

Posteriormente, são descritos os níveis de resiliência, depressão e ansiedade da amostra tendo como recorte as enfermidades estudadas, mas também os dados da amostra total. Finalmente, são mostradas as associações e correlações entre as variáveis do estudo, incluindo as sociodemográficas e clínicas.

Caracterização sociodemográfica da amostra total

Considerando o número total de participantes ($N=124$) quanto aos dados sociodemográficos, 54% dos participantes eram do gênero feminino. No que tange à idade, a média foi de 49,55 anos ($DP=13,99$; máximo=84; mínimo=22).

No que diz respeito ao nível de escolaridade, 31,5% dos participantes tinham Ensino Fundamental Incompleto, 7,3% Ensino Fundamental Completo, 12,1% Ensino Médio Incompleto, 20,2% Ensino Médio Completo, 16,9% Ensino Superior Incompleto e 12,1% Superior Completo.

Acerca da situação conjugal, 43,5% dos participantes relataram que viviam com companheiro(a), 29% se definiram como solteiro(a)s, 26,6% como separado(a)s ou viúvo(a)s. Em relação ao número de filhos, 19,4% declararam não possuir nenhum filho, 14,5% um filho, 28,2% relataram possuir dois filhos e 37,9% declararam possuir três ou mais filhos.

Quanto à renda, 37,1% dos participantes relataram receber entre dois e três salários mínimos. Declararam viver com um salário mínimo, 31,5% da amostra. De 4 a 5 salários mínimos foi o que declarou 16,1% da amostra. Apenas 11,3% relataram receber de 6 a 10 salários mínimos. E, por último, 4% declararam receber de 11 a 20 salários mínimos.

Na amostra analisada 16,9% referiram possuir vínculo empregatício com direitos trabalhistas e 4% tinham trabalho fixo sem direitos trabalhistas; 13,7% trabalhavam por conta própria regularmente e 4,8% trabalhavam por conta própria às vezes, perfazendo um total de 39,4% de participantes que referiram trabalhar no momento da coleta de dados. Os aposentados caracterizaram 19,4%, sendo que 9,7% recebiam Benefício de Prestação Continuada. Relataram situação de desemprego 22,6% dos participantes.

No que tange à questão religiosa a maioria dos participantes (74,2%) relatou ter uma religião com crença ou doutrina específica, 19,4% sem doutrina específica e 6,5% sem qualquer doutrina.

Caracterização sociodemográfica da amostra por enfermidade

A enfermidade com menor média de idade do estudo foi HIV/aids com 40,63 anos ($DP=12,29$), seguida por LES, com 40,67 anos ($DP=10,15$). As outras médias de idade foram: DM igual a 53,90 anos ($DP=11,33$), HAS com 57,2 anos ($DP=11,75$) e DRC com 52 anos ($DP=15,87$). A média de idade da amostra geral foi 49,56 anos ($DP=13,99$).

No que concerne às demais informações da caracterização por enfermidade, a Tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos. Considerando que por enfermidade o número de pessoas foi reduzido, sendo 30 o maior número de participantes, optou-se por expressar esses dados em frequência bruta, sem proporção.

Nota-se que o número de participantes homens foi maior que o de mulheres apenas em HIV/aids, já que elas estiveram mais presentes nos casos de DM, LES e HAS; em DRC o número foi equilibrado, 10 homens e 9 mulheres.

Tabela 1

Dados Sociodemográficos dos Participantes por Tipo de Doença

Variáveis		Frequência				
		HIV/aids (n = 30)	DM (n = 30)	HAS (n = 30)	LES (n = 15)	DRC (n = 19)
Sexo	Masculino	23	13	8	3	10
	Feminino	7	17	22	12	9
Escolaridade	Ens. Fund. Incompleto	5	12	12	4	6
	Ens. Fund. Completo	0	5	3	1	0
	Ens. Médio Incompleto	3	5	1	0	6
	Ens. Médio Completo	8	4	3	5	5
	Ens. Superior Incompleto	8	2	7	3	1
	Ens. Superior Completo	6	2	4	2	1
Renda	Até um SM	10	10	7	4	8
	2 a 3 SM	11	12	11	6	6
	4 a 5 SM	4	3	5	5	3
	6 a 10 SM	3	5	6	0	0
	11 SM ou mais	2	0	1	0	2
Religião	Com doutrina específica	17	24	25	13	13
	Sem doutrina específica	10	5	5	2	2
	Sem crenças religiosas	3	1	0	0	4
Situação conjugal	Vivia com cônjuge /companheiro(a)	3	20	17	6	8
	Solteiro(a)	20	2	5	4	5
	Separado, divorciado(a) ou viúvo(a)	7	8	8	5	6
Presença de filhos	Sem filhos	17	2	1	0	4
	Um filho	4	1	2	8	3
	Dois filhos	3	12	12	3	5
	Três ou mais	4	15	15	4	7
Situação empregatícia	Emprego fixo com dir. trabalhistas	11	2	2	4	2
	Emprego fixo sem dir. trabalhistas.	3	1	0	0	1
	Trabalho por conta própria	3	7	9	1	3
	Aposentado(a)	2	8	8	3	3
	Benefício de prestação continuada	3	2	2	1	6
	Desempregado(a)	7	7	8	5	1
	Nunca trabalhou	1	2	1	0	2
	Outro	0	1	2	1	1

Nota. S.M = salários mínimos.

No que concerne à escolaridade, os dados indicaram níveis mais altos (médio completo ou mais) das pessoas vivendo com HIV (22 participantes em 30) e das pessoas

com LES (10 participantes em 15). Em DM, houve predomínio de pessoas com escolaridade mais baixa, com ensino fundamental completo e incompleto; nas duas condições estudadas, houve equilíbrio na distribuição da escolaridade.

Quanto à renda, a maioria dos participantes, independente de condição clínica, recebia até 3 salários-mínimos.

Em relação à situação conjugal, os participantes com diagnóstico de HIV/aids se diferenciaram, com predomínio de participantes solteiros. A maioria das pessoas com DM e HAS referiu estar casada ou vivendo com companheiro(a); os participantes com LES ou DRC se distribuíram de forma equitativa quanto à situação conjugal.

Caracterização médico-clínica da amostra total

Analisando as questões médico-clínicas dos participantes do estudo ($N=124$), o tempo de diagnóstico variou entre um e 39 anos, com média de 10,9 anos ($DP=7,8$).

Em relação ao número de internações decorrentes da enfermidade, 54% referiram que nunca tinham sido internados. Uma única internação foi declarada por 21% da amostra. O maior número de internações foi relatado por um único participante (0,8% da amostra) que referiu 35 internações.

Acerca da autopercepção dos participantes no que tange à adesão ao tratamento indicado, 46% relataram que apresentavam adesão muito boa, 33,1% adesão boa, 14,8% referiram adesão regular, 4,8% a caracterizaram como precária e 1,6% como ruim.

Os participantes foram também questionados acerca da autoavaliação de saúde geral, numa escala de 0 (péssima) a 10 (excelente). A média autorrelatada foi de 7 pontos ($DP=2,06$). Os resultados apontaram que 8,9% atribuíram escore 10, 30,6% atribuíram nota oito à própria saúde no momento da coleta de dados, e 2,4% atribuíram nota zero. Essa percepção é singular e perpassada não apenas por questões físicas do

adoecimento, mas pelo quanto a enfermidade tem afetado as atividades de vida diária, relações interpessoais e qualidade de vida.

Caracterização médico-clínica da amostra por enfermidade

A Tabela 2 apresenta os dados por enfermidade. Aqui também optou-se por apresentar a frequência bruta, sem percentagem, dado o n pequeno de cada condição crônica.

Tabela 2

Dados Médico-clínicos dos Participantes por Tipo de Doença

Variáveis		Frequência				
		HIV/aids ($n = 30$)	DM ($n = 30$)	HAS ($n = 30$)	LES ($n = 15$)	DRC ($n = 19$)
Tempo de diagnóstico	Até 7 anos	15	7	6	7	8
	8 a 15 anos	10	14	11	5	7
	Mais que 16 anos	5	9	13	3	4
Número de internações	Nenhuma	23	19	20	4	2
	Uma	2	6	6	3	9
	Duas	1	1	1	4	2
	Três	3	3	2	1	1
	Quatro ou mais	1	1	1	3	5
Autopercepção da adesão	Muito boa	19	9	10	10	9
	Boa	7	11	11	3	9
	Regular	0	9	7	1	1
	Precária	3	1	2	0	0
	Ruim	1	0	0	1	0

Em relação ao tempo de diagnóstico, 13 participantes com HAS referiram mais de 16 anos de diagnóstico da enfermidade, tempo superior às outras condições avaliadas. No caso do HIV/aids, predominaram pessoas com menos tempo de diagnóstico (até 7 anos), diferentemente das pessoas acometidas pelas outras quatro enfermidades.

Acerca do número de internações, a maioria das pessoas com HIV, DM e HAS informaram nenhuma internação em decorrência da enfermidade. Já entre os

participantes com LES, o número de internações foi variado, bem como entre os participantes com DRC: de nenhuma a até quatro internações ou mais.

Na amostra estudada, a maior parte dos participantes com HIV, LES e DRC relatou adesão boa ou muito boa. Porém, entre os participantes com DM e HAS, não obstante a maioria também perceber os níveis de adesão como bons ou muito bons, nove pacientes com DM consideraram a adesão ao tratamento como regular e sete com HAS também a classificaram como regular.

Resiliência

A Escala Connor-Davidson (CD-RISC) foi utilizada para avaliar os níveis de resiliência dos participantes, sendo que os resultados obtidos são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3

Análise Descritiva dos Escores de Resiliência por Enfermidade e na Amostra Total

Enfermidade	Média	Desvio-padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
HIV/aids	74,50	13,68	75	44	100
DM	78,33	12,12	78	56	100
HAS	78,77	12,07	78,5	49	96
LES	75,60	9,93	77	56	90
DRC	77,79	13,38	76	42	97
Amostra total	77,10	12,39	76	42	100

As médias dos escores de resiliência das enfermidades estudadas foram muito próximas, variando de 74,50 (HIV/aids) a 78,77 (HAS). Os valores dos desvios-padrão apontam maior variabilidade dos escores em HIV/aids e DRC, sendo que o menor *DP* foi observado em LES. Destaca-se ainda que apenas os participantes com HIV/aids e DM alcançaram o escore máximo de resiliência (100) e aqueles com LES apresentaram

o menor escore máximo (90). Acerca dos escores mínimos de resiliência das amostras por enfermidade, os participantes com DRC se destacaram por apresentar o menor escore mínimo (42), seguidos pelos participantes com HIV/aids, com 44 pontos. Na amostra total, os escores oscilaram de 42 a 100 pontos, com média igual a 77,10 ($DP=12,39$).

Ansiedade

O BAI foi utilizado na pesquisa para avaliar os níveis de ansiedade (ou sintomas ansiosos) entre os participantes e os dados obtidos estão apresentados na Tabela 4.

Tabela 4

Distribuição dos Participantes em cada Nível de Ansiedade por Enfermidade e na Amostra Total

Enfermidade	Ansiedade mínima <i>f</i>	Ansiedade leve <i>f</i>	Ansiedade moderada <i>f</i>	Ansiedade severa <i>f</i>
HIV/aids ($n=30$)	17	7	4	2
DM ($n=30$)	12	8	9	1
HAS ($n=30$)	14	8	6	2
LES ($n=15$)	6	3	5	1
DRC ($n=19$)	10	5	3	1
Amostra total ($n=124$)	59	31	27	7

Observa-se que a maior parte da amostra se concentrou entre os dois primeiros níveis de ansiedade, mas com maior frequência em ansiedade mínima, para as cinco enfermidades. Sete casos da amostra total do estudo apresentaram níveis severos de ansiedade.

Entre os pacientes que apresentaram níveis mínimos de ansiedade, destacam-se os com HIV que tiveram o maior percentual ($n=17$; 56,7%) dentro dessa categoria. Já as condições crônicas que apresentaram menor percentual de participantes com ansiedade mínima foram DM ($n=12$; 40%) e LES ($n=6$; 40%).

Depressão

O BDI foi utilizado na pesquisa para avaliar os níveis de depressão (ou sintomas depressivos) entre os participantes. Os dados obtidos apresentam-se na Tabela 5, tendo em vista cada enfermidade e o escore total.

Tabela 5

Distribuição dos Participantes em cada Nível de Depressão, Por Enfermidade e na Amostra Total

Enfermidade	Depressão mínima <i>f</i>	Depressão leve <i>f</i>	Depressão moderada <i>f</i>	Depressão severa <i>f</i>
HIV/aids (<i>n</i> =30)	18	2	5	5
DM (<i>n</i> =30)	18	7	4	1
HAS (<i>n</i> =30)	20	4	4	2
LES (<i>n</i> =15)	9	3	3	0
DRC (<i>n</i> =19)	8	5	3	3
Amostra total (<i>n</i> =124)	73	21	19	11

De acordo com os dados obtidos, a maioria dos participantes com diagnóstico de HAS (*n*=20) se enquadraram na categoria depressão mínima, seguidos de HIV/aids e DM, com 18 pessoas. Já entre os participantes com DRC, apenas oito se enquadraram na referida categoria.

Destaca-se que nenhum participante com LES apresentou nível severo de depressão, enquanto participantes com diagnóstico de HIV/aids (*n*=5) e DRC (*n*=3) apresentaram o maior quantitativo de participantes dentro da referida categoria. Entre os participantes com HAS (*n*=2) e DM (*n*=1) apresentaram quantitativo mínimo dentro dessa categoria. Na amostra total, 11 participantes apresentaram nível severo de depressão.

Resiliência, ansiedade e depressão e variáveis sociodemográficas

A Tabela 6 demonstra as diferenças de médias entre resiliência, depressão e

ansiedade com a variável gênero. Os homens da amostra geral apresentaram maiores escores de resiliência em relação às mulheres. Já as mulheres apresentaram escores médios maiores para ansiedade e depressão.

Tabela 6

Associação entre Resiliência, Depressão e Ansiedade com Gênero

Resiliência na Amostra Total		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Z</i>
Homens		78,12	13,32	-0,88
Mulheres		76,22	11,57	
Resiliência - HIV				
Homens		74,70	15,04	-0,25
Mulheres		76,86	8,59	
Resiliência - DM				
Homens		76,46	12,79	-0,8
Mulheres		79,76	11,76	
Resiliência - HAS				
Homens		82,85	12,89	-0,92
Mulheres		77,50	11,81	
Resiliência - LES				
Homens		78,33	11,06	-0,51
Mulheres		74,32	10,04	
Resiliência - DRC				
Homens		84,80	8,80	-2,66*
Mulheres		70,00	13,63	
Depressão na Amostra Total				
Homens		13,21	8,90	-1,02
Mulheres		14,42	8,74	
Depressão - HIV				
Homens		14,61	10,29	-0,93
Mulheres		17,00	9,12	
Depressão - DM				
Homens		13,62	7,51	-0,27
Mulheres		12,53	7,09	
Depressão - HAS				
Homens		10,75	4,95	-0,59
Mulheres		13,91	9,75	
Depressão - LES				
Homens		6,00	2,00	-1,39
Mulheres		12,67	7,88	
Depressão - DRC				
Homens		13,60	10,45	-1,43
Mulheres		19,56	10,17	
Ansiedade na Amostra Total				
Homens		12,35	9,60	-1,77*
Mulheres		15,12	9,62	
Ansiedade - HIV				
Homens		12,26	10,32	-0,96
Mulheres		13,57	7,54	
Ansiedade - DM				
Homens		16,54	9,52	-0,96
Mulheres		13,53	7,61	
Ansiedade - HAS				
Homens		11,63	8,53	-0,87
Mulheres		15,50	10,97	
Ansiedade - LES				

Homens	9,67	11,59	-0,94
Mulheres	16,42	10,41	
Ansiedade - DRC			
Homens	8,50	7,61	-1,68
Mulheres	16,67	11,31	

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$ *** $p \leq 0,001$

Ao analisar os dados sociodemográficos com as três variáveis utilizadas na pesquisa não foi evidenciada diferença significativa dessas médias, exceto quanto a resiliência em DRC, em que homens tiveram escores mais altos; e mulheres na amostra total, que tiveram escores médios mais altos em ansiedade. Nas demais análises mulheres e homens não diferenciaram quanto aos níveis de resiliência, depressão e ansiedade (Tabela 6).

A Tabela 7 apresenta as associações entre resiliência, depressão e ansiedade com níveis de escolaridade. Destaca-se que em HIV, HAS e LES os escores médios de resiliência foram maiores em pessoas que tinham níveis mais altos de escolaridade, mas sem significância estatística.

Em relação aos escores médios de depressão, houve diferença estatística significativa em DRC, com pessoas com nível mais baixo de escolaridade apresentando escores mais altos em depressão.

Em relação à ansiedade, pessoas com diagnóstico de HIV/aids na primeira faixa de escolaridade apresentaram escores médios maiores, assim como em HAS e DRC. Entre pessoas com diagnóstico de DM e LES, os escores de ansiedade de escolaridade mais alta foram um pouco maiores, mas sem alcançar significância estatística.

Não foram exploradas as associações entre resiliência, ansiedade e depressão com variáveis como número de filhos, renda e crenças religiosas tendo em vista que essas variáveis não apresentaram variabilidade, nem na amostra total, nem entre as condições crônicas estudadas.

Tabela 7

Associação entre Resiliência, Depressão e Ansiedade com Escolaridade

Resiliência na Amostra Total	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Z</i>
Até EMI	77,10	12,06	-0,13
Igual ou maior que EMC	77,10	12,77	
Resiliência - HIV			
Até EMI	71,50	16,27	-0,94
Igual ou maior que EMC	75,59	12,86	
Resiliência - DM			
Até EMI	78,36	11,49	-0,02
Igual ou maior que EMC	78,25	14,58	
Resiliência - HAS			
Até EMI	77,88	12,54	
Até EMI	79,79	11,90	-0,42
Resiliência - LES			
Até EMI	72,80	7,66	-0,92
¶ Igual ou maior que EMC	77,00	11,00	
Resiliência - DRC			
Até EMI	79,25	11,12	
Igual ou maior que EMC	75,29	17,28	-0,08
Depressão na Amostra Total			
Até EMI	14,92	9,76	-1,13
Igual ou maior que EMC	12,77	7,61	
Depressão - HIV			
Até EMI	15,00	11,51	-0,09
Igual ou maior que EMC	15,23	9,60	
Depressão - DM			
Até EMI	12,86	8,11	-0,31
Igual ou maior que EMC	13,38	3,89	
Depressão - HAS			
Até EMI	14,00	10,57	-0,00
Igual ou maior que EMC	12,00	6,21	
Depressão - LES			
Até EMI	12,60	8,47	-0,31
Igual ou maior que EMC	10,70	6,40	
Depressão - DRC			
Até EMI	20,83	9,89	
Igual ou maior que EMC	8,86	6,71	-2,58**
Ansiedade na Amostra Total			
Até EMI	15,25	9,29	-1,67
Igual ou maior que EMC	12,39	9,24	
Ansiedade - HIV			
Até EMI	15,13	13,27	-0,64
Igual ou maior que EMC	11,64	8,15	
Ansiedade - DM			
Até EMI	14,64	8,19	-0,21
Igual ou maior que EMC	15,38	9,80	

Ansiedade - HAS			
Até EMI	17,19	10,11	-1,73
Igual ou maior que EMC	11,36	10,14	
Ansiedade - LES			
Até EMI	14,60	12,50	-0,18
Igual ou maior que EMC	15,30	10,24	
Ansiedade - DRC			
Até EMI	14,17	10,56	-1,1
Igual ou maior que EMC	9,29	9,41	

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$ *** $p \leq 0,001$

A Tabela 8 apresenta as associações entre resiliência, depressão e ansiedade com a situação conjugal. Para facilitar a análise, as três situações conjugais iniciais, solteiro(a), vive com companheiro(a) e separado(a)/viúvo(a), foram redistribuídas em duas faixas: vive com companheiro(a) e vive sem companheiro(a).

Destaca-se na tabela que, as médias de resiliência de pessoas que viviam com companheiro(a) foram um pouco maiores na amostra total, DM e HAS que as médias de resiliência das pessoas que não viviam com companheiro(a).

Outro ponto que merece atenção refere-se aos escores médios de depressão e ansiedade em pessoas com diagnóstico de HAS mais elevados entre pessoas que não viviam com companheiro(a) do que em pessoas que viviam com companheiro(a). Nas outras condições crônicas houve diferença entre as médias dos escores de depressão e ansiedade, que foram maiores em pessoas que não viviam com companheiro(a). Porém, essa diferença foi bem menor do que a observada em pessoas com diagnóstico de HAS. Essas diferenças não alcançaram significância estatística.

Tabela 8

Associação entre Resiliência, Depressão e Ansiedade com Situação Conjugal

Resiliência na Amostra Total	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Z</i>
Vive com	78,41	11,33	-0,8
Vive sem	76,09	13,15	
Resiliência - HIV			
Vive com	68,67	10,6	-0,90
Vive sem	75,15	13,99	
Resiliência - DM			

Vive com	80,15	12,28	-1,15
Vive sem	74,70	11,52	
Resiliência - HAS			
Vive com	80,29	9,27	-0,52
Vive sem	76,77	15,17	
Resiliência - LES			
Vive com	75,00	13,16	-0,12
Vive sem	76,00	8,00	
Resiliência - DRC			
Vive com	76,25	11,67	-0,87
Vive sem	78,91	14,95	
Depressão na Amostra Total			
Vive com	14,92	7,81	-2,11
Vive sem	12,67	9,25	
Depressão - HIV			
Vive com	15,67	16,77	-0,45
Vive sem	15,11	9,41	
Depressão - DM			
Vive com	12,65	6,52	-0,13
Vive sem	13,70	8,67	
Depressão - HAS			
Vive com	10,41	6,61	-1,89
Vive sem	16,54	10,14	
Depressão - LES			
Vive com	9,17	5,57	-0,95
Vive sem	12,78	7,63	
Depressão - DRC			
Vive com	13,38	11,05	-1,40
Vive sem	18,64	9,99	
Ansiedade na Amostra Total			
Vive com	13,15	9,60	-0,38
Vive sem	14,39	7,61	
Ansiedade - HIV			
Vive com	10,33	12,34	-0,59
Vive sem	12,81	9,56	
Ansiedade - DM			
Vive com	15,05	7,98	-0,11
Vive sem	14,40	9,85	
Ansiedade - HAS			
Vive com	12,47	7,89	-0,94
Vive sem	17,08	12,82	
Ansiedade - LES			
Vive com	12,17	9,2	0,53
Vive sem	17,00	11,53	
Ansiedade - DRC			
Vive com	11,63	12,11	-0,58
Vive sem	12,91	9,1	

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$ *** $p \leq 0,001$

Resiliência, ansiedade, depressão e variáveis médico-clínicas

A Tabela 9 apresenta as correlações entre resiliência, ansiedade e depressão e as variáveis médico-clínicas tempo de diagnóstico, autoavaliação do estado de saúde e autopercepção de adesão.

Tabela 9

Correlações entre Resiliência, Depressão, Ansiedade, Autoavaliação do Estado de Saúde e Autopercepção da Adesão por Enfermidade e na Amostra Total

	Variáveis	Tempo de diagnóstico	Autopercepção da adesão	Autoavaliação do estado de saúde
Amostra total	Resiliência	-0,05	0,02	0,18*
	Depressão	0,06	-0,13	-0,30**
	Ansiedade	0,04	-0,16	-0,34***
HIV/aids	Resiliência	0,09	-0,26	0,17
	Depressão	-0,06	0,20	-0,34
	Ansiedade	-0,17	-0,05	-0,34
DM	Resiliência	0,02	0,38**	0,29
	Depressão	0,10	-0,26	-0,24
	Ansiedade	-0,26	-0,15	-0,33
HAS	Resiliência	-0,13	-0,01	0,15
	Depressão	0,16	-0,16	-0,33
	Ansiedade	0,04	-0,12	-0,23
LES	Resiliência	-0,50	0,22	0,22
	Depressão	0,47	-0,30	-0,46
	Ansiedade	0,39	-0,26	-0,58*
DRC	Resiliência	-0,12	-0,02	0,24
	Depressão	0,01	-0,24	-0,29
	Ansiedade	0,10	-0,13	-0,24

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Os resultados obtidos evidenciam uma correlação positiva significativa entre os níveis de resiliência e autoavaliação do estado de saúde na amostra total, ou seja,

participantes que se autoavaliaram melhor em relação à saúde tenderam a apresentar níveis mais altos de resiliência.

Observou-se uma correlação negativa significativa entre os escores obtidos com o BAI e o BDI e a autoavaliação de saúde. Assim, os participantes que apresentaram níveis mais baixos de depressão e ansiedade, tenderam a avaliar melhor o estado de saúde.

Identificou-se ainda uma correlação positiva entre a autoavaliação da adesão e autopercepção de saúde geral ($s=0,19$; $p < 0,05$). Logo, participantes com melhores níveis de autoavaliação da adesão tenderam a apresentar também melhores níveis de autopercepção de saúde geral.

Associação entre resiliência, ansiedade e depressão

A Tabela 10 apresenta as correlações entre as variáveis resiliência, ansiedade e depressão, avaliadas pelo CDRISC, BAI e BDI.

Utilizando o coeficiente de correlação de Spearman, estatística não paramétrica, evidenciou-se uma correlação positiva estatisticamente significativa entre depressão e ansiedade, o que sugere que tanto na amostra total quanto nas cinco enfermidades, pessoas com níveis altos de depressão tendiam a apresentar níveis altos de ansiedade e vice versa. No que tange à correlação negativa entre resiliência e depressão, os resultados foram significativos ($p \leq 0,01$) para os participantes com LES, DM e na amostra total. Logo, pessoas com esses dois diagnósticos tenderam a, quando obtiveram escores mais altos em resiliência, apresentar escores menores em depressão. Não foram encontradas correlações significativas entre ansiedade e resiliência para as cinco enfermidades. Na amostra total, verificou-se correlação negativa significativa entre resiliência e ansiedade.

Tabela 10

Correlações entre Resiliência, Depressão e Ansiedade por Enfermidade e da Amostra

Total

Doenças	Variáveis	Resiliência	Depressão
HIV/aids	Resiliência	---	
	Depressão	-0,35	----
	Ansiedade	0,06	0,49**
DM	Resiliência	---	
	Depressão	-0,51**	---
	Ansiedade	- 0,33	0,47**
HAS	Resiliência	---	
	Depressão	-0,27	---
	Ansiedade	-0,25	0,50**
LES	Resiliência	---	
	Depressão	-0,66**	---
	Ansiedade	-0,33	0,59*
DRC	Resiliência	---	
	Depressão	-0,04	---
	Ansiedade	-0,02	0,60**
Amostra Total	Resiliência	---	
	Depressão	-0,33**	---
	Ansiedade	-0,18**	

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

CAPÍTULO 6

Discussão

Tendo em vista os resultados obtidos a partir da coleta e análise dos dados, esse capítulo apresenta a discussão à luz da literatura, além de destacar os pontos convergentes e divergentes, iniciando pelos aspectos sociodemográficos e clínicos e, posteriormente, focalizando os resultados acerca de resiliência, depressão e ansiedade.

Caracterização sociodemográfica e médico-clínica

No que concerne a maior frequência de mulheres com LES, na amostra estudada, salienta-se que tal dado está em consonância com a literatura, ao revelar que a proporção de pessoas com LES é de 10 mulheres para cada homem acometido pela enfermidade (Ippolito & Petri, 2008). A maior prevalência de participantes do sexo masculino com diagnóstico de HIV/aids vai ao encontro dos dados epidemiológicos do Ministério da Saúde, já que os casos de infecção pelo HIV notificados pelo Sinan no Brasil, no período de 2007 a junho de 2018 perfaziam um total de 169.932 (68,6%) entre homens e 77.812 (31,4%) de mulheres, isto é, 26 homens infectados para cada dez mulheres (Brasil, 2018). Em HAS (8 para 22 mulheres), pode ser considerado dado espúrio, fruto de maior aceitação de mulheres para participar do estudo. Entre as outras doenças a distribuição de participantes foi equitativa entre os sexos, o que vai ao encontro dos dados epidemiológicos atuais.

Acerca das médias etárias mais baixas entre as pessoas com diagnóstico de LES e HIV/Aids, já era esperando considerando que, no período de 2007 a junho de 2018, a faixa etária onde a infecção pelo vírus HIV é mais prevalente se dá entre 20 e 34 anos (52,6%). Ademais é uma condição com maior número de casos entre pessoas em idade

reprodutiva e produtiva (Brasil, 2018). O LES acomete preferencialmente mulheres em idade reprodutiva, entre 15 a 45 anos (Meinão & Sato, 2008).

Também era esperado que pessoas com diagnóstico de DM, HAS e DRC ficassem entre a faixa etária de pessoas mais idosas, tendo em vista a literatura que aponta que entre as doenças crônicas mais comuns na velhice estão o DM e a HAS, que são ainda fatores de risco para desenvolvimento de complicações renais, como a DRC, doenças cardíacas e cerebrovasculares (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2017).

O maior proporção de pessoas com níveis baixos de renda deveu-se ao fato do estudo ter sido feito em unidade do Sistema Único da Saúde (SUS), que tende a congrega parcelas da população com menor renda. Outro aspecto decorre das condições atuais de trabalho e renda da população brasileira, pois apesar dos níveis de escolaridade terem sido diversificados, houve concentração em extratos baixos de renda. Merece destaque que a renda familiar é uma variável importante uma vez que as medicações nem sempre estão disponíveis no SUS e o acesso aos bens e serviços necessários para a manutenção da qualidade de vida também sofre influência de fatores socioeconômicos.

Quanto a professar de alguma crença religiosa, a amostra foi homogênea, sendo que os dados revelaram que a maior parte da população estudada apresentava crenças religiosas, com ou sem doutrina específica, resultado esperado, tendo em vista que a grande maioria da população brasileira professa de crenças religiosas (Faria & Seidl, 2005). Autores como Rocha e Ciosak (2014) sugerem que, apesar da relação entre espiritualidade/religião e bem-estar não ser clara, bem como o mecanismo envolvido nesse processo, a espiritualidade pode ser utilizada como estratégia de enfrentamento de situações adversas, entre elas o adoecimento crônico.

O tempo de diagnóstico, que na amostra total apresentou média de 10,98 anos, está entre as variáveis médico-clínicas analisadas que não apresentou correlação estatisticamente significativa com os construtos estudados, contrapondo-se, por exemplo ao estudo desenvolvido por Böell, Silva e Hegadoren (2016), que encontrou associações entre tempo diagnóstico e resiliência, por exemplo. Os resultados do estudo desenvolvido pelos autores apontaram para uma correlação positiva entre o tempo diagnóstico e a resiliência.

A despeito dos resultados da adesão autopercebida, que evidenciaram que quase 80% da amostra avaliaram sua própria adesão como boa ou muito boa, salientam-se as limitações do autorrelato para avaliar adesão ao tratamento. Estudos como o de Tavares et al. (2016), acerca da adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil, apontam que pode haver uma correlação negativa entre baixos níveis de escolaridade e adesão ao tratamento. Desta forma, a escolaridade é um fator que deve ser considerado no autocuidado de doenças crônicas. Porém, os resultados do presente estudo não evidenciaram correlação positiva ou negativa entre a escolaridade e os níveis de resiliência, depressão e ansiedade.

Acerca da autoavaliação do estado de saúde, apesar dos inúmeros comprometimentos físicos, mudanças no estilo de vida, entre outros impactos gerados pelas doenças crônicas na amostra estudada, a média de autoavaliação de estado de saúde de sete pontos pode ser considerada satisfatória. Tal dado evidencia que a forma como o indivíduo percebe sua condição de saúde geral sofre influência não apenas da presença ou ausência de doenças, mas nas repercussões psicossociais, nas relações e na qualidade de vida que podem ocorrer.

Ansiedade e depressão

Os resultados indicaram que a maioria das pessoas tinha níveis mínimos e leves de ansiedade (72,58% da amostra total) e depressão (75,81% da amostra total). Porém, os dados apontam também para uma parcela da amostra com níveis moderados e severos de ansiedade (27,42% da amostra total) e depressão (24,19% da amostra total). Um aspecto parece ter influenciado esses resultados: o fato de grande parte da amostra estar convivendo com a condição há muito tempo (tempo médio de 10 anos), sendo possível supor que pode ter desenvolvido estratégias de enfrentamento para lidar com os desafios da doença, apesar de que tempo de diagnóstico não se associou a níveis de ansiedade e depressão. Entre as condições crônicas, destaca-se uma maior frequência de ansiedade moderada a severa em pessoas com DM ($n=10$) e de depressão moderada a severa em pessoas com HIV/aids ($n=10$). Tais resultados indicam maior vulnerabilidade nesses segmentos da amostra, que merecem atenção da equipe interdisciplinar com adoção de atendimentos específicos para essa demanda.

Os dados obtidos sobre depressão, utilizando o BDI, não corroboram os do estudo de Santos et al. (2017), uma vez que a maior parte do segmento com LES apresentou níveis leves a moderados de depressão no presente estudo, o que se contrapõe aos altos níveis de depressão encontrados pelos autores utilizando o mesmo instrumento de avaliação. Essa diferença entre os resultados pode ser associada tanto ao tamanho da amostra estudada, que foi maior no estudo de Santos et al. (2017) quanto a outras variáveis sociodemográficas e clínicas.

Chaves e Cade (2004) realizaram um estudo descritivo sobre ansiedade e níveis de pressão arterial em mulheres hipertensas e entre ansiedade e tempo de tratamento da HAS. Para esse objetivo os autores optaram por utilizar o Inventário de Ansiedade de Spielberg - IDATE. A amostra foi constituída por 78 mulheres em tratamento de HAS,

sendo que 86,08% da amostra apresentavam traços de ansiedade baixa a moderada, resultados que vão ao encontro dos do presente estudo. As médias de pressão da população estudada foi compatível com hipertensão estágio 1. Naquele estudo não foi evidenciada associação entre tempo diagnóstico e níveis de ansiedade, da mesma forma que na presente pesquisa.

Por sua vez, Mantovani et al. (2017) investigaram depressão e qualidade de vida em 387 participantes com diagnóstico de HAS atendidos em Unidades Básicas de Saúde no Paraná. Os instrumentos utilizados foram o BDI, o BAI e o *Medical Outcomes Study 36- Item Short Form Health Survey* para avaliar qualidade de vida. Obteve-se como resultado uma correlação estatística negativa entre níveis de depressão, ansiedade e a qualidade de vida.

Braz et al. (2012) avaliaram a relação entre sintomas depressivos e adesão ao tratamento em 145 participantes com diagnóstico de DM tipo 2. Para avaliar tais sintomas os autores utilizaram o BDI e para avaliar adesão ao tratamento utilizaram o MAT (Medida de Adesão ao Tratamento). Obteve-se os seguintes resultados: a média dos escores do BDI foi de 18,4, a prática de atividade física associou-se positivamente a menores escores de sintomas depressivos, não foi evidenciada correlação estatisticamente significativa entre BDI e MAT. Tais resultados vão ao encontro dos do presente estudo, tendo em vista que a maioria dos participantes com DM apresentou escores de sintomas depressivos nos dois primeiros níveis.

Stasiak, Bazan, Kuss, Schuinski e Baroni (2014) avaliaram a prevalência de ansiedade e depressão em pessoas com diagnóstico de DRC que estavam no momento da pesquisa em hemodiálise e diálise peritoneal. Foram avaliados 155 participantes. Os instrumentos utilizados foram BAI, BDI e HAD. Os autores obtiveram como resultado níveis mais altos de depressão em 22,6% da amostra utilizando o BDI e em 9,3%

utilizando a HAD. Já os níveis de ansiedade mais altos foram encontrados em 26,7% utilizando o BAI e em 11,7% utilizando a HAD. O tipo de tratamento não influenciou nos resultados obtidos com as escalas. O presente estudo também não encontrou altos níveis de ansiedade e depressão na maior parte da amostra. Entretanto, houve diferenças entre os resultados encontrados por Stasiak et al. (2014) dado que os níveis de ansiedade e depressão obtidos na presente pesquisa foram mais baixos em maior número de pacientes.

Um resultado importante na amostra estudada foi a correlação positiva estatisticamente significativa entre depressão e ansiedade, na amostra geral e em todas as cinco condições crônicas. Conforme apontado anteriormente, ansiedade e depressão têm alta prevalência na população brasileira e podem aparecer isolados ou concomitantemente. Trata-se de um desafio para as equipes de saúde, tendo em vista o quanto os fatores emocionais podem repercutir na qualidade de vida e na adesão ao tratamento de pessoas que convivem com doenças crônicas.

Resiliência

O estudo de Böell, Silva e Hegadoren (2016), realizado com 603 pessoas com diagnóstico de DRC e/ou DM também utilizou o CDRISC. O escore médio dos participantes da amostra total dessa pesquisa foi igual a 76,2 ($DP=14,7$), o escore médio dos participantes com DM foi de 79,8 ($DP=12,9$) e o escore médio dos participantes com DRC foi 67,5 ($DP=15,4$). No presente estudo, o escore médio de resiliência dos participantes com DM foi um pouco menor (78,33; $DP=12,1$), enquanto nos participantes com DRC foi maior (77,79; $DP=13,3$) que no estudo citado, mas são valores próximos.

Já na pesquisa de Steinhardt, Mamerow, Brown e Jolly (2009), os participantes

tinham diagnóstico de DM e foram divididos em dois grupos (experimental e controle) para avaliar a eficácia de um programa de educação e autogestão baseado na resiliência. O grupo controle (que não foi treinado pelo programa) obteve um escore médio de resiliência igual a 83,2, enquanto o grupo experimental obteve um escore médio de resiliência de 84,1. Tais escores médios são mais altos que os obtidos no presente estudo, o que pode estar relacionado aos tipos de coleta de dados diferentes, ao tamanho da amostra, bem como outros fatores sociodemográficos e clínicos.

De acordo com Motta e Rosa (2016), os fatores psicossociais positivos podem minimizar os efeitos negativos da DM, o que pode se refletir em comportamentos de autocuidado e controle glicêmico. Esse estudo realizado em Minas Gerais com 15 pessoas (12 mulheres e 3 homens) com diagnóstico de DM Tipo 2 avaliou os níveis de resiliência dos participantes utilizando a escala de resiliência desenvolvida por Wagnild e Young e os resultados apontaram para um bom índice de resiliência (escores mínimos: 25; escores máximos: 175). Assim, a literatura não indica baixos níveis de resiliência entre pessoas com diagnóstico de DM, o que corrobora os dados obtidos no presente estudo. Apesar do impacto psicossocial de conviver diariamente com a doença, muitas vezes fazendo uso de insulina injetável e mudanças no estilo de vida de forma permanente, as pessoas com diagnóstico de DM, tem em geral apresentado níveis de resiliência satisfatórios com base nesses estudos.

Spies e Seedat (2014) analisaram os níveis de resiliência de 95 mulheres com diagnóstico de HIV/aids na África do Sul e o escore médio obtido por meio do CDRISC no estudo foi de 81,7. Na presente pesquisa, o escore médio dos participantes com diagnóstico de HIV/aids foi de 74,50 ($DP=13,8$). Observa-se aqui uma diferença entre os escores médios, o que pode ser atribuído a possíveis fatores de risco e proteção aos quais a população africana seja submetida e a brasileira não, merecendo estudos futuros.

Não foi encontrado na literatura nenhum estudo que avaliasse os níveis de resiliência de pessoas com diagnóstico de LES a partir da CDRISC. A discussão então será feita a partir de uma tese de doutorado que avaliou os níveis de resiliência nessa população utilizando outro instrumento, a Escala de Wagnild e Young. O estudo de Cal (2016) avaliou os níveis de resiliência, utilizando a Escala Wagnild e Young, depressão e ansiedade mediante a HAD, além do Mex-Sledai (*Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index - Versão Mexicana*) e do THQ (Questionário de História do Trauma), em 92 pessoas com diagnóstico de LES. Os resultados apontaram que 60,9% da amostra analisada apresentaram escore médio de resiliência, entre 121 e 146. O estudo concluiu que o principal fator de risco para baixos níveis de resiliência foi a depressão. No presente estudo, os participantes com diagnóstico de LES obtiveram escores médios menores (75,60; $DP=9,9$) de resiliência em relação aos escores médios das outras enfermidades analisadas. Como já exposto, o LES tem especificidades em relação às outras condições crônicas que compuseram a amostra do estudo. É uma enfermidade que, mesmo diante da adesão ao tratamento pode entrar em períodos de crise ou remissão a qualquer momento, o que pode gerar ansiedade, angústia e sensação de perda de controle.

Grings e Viguera (2012) desenvolveram um estudo com 102 participantes que sofreram o primeiro infarto agudo do miocárdio e que estavam em tratamento. Foram utilizadas a Escala de Resiliência de Wagnild e Young, o BDI, bem como um questionário objetivando coletar dados sociodemográficos e clínicos. O escore médio de resiliência foi igual a 147,36 e 60,8% da população estudada apresentou níveis considerados altos de resiliência. Já em relação à depressão, 72,5% dos participantes apresentaram depressão mínima e apenas 2,9% apresentaram depressão severa. As autoras pontuaram que foi observada uma correlação negativa estatisticamente

significativa entre os escores de resiliência e depressão, dado que vai ao encontro dos resultados do presente estudo.

Em estudo realizado na China (Tian et al., 2016) com 139 pessoas com diagnóstico de DRC receptores de transplante renal utilizou a CDRISC, Escala de Apoio Social Percebido e Escala de Socorro Psicológico de Kessler. O objetivo dos pesquisadores foi avaliar o sofrimento psíquico e suas relações com a resiliência nessa população. O estudo concluiu que níveis de resiliência mais altos estavam associados com baixos níveis de sofrimento psíquico.

No presente estudo os níveis mais altos de resiliência estavam associados a níveis mais baixos de depressão e ansiedade, conforme apontado pelos dados houve uma correlação negativa estatisticamente significativa. Analisando as cinco condições crônicas, outro achado importante refere-se às pessoas com diagnóstico de DRC e LES terem apresentado maior vulnerabilidade em relação às outras três enfermidades avaliadas no estudo. Em estudos futuros, sugere-se a investigação de fatores de risco e proteção associados a essas enfermidades.

Windle, Bennett e Noyes (2011) definem a resiliência como um processo de negociação, gerenciamento e adaptação diante de fontes significativas de situações estressoras e/ou traumáticas. Uma vez que os participantes do estudo apresentaram níveis altos de resiliência, estes tem maiores condições de se adaptar as situações estressoras às quais são submetidas pessoas com doenças crônicas.

Polleto e Koller (2011) apontam que, apesar de pessoas lidarem com adversidades, quando estas têm apoio e recursos do ambiente, é possível desenvolver potencialidades habilidades para enfrentar as situações estressoras e seguir suas trajetórias de vida. Desta forma, é evidente e necessária uma investigação mais aprofundada acerca das relações entre resiliência e suporte social.

Quanto aos dados referentes a resiliência e à situação conjugal (estar vivendo com companheiro/a), é possível supor que o apoio social pode auxiliar no enfrentamento de situações adversas, como constatado em outro estudo (Santos, Vilar, & Maia, 2017). Desta forma, ter um/a companheiro/a pode ampliar e fortalecer a rede de suporte social dos participantes, com influência nos níveis de resiliência.

Percebe-se então que, para além das adversidades e situações estressoras aos quais os indivíduos podem ser submetidos ao longo da trajetória de vida, os fatores de proteção podem ser determinantes para o enfrentamento saudável e, conseqüentemente, para a redução de danos e adoecimento psíquico.

CAPÍTULO 7

Considerações Finais

Os resultados do presente estudo apontam para implicações não só na prática profissional do psicólogo, mas também de toda a equipe de saúde, que deve estar atenta aos aspectos emocionais e possível presença de quadros depressivos e/ou ansiosos para intervir ou encaminhar a profissionais da área de saúde mental, tendo sempre em vista a qualidade de vida e o bem estar psicológico de pessoas com diagnóstico de doenças crônicas.

Algumas limitações do estudo se referem ao fato de as amostras das enfermidades serem reduzidas, apesar de a amostra total ter alcançado um número satisfatório. Para estudos futuros sugere-se trabalhar com amostras mais expressivas e, até mesmo estudos voltados para cada enfermidade, além de outras enfermidades crônicas ainda não estudadas pela literatura.

A utilização do BAI para avaliação dos níveis de ansiedade dos participantes mostrou pontos frágeis, tendo em vista que o instrumento foca em sintomas físicos que podem facilmente ser confundidos com sintomas das próprias condições crônicas. Em estudos futuros, sugere-se a utilização de outros instrumentos como a HADS, por exemplo.

Outra limitação refere-se aos participantes serem oriundos do mesmo serviço de saúde. Cabe destacar que o serviço onde o estudo foi realizado, um hospital-escola, é reconhecido por prestar atenção de boa qualidade nas cinco enfermidades estudadas, contando com equipes multidisciplinares. No entanto, a presença do psicólogo se dá apenas nas equipes de DRC e HIV/aids.

Destaca-se o papel importante da família e da rede social de apoio das pessoas

com condições crônicas que precisam ser envolvidas na assistência a essas pessoas, a fim de fortalecer e aumentar a autonomia dos pacientes diante da condição crônica e do tratamento.

Sugere-se que sejam realizados estudos com as enfermidades de forma individual, com número maior de participantes, diversificando os aspectos psicológicos investigados, tais como autoeficácia e estratégias de enfrentamento, o que tem sido recomendado por estudiosos da área (Cal et al., 2015; Leppin et al., 2014).

Em suma, os objetivos estabelecidos inicialmente foram alcançados e o estudo cumpriu seu papel de traçar um panorama dos níveis de resiliência, depressão e ansiedade em pessoas com diagnóstico de doenças crônicas.

Referências

- Almeida, H. O., Versiani, E. R., Dias, A. R., Novaes, M. R. C. G., & Trindade, E. M. V. (2007). Adesão a tratamentos entre idosos. *Comunicações em Ciências Saúde*, 18(1), 57-67.
- American Psychiatry Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5*. Washington: American Psychiatric Association.
- Amorim, I. L., & Coelho, R. (2008). Diabetes mellitus tipo 2 e sintomas psicopatológicos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(2), 319-333.
- Antônio, P. (2010). A psicologia e a doença crônica: intervenção em grupo na Diabetes Mellitus. *Psicologia Saúde & Doenças*, 11(1), 15-27.
- Araújo, A. D., & Traverso-Yépez, M. A. (2007). Expressões e sentidos do lúpus eritematoso sistêmico (LES). *Estudos de Psicologia*, 12(2), 119-127.
- Araújo, L. F., Teva, I., & Bermúdez, M. de la P. (2015). Resiliencia en adultos: una revisión teorica. *Terapia Psicológica*, 33(3), 257-276.
- Asano, N. M. J., Coriolano, M. G. W. S., Asano, B. J., & Lins, O. G. (2013). Comorbidades psiquiátricas em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico: uma revisão sistemática dos últimos 10 anos. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 53(5), 431-437.
- Azevedo, A. L. S., Silva, R. A. da., Tomasi, E., & Quevedo, L. A. (2013). Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(9), 1774-1782.
- Bastos, M. G., Bregman, R., & Kirsztajn, G. M. (2010). Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. *Revista da Associação Médica Brasileira [online]*, 56(2), 248-253.

- Bastos, M. G., & Kirsztajn, G. M. (2011). Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 33(1), 93-108.
- Boing, A. F., Melo, G. R., Boing, A. C., Moretti-Pires, R. O., Peres, K. G., & Peres, M. A. (2012). Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. *Revista de Saúde Pública*, 46, 617-623.
- Borba, E. F., Latorre, L. C., Brenol, J. C. T., Kayser, C., Silva, N. A., Zimmermann, A. F., Pádua, P. M., Costallat, L. T. L., Bonfá, E., & Sato, E. I. (2008). Consenso de Lúpus Eritematoso Sistêmico. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 48(4), 196-207.
- Brasil. (2006). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diabetes Mellitus*. Brasília, DF: Autor.
- Brasil. (2007). Ministério da Saúde. *Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e AIDS*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2012). Ministério da Saúde. *Glossário Temático Promoção da Saúde: Projeto de Terminologia da Saúde*. Brasília: Autor.
- Brasil. (2018). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico - HIV/aids*. Brasília: Autor.
- Braz, J. M., Silva, M. R. da., Gois, C. F. L., Braz, T. M., Santos, V. dos., & Silva, L. A. S. M. da. (2012). *Rev. Rene*, 13(5), 1092-1099.
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., Girolamo, G... Kessler, R. C. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, 9(90), 1-16.

- Böell, J. E. W., da Silva, D. M. G. V., & Hegadoren, K. M. (2016). Fatores sociodemográficos e condicionantes de saúde associados à resiliência de pessoas com doenças crônicas: um estudo transversal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, 1-9.
- Cal, S. F. L. M. (2016). *Resiliência em Lúpus Eritematoso Sistêmico: avaliação de sua associação com depressão, ansiedade, estresse e outros fatores relacionados*. (Tese de doutorado). Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, Bahia.
- Cal, S. F., Sá, L. R. de., Glustak, M. E., Santiago, M. B. (2015). Resilience in chronic diseases: a systematic review. *Cogent Psychology*, 2, 1-9.
- Chaves, E. C., & Cade, N. V. (2004). Efeitos de ansiedade sobre a pressão arterial em mulheres com hipertensão. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(2), 162-167.
- Clavijo, M., Carvalho, J. J., Rios, M., & Oliveira, I. R. (2006). Transtornos psiquiátricos em pacientes com diabéticos tipo 2 em distrito docente assistencial de Rio Branco - Acre. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 64(3-B), 807-813.
- Carvalho, I. G., Bertolli, E. dos S., Paiva, L., Rossi, L. A., Dantas, R. A. S., & Pompeo, D. A. (2016). Anxiety, depression, resilience and self-esteem in individuals with cardiovascular diseases. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, 1-10.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
- Costa, F. G., Coutinho, M. P. L., Melo, J. R. F., & Oliveira, M. X. (2014). Rastreamento da depressão no contexto da insuficiência renal crônica. *Revista Temas em Psicologia*, 22(2), 445-455.

- Costa, F. G., & Coutinho, M. P. L. (2016). Doença renal crônica e depressão: um estudo psicossociológico com pacientes em hemodiálise. *Psicologia e Saber Social*, 5(1), 78-89.
- Coutinho, M. P. L., & Costa, F. G. (2015). Depressão e insuficiência renal crônica: uma análise psicossociológica. *Psicologia & Sociedade*, 27(2), 449-459.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo Livraria e Editora.
- Dantas, M. S., Abrão, F. M. S.; Costa, S. F. G., & Oliveira, D. C. (2015). HIV/aids: significados atribuídos por homens trabalhadores da saúde. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 19(2), 323-330.
- Del Porto, J. A. (1999). Conceito e diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, 6-11.
- Eren, I., Erdi, O., & Sahin, M. (2008). The effect of depression on quality of life of patients with type II diabetes mellitus. *Depression and Anxiety*, 25(2), 98-106.
- Ewart, C. K., Elder, G. J., Smyth J. M., Sliwinski, M. J., & Jorgensen, R. S. (2011). Do agonistic motives matter more than anger? Three studies of cardiovascular risk in adolescents. *Health Psychology*, 30(5), 510-524.
- Faria, J. B., & Seidl, E. M. F. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(3), 381-389.
- Fernandes, M. A., Ribeiro, H. K. P., Santos, J. D. M., Monteiro, C. F. S., Costa. R. S., & Soares, R. F. S. (2018). Prevalência dos transtornos de ansiedade como causa de afastamento de trabalhadores. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(suppl. 5), 2344-2351.

- Fonseca, F. C. A., Coelho, R. Z., Nicolato, R., Malloy-Diniz, L. F., & Silva Filho, H. C. (2009). A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(2), 128-134.
- Freitas, M. C. de., & Mendes, M. M. R. (2007). Chronic health conditions in adults: concept analysis. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 15(4), 590-597.
- Garcia, T., Veiga, J. P. R., & Motta, L. O. C. (2010). Comportamento depressivo e má qualidade de vida em homens com insuficiência renal crônica, submetidos à hemodiálise. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(2), 369-374.
- Gaviria, A. M., Quiceno, J. M., Vinaccia, S., Martínez, L. A., & Otalvaro, M. C. (2009). Estrategias de afrontamiento y ansiedad-depresión en pacientes diagnosticados com VIH/SIDA. *Terapia Psicológica*, 27(1), 5-13.
- Gonçalves, M. C. G., Teixeira, M. T. B., Gama, J. R. A., Lopes, C. S.M., Silva, G. A., Gamarra, C. J. ... Machado, M. L. S. M. (2018). Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 67(2), 101-109.
- Grings, C. O., & Viguera, E. S. R. (2012). Superando as adversidades: resiliência diante da doença arterial coronariana. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 10(32), 55-61.
- Grotberg, E. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. The International Resilience Project: Bernard Van Leer Foundation. Recuperado de <https://bibalex.org/baifa/Attachment/Documents/115519.pdf>
- Grotberg, E. H. (2005). Introdução: Novas tendências em resiliência. In A. Melillo & E. N. S. Ojeda (Eds.), *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas* (V. Campos, Trad.) (pp. 15-22). Porto Alegre: Artes Médicas.

- Horwitz, A.V., & Wakenfield, J. C. (2007). *The loss of sadness*. New York: Oxford.
- Hoshida, S., Yano, Y., Mizuno, H., Kanegae, H., & Kario, K. (2018). Variabilidade diária da pressão arterial em casa e incidência de doença cardiovascular na prática clínica: estudo J-HOP (Elevação da Pressão Matinal em Casa no Japão). *Revista Brasileira de Hipertensão*, 25(3), 92-93.
- Ippolito, A., & Petr, M.(2008). An update on mortality in systemic erythematosus lupus. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 26(51), 72-79.
- Jesus, G. J., Oliveira, L. B., Caliari, J. S., Queiroz, A. A. F. L., Gir, E., & Reis, R. K. (2017). Dificuldades do viver com HIV/aids: entraves na qualidade de vida. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(3), 301-307.
- Lemos, C. M. M. de., Moraes, D. W., & Pellanda, L. C. (2016). Resiliência em portadores de cardiopatia isquêmica. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2, 130-135.
- Leppin, A. L., Gionfriddo, M. R., Sood, A., Erwin, P. J., Zeballos-Palacios, C., Bora, P. R. ... Tillburt, J. C. (2014). The efficacy of resilience training programs: a systematic review protocol. *Systematic Reviews*, 3(20), 1-5.
- Loyola, I. P., & Veiga Jardim, P. C. B. (2018). Relação do sal com a hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 25(3), 83-87.
- Malagris, L., Lipp, M., & Chicayabon, L. (2014). Hipertensão Arterial Sistêmica: contribuições de fatores emocionais e possibilidades de atuação da psicologia. In E. M. F. Seidl & M. C..S. O. Miyazaki (Eds.), *Psicologia da Saúde: pesquisa e atuação profissional no contexto de enfermidades crônicas* (pp. 73-102). Curitiba: Juruá Editora.

- Mak, A., Tang, C. S., & Ho, R. C. (2013). Serum tumour necrosis factor-alpha is associated with poor health-related quality of life and depressive symptoms in patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus*, 22(3), 254–261.
- Malerbi, F. E. K. (2001). Estratégias para aumentar a adesão em pacientes com diabetes. Em H. J. Guilhardi. *Sobre Comportamento e Cognição: expondo variabilidade* (109-113). Santo André, SP: ESETec Editores Associados.
- Maneeton, B., Maneeton, N., & Louthrenoo, W. (2013). Prevalence and predictors of depression in patients with systemic lupus erythematosus: a cross-sectional study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 799–804.
- Margis, R., Picon, P., Cosner, A. F., & Silveira, R. O. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria RS*, 25(suplemento 1), 65-74.
- Matilla, R., Malmivaara, A., Kastarinen, M., Kivelä, S. L., & Nissinen, A. (2003). Effectiveness of multidisciplinary lifestyle intervention for hypertension: a randomised controlled trial. *Journal Human Hypertension*, 17, 199-205.
- Meinão, I. M., & Sato, E. I. (2008). Lúpus eritematoso sistêmico de início tardio. *Einstein*, 6(Supl 1), 40-57.
- Menezes, M., Lopes, M., & Delvan, J. da S. (2010). Psicoterapia de criança com alopecia areata universal: desenvolvendo a resiliência. *Paideia*, 20(46), 261-267.
- Mantovani, M. F., Arthur, J. P., Mattei, A. T., Bortolato-Major, C., Ulbrich, E. M., & Kalinke, L. P. (2017). Depressão e qualidade de vida em adultos com hipertensão. *Cogitare Enfermagem*, 22(3), 1-9.
- Moraes, M. J., Oliveira, A. C. P., & Tostes, M. A. (2006). AIDS e psiquiatria. In N. J. Botega (Ed.), *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência* (pp. 373-394). São Paulo: ARTMED.

- Morais, I. C., & Castro, P. F. (2016). Aspectos psicológicos de pacientes com hipertensão e diabetes: a negação do quadro. *Saúde em Revista, Piracicaba*, 16(43), 13-20.
- Moreira, R. O., Papelbaum, M., Appolinario, J. C., Matos, A., Coutinho, W. F., Meireles, R. M. R. (2003). Diabetes mellitus e depressão: uma revisão sistemática. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo*, 47(1), 19-29.
- Moreira, J. M., Soares, C. M. S. M., Teixeira, A. L., Simões e Silva, A. C., & Kummer, A. M. (2015). Anxiety, depression, resilience and quality of life in children and adolescents with pre-dialysis chronic kidney disease. *Pediatric Nephrology*, 30(12), 2153-2162.
- Mota, D. C. G. d'A., Benevides-Pereira, A. M. T., Gomes, M. L., & de Araújo, S. M. (2006). Estresse e resiliência em doença de Chagas. *Aletheia*, 24, 57-68.
- Motta, B. F. B., & Rosa, J. H. S. (2016). Aspectos sociais da resiliência em pacientes com diabetes mellitus tipo II. *Revista Científica Fagoc Saúde*, 1, 27-36.
- Nogueira, G. S., & Seidl, E. M. F. (2016). Associação entre percepção de doença e ansiedade, depressão e autoeficácia em pessoas com HIV/aids. *Temas em Psicologia*, 24(2), 595-608.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2003). *Cuidados inovadores para condições crônicas componentes estruturais de ação: relatório mundial*. Brasília: Autor.
- Pinheiro, D. P. N. (2004). A resiliência em discussão. *Psicologia em Estudo*, 9, 67-75.
- Pachankis, J. E. (2007) The psychological implications of concealing a stigma: a cognitive-affective-behavioral model. *Psychological Bulletin*, 133(2), 328-345.
- Poletto, M., & Koller, S. H. (2011). Resiliência: uma perspectiva conceitual e histórica. Em Dell'Aglio, D. D., Koller, S. H. & Yunes, M. A. M (Eds.), *Resiliência e*

psicologia positiva: interfaces do risco a proteção (pp. 19-44). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Queiroz, I. P. A. R. (2011). Apoio social, *coping* e suas repercussões no humor depressivo. *Estudos (Goiânia)*, 38(01/03), 133-149.
- Ramos, I. C., Queiroz, M. V. O., & Jorge, M. S. B. (2008). Cuidado em situação de Doença Renal Crônica: representações sociais elaboradas por adolescentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(2), 193-200.
- Rocha, A. C. A. L., & Ciosak, S. I. (2014). Doença crônica no idoso: espiritualidade e enfrentamento. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 48(Esp-2), 92-98.
- Rooke, M. I. (2015). Aspectos conceituais e metodológicos da resiliência psicológica: uma análise da produção científica brasileira. *Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 15(2), 2-15.
- Rudnicki, T. (2014). O paciente renal crônico em hemodiálise: contribuições da psicologia. In E. M. F. Seidl & M. C. O. S. Myiasaky (Eds.), *Psicologia da Saúde: pesquisa e atuação profissional no contexto de enfermidades crônicas* (pp. 199-223). Curitiba: Juruá Editora.
- Rutter, M. (1993). Resilience: some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14, 626-631.
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals New York Academy of Sciences*, 1094, 1-12.
- Santos, M. L. S. C. dos S., Beretta, L. de L., Beradinelli, L. M., Quintanilha, B. M. D., P. de. S. C., & Aquino, J. H. W. (2013). Resiliência em adolescentes portadores de doenças não transmissíveis : um estudo transversal. *Online Brazilian Journal of Nursing* 12(4), 1-10.

- Santos, L. M. de O., Vilar, M. J., & Maia, E. M. C. (2017). Mulheres com lúpus eritematoso sistêmico: sintomas depressivos e apoio social. *Psicologia Saúde & Doenças, 18*(1), 39-54.
- Sardinha, A. H. de L., Silva, C. G. da., Sena, L. B., Rodrigues, J. B., & Silva, K. N. dos R. (2015). Adesão dos idosos com doenças crônicas ao tratamento medicamentoso. *Revista de Pesquisa em Saúde, 16*(3), 154-158.
- Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M., Magán, I., & Segura, J. (2010). Psychological factors associated with poor hypertension control: differences in personality and stress between patients with controlled and uncontrolled hypertension. *Psychological Reports, 107*(3), 923-938
- Schuck, L. M., & Antoni, C. De. (2014). Resiliência e vulnerabilidade no cuidado com o idoso dependente: um estudo de caso. *Temas em Psicologia, 22*(4), 941-951.
doi: 10.9788/TP2014.4-20
- Seidl, E. M. F., Ribeiro, T. R. A., & Galinkin, A. L. (2010). Opiniões de jovens universitários sobre pessoas com HIV/aids: um estudo exploratório sobre preconceito. *Psico-USF, 15*(1), 103-112.
- Serrano-Dueñas M. (2010). Cefalea tipo tensional crónica y depresión. *Revista de Neurologia, 30*, 822-826.
- Silva, G. O., Peixoto, L. C. P., Souza, D. A. de., Santos, A. L. de S., & Aguiar, A. C. de S. A. (2018). Repercussões do adoecimento crônico na saúde mental de pessoas idosas. *Revista de Enfermagem UFPE, 12*(11), 2923-2932.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia (2010). *VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros Cardiologia, 95*(Supl. 1), 1-51.

- Solano, J. P., Bracher, E., Faisal-Cury, A., Ashmawi, H., Carmona, M. J., Lotufo-Neto, F., & Vieira, J. (2010). Factor structure and psychometric properties of the Connor-Davidson Resilience Scale among Brazilian adult patients. *São Paulo Medical Journal, 134*(5), 400-406.
- Spies, G., & Seedat, S. (2013). Depression and resilience in women with HIV and early life stress: does trauma play a mediating role? A cross-sectional study. *BMJ Open, 4*(2), 1-7.
- Stasiak, C. E. S., Bazan, K. S., Schuinski, A. F. M., & Baroni, G. (2014). Prevalência de ansiedade e depressão e suas comorbidades em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise e diálise peritoneal. *Jornal Brasileiro de Nefrologia, 36*(6), 325-331.
- Steinhardt, M. A., Mamerow, M. M., Brown, S. A., Jolly, C. A. (2009). A resilience intervention in African American adults with type 2 diabetes: a pilot study of efficacy. *Diabetes Education, 35*(2), 274-284.
- Stoudemire, A. (2000). *Fatores psicológicos afetando condições médicas*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Tavares, N. U. L., Bertoldi, A. D., Mengue, S. S., Arrais, P. S. D., Oliveira, M. A., Ramos, L. R. ... Dal Pizzol, T. S. (2016). Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. *Revista de Saúde Pública, 50*(supl-2), 1-11.
- Tian, X., Gao, Q., Li, G., Zou, G., Liu, C., Kong, L., & Li, P. (2016). Resilience in associated with low psychological distress in renal transplant recipients. *General Hospital Psychiatry, 39*, 86-90.

- Valle, L. dos S., Fernandes Souza, V., & Ribeiro, A. M. (2013). Estresse e ansiedade em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. *Estudos de Psicologia, Campinas*, 30(1), 131-138.
- Veras, R. (2009). Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, 43(3), 548-554.
- Windle, G., Bennett, K. M., Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health Quality of Life Outcomes*, 9(8), 1-18.
- World Health Organization (WHO). (2009). *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva: Author.
- World Health Organization (WHO). (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders – Global Health Estimates*. Geneva: Author.
- Yunes, M. A. M. (2003). Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, 8, 75-84.

APÊNDICE A**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Brasília, _____ de _____ de 2018

Prezado(a) Senhor(a),

Estamos realizando um estudo cujo objetivo é identificar os níveis de resiliência, depressão e ansiedade em pessoas com diagnóstico de doença crônica. Sua participação é muito importante, pois possibilitará uma maior compreensão sobre a forma como as pessoas lidam com situações estressoras. Poderá ainda permitir novas estratégias de intervenção que tenham por objetivo a promoção da saúde e melhora da qualidade de vida e da assistência prestada por parte dos serviços de saúde aos pacientes com diagnóstico de doenças crônicas.

A pesquisa está sendo coordenada pela psicóloga Lyris Meruvia Pinto (matrícula 17/0160963) sob orientação da professora Eliane Maria Fleury Seidl, do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília e se refere a um estudo de Mestrado.

Este é um convite para que o(a) senhor(a) participe desta pesquisa respondendo aos questionários que fazem parte do estudo. O encontro respeitará a sua conveniência e disponibilidade de tempo. Ressaltamos que as informações fornecidas são sigilosas e que o anonimato dos participantes está garantido.

A sua participação é voluntária, sendo que o(a) senhor(a) poderá interromper ou se retirar do estudo, em qualquer momento, se assim o desejar, bastando para isso informar sua decisão de desistência. Foi esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, o(a) senhor(a) não terá direito a nenhuma remuneração. A participação na pesquisa não acarretará em riscos ou prejuízos de qualquer natureza.

Caso esteja de acordo em participar, pedimos sua assinatura em duas cópias deste documento: uma ficará com o(a) senhor(a) e a outra com a equipe de pesquisa. Qualquer dúvida ou informação complementar sobre a pesquisa pode ser respondida pela psicóloga Lyris Meruvia Pinto pelo telefone (061) 991564869 ou endereço eletrônico: lyrismp@gmail.com. Outros esclarecimentos sobre a pesquisa podem ser dados pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Sociais e Humanas através do telefone (061) 31071592.

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

Lyris Meruvia Pinto
Psicóloga CRP-01 20344

Sim, aceito participar deste estudo.

Nome: _____ Tel: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE B**Questionário Sociodemográfico****Questionário nº: _____****1. Sexo:** Masculino Feminino**2. Qual a sua idade?** _____**3. Qual seu nível de escolaridade?**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fundamental incompleto (fiz até _____ série) | <input type="checkbox"/> Fundamental completo |
| <input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto | <input type="checkbox"/> Ensino médio completo |
| <input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto | <input type="checkbox"/> Ensino superior completo |

4. Qual seu estado civil atual?

- Vivo com minha esposa(o) ou companheiro(a)
 Sou solteiro(a)
 Sou separado(a), divorciado(a) ou viúvo(a)

5. Você tem filhos?

- Não Sim. Quantos? _____ filhos.

6. Qual a sua situação quanto ao emprego no momento?

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

8. Aproximadamente, qual a renda mensal de sua família?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 salário mínimo | <input type="checkbox"/> De 6 a 10 salários mínimos |
| <input type="checkbox"/> 2 a 3 salários mínimos | <input type="checkbox"/> De 11 a 20 salários mínimos |
| <input type="checkbox"/> 4 a 5 salários mínimos | <input type="checkbox"/> Mais de 21 salários mínimos |

9. Você se considera uma pessoa religiosa ou espiritualizada?

sim, tenho religião ou crença numa doutrina específica. Qual(is)?

sim, tenho crenças religiosas, mas não relativas a uma religião ou doutrina específica.

não tenho crenças religiosas nem doutrinas deste tipo.

outro. O quê? _____

APÊNDICE C

Questionário Médico-Clinico

Questionário nº _____

1. Qual o seu diagnóstico: _____

1. Quando (ano) você recebeu o diagnóstico da sua doença? _____

2. Quantas vezes você foi internado em decorrência desta enfermidade?
_____3. Você possui outros problemas de saúde além deste?
_____4. Qual é o tratamento que você está fazendo para esta condição?
_____**5. Como você avalia a sua adesão ao tratamento nesse momento?** Minha adesão é muito boa. Minha adesão é boa. Minha adesão é regular. Minha adesão é ruim. Minha adesão é péssima

6. Como você avalia seu estado geral de saúde, no momento?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Péssimo										Excelente

Por que? _____
