

Stress, resiliência e apoio social em indivíduos com hipertensão e diabetes mellitus

Stress, Resilience and Social Support in Individuals with Hypertension and Diabetes Mellitus

Lucia Emmanoel Novaes Malagris
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

Estudou-se relações entre stress, resiliência e apoio social em indivíduos com hipertensão arterial (HA) e diabetes mellitus (DM), doenças com alta prevalência mundial. Participaram do estudo 100 indivíduos, sendo 50 com HA e/ou DM (G1) e 50 sem estas doenças (G2). Utilizou-se questionário informativo, Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp, Escala de Resiliência e Escala de Apoio Social MOS-SSS. Os resultados indicaram haver mais indivíduos com stress e em fases mais avançadas de stress no G1. Não houve diferença significativa em resiliência e nem na associação entre stress e resiliência entre os grupos. No G1 houve mais indivíduos acima da média no domínio material do apoio social e menor número no domínio informação, especialmente naqueles com stress. Verificou-se associação entre resiliência e informação acima da média e entre stress e interação social abaixo da média no G1, já no G2 houve associação entre resiliência acima da média e informação abaixo da média. Sugere-se que o controle do stress pode ser um importante fator no controle da HA e ou DM, assim como a informação e a interação social como fonte de apoio social.

Palavras-chaves: diabetes mellitus, hipertensão, stress, apoio social, resiliência psicológica.

The relationships between stress, resilience and social support in individuals with global high-prevalence diseases such as arterial hypertension (AH) and diabetes mellitus (DM) were studied. One hundred individuals participated in the study— 50 with AH and/or DM (G1) and 50 without these diseases (G2). Informative questionnaires, Lipp's Stress Symptom Inventory for Adults, the Resilience Scale and the Social Support Scale MOS-SSS were used. The results showed that there are more stressed individuals and in more advanced phases of stress in G1. There was no significant difference in resilience, nor in the association between stress and resilience among the groups. In G1, there were more individuals above the mean in the domain of the social support material and less individuals in the information domain, especially in the group with stress. In G1, the association between resilience and information was above average, while stress and social interaction were below average. In G2, there was an association between resilience above average and information below average. It is suggested that stress control can be an important factor in the control of HT and/or DM, as well as information and social interaction as a source of social support.

Keywords: diabetes mellitus, hypertension, stress, social support; psychological resilience.

Agradecimientos: Investigación realizada con ayuda financiera concedida por la Fundación de Amparo a la Investigación del Estado de Río de Janeiro (FAPERJ) en la modalidad APQ1. Agradecimientos a los asistentes de investigación por participar de la elaboración del proyecto y/o colección de datos: Bruna Corrêa Teixeira (beca FAPERJ), Christiane dos Santos Miranda (psicóloga en formación profesional), Diana Soledade do Lago Camera (estudiante), Bárbara Barros Dunas (beca FAPERJ), Isabela de Souza Motta Serra (estudiante), Larissa Guerra Fontes Santos (estudiantes), Lívia Pereira de Frias (estudiantes), Núbia Rodrigues Nascimento (psicóloga en formación profesional), Thiago Rodrigues de Santana Dias (beca FAPERJ).

Correspondência: L. E. Novaes Malagris. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Avenida Pasteur, 250, Urca, CEP: RJ, 22290-240, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Correio eletrônico: lucia.novaes.malagris@hotmail.com

Como citar: Novaes Malagris, L. E. (2019). Stress, resiliência e apoio social em indivíduos com hipertensão e diabetes mellitus. *Revista de Psicologia*, 28(1), 1-13.
<http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2019.53954>

Introdução

Segundo a World Health Organization (2018), com base nas estatísticas de 2015, as doenças cardiovasculares (DCV) são responsáveis por aproximadamente 31% das mortes no mundo. Malta, Morais Neto e Silva Junior (2011) enfatizam que os principais fatores de risco para tais doenças são o tabaco, alimentação não saudável, inatividade física e consumo nocivo de álcool. Segundo os autores, esses fatores se constituem em alguns dos responsáveis pela epidemia de sobrepeso e obesidade, assim como pela elevada prevalência de hipertensão arterial e pelo elevado nível de colesterol.

A hipertensão arterial (HA) e o diabetes mellitus (DM) são doenças crônicas não transmissíveis, fatores de risco para as DCV e, frequentemente, responsáveis por grandes impactos na saúde pública, com altos custos financeiros e sociais. Revisão de literatura feita por Mansur e Favarato (2012) indicou prevalência de HA no Brasil variando entre 20% e 44%, e, além disso, verificou que apenas 30% dos indivíduos têm a pressão arterial controlada. Quanto ao DM, atualmente, segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (Oliveira & Vencio, 2016), estima-se que a população mundial com a doença seja da ordem de 387 milhões e que alcance 471 milhões em 2035. Dados da International Diabetes Federation (2017) revelam que 425 milhões de adultos têm DM no mundo e que um de cada duas pessoas permanecem sem diagnóstico.

Bonotto, Mendoza-Sassi e Susin (2016) enfatizam a importância da informação sobre os fatores de risco e mudança de estilo de vida no controle das DCV, o que só se mostra possível a partir do conhecimento. Estudo realizado pelos autores em município do Rio Grande do Sul, Brasil, com 999 mulheres constatou que 94% delas desconheciam que o DM se constitui em um fator de risco para DCV. Em consonância com Malta et al. (2011) e Bonotto et al. (2012), estudo realizado no Peru por Bernabé-Ortiz et al. (2015) investigou os fatores de risco modificáveis para a HA e DM em uma amostra de 3238 indivíduos da população. Verificou-se que a HA era mais frequente entre os fumantes diários, bebedores de álcool e obesos e que na DM a obesidade se mostrou como importante fator.

Além dos fatores de risco mencionados, torna-se relevante considerar aspectos psicológicos que podem interferir na qualidade de vida do indivíduo e se constituir em possíveis fatores de risco para o desenvolvimento da HA, DM e, consequentemente, para DCV. Dentre tais fatores encontra-se o stress que, quando crônico, pode gerar alterações fisiológicas associadas às doenças em questão. Nesse sentido, Ozbay et al. (2007) afirmam, em estudo de revisão, que o sistema nervoso simpático e o sistema hipotalâmico-pituitário-adrenocortical (HPA) estão amplamente envolvidos na resposta ao stress. Além disso, Flaa, Eide, Kjeldsen e Rostrup (2008) demonstraram que as respostas da norepinefrina plasmática ao stress mental podem prever a ocorrência da HA. Convém ressaltar que as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, & Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2010) indicam o controle do stress como uma forma de intervenção não medicamentosa para a doença.

Acredita-se que o stress também pode se relacionar com DM, e, como destacam Surwit, Schneider e Feinglos (1992) estímulos estressores podem ativar diversas respostas neuroendócrinas responsáveis pela elevação da glicose no sangue. Tal elevação decorre da ativação do eixo HPA que leva à liberação de glicocorticoides, provoca a gliconeogênese no fígado e diminui a absorção de glicose pelas células. Guyton e Hall (2006) afirmam que o cortisol, hormônio relacionado ao stress, provoca redução considerável na utilização da glicose no organismo, inibe a ação da insulina e leva a maiores índices de glicose inutilizada no sangue.

As Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (Oliveira & Vencio, 2016) se referem à importância de se considerar o stress provocado pelas dificuldades do convívio com a doença. Sugerem que, devido às influências recíprocas entre o stress emocional e o autocuidado em pessoas com DM, a presença de stress pode estar relacionada a maior risco de resultados terapêuticos ruins. As diretrizes valorizam a compreensão dos fatores associados à doença contribuintes para o stress emocional, o que favorece o desenvolvimento de intervenções apropriadas e, assim, o sucesso do tratamento. Enfatizam, como parte do cuidado ao paciente com DM, a importância de avaliação do

stress regularmente, pois seus níveis podem variar ao longo do tempo.

Para maior compreensão da importância do stress no presente estudo, convém ressaltar que existem várias definições de stress que variam de acordo com o autor que o define. Nesse estudo, o conceito será utilizado tendo como referencial Lipp (1984) que define stress como “reação do organismo, com componentes psicológicos e físicos, causada pelas alterações psicofisiológicas que ocorrem quando a pessoa se confronta com uma situação que de alguma forma a irrite, amedronte, excite ou confunda, ou mesmo que a faça imensamente feliz” (Lipp & Malagris, 2001, p. 477). Esta reação pode ocorrer frente a estressores inentemente negativos, como dor, fome e frio, mas também em virtude da interpretação que se dá ao evento desafiador.

De acordo com Lipp (Lipp, 2010; Lipp & Malagris, 2011), o processo de stress se desenvolve em quatro fases, sendo: alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão. Na fase de alerta, diante de um desafio ou ameaça percebida, o organismo prepara-se para a reação de luta ou fuga com o intuito de preservação da vida. A segunda fase, chamada de resistência, se constitui em uma tentativa do organismo de adaptação e busca de equilíbrio, de modo que há a utilização de grande quantidade de energia. Nessa fase o organismo, na busca de equilíbrio, se desgasta e ocorre cansaço, dificuldades com a memória e de concentração. Caso o organismo se recupere e volte à sua homeostase, o processo do stress se interrompe e o equilíbrio é recuperado. Mas, caso o estressor permaneça em ação ou outras fontes estressoras surjam, o processo evolui para a terceira fase chamada de quase-exaustão. Essa fase significa ainda uma busca de adaptação, mas que acaba por gerar um enfraquecimento do organismo, que já não consegue resistir ao estressor. Nesse caso, as defesas do organismo começam a ceder e algumas doenças podem começar a aparecer. Caso o processo de stress não seja interrompido, a fase de exaustão se instaura e podem ocorrer sintomas de depressão, exaustão física e doenças diversas que dependem da predisposição do indivíduo. Algumas pessoas são mais resistentes ao stress, podendo ser consideradas mais resilientes frente a adversidades. Portanto, compreender o que é resiliência é fundamental no contexto do presente estudo.

As ciências físicas deram origem aos estudos sobre resiliência, cujo termo passou a ser utilizado pelas ciências da saúde na década de 1970 (Souza & Cerveny, 2006b). Nesse campo, o termo resiliência foi relacionado à capacidade de regeneração, adaptação e flexibilidade frente a situações consideradas de alto risco para patologias (Souza & Cerveny, 2006a). Nas ciências humanas, como a psicologia, a resiliência, segundo Barlach, Limongi-França e Malvezzi (2008), se refere à habilidade do indivíduo de construir ou reconstruir a si próprio a partir da experiência com adversidades, mesmo quando se encontrando em um ambiente desfavorável.

O conceito de resiliência é dinâmico e interativo e se refere a uma resposta psicológica positiva mesmo frente a experiências de sério risco (Rutter, 2013). Bowes e Jaffee (2013) enfatizam também a importância da compreensão dos mecanismos genéticos e biológicos, ainda não totalmente esclarecidos, que podem estar na base do modo como cada indivíduo lida com os estressores.

O apoio social também se revela de grande importância quando se pensa em HA e DM, sendo uma das variáveis do presente estudo. Gonçalves, Pawlowski, Bandeira e Piccinini (2011) investigaram a avaliação de apoio social em estudos brasileiros a partir de um levantamento bibliográfico e enfatizam que o apoio social tem sido relacionado à saúde física e mental. Acrescentam que, junto com a autoestima, senso de controle e domínio sobre a própria vida, se constitui em um importante recurso social e individual de enfrentamento dos estressores do dia-a-dia. Em termos conceituais, Lazarus e Folkman (1984) afirmam que o apoio social é uma das importantes dimensões na teoria do stress que também deve levar em conta os tipos de estressores, o modo como o indivíduo lida com o stress (coping) e a interpretação subjetiva dada ao estímulo ou situação. A percepção do indivíduo em relação ao apoio recebido tem sido bastante realçada e, conforme Creaven e Hughes (2012), é mais importante para a saúde do indivíduo do que o apoio em si.

Na área da saúde o apoio social tem sido de interesse de pesquisadores, como Huang et al. (2015) que estudaram determinantes sociais associados a doenças crônicas não transmissíveis entre 9245 indivíduos idosos de áreas rurais no sul da China. Os autores concluíram que o grau de

atividades da vida diária, o estado mental e relacionamento social de idosos sem doenças crônicas não transmissíveis foi melhor do que aqueles com as doenças.

Quanto à adesão ao tratamento, Osamor (2015) investigou a relação com o suporte social em 440 indivíduos com HA e média de idade de 60 anos em uma comunidade urbana pobre no sudoeste da Nigéria. Os resultados indicaram que o suporte social de amigos foi significativamente associado com a boa adesão ao tratamento da doença. Baek, Tanenbaum e Gonzalez (2014) investigaram a associação entre diabetes e o sofrimento emocional relacionado à doença, assim como o papel moderador do apoio social na relação estudada em 119 indivíduos com DM que usavam medicação oral ou insulina. Foram considerados, o nível de satisfação com o suporte disponível e o número de indivíduos informados como presentes entre os contatos dos participantes. Os autores encontraram associação entre menor sofrimento com a doença e o apoio social, especialmente quanto à satisfação com o suporte recebido. Foi verificado também que quanto maior a rede social, menor o sofrimento emocional e a dificuldade interpessoal.

O stress, a resiliência e o apoio social se constituem em variáveis importantes no que se refere às doenças crônicas, considerando que podem influenciá-las de modo positivo ou negativo. Portanto, pretendeu-se, com um estudo comparativo, investigar se existe diferença entre indivíduos com e sem HA e DM em relação à presença e nível de stress, nível de resiliência e presença de apoio social. Levantou-se a hipótese de que indivíduos com HA e/ou DM apresentam mais frequentemente stress em fases avançadas, baixo nível de resiliência e falta de apoio social. O estudo se justificou na medida em que a HA e o DM são importantes fatores de risco para DVC, principais causas de mortes no Brasil e no mundo.

Método

Segundo fins e objetivos, a presente pesquisa trata-se de estudo quantitativo, comparativo e transversal. Quanto às estratégias ou meios empregados na busca da informação, constitui-se em estudo de levantamento (Universidade do Vale do Itajaí, 2011).

Participantes

Participaram da pesquisa 100 indivíduos, de ambos os sexos, sendo 50 com HA e/ou DM atendidos no ambulatório do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis da Universidade Federal do Rio de Janeiro e 50 da população geral sem relato dessas doenças. Os critérios de inclusão foram ter idade entre 30 e 65 anos e não ter doença mental grave conhecida.

Instrumentos

Questionário informativo (QI). Questionário elaborado pela autora da pesquisa contendo informações a respeito de idade, gênero, escolaridade, estado civil e doenças associadas.

Inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL) (Lipp, 2000). Foi desenvolvido e validado por Lipp (2000) e objetiva identificar a presença de stress, fase em que o indivíduo se encontra e tipo de sintoma (físico ou psicológico) mais frequente como manifestação do stress. Baseia-se no modelo quadrifásico do stress, de acordo com Lipp, e é composto de três quadros, correspondendo a: quadro 1-fase de alerta, quadro 2-fase de resistência e quase-exaustão, e Quadro 3-fase de exaustão. Cada quadro apresenta uma lista de sintomas, físicos e psicológicos, num total de 34 itens referentes a sintomas físicos e 19 a sintomas psicológicos. No presente estudo o alpha de Cronbach foi de .924, o que corresponde à expressiva confiabilidade do inventário.

Escala de Apoio Social MOS-SSS (EAS) (Griep, Chor, Faerstein, Werneck, & Lopes, 2005). A Escala de Apoio Social, originalmente elaborada para o Medical Outcomes Study realizado na década de 1990 (Sherbourne & Stewart, 1991), a partir de avaliações de 2987 adultos usuários dos serviços de saúde de Boston, Chicago e Los Angeles, que apresentavam doenças crônicas, sendo elas hipertensão, diabetes, doença coronariana ou depressão. Griep et al. (2005) investigaram a validade de constructo da escala em um estudo de coorte de trabalhadores de uma universidade no Rio de Janeiro, Brasil (Estudo Pró-Saúde), concluindo que há evidências de que o instrumento apresenta validade de constructo. Segundo informações dos autores, os escores foram obtidos pela soma dos pontos totalizados pelas perguntas de cada uma das dimensões e divididos pelo escore máximo possível na mesma dimensão. A fim de padronizar os resultados de todas as dimensões

por serem constituídas por diferentes números de perguntas, o resultado da razão (total de pontos obtidos/pontuação máxima da dimensão) foi multiplicado por 100. No presente estudo o alpha de Cronbach foi de .924.

Escala de Resiliência (ER) (Pesce et al., 2005). Originalmente elaborada por Wagnild e Young (1993), visa avaliar níveis de adaptação psicossocial positiva frente a eventos de vida relevantes. A escala possui 25 itens com resposta tipo likert variando de 1 (*discordo totalmente*) a 7 (*concordo totalmente*). Os valores altos significam elevada resiliência. Pesce et al. (2005) realizaram uma adaptação transcultural e testaram a validade e a confiabilidade. No presente estudo o alpha de Cronbach encontrado foi .723.

Procedimentos

Os pacientes foram abordados na sala de espera do ambulatório do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, receberam explicação sobre os objetivos da pesquisa e, posteriormente, foi solicitado àqueles que concordassem em participar do estudo a assinatura no termo de consentimento livre e esclarecido. Os instrumentos foram

administrados individualmente garantindo-se a privacidade, seguindo-se a mesma ordem para todos os participantes do estudo: QI, ISSL, EAS e ER. Os participantes sem as patologias foram abordados conforme o local onde eram recrutados, seguindo-se o mesmo procedimento. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Filosofia e Ciência Humanas da Universidade Federal do Rio de Janeiro e aprovado sob o número 375.780 em 28/08/2013.

Foi realizada estatística descritiva das variáveis contínuas e para comparação das variáveis categóricas entre grupos foi utilizado o teste Qui-Quadrado de Pearson, ou o teste exato de Fisher, na presença de valores esperados menores que 5. Para comparação das variáveis contínuas utilizou-se o teste de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis e para analisar a relação entre as variáveis numéricas o coeficiente de correlação de Spearman. Para análise do tamanho do efeito utilizou-se a estatística de Cohen's. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja, $p < .05$.

Tabela 1

Comparação entre os grupos quanto aos dados do questionário informativo

Variável	Sem HA/DM	Com HA/DM	Valor de p
<i>Faixa etária</i>	30-39	12*	< .001*
	40-49	20*	
	50-59	9	
	60-69	9	
<i>Sexo</i>	Feminino	48	.014*
	Masculino	2	
<i>Estado civil</i>	Casado/mora junto	0	< .001*
	Casado	21	
	Divorciado	8*	
	Solteiro	12	
	Viúva/divorciada	0	
	Viúvo	7	
	Outros	2	
<i>Escolaridade</i>	Fundamental incompleto	11	.189
	Fundamental completo	3	
	Médio incompleto	5	
	Médio completo	17	
	Superior incompleto	3	
	Superior completo	11	

Nota. * $p < .05$.

Resultados

Questionário Informativo (QI)

Análise comparativa entre os grupos encontrou média de idade do grupo sem as doenças de 47.84 ± 9.39 e no grupo com as doenças de 55.78 ± 8.16 , indicando diferença significativa entre os grupos, ou seja, os participantes com as doenças tinham média de idade superior àqueles sem as doenças (Mann-Whitney: $Z = 4.06$; $p = .001$; Cohen's $d = 0.90$). Quanto ao sexo, a análise estatística também revelou diferença significativa entre os grupos, havendo maior frequência do sexo masculino entre os participantes com as doenças ($\chi^2 = 6.06$; $GL = 1$; $p = .014$; Cohen's $h = 0.53$). No que se refere ao estado civil, encontrou-se maior frequência de solteiros e viúvas/divorciadas naqueles com as doenças e de divorciados naqueles sem doenças (Exato de Fisher: $p < .001$; Cohen's $h = 0.35$). Em relação à escolaridade não se encontrou diferença significativa entre os grupos (Exato de Fisher: $p = .189$; Cohen's $h = 0.07$)

Inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL)

Na comparação entre grupos obteve-se maior frequência de participantes com stress no grupo de participantes com doenças (tabela 2); $\chi^2 = 11.60$; $GL = 1$; $p < .001$; Cohen's $h = 0.70$). Quanto às fases do stress, também houve diferença significativa entre os grupos, havendo maior frequência de indivíduos em quase-exaustão no grupo com as doenças e maior frequência na fase de resistência nos indivíduos sem doenças (Exato de Fisher: $p = .016$; Cohen's $h = 1.25$). No que se refere à prevalência de sintomas, observou-se que não houve diferença significativa entre os grupos (Exato de Fisher: $p = .506$; Cohen's $h = 0.04$), já quanto ao número total de sintomas, verificou-se diferença significativa entre os grupos, sendo maior para aqueles com as doenças (Mann-Whitney: $Z = 2.02$; $p = .042$; Cohen's $d = 0.61$).

Tabela 2

Comparação entre os grupos quanto à presença, fase e sintomas de stress

Stress		Sem doenças	Com doenças	Valor de p	
Stress	Ausência	32*	15	< 0.01*	
	Presença	18	35*		
Presença	Fases	Alerta	1	.016*	
		Resistência	23		
		Quase-exaustão	10*		
	Sintomas	Exaustão	0	1	
		Físicos	6	13	.506
		Psicológicos	9	21	
		Ambos	2	1	
Total sintomas	17	35	.042*		

Nota. $p < .05$.

Escala de Apoio Social MOS-SSS (EAS)

Quanto ao apoio social (tabela 3), verificou-se a pontuação total da escala considerando três categorias: abaixo da média, média e acima da média, e calculou-se a média do grupo estudado para que fosse possível classificar os participantes. Na comparação entre os grupos, a média na pontuação total da EAS foi, para o grupo de participantes sem doenças, 393.37 ± 88.96 e no grupo de participantes com as doenças de 379.52 ± 77.13 , não havendo diferença significativa entre eles (Mann-Whitney: $Z = 1.26$; $p = .206$; Cohen's $d = 0.17$).

Ao comparar os grupos, por meio do teste Qui-quadrado e teste exato de Fisher, quanto aos cinco

domínios da EAS, considerando as categorias abaixo da média, na média e acima da média, verificou-se que no domínio afetivo não se encontrou diferença significativa entre os grupos ($\chi^2 = 1.19$; $GL = 1$; $p = .275$; Cohen's $h = 0.22$). O mesmo ocorreu em relação aos domínios emocional, informação e interação social obtendo-se os valores de p , respectivamente .968 ($\chi^2 = ; GL = 2$; Cohen's $h = 0.04$), .217 ($\chi^2 = 3.06$; $GL = 2$; Cohen's $h = 0.05$), e 1.00 ($\chi^2 = 0.00$; $GL = 2$; Cohen's $h = 0.00$). Já no domínio material observou-se diferença significativa (Exato de Fisher: $p = .004$; Cohen's $h = 0.88$), indicando maior frequência de indivíduos acima da média no grupo com as doen-

ças. Na comparação das variáveis numéricas entre os grupos, ou seja, média para os cinco domínios em cada grupo, utilizando-se o teste Mann-Whitney, observou-se diferença significativa no domínio informação. O grupo sem doenças obteve

média de 79.40 ± 19.29 e o grupo com as doenças de 71.10 ± 16.51 , sendo $p = .008$ ($Z = 2.65$; Cohen's $d = 0.46$), ou seja, encontrou-se menores valores para o grupo com as doenças.

Tabela 3

Comparação entre os grupos em relação aos domínios da Escala de Apoio Social

Domínios		Grupo sem doenças	Grupo com doenças	Valor de p
Afetivo	Abaixo da média	10	6	.275
	Média	40	44	
	Acima da Média	0	0	
Material	Abaixo da média	11*	7	.004*
	Média	39	34	
	Acima da Média	0	9*	
Emocional	Abaixo da média	10	11	.968
	Média	30	29	
	Acima da Média	10	10	
Informação	Abaixo da média	10	9	.217
	Média	29	36	
	Acima da Média	11	5	
Interação social	Abaixo da Média	10	10	1.000
	Média	31	31	
	Acima da Média	9	9	

Nota. * $p < .05$.

Escala de Resiliência

Quanto à resiliência (tabela 4), observou-se que a média do grupo sem as doenças foi 134.90 ± 15.69 e do grupo com as doenças 133.94 ± 14.11 , não havendo diferença significativa entre eles (Mann-Whitney: $Z = 0.13$; $p = .893$; Cohen's $d =$

0.06). Considerando a classificação dos participantes por grupo em abaixo da média, na média e acima da média também não houve diferença significativa entre os grupos ($\chi^2 = 1.32$; GL = 2; $p = .517$; Cohen's $h = 0.12$).

Tabela 4

Comparação entre os grupos em relação aos níveis de resiliência

Nível de resiliência	Grupo sem doenças	Grupo com doenças	Valor de p
Abaixo da média	8	6	.517
Média	34	39	
Acima da média	8	5	

Apoio social e resiliência

Foram analisadas as relações entre o nível de cada domínio da EAS e o nível de resiliência. No que se refere aos domínios material (Exato de Fisher: $p = .580$; Cohen's $h = 0.22$), afetivo (Exato de Fisher: $p = .550$; Cohen's $h = 0.14$), emocional (Teste Exato de Fisher: $p = .275$; Cohen's $h = 0.14$) e interação social (Exato de Fisher: $p = .307$; Cohen's $h = 0.11$) não encontrou-se diferenças significativas no grupo sem as doenças. Já, no que se refere à relação entre o domínio informação do

apoio social e o nível de resiliência, foi encontrado $p = .005$ (Exato de Fisher; Cohen's $h = 1.10$), indicando, no grupo sem doenças, que a resiliência acima da média se correlacionou com informação abaixo da média. Além disso, obteve-se relação entre nível de resiliência abaixo ou na média e o domínio informação do apoio social na média, nesse grupo.

No grupo com as doenças, observou-se associação entre nível de resiliência e domínio informação (Exato de Fisher: $p = .017$; Cohen's $h = 1.05$),

indicando relação entre resiliência acima da média e informação acima da média. Análise estatística, considerando o total de pontos na escala de resiliência e o total de pontos no domínio interação social da EAS, indicou associação direta no grupo com as doenças, ou seja, quanto mais resiliente maior apoio relacionado à interação social (Spearman: $r = .314$; $n = 50$; $p = .026$; Cohen's $f^2 = 0.11$).

Stress e resiliência

No grupo sem as doenças não houve associação significativa entre stress e resiliência (Exato de Fisher: $p = .182$; Cohen's $h = 0.17$), assim como também não se verificou associação entre predominância de sintomas (físicos, psicológicos ou ambos) e resiliência (Exato de Fisher: $p = .634$; Cohen's $h = 0.19$). O mesmo ocorreu no grupo com as doenças, encontrando-se $p = .650$ (Exato de Fisher; Cohen's $h = 0.19$). Análise da associação entre resiliência e predominância de sintomas (físicos, psicológicos ou ambos) no grupo com as doenças, encontrou $p = .549$ (Exato de Fisher; Cohen's $h = 0.02$, logo não significativa. Quanto às fases do stress (agrupadas em alerta + resistência e quase-exaustão + exaustão) e nível de resiliência também não houve associação (Exato de Fisher: $p = .560$; Cohen's $h = 0.38$).

Stress e apoio social

No grupo sem as doenças, considerando categorias (estar com stress ou não e estar abaixo da média, na média ou acima da média nos domínios do apoio social), não verificou-se associação entre stress e domínio material (Exato de Fisher: $p = .172$; Cohen's $h = 0.42$), domínio afetivo (Exato de Fisher: $p = .730$; Cohen's $h = 0.13$), domínio emocional (Teste Exato de Fisher: $p = .358$; Cohen's $h = 0.04$), domínio informação (Exato de Fisher: $p = .314$; Cohen's $h = 0.10$) e domínio interação social (Exato de Fisher: $p = .703$; Cohen's $h = 0.09$). Além disso, nesse grupo, não houve associação entre predomínio de sintomas e qualquer domínio do apoio social ($p > .05$). No grupo com as doenças, também considerando categorias (estar com stress ou não e estar abaixo da média, na média ou acima da média nos domínios), não houve associação entre stress e o domínio material (Exato de Fisher: $p = .461$; Cohen's $h = 0.04$), domínio afetivo (Exato de Fisher: $p = .654$; Cohen's $h = 0.25$), domínio emocional (Exa-

to de Fisher: $p = .103$; Cohen's $h = 0.25$) e no domínio informação (Exato de Fisher: $p = .060$; Cohen's $h = 0.17$). No entanto, análise comparativa (Teste de Mann-Whitney) entre os indivíduos com stress ou sem stress e média de pontos em cada domínio, indicou relação significativa entre o grupo com as doenças e o domínio informação do apoio social, sendo menores valores nos participantes com stress ($Z = 2.48$; $p = .013$; Cohen's $d = 0.81$).

No domínio interação social verificou-se relação entre presença de stress e interação abaixo da média e entre não ter stress e interação dentro da média (Exato de Fisher: $p = .030$; Cohen's $h = 0.80$) no grupo com as doenças. Quanto à associação entre as fases do stress e os domínios do apoio social não houve resultado significativo nos grupos ($p > .05$).

Quando se buscou investigar a associação entre predominância de sintomas de stress e apoio social no grupo com doenças, encontrou-se resultado significativo (Exato de Fisher: $p = .015$; Cohen's $h = 1.13$) para o domínio material, indicando relação entre predominância de sintomas psicológicos e nível de domínio material abaixo da média, e sintomas físicos e domínio material dentro da média.

Considerando o total de sintomas físicos de stress em relação ao total de pontos nos domínios de apoio social, observou-se, pelo coeficiente de correlação de Spearman, relação inversa no grupo sem as doenças com o domínio material ($r = -.557$; $n = 7$; $p = .020$; Cohen's $f^2 = 0.45$), ou seja, quanto mais sintomas físicos, menos apoio social no domínio material. Já, a análise de correlação entre quantidade de amigos com os quais os participantes se sentiam à vontade e total de sintomas de stress, indicou associação inversa no grupo com doenças, ou seja, quanto mais amigos menos sintomas físicos no grupo com as doenças ($r = -.383$; $n = 35$; $p = .023$; Cohen's $f^2 = 0.17$), o que não ocorreu no grupo sem as doenças.

No que se refere aos sintomas psicológicos, no grupo com as doenças houve associação inversa quanto ao apoio social no domínio material, ou seja, quanto mais sintomas menos apoio nesse domínio ($r = -.488$; $n = 35$; $p = .003$; Cohen's $f^2 = 0.31$). O mesmo ocorreu quanto ao total de sintomas psicológicos em relação ao domínio afetivo ($r = -.484$; $n = 35$; $p = .00$; Cohen's $f^2 = 0.30$), domínio emocional ($r = -.396$; $n = 35$; $p = .018$; Cohen's $f^2 = 0.19$), domínio interação social ($r = -$

,388; $n = 35$; $p = .021$; Cohen's $f^2 = 0.18$) e apoio social total ($r = -.499$; $n = 35$; $p = .002$; Cohen's $f^2 = 0.33$). Ou seja, quanto mais sintomas psicológicos, menos apoio social no grupo com doenças, com exceção do domínio informação em relação ao qual não se encontrou correlação significativa.

Discussão

Considerando a amostra de acordo com os grupos —sem HA e/ou DM e com HA e/ou DM—, nota-se que houve diferença significativa quanto à idade, sendo a média de idade do grupo com doenças superior. No que se refere ao estado civil, observou-se maior frequência de solteiros e viúvas/divorciadas no grupo com as doenças. Na escolaridade não houve diferença entre os grupos. Como pode ser observado, os grupos não foram homogêneos em relação à idade, sexo e estado civil, o que não se mostra favorável para a análise comparativa dos grupos. O fato se explica por ter sido necessário que a amostra fosse selecionada por conveniência devido à dificuldade decorrente de obra na instituição na época da pesquisa e de nem sempre as pessoas se disponibilizarem a participar. Apesar das limitações do estudo devido às diferenças encontradas entre os grupos ter que ser considerada, os resultados não deixam de ser relevantes.

Quanto ao sexo, convém lembrar que as VI Diretrizes de HA (Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, & Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2010) apontam estudos em que a prevalência foi de 35.8% nos homens e de 30% em mulheres, o que se aplica a outros países. No que se refere à idade, o resultado encontrado de que os participantes eram mais idosos no grupo com doença é coerente com os dados das VI Diretrizes de Hipertensão (Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, & Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2010) que apontam que existe relação direta e linear da pressão arterial com a idade, ou seja, quanto mais idoso, mais chance de HA. No que diz respeito ao nível de escolaridade, os resultados encontrados quanto a que 28 (56%) dos participantes com as doenças tinham abaixo do ensino médio completo, também corroboram os dados das VI Diretrizes no Brasil que citam estudos em que a HA é prevalente entre indivíduos com menor escolaridade.

Quanto à variável stress, encontrou-se maior frequência de participantes com stress no grupo com as doenças. Sabe-se que o stress favorece o desenvolvimento e manutenção de doenças crônicas. Além disso, ter o diagnóstico de uma doença crônica e ter que conviver com ela também se constitui em fonte de stress. Logo, o stress pode se mostrar presente tanto como um dos fatores desencadeantes como fator mantenedor e, por isso, tem papel tão crucial em pacientes com doenças crônicas (Straub, 2014).

Relevante também é o fato de haver maior frequência de indivíduos na fase de quase-exaustão no grupo com doenças. Tal fase é caracterizada por um enfraquecimento da pessoa, que não mais consegue se adaptar ou resistir ao estressor. As defesas do organismo começam a ceder e algumas doenças começam a aparecer. O fato de estarem nesta fase pode estar contribuindo para dificuldades no controle das doenças. Além disso, caso o processo de stress não seja interrompido, a fase de exaustão pode vir a se instaurar, podendo agravar o quadro das doenças e trazer prejuízos para a qualidade de vida (Lipp, 2010; Lipp & Malagris, 2011).

Observou-se também que não houve diferença entre os grupos quanto ao tipo de sintomas com que os participantes, sem ou com as doenças, manifestavam o stress, embora pudesse se esperar que os que têm doenças expressassem mais por meio de sintomas físicos. Já quanto ao total de sintomas de stress, verificou-se que no grupo com doenças a quantidade foi maior, o que parece coerente com o sofrimento que a doença traz.

Embora a análise comparativa entre stress e os domínios do apoio social por grupo considerando categorias (estar com stress ou não e estar abaixo da média, na média ou acima da média nos domínios do apoio social), não tenha revelado diferença significativa, observou-se associação significativa quando os dados foram analisados numericamente (por médias). Nesse caso, observou-se associação entre as variáveis apenas no grupo com as doenças. Ou seja, encontrou-se relação entre stress e o domínio informação no grupo com as doenças, indicando que esses indivíduos com stress contavam com menos pessoas que os aconselhassem, informassem e orientassem do que os sem as doenças. Fica a questão: será que a carência desse tipo de suporte contribuiu para o desenvolvimento das doenças e/ou para manutenção e agravamen-

to? É fácil supor que pessoas sem informações e sem orientações tenham hábitos inadequados para um estilo de vida saudável. Logo, contar com pessoas que tragam informações e orientações pode ser bastante útil para que as pessoas se sintam com apoio social e, assim, tenham ganhos no controle de doenças crônicas.

Convém lembrar que, segundo Uchino (2006), o apoio social está relacionado a uma melhor reação imune, além de diminuir a reação cardiovascular a estressores, logo é fundamental para a prevenção em pessoas sem doença crônica e no controle de doenças já instauradas. Ao se comparar os grupos, verificou-se que eles se igualavam quanto ao apoio social em termos de média na escala total, mas quando se analisou as médias por domínio observou-se diferença significativa no domínio informação. Ou seja, o grupo com doenças teve menores valores, o que significa menos apoio social neste domínio. Tal resultado é coerente com o acima relatado quando se comparou os grupos considerando stress e apoio social no domínio informação. Conclui-se, portanto, que no grupo com as doenças identificou-se menor apoio em informação e quando se inclui a variável stress esse resultado se confirmou, indicando que as pessoas com doenças e que estavam com stress contavam com menos pessoas que os aconselhassem, informassem e orientassem.

Como afirmam Souza e Cerveny (2006a), resiliência está associada à capacidade de regeneração, adaptação e flexibilidade frente a situações consideradas de alto risco para patologias. Ao se comparar os grupos de acordo com as médias, observou-se que eram iguais em termos de resiliência. Ou seja, ser resiliente não teve relação com ter ou não as doenças. Embora tal resultado surpreenda, é importante lembrar que doenças crônicas como HA e DM são doenças multifatoriais e que não só a resiliência estaria determinando, mas sim colaborando na existência delas.

Quanto à correlação entre as variáveis numéricas, no grupo com doenças encontrou-se associação direta entre resiliência e domínio interação social do apoio social, indicando que quanto mais resiliente mais apoio em interação social. Tal resultado reforça dados da literatura quanto a que a interação social pode contribuir para a resiliência, já que Taboada, Legal e Machado (2006) descrevem a sociabilidade como um dos atributos do indivíduo resiliente. O resultado se mostra favorá-

vel, especialmente por se referir ao grupo de participantes com as doenças, revelando que o desenvolvimento de habilidades sociais pode ajudar que pessoas com doenças crônicas se tornem mais resilientes o que favorecerá o manejo delas. As interações sociais parecem contribuir para a adesão de hábitos saudáveis e para os sentimentos de controle pessoal, favorecendo o bem-estar psicológico (Ramos, 2002), além de reduzir o isolamento e aumentar a satisfação com a vida (Carvalho, Lavouras, André, & Silva, 2004).

Outra relação encontrada foi no grupo sem doenças no que se refere ao tipo de sintomas de stress e apoio social, verificando-se que houve associação inversa entre total de sintomas físicos e escore no domínio material. Quanto mais sintomas físicos menos apoio material, o que leva à reflexão de que a falta de recursos pode contribuir para impedimentos no cuidado à saúde possibilitando a não prevenção de doenças. Já no grupo com doenças encontrou-se associação inversa entre sintomas psicológicos e o domínio material do apoio social, ou seja, quanto mais sintomas psicológicos menos recursos materiais. Acredita-se que os participantes portadores das doenças aqui estudadas, se preocupavam com a falta de recursos, pois sabem que o tratamento é importante, porém custoso. O apoio social se mostra como contribuinte da saúde em momentos de stress, visto que pode promover estratégias de coping que irão ajudar o indivíduo a lidar com a situação estressante, constituindo-se um meio de resolução de problemas (Seidl, Tróccoli, & Zannon, 2001).

Encontrou-se no grupo com as doenças associação inversa entre total de sintomas físicos e quantidade de amigos com as quais a pessoa se sente à vontade, ou seja, quanto menos amigos, mais sintomas físicos com quem se sente à vontade. Pode-se refletir quanto à importância da interação social e da presença de pessoas com as quais possam se confidenciar ou conviver mais intimamente para o bem-estar do indivíduo com as doenças crônicas. Segundo Schwarzer e Knoll (2007), o apoio social demonstra influenciar o contexto da saúde, sensibilizando as pessoas e valorizando os recursos individuais de aceitação e percepção.

Verificou-se também associação inversa entre sintomas psicológicos do stress e outros domínios do apoio social no grupo com as doenças: afetivo, emocional, interação social. Tal resultado indica a importância do apoio social para o equilíbrio psi-

cológico da pessoa com as doenças crônicas envolvidas no estudo. Quanto menos apoio social nesses domínios, mais sintomas psicológicos de stress, o que indica que o apoio social precisa ser estimulado ou desenvolvido para que tais sintomas possam ser amenizados ou reduzidos. Intervenções que ensinem pessoas com doenças crônicas a buscarem apoio social podem contribuir para redução de sofrimento psicológico, como preocupação, ansiedade e depressão. Revisão de literatura realizada por Capitanini (2000) verificou o suporte social como ajuda no aumento da competência adaptativa, através do manejo das emoções, de orientação afetiva e cognitiva e de retro informação.

Outro dado interessante foi encontrado no grupo com doenças, pois verificou-se associação inversa entre total de sintomas de stress e idade, ou seja, quanto menor a idade mais sintomas de stress. Tal resultado merece maior aprofundamento por meio de pesquisas que procurem investigar especificamente a relação entre sintomas de stress e faixa etária com número maior de participantes. Importante lembrar que cada faixa etária tem estressores característicos e que ao longo da vida é possível que o indivíduo desenvolva estratégias de controle do stress.

Conclusão

A HA e a DM são doenças crônicas com alta prevalência no Brasil e no mundo com relevantes repercussões sociais e econômicas, contribuindo para importantes prejuízos na qualidade de vida dos pacientes. Estudos que aprofundem o entendimento das relações dessas doenças com aspectos psicológicos e comportamentais podem ser bastante úteis para elaboração de intervenções como tratamento não medicamentoso.

O presente estudo teve como proposta contribuir nesse sentido e conclui-se que alcançou seu objetivo geral de investigar as relações entre stress, resiliência e suporte social em indivíduos com e sem HA e/ou DM. Embora tenha havido limitações no estudo, especialmente quanto aos grupos não terem se mostrado homogêneos no que se refere à idade, sexo e estado civil, devido à dificuldade de recrutamento dos participantes, os resultados se mostram relevantes.

A porcentagem de pessoas estressadas é um dado bastante importante, identificando muitas em

sofrimento, especialmente aquelas com as doenças crônicas, grupo no qual constatou-se mais pessoas com stress. Além disso, o fato de haver mais indivíduos com as doenças em fase de quase-exaustão do stress é preocupante por ser uma fase avançada que pode prosseguir para a exaustão trazendo grandes prejuízos para a saúde física e emocional desses indivíduos.

Os resultados devem ser considerados com cautela, mas podem ser úteis, como, por exemplo, o fato de ter sido encontrada associação positiva entre stress em fases avançadas e falta de apoio social em alguns domínios, assim como diferença significativa entre indivíduos da amostra com HA e/ou DM e sem as doenças no que se refere à presença de stress e ao apoio social. Outro dado interessante foi quanto à resiliência, identificando-se que no grupo com doenças, quanto mais resiliente a pessoa, mais apoio social relacionado à interação social. Sugere-se que novos estudos com amostras de outras populações e com um número maior de participantes sejam realizados para confirmação dos resultados encontrados.

Referências

- Baek, R. N., Tanenbaum, M. L., & Gonzalez, J. S. (2014). Diabetes burden and diabetes distress: The buffering effect of social support. *Annals of Behavioral Medicine, 48*(2), 145-155. <http://doi.org/10.1007/s12160-013-9585-4>
- Barlach, L., Limongi-França, A. C., & Malvezzi, S. (2008). O conceito de resiliência aplicado ao trabalho nas organizações. *Interamerican Journal of Psychology, 42*(1), 101-112. Recuperado de <https://bit.ly/2JTucKn>
- Bernabé-Ortiz, A., Carrillo-Larco, R. M., Gilman, R. H., Checkley, W., Smeeth, L., & Miranda, J. J. (2015). Contribution of modifiable risk factors for hypertension and type-2 diabetes in Peruvian resource-limited settings. *Journal of Epidemiology and Community Health, 70*(1), 49-55. <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2015-205988>
- Bonotto, G. M., Mendoza-Sassi, R. A., & Susin, L. R. O. (2016). Conhecimento dos fatores de risco modificáveis para doença cardiovascular entre mulheres e seus fatores associados: Um estudo de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva, 21*(1), 293-302. <http://doi.org/c82z>
- Bowes, L. & Jaffee, S. R. (2013). Biology, genes, and resilience: Toward a multidisciplinary approach. *Trauma, Violence, & Abuse, 14*(3), 195-208. <https://doi.org/10.1177/1524838013487807>

- Capitanini, M. E. (2000). *Sentimentos de solidão, bem-estar subjetivo e relações sociais em idosas vivendo sós* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Educação, Universidade de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil.
- Carvalho, G., Lavouras, H., André, I., & Silva, L. S. (2004). *Projeto de promoção da saúde mental e prevenção das toxicodependências na gravidez e 1º infância: suporte social* (Tese de Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, Portugal.
- Creaven, A. M. & Hughes, B. M. (2012). Cardiovascular responses to mental activation of social support schemas. *International Journal of Psychophysiology*, 84(2), 113-119.
<https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2012.01.018>
- Flaa, A., Eide, I. K., Kjeldsen, S. E., & Rostrup, M. (2008). Sympathoadrenal stress reactivity is a predictor of future blood pressure: An 18-year follow-up study. *Hypertension*, 52(2), 336-341.
<http://doi.org/c4g3h6>
- Gonçalves, T. R., Pawlowski, J., Bandeira, D. R., & Piccinini, C. A. (2011). Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: Aspectos conceituais e instrumentos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3), 1755-1769.
<http://doi.org/ff62mx>
- Griep, R., H., Chor, D., Faerstein, E., Werneck, G. L., & Lopes, C. S. (2005). Validade de constructo de Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(3), 703-714.
Recuperado de <https://bit.ly/2YQaOny>
- Guyton, A. C. & Hall, J. E. (2006). *Tratado de Fisiologia Médica* (11a ed). São Paulo, Brasil: Elsevier.
- Huang, X., Yang, H., Wang, H. H., Qiu, Y., Lai, X., Zhou, Z., ... Lei, J. (2015). The association between physical activity, mental status, and social and family support with five major non-communicable chronic diseases among elderly people: A cross-sectional study of a rural population in southern China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(10), 13209-13223.
<http://doi.org/10.3390/ijerph121013209>
- International Diabetes Federation. (2017). *IDF Diabetes Atlas*.
Recuperado de <https://bit.ly/2vzuvD2>
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York, New York: Springer.
- Lipp, M. E. N. (1984). Stress e suas implicações. *Estudos de Psicologia*, 1(3), 5-19.
- Lipp, M. E. N. (2000) *Manual do Inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL)*. São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. E. N. (2010). O modelo quadrifásico do stress. In M. E. N. Lipp (Org.), *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: Teoria e aplicações clínicas* (pp. 17-21). São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. E. N. & Malagris, L. E. N. (2001). O Stress Emocional e seu Tratamento. In B. Rangé (org.). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria* (pp. 457-490). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Lipp, M. & Malagris, L. E. N. (2011). Estresse: Aspectos históricos, teóricos e clínicos. In B. Rangé (Org.). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria* (2a ed, pp. 617-632). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Malta, D. C., Moraes Neto, O. L., & Silva Junior, J. B. (2011). Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 20(4), 425-438.
<http://doi/10.5123/S1679-49742011000400002>
- Mansur, A. P. & Favarato, D. (2012). Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo: Atualização 2011. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 99(2), 755-761.
Recuperado de <https://bit.ly/2Sb2s7F>
- Oliveira, J. E. P. & Vencio, S. (Org.). (2016). *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)*. São Paulo, Brasil: A. C. Farmacêutica.
Recuperado de <https://bit.ly/2Ju4TQU>
- Osamor, P. E. (2015). Social support and management of hypertension in south-west Nigeria. *Cardiovascular Journal of Africa*, 26(1), 29-33.
<http://doi.org/10.5830/CVJA-2014-066>
- Ozbay, F., Johnson, D. C., Dimoulas, E., Morgan, C. A., Charney, D., & Southwick, S. (2007). Social support and resilience to stress: From neurobiology to clinical practice. *Psychiatry*, 4(5), 35-40.
Recuperado de <https://bit.ly/2zyhzb>
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Avanci, J. Q., Santos, N. C., Malaquias, J. V., & Carvalhaes, R. (2005). Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(2), 436-448.
Recuperado de <https://bit.ly/2XX6F4b>
- Ramos, M. P. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, 4(7), 156-175.
Recuperado de <https://bit.ly/2Y6yGpK>
- Rutter, M. (2013). Annual research review: Resilience-clinical implications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 474-487.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02615.x>
- Schwarzer, R. & Knoll, N. (2007). Functional roles of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview. *International Journal of Psychology*, 42(4), 243-252.
<https://doi.org/10.1080/00207590701396641>
- Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T., & Zannon, C. M. L. C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estraté-

- gias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(3), 225-234.
<https://doi.org/10.1590/S0102-37722001000300004>
- Sherbourne, C. D. & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*, 32(6), 705-714.
[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-B](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-B)
- Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, & Sociedade Brasileira de Nefrologia. (2010). VI Diretrizes brasileiras de hipertensão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 95(1, supl.1), 1-51.
<http://doi.org/dnrqvc>
- Souza, M. T. S. & Cerveny, C. M. O. (2006a). Resiliência: Introdução à compreensão do conceito e suas implicações no campo da psicologia. *Revista Ciências Humanas*, 12(2), 21-29.
- Souza, M. T. S. & Cerveny, C. M. O. (2006b). Resiliência psicológica: Revisão da literatura e análise da produção científica. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 40(1), 119-126.
Recuperado de <https://bit.ly/2G8Mdmv>
- Straub, R. O. (2014). *Psicologia da saúde. Uma abordagem biopsicossocial* (Trad.: Ronaldo Cataldo). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Surwit, R. S., Schneider, M. S., & Feinglos, M. N. (1992). Stress and diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 15(10), 1413-1422.
Recuperado de <https://bit.ly/2XHEkPN>
- Taboada, N. G., Legal, E. J., & Machado, N. (2006). Resiliência: Em busca de um conceito. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 16(3), 104-113.
Recuperado de <https://bit.ly/30sNNr6>
- Uchino, B. N. (2006). Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(4), 377-387.
Recuperado de <https://bit.ly/32pNwqX>
- Universidade do Vale do Itajaí. (2011). Produção acadêmico-científica [recurso eletrônico]: A pesquisa e o ensaio. *Cadernos de Ensino*, 7(9).
Recuperado de <https://bit.ly/2XHb1gz>
- Wagnild, G. M. & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.
- World Health Organization. (2018). Disease burden and mortality estimates [recurso eletrônico].
Recuperado de <https://bit.ly/1usZl9f>

Data de recebimento: 17 de abril de 2018

Data de aceitação: 8 de julho de 2019