



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**A RESILIÊNCIA PSICOLÓGICA E AS PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO
RELACIONADAS À PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM MULHERES EM ATENDIMENTO
AMBULATORIAL**

Vanessa Lemos da Costa Soares

**Rio de Janeiro
Setembro de 2023**



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**A RESILIÊNCIA PSICOLÓGICA E AS PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO
RELACIONADAS À PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM MULHERES EM ATENDIMENTO
AMBULATORIAL**

Vanessa Lemos da Costa Soares

Dissertação apresentada à Pós-Graduação em Pesquisa Aplicada à Saúde da Criança e da Mulher, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientadora: Lizanka Paola Figueiredo Marinheiro.

Rio de Janeiro

Setembro de 2023

CIP - Catalogação na Publicação

Soares, Vanessa Lemos da Costa.

A resiliência psicológica e as práticas de autocuidado relacionadas à promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis em mulheres em atendimento ambulatorial / Vanessa Lemos da Costa Soares. - Rio de Janeiro, 2022.

150 f.; il.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Pesquisa Aplicada à Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro - RJ, 2022.

Orientadora: Lizanka Paola Figueiredo Marinheiro.

Bibliografia: f. 82-88

1. Resiliência Psicológica. 2. Autocuidado. 3. Promoção da Saúde. 4. Doença Crônica. 5. Doenças Não Transmissíveis. I. Título.

DEDICATÓRIA E AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus** por todas as coisas que aconteceram e que não de vir.

Agradeço à **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)**, pela bolsa concedida.

Agradeço à minha querida orientadora, a professora **Dra. Lizanka Paola Figueiredo Marinheiro**, que tanto me apoiou e incentivou nessa jornada arriscada e extremamente difícil, que foi o curso de mestrado em meio à pandemia de COVID-19. Obrigada pelas palavras de apoio, pela liberdade criativa e por acreditar tanto no meu potencial.

Agradeço à professora **Dra. Maria de Fátima Junqueira-Marinho**, por ter aceitado participar das minhas bancas de qualificação e de defesa. Muito obrigada pelas críticas construtivas que me ajudaram a reavaliar pontos do projeto e aprimorar o trabalho final.

Agradeço à professora **Dra. Maria Dalva Barbosa Baker Meio**, por ter aceitado participar das minhas bancas de qualificação e de defesa. Também agradeço por ter acompanhado a mim e toda a turma durante os seminários, nos ajudando e orientando a cada etapa de nossos projetos.

Agradeço à professora **Dra. Ana Cristina Barros da Cunha**, por ter aceitado participar da minha banca de defesa. Muito obrigada pelas palavras de apoio, incentivo e inspiração que muito me ajudaram a enfrentar os difíceis períodos finais da graduação em psicologia pela UFRJ.

Agradeço a todos **os professores do IFF/FIOCRUZ**, aos **membros da coordenação acadêmica**, aos **membros da secretaria acadêmica**, aos **membros do comitê de ética em pesquisa da instituição** e a todos os demais **funcionários**, pelo trabalho de excelência e pela oportunidade a mim concedida. Agradeço também, a todas as minhas **colegas de turma**, obrigada por fazerem parte dessa história, desejo a todas muitas conquistas e realizações vindouras.

Agradeço de forma especial à **Vânia Serafim de Lima**, funcionária do IFF/FIOCRUZ que me ajudou a contactar as participantes da pesquisa, sem a sua ajuda talvez a coleta dos dados não teria sido possível.

Agradeço à minha supervisora de estágio e professora de neuropsicologia na UFRJ, a professora **Dra. Cristina Maria Duarte Wigg**, por me permitir participar de seus projetos de pesquisa, por confiar no meu trabalho e por ter me levado ao IFF/FIOCRUZ.

Agradeço às minhas parceiras de pesquisa, durante a iniciação científica, e hoje excelentes psicólogas: **Ana Cristina da Silva**, **Amanda Oliveira de Carvalho** e **Ligia Maria Rosalino Martins**. Sem a nossa parceria, não teríamos chegado tão longe, obrigada por terem compartilhado esses momentos comigo.

Agradeço à minha querida colega **Helena Gomes Freire** que generosamente formulou o logo e a concepção visual para a equipe de pesquisa. Agradeço ao colega **João Francisco de Castro Silveira**, pela ajuda valiosa com a análise dos dados estatísticos. Muito obrigada pela paciência e disponibilidade.

Dedico este trabalho ao meu pai **Maurício Martins Soares**, à minha mãe **Kátia Lemos da Costa Soares**, ao meu irmão **Fábio Lemos da Costa Soares**, à minha avó **Efigênia Pereira Lemos da Costa** e à minha saudosa avó **Mariene Martins Soares**. Não tenho como descrever tudo o que vocês fizeram por mim e nem como pontuar todos os motivos pelos quais sou grata, palavras não seriam suficientes. Quero dedicar a vocês esse trabalho, com amor. Agradeço também à minha amiga-irmã **Natália da Silva Amaral** por me aguentar ao longo de todo esse processo.

RESUMO

As doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes no mundo são as doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, alguns tipos de câncer e doenças respiratórias crônicas. Juntas essas condições foram responsáveis por mais da metade das mortes ocorridas no mundo e no Brasil e constituem o principal problema de saúde. As práticas de autocuidado com a saúde têm sido apontadas como a parte que cabe ao paciente nas estratégias de promoção da saúde. Alguns estudos vêm abordando a resiliência como um importante indicador para a realização de práticas saudáveis de autocuidado, estando associada à autonomia e às habilidades para a autogestão da saúde. O objetivo deste estudo é analisar a associação entre a resiliência psicológica e o autocuidado com a saúde em mulheres adultas. O estudo foi realizado com 159 pacientes dos ambulatórios de ginecologia do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, da Fundação Oswaldo Cruz. Foi utilizada a versão brasileira da Escala de Resiliência de Wagnild & Young e um questionário adaptado do Inquérito Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. O principal resultado foi importância do contexto familiar para os níveis de resiliência, principalmente para mulheres que têm filhos. Não foram encontradas associações significativas entre resiliência e as variáveis de autocuidado. Novas pesquisas deverão ser desenvolvidas para esclarecer as possíveis relação entre resiliência e autocuidado e a importância da informação em saúde para promover mudanças de estilo de vida.

Resiliência Psicológica; Autocuidado; Promoção da Saúde; Doença Crônica; Doenças não Transmissíveis.

ABSTRACT

The most prevalent chronic non-communicable diseases in the world are cardiovascular diseases, diabetes mellitus, some types of cancer and chronic respiratory diseases. Together, these conditions were responsible for more than half of the deaths in the world and in Brazil, they constitute the main health problem. Health self-care practices have been identified as the patient's part in health promotion strategies. Some studies have approached resilience as an important indicator for healthy self-care practices, being associated with autonomy and skills for self-management of health. The aim of this study is to analyze the association between psychological resilience and self-care with health in adult women. The study was carried out with 159 patients from the gynecology outpatient clinics of the Fernandes Figueira National Institute of Women's, Children and Adolescents' Health of the Oswaldo Cruz Foundation. The Brazilian version of the Wagnild & Young Resilience Scale and a questionnaire adapted from the Surveillance of Risk and Protection Factors for Chronic Diseases by Telephone Survey were used. The main result was the importance of the family context for resilience levels, especially for women who have children. No significant associations were found between resilience and self-care variables. New research should be developed to clarify the possible relationship between resilience and self-care and the importance of health information to promote lifestyle changes.

Resilience, Psychological; Self Care; Health Promotion; Chronic Disease; Noncommunicable Disease.

“E não somente isto, mas também nos gloriamos nas tribulações; sabendo que a tribulação produz a paciência, e a paciência a experiência, e a experiência a esperança.”

Romanos 5: 3,4.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	JUSTIFICATIVA	9
3	OBJETIVOS	10
3.1	Objetivo Geral	10
3.2	Objetivos específicos	10
4	MARCO TEÓRICO	11
4.1	Resiliência psicológica	11
4.1.1	Origens e desenvolvimento do construto	11
4.1.2	Instrumentos de medida psicométrica	24
4.2	O Autocuidado na Saúde	38
4.2.1	Uma proposta de definição	38
4.2.2	Fatores comportamentais de risco para adoecimento crônico	42
4.3	A relação entre resiliência psicológica e as práticas de autocuidado	46
5	MÉTODO	51
5.1	Desenho e local do estudo	51
5.2	Amostra	51
5.2.1	<i>Cálculo amostral</i>	51
5.2.2	<i>Critérios de inclusão</i>	51
5.2.3	<i>Critérios de exclusão</i>	52
5.3	Procedimentos	52
5.4	Coleta dos dados	53
5.5	Análise estatística dos dados	54
5.6	Aspectos éticos	56
6	RESULTADOS	58
7	DISCUSSÃO	75
8	CONCLUSÃO	81
9	REFERÊNCIAS	82
10	APÊNDICES E ANEXOS	89
10.1	APÊNDICE A - Convite para a pesquisa	89
10.2	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	90
10.3	APÊNDICE C – Formulário de coleta de dados	93
10.4	ANEXO A – Confirmação de Submissão do Artigo	125
10.5	ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP IFF/FIOCRUZ	126
10.6	ANEXO C - Normas de Submissão: PsychotherapyandPsychosomatics	130

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, no Brasil e no mundo se observou um fenômeno de transição epidemiológica, em que as taxas de natalidade e mortalidade sofreram queda acentuada, transformando o perfil demográfico da população(1). O envelhecimento da população está associado, de certa forma, ao aumento das prevalências de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que são mais prevalentes nos segmentos de maior idade(2). Segundo a OMS, as DCNT foram responsáveis por cerca de 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo e por 45,9% da carga global de doenças(3). No Brasil, as DCNT constituem o problema de saúde de maior magnitude, segundo dados do Ministério da Saúde(1), e representam 72% das causas de óbitos. As doenças crônicas de maior impacto mundial (doenças cardiovasculares; diabetes; câncer; e doenças respiratórias crônicas) têm quatro, principais, fatores de risco modificáveis, em comum: tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e consumo de álcool(1). Os mesmos fatores também estão associados à epidemia de sobrepeso e obesidade e à alta prevalência de hipertensão arterial(4). Como resposta ao crescimento das DCNT o Ministério da Saúde lançou '*O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022*', definindo as ações e investimentos necessários para promoção da saúde e redução dos fatores de risco, objetivando melhoria da atenção à saúde, detecção precoce e tratamento oportuno(1). Grande parte dos determinantes para o desenvolvimento dessas doenças é passível de prevenção, e parte dos esforços do Ministério da Saúde tem sido monitorar as frequências e a distribuição dos indicadores de fatores de risco comportamentais(5).

A promoção da saúde, no contexto da saúde da mulher, deve considerar a relação de cada uma com seu próprio corpo, com as mudanças visíveis que estão ocorrendo nele e suas reações físicas e emocionais a cada fase(6). Os cuidados com a saúde incluem a adoção de hábitos mais saudáveis na rotina, visando à prevenção do surgimento ou agravamento de doenças. Neste sentido, as orientações profissionais para estimular a incorporação de hábitos mais saudáveis, assim como o investimento pessoal de cada mulher no seu autocuidado são essenciais(6–8). O autocuidado em saúde tem sido apontado como resultado do desenvolvimento da autonomia e da participação do paciente no seu processo de adesão ao tratamento e nas práticas de prevenção e promoção da saúde(8). Alguns estudos vêm abordando a resiliência como um importante indicador para a realização de práticas saudáveis de autocuidado, estando associada à autonomia e às habilidades para a autogestão da saúde(8–11). Em geral, pessoas resilientes são mais propensas a ver os aspectos positivos e os benefícios potenciais de uma situação, ainda que seja uma situação estressante, adotando estratégias de enfrentamento mais eficientes e obtendo melhores respostas adaptativas(12,13). A resiliência também pode contribuir positivamente para melhorar os fatores psicossociais relacionados à saúde(14).

2 JUSTIFICATIVA

A presente pesquisa pretende contribuir com a ampliação do conhecimento científico acerca do construto resiliência e sua possível contribuição para a construção de estratégias de promoção da saúde, com foco na prevenção, adesão e adaptação aos hábitos de vida mais saudáveis, recomendados pelas organizações de saúde. Evidências indicam que as doenças cardiovasculares, alguns tipos de câncer e diabetes podem ser evitados ou adiados por meio de mudanças na alimentação e da adoção de um estilo de vida mais saudável(15).

Além disso, pesquisas como essa se fazem necessárias, na tentativa de prevenir e minorar gastos em saúde no campo público e privado. No Brasil, as DCNT estão entre as principais causas de internações hospitalares, representando impacto direto para o sistema de saúde. Mesmo com a existência do Sistema Único de Saúde (SUS), gratuito e universal, o custo individual de uma doença crônica é alto, quando considerados os custos agregados(1).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar a associação entre a resiliência psicológica e o autocuidado com a saúde das mulheres que recebem o atendimento ambulatorial de ginecologia no Instituto Fernandes Figueira – FIOCRUZ, RJ.

3.2 Objetivos específicos

- Analisar o perfil sociodemográfico e clínico das participantes;
- Avaliar os níveis de resiliência psicológica;
- Avaliar as respostas comportamentais de autocuidado com a saúde;
- Identificar as possíveis associações entre os níveis de resiliência e os comportamentos de autocuidado relativos à promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis.

4 MARCO TEÓRICO

4.1 Resiliência psicológica

“De todas as virtudes que podemos aprender, nenhuma característica é mais útil, mais essencial para a sobrevivência e mais provável de melhorar a qualidade de vida do que a capacidade de transformar a adversidade em um desafio prazeroso”

Mihaly Csikszentmihalyi(13)

(Psicólogo Croata. Pioneiro da Psicologia Positiva)

4.1.1 Origens e desenvolvimento do construto.

“Você sofreu vexação, luto ou algum revés?”, segundo o psiquiatra britânico Michael Rutter(16), era com essa pergunta que o famoso médico francês Philippe Pinel, considerado um precursor da psiquiatria moderna, recebia os seus pacientes recém-admitidos, durante seus anos de atuação, entre o final do século XVIII e o início do século XIX. Esta frase, alegórica ou não, ilustra um entendimento presente na ciência dos processos de adoecimento mental, há mais de 200 anos: as experiências negativas da vida e os acontecimentos estressantes podem ajudar a acionar transtornos mentais(16). As primeiras pesquisas experimentais, que buscaram relacionar variados eventos estressores com o aparecimento de transtornos psiquiátricos, começaram a emergir em meados do século XX(16). Pesquisadores, a princípio norte-americanos e europeus, desenvolveram estudos em diversos campos como a psiquiatria, biologia do desenvolvimento, psicologia do desenvolvimento, psicopatologia e sociologia, com o objetivo de determinar quais seriam os principais fatores de risco com potencial de dificultar o desenvolvimento normal de um indivíduo. Quanto mais fatores de risco e

menos fatores de proteção uma pessoa vivenciasse, maior seria a sua *vulnerabilidade*, ou seja, sua predisposição individual para o desenvolvimento de psicopatologias ou de comportamentos ineficazes em situações de crise(16–19).

Durante a década de 1970, alguns autores se destacaram na observação de crianças que, surpreendentemente, permaneciam saudáveis, mesmo em meio a circunstâncias de risco para o adoecimento mental(16–19). Alguns dos principais autores de estudos sobre a resiliência(16,17,19–21) apontam o psiquiatra e psicanalista infantil britânico, James Anthony, autor do livro *‘The syndrome of the psychologically invulnerable child’* (1974)(16), como o principal proponente do conceito de *‘invulnerabilidade’*. Anthony estudou crianças que eram familiares de pacientes psicóticos, e usou a expressão *‘criança psicologicamente invulnerável’* para designar o grupo de crianças que demonstraram a “anomalia” de, mesmo com pais psicóticos, apresentarem boa saúde emocional e boa capacidade de resolver problemas cotidianos, demonstrando autoconfiança e autoestima, apesar de estarem expostas de forma prolongada a uma situação de adversidade severa(16,19–21). Anthony observou que diferentes indivíduos reagem de maneiras diferentes frente às adversidades e, para explicar o fenômeno, utilizou uma analogia: três tipos diferentes de bonecas expostas à mesma pressão externa. A primeira boneca é feita de vidro, e ao receber a pancada de um martelo, simplesmente se quebra; a segunda boneca é feita de plástico, sente o impacto da mesma pancada e, apesar de não quebrar, fica amassada ou marcada de forma permanente; e a terceira boneca é feita de aço, quando o martelo a atinge, ela emite o som do impacto, mas a sua estrutura não se quebra e nem

deforma(16,19). Anthony concluiu, usando esta analogia, que a relação de causa e consequência, entre o fator estressor (ou fator de risco) e o seu impacto, depende de três condições: a primeira condição é o potencial do evento em provocar o dano; assim como as características do martelo e a força aplicada sobre ele determinam o potencial destruidor do impacto, a natureza e a severidade dos estressores psicológicos, aos quais uma criança pode ser exposta, também vão determinar o potencial desse risco para causar o dano psicológico. A segunda condição é o material que constitui as bonecas; da mesma forma que cada boneca tinha características constitutivas que lhe permitiam maior ou menor resistência à pancada, também, diferentes crianças apresentariam diferentes níveis de vulnerabilidade aos fatores de risco. Por fim, a terceira condição é a respeito da interferência de fatores externos; colocar uma proteção entre a boneca e o martelo iria amortecer o impacto, no caso das crianças, aspectos ambientais poderiam atuar como fatores protetores(19).

A dupla de psicólogas e pesquisadoras americanas Emmy Werner e Ruth Smith conduziram um estudo longitudinal, histórico e singular, com o objetivo de mapear os fatores de risco para adoecimento psicológico de crianças em condições de vulnerabilidade. A partir deste estudo, publicaram uma série de livros que são considerados, pelos principais autores da área, como um marco para os estudos sobre a resiliência(16,18–20). O estudo teve início em 1955, na ilha havaiana de Kauai, e foi conduzido por uma equipe multidisciplinar composta por pediatras, psicólogos, agentes de saúde pública e assistentes sociais que passaram a documentar o curso de todas as gestações da ilha, e posteriormente, o desenvolvimento de todos os bebês, desde o nascimento até a idade adulta. Um dos principais objetivos era analisar as

consequências de complicações perinatais e de condições adversas ao longo do crescimento, no desenvolvimento e na adaptação desses indivíduos. Ao todo, 698 bebês de ambos os sexos e diversos grupos étnicos foram incluídos no estudo(21). Em 1971, as autoras publicaram o primeiro livro sobre o experimento intitulado *“The Children of Kauai: a longitudinal study from the prenatal period to age ten”*(19), cujo enfoque foi examinar a vulnerabilidade das crianças, documentando os efeitos cumulativos do estresse nas crianças expostas a doenças perinatais, pobreza, psicopatologia parental e brigas constantes ou rupturas em sua unidade familiar(19,21). O segundo livro foi publicado em 1977, com o título *“Kauai’s children come of age”*(19), onde as autoras examinaram as raízes dos distúrbios de aprendizagem e as possíveis correlações entre os estressores, assim como os problemas de saúde mental e os comportamentos anti-sociais dos sujeitos de pesquisa, então com 18 anos, bem como a probabilidade de persistência de problemas graves na vida adulta(19,21). Entre o segundo e o terceiro livro, as autoras começaram a voltar sua atenção para as crianças que tiveram sucesso ao lidar com os fatores de risco psicossociais, e procuraram determinar quais seriam os fatores de proteção que poderiam tê-las ajudado a superar os problemas a que foram expostas e a se recuperarem durante sua transição para a vida adulta(21). A pesquisa com as crianças havaianas foi emblemática de uma mudança de foco geral, passando de pesquisas que buscavam mapear os riscos que poderiam levar as crianças a um desenvolvimento deficiente, para pesquisas que buscavam compreender o fenômeno das crianças consideradas *‘resistentes ao estresse’*, ou seja, aquelas crianças que conseguiram se desenvolver bem apesar de estarem expostas a riscos(17–19). O terceiro livro, lançado em 1989,

intitulado “*Vulnerable, but invincible*”, marca essa mudança de foco. As autoras avaliaram os comportamentos e os ambientes de cuidado dos jovens saudáveis, em comparação, com seus colegas da mesma idade e sexo que desenvolveram sérios problemas de enfrentamento nas primeiras 2 décadas de vida. A pesquisa, que anteriormente estava focada nos riscos e danos, passou a focar nos resultados inesperadamente positivos em grupos de alto risco. Como resultado, Werner e Smith identificaram uma série de características que caracterizavam os jovens que haviam se desenvolvido bem: autocontrole, autoestima, maior responsabilidade e maior foco em realizações. Fatores de proteção ambiental também foram elencados e diziam respeito a qualidade das relações familiares, presença de estrutura familiar e rede de apoio social(19,21).

Ainda antes da publicação do terceiro livro de Werner e Smith, os pesquisadores e psicólogos americanos Ann Masten e Norman Garmezy(17) pontuaram que, embora o termo ‘*invulnerável*’ tenha se tornado popular na literatura de psicopatologia infantil da década de 1970, ele não se referia a uma baixa suscetibilidade a um distúrbio psicopatológico específico, mas sim, a uma maior probabilidade de ‘*adaptação bem-sucedida*’, apesar da exposição a eventos de vida estressantes e de gravidade incomum. A ‘*adaptação bem-sucedida*’, ou o termo mais usual ‘*adaptação positiva*’ é o desfecho que permite identificar se houve um processo de ‘*resiliência*’. Para a adaptação ser considerada positiva, o indivíduo precisa alcançar as expectativas sociais associadas à etapa de desenvolvimento em que se encontra, ou não manifestar sinais de desajuste(18,20,22). Os autores pioneiros que buscavam compreender os fatores envolvidos neste fenômeno que permitia às crianças

expostas à riscos apresentarem adaptação positiva, passaram a desaconselhar o uso do termo '*invulnerabilidade*', por entender que transmitia a ideia errada de imunidade absoluta às circunstâncias adversas e aos efeitos dos fatores estressores. Para tais autores, o fenômeno da '*adaptação positiva*' estava relacionado à capacidade de '*resistir ao estresse*', e essa capacidade não dependia apenas das características individuais constitutivas e inerentes, mas também de aspectos familiares e ambientais, além disso, o grau dessa resistência varia ao longo do tempo e de acordo com as circunstâncias, não é uma qualidade fixa e nem absoluta, mas sim relativa. Para melhor exprimir a ideia de resposta relativa ao estresse, passaram a adotar o termo '*resiliência*' amplamente em seus trabalhos(16–18,20). Brandão et al.(19), defende que para os precursores dos estudos sobre resiliência, americanos e europeus, que eram falantes do idioma inglês, a palavra '*resiliência*' já era bem conhecida e a sua escolha, provavelmente, se deu por ser adequada para designar tanto a capacidade de resistência a pressões e estresses, quanto os processos de recuperação, regeneração e adaptação de personalidades flexíveis e que melhor se adaptam às circunstâncias.

Na transição dos anos de 1970 para 1980, teve início o que alguns autores consideram como a primeira geração das pesquisas sobre a resiliência, já com a terminologia estabelecida(18,19). Este começo foi marcado pela proliferação de estudos sobre estresse e enfrentamento ao estresse nas áreas de psiquiatria, biologia do desenvolvimento, psicologia do desenvolvimento, psicopatologia e sociologia. Palavras como '*resiliência*', '*força do ego*' e '*resistência ao estresse*' se tornaram cada vez mais frequentes(23). O conceito de '*coping*', que pode ser traduzido como '*enfrentamento*', passou a ser

utilizado em algumas dessas pesquisas para designar o conjunto de estratégias que um indivíduo adota para lidar com os eventos adversos e as situações estressantes. As habilidades de *enfrentamento* diante dos desafios e adversidades dependem da capacidade do indivíduo para lidar com as oportunidades, desafios, frustrações e ameaças em seu ambiente, ao mesmo tempo que consegue manter uma boa integração interna(18,23). Os principais pesquisadores desta geração adotaram o modelo triádico de resiliência, que consistia em distinguir os indivíduos (normalmente crianças) que se adaptaram bem às adversidades daqueles que não se adaptaram, e organizar os fatores envolvidos nesta adaptação em 3 grupos: atributos ou qualidades individuais (com destaque para a autoestima, autonomia e autoeficácia); aspectos familiares (estrutura familiar, vínculo significativo com pelo menos um adulto próximo); e características do ambiente social em que se inserem (em geral, o nível socioeconômico)(18,23).

Um dos pioneiros e principais teóricos da resiliência, o psiquiatra britânico Michael Rutter(16) observou que mesmo diante dos estressores mais severos e das maiores adversidades, menos da metade das crianças tendem a sucumbir, da mesma forma, a minoria dos adultos que experimentam perdas, rejeições e eventos perturbadores ou estressantes na vida, chegam a desenvolver depressão. Para Rutter(16), as diferenças individuais nas respostas dos indivíduos às condições do ambiente são cruciais para explicar o fenômeno da resiliência. As características individuais de temperamento refletem tanto fatores experienciais quanto genéticos, e os fatores genéticos influenciam diferentes suscetibilidades individuais às condições ambientais(16). Um outro elemento-chave seria o conjunto cognitivo do indivíduo,

características como autoestima e autoeficácia costumam potencializar o 'enfrentamento', no entanto, o conjunto cognitivo não é um traço de personalidade fixo, ele pode mudar de acordo com as circunstâncias(16). A conclusão de Rutter, em 1985, é de que o mecanismo da resiliência é composto por: diferenças individuais, genéticas e experienciais; o desenvolvimento de autoestima; a disponibilidade de oportunidades; um grau adequado de estrutura e controle; a disponibilidade de vínculos pessoais e relacionamentos íntimos; e a aquisição de habilidades de enfrentamento. Rutter voltou a publicar sobre resiliência em 1987, quando se dedicou a descrever os mecanismos protetores envolvidos no fenômeno. Sugeriu, então, que a proteção ao risco se estabelece, não por uma resposta bioquímica ao momento, mas por um processo que implica na interpretação subjetiva das circunstâncias estressantes ou desvantajosas, modulando a resposta a elas. Ou seja, a maneira de lidar com as circunstâncias da vida determina o sucesso em redirecionar uma trajetória de risco para um caminho de adaptação. Esses processos incluem: alteração na exposição ou no envolvimento com o fator de risco; promoção da autoestima, através da disponibilidade de relacionamentos pessoais seguros e de apoio, e promoção da autoeficácia, através do sucesso na realização de objetivos pessoais; e oportunidades no ambiente social(24).

Ann Masten e Norman Garmezy(17) dois dos principais autores sobre resiliência, da escola americana de psicologia do desenvolvimento infantil, destacaram que a relação entre pais e filhos é tão complexa que pode desempenhar tanto um papel protetor como representar um fator de risco. Eles sugeriram a hipótese de que os fatores de proteção são genéricos e não específicos para cada estressor, enquanto os fatores de risco apresentam

especificidade genética e ambiental. Além disso, as circunstâncias mais favoráveis para a promoção de resiliência não poderiam ser uma vida sem adversidades, mas sim uma vida com desafios graduais que permitam potencializar o desenvolvimento de habilidades de domínio, estratégias de enfrentamento flexíveis e atributos adaptativos da personalidade, provocando aumento da resiliência(17). As conclusões de Rutter, Masten e Garmezy, em suas publicações ao final da década de 1980, começaram a sugerir a resiliência como um comportamento passível de desenvolvimento, desde que houvesse disponibilidade dos fatores adequados.

A partir dos anos 1990, alguns autores apontam para o surgimento de uma segunda geração de pesquisas sobre resiliência(18,23). A partir da segunda geração, começaram a surgir os primeiros pesquisadores brasileiros e outros falantes de línguas latinas, que usaram como referência as publicações dos autores americanos e europeus, em língua inglesa. A entrada dessas novas perspectivas culturais e geográficas na produção de conhecimento sobre o tema, gerou para os novos autores, a necessidade de explicar a adoção do termo '*resiliência*', já que para os falantes das línguas latinas o termo não é usual. Estes pesquisadores, então, passaram a atribuir a origem do termo à disciplina de '*resistência dos materiais*' da física, origem que não é mencionada pelos autores pioneiros, falantes da língua inglesa(19,20). Os autores da segunda geração entendem resiliência como um processo dinâmico, em que ambiente e indivíduo interagem e essa relação permite que o indivíduo se adapte, apesar da adversidade. O termo '*adversidade*' passou a ser mais utilizado pela literatura da área e é considerado um sinônimo para o termo '*fator de risco*'. A adversidade pode designar tanto uma constelação de muitos

fatores de risco quanto uma situação de vida específica(18). A resiliência não é considerada um traço de personalidade ou característica individual, diferentes indivíduos podem demonstrar resiliência em relação a alguns estressores e adversidades, mas não a outros. A resiliência envolve uma série de processos que reúnem diversos mecanismos operando durante e após o confronto com a experiência de estresse ou adversidade(18,25). A noção de resiliência enquanto processo, implica numa dinâmica entre os fatores de risco e de resiliência, que permite ao indivíduo superar a adversidade e, aos especialistas, propor a construção de modelos para promover resiliência de forma efetiva, por meio de programas sociais(18,22).

A psicóloga americana Edith Grotberg é considerada a pioneira da noção dinâmica da resiliência(18). Em sua revisão da literatura, Grotberg(26) destacou as principais características das crianças consideradas resilientes, que não eram tão frequentes nas crianças tidas como não resilientes. Tais características foram agrupadas em fatores internos e pessoais: sensação de ser amável, autonomia, autoeficácia, autoestima, ter esperança ou fé (crença em Deus, moralidade), confiança, empatia, altruísmo e 'locus' de controle; fatores de apoio e recursos externos: relações de confiança, acesso à saúde, educação, bem-estar e serviços de segurança, apoio emocional fora da família, estrutura e regras em casa, incentivo parental à autonomia, ambiente escolar estável, ambiente doméstico estável, modelos e organizações religiosas (moralidade); e habilidades sociais e interpessoais: criatividade, persistência, humor, comunicação, solução de problemas, controle de impulso e habilidades intelectuais(26). Grotberg defendeu que a resiliência pode ser promovida, não necessariamente diante da adversidade, mas em antecipação a adversidades

inevitáveis. Com este objetivo, desenvolveu um projeto chamado “*International Resilience Project*”(18,26) desenvolvido para promover a resiliência em crianças de 0 a 11 anos, utilizando frases simples em cada dimensão de fatores de resiliência. A primeira dimensão corresponde aos fatores internos, e é chamada de “*I AM*” (eu sou/estou): “*eu sou* uma pessoa que as pessoas podem gostar e amar”, “*eu estou* feliz em fazer coisas boas para os outros e mostrar minha preocupação”, “*eu sou* respeitoso comigo e com os outros”, “*eu estou* disposto a ser responsável pelo que faço”, “*eu estou* seguro de que as coisas vão ficar bem”; a segunda dimensão corresponde aos fatores de apoio e recursos externos, é chamada “*I HAVE*” (eu tenho): “*eu tenho* pessoas ao meu redor em quem confio e que me amam, não importa o que aconteça”, “*eu tenho* pessoas que estabelecem limites para mim para que eu saiba quando parar antes que haja perigo ou problema”, “*eu tenho* pessoas que me mostram como fazer as coisas direito pela maneira como fazem as coisas”, “*eu tenho* pessoas que querem que eu aprenda a fazer as coisas por conta própria”, “*eu tenho* pessoas que me ajudam quando estou doente, em perigo ou preciso aprender”; e a terceira dimensão, que corresponde às habilidades pessoais e sociais, é chamada “*I CAN*” (eu posso): “*eu posso* falar com outras pessoas sobre coisas que me assustam ou me incomodam”, “*eu posso* encontrar maneiras de resolver os problemas que enfrento”, “*eu posso* controlar-me quando tenho vontade de fazer algo errado ou perigoso”, “*eu posso* descobrir quando é um bom momento para falar com alguém ou agir”, “*eu posso* encontrar alguém para me ajudar quando eu precisar”(18,26).

Estudos sobre competência, psicopatologia e resiliência apontam para a importância de estabelecer um bom desenvolvimento desde o começo da vida.

As crianças que se desenvolvem bem e possuem recursos externos, como relações familiares e apoio institucional, tendem a ter melhor desempenho escolar, melhor relação com colegas, manter autopercepções positivas e melhores habilidades de enfrentamento. Existe a possibilidade de agir preventivamente, fomentar a competência e prevenir problemas de desenvolvimento. A intervenção adequada pode ser considerada como um processo de proteção(18,22,27). No caso dos adultos, embora a competência parental e as fontes de apoio disponíveis na infância desempenhem uma pequena influência na qualidade da adaptação dos indivíduos depois de crescidos, os fatores de proteção individuais presentes, como: temperamento, habilidades cognitivas, autoestima, autoeficácia e '*locus de controle*', tendem, consistentemente, a causar impacto direto na qualidade da adaptação positiva dos adultos(28). O conceito de '*locus de controle*' foi introduzido pelo psicólogo americano Julian Rotter, na década de 1960, refere-se à crença que um indivíduo mantém de ter o poder para controlar os eventos em sua vida e o próprio comportamento, manter uma expectativa geral de ser capaz de controlar uma situação ou agir sobre ela e obter os resultados esperados(29). A pesquisa sobre resiliência tem potencial para orientar intervenções e políticas sociais. Estruturar o processo de promoção da resiliência pode servir para direcionar intervenções específicas em contextos de adversidades específicas(22). Uma situação adversa pode desenvolver a resiliência de um indivíduo e torná-lo mais forte diante de situações semelhantes no futuro, ou seja, o processo de adaptação resiliente não é necessariamente uma experiência agradável. Além disso, não convém, aplicar o conceito de adaptação positiva, de forma acrítica, em contextos que exigem a aplicação de

políticas públicas de combate às vulnerabilidades sociais, em nome de uma supervalorização da '*superação individual*', ou ainda, criar um estigma para os indivíduos considerados '*não-resilientes*' como se fossem menos capazes ou mais fracos do que aqueles considerados resilientes(30). A resiliência assume diferentes formas, para diferentes indivíduos em diferentes contextos(20) e seria mais bem definida como uma capacidade do indivíduo lidar com a adversidade, em momentos e circunstâncias específicas, sem sucumbir(30).

4.1.2 Instrumentos de medida psicométrica.

Uma das características da segunda geração de pesquisadores da resiliência foi a busca por métodos de mensuração do construto, que possibilitassem alguma padronização metodológica e permitissem a ampliação do escopo de pesquisas envolvendo os processos de resiliência(18). De maneira geral, a pesquisa em psicologia consiste em uma investigação sistemática, voltada para a confirmação de hipóteses, estas formuladas com base em fundamentos teóricos(31). Existem muitos motivos para quantificar variáveis psicológicas, dentre eles está a possibilidade de favorecer o teste empírico de hipóteses e, assim, avaliar o quão plausíveis são os modelos teóricos explicativos; outro motivo é avaliar a efetividade das intervenções, através de estudos longitudinais envolvendo testagem em dois tempos; por fim, as escalas psicométricas facilitam a comunicação e o entendimento entre os profissionais da área, ao padronizar os conceitos avaliados e facilitar a localização de um indivíduo em relação a um grupo de referência(32). Um método muito utilizado de medida psicológica é a definição de níveis de mensuração, que podem ser quatro: nominal, ordinal, intervalar e de razão. As escalas de resiliência disponíveis utilizam o nível ordinal (escala tipo Likert), em que as variáveis são representadas numericamente e existe um significado atribuído ao valor numérico. Desta forma, as variáveis ordinais nos permitem estabelecer um rank para ordenar os escores e analisar a igualdade ou dissimilaridade entre eles(31,32). Embora os atributos psicológicos sejam medidos em escalas ordinais, eles são considerados intrinsecamente como de natureza intervalar. Por exemplo, caso pudéssemos observar diretamente a “*resiliência*” encontraríamos uma escala intervalar com infinitos valores

possíveis, mas sem um zero natural, ou seja, seria possível estabelecer as diferenças precisas de resiliência entre os indivíduos, mas não existiria um indivíduo com resiliência igual a zero(32). A escala psicométrica precisa apresentar diversas evidências de validade e precisão, para que os seus escores sejam considerados adequados para medir o construto desejado, e para garantir a aplicabilidade da escala em outros contextos e populações(33).

O aumento substancial de pesquisas internacionais sobre resiliência parece estar acompanhado de uma exaustão dos modelos que se detém apenas a explicar os déficits e doenças. Isso devido ao potencial que os processos resilientes parecem ter de impactar positivamente os desfechos de saúde, bem-estar e qualidade de vida, com isso o construto tem ganhado cada vez mais atenção e interesse por identificar as suas aplicabilidades práticas e políticas(13,34). A mensuração da resiliência não diz respeito a uma abordagem às características estáveis ou traços intrínsecos de personalidade, mas sim aos processos que podem predizer bons resultados. Por sua vez, esses processos podem, ao menos parcialmente, ser previstos por vários fatores categorizados em variáveis demográficas, como gênero e variáveis psicossociais, como depressão (fator de risco) e apoio social (fator de proteção), sem que nenhum preditor único desempenhe influência dominante na resposta resiliente(13,18,35). O desafio de desenvolver uma definição operacional de resiliência tem como propósito oferecer medidas confiáveis e válidas para apoiar e avaliar, desde intervenções individuais até políticas públicas, que visem promover a resiliência como caminho para superação das diferentes adversidades ao longo da vida, entre elas os problemas de saúde(12). A **tabela 1** mostra as características principais das escalas de

resiliência disponíveis na literatura, a partir da publicação de seus estudos de validação.

Tabela 1. Escalas de Resiliência.

Título Autor (ano) / Origem (Idioma)	População do estudo Fatores / Dimensões	Tipo de escala (nº itens) Coeficiente Alfa*	Validação no Brasil
1. The Dispositional Resilience Scale (36) Bartone (1989) / USA (Inglês)	131 militares 7% mulheres - 22 a 51 anos Personalidade Resistente Suporte Social	Likert 5 pontos (45) 0,62 a 0,82	Solano et al. (2016)
2. The Wagnild and Young Resilience Scale (RS)(37) Wagnild&Young (1993) / Austrália (Inglês)	810 idosos 62% mulheres - 53 a 95 anos Competência Pessoal Aceitação de Si e da Vida	Likert 7 pontos (25) 0,84 a 0,94	Pesce et al. (2005)
3. The Ego Resiliency Scale (ER89)(38) Block&Kremen (1996) / USA (Inglês)	95 jovens adultos 52% mulheres - 18 e 23 anos Ego-Resiliência	Likert 4 pontos (14) 0,76	-
4. The Ego Resiliency(39) Klohn (1996) / USA (Inglês)	350 adultos 50% mulheres - 18 a 52 anos Confiança e Otimismo Atividade Produtiva Insight e Cordialidade Habilidade de Expressão	(26) 0,81 a 0,88	-
5. The Resilience Skills and Abilities Scale (RSAS)(40) Jew, Green, & Kroger (1999) / USA (Inglês)	408 estudantes do ensino médio 51% mulheres Otimismo Orientação para o Futuro Crença em Outros Independência	Likert 7 pontos (60) 0,70 a 0,98	-
6. The Resiliency Attitudes and Skills Profile(41) Hurtes&Allen (2001) / USA (Inglês)	464 jovens adultos 30% mulheres - 12 a 19 anos Insight Independência Criatividade Humor Iniciativa Relacionamentos Valores	Likert 6 pontos (34) 0,85	-
7. The Resilience Assessment of Exceptional Students (RAES)(42)	613 estudantes especiais respondido pela	Rating (54)	-

Perry&Bard (2001) / USA (Inglês)	mãe ou pai	0,37 a 0,81	
8. The Baruth Protective Factors Inventory (BPFi)	Resolução Problemas de Deficiência Comportamento Resiliente Suporte Social 98 graduandos de psicologia 81% mulheres - 19 a 54 anos	Likert 5 pontos (16)	-
Baruth&Carroll (2002) / USA (Inglês)	Personalidade Adaptável Suporte Ambiental Poucos Estressores Experiências Compensadoras	0,83	
9. The Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC)(43)	806 adultos 65% mulheres - média 43.8 anos	Likert 5 pontos (25)	Solano et al. (2016)
Connor&Davidson (2003) / USA (Inglês)	Competência Pessoal Autoconfiança Abertura às Mudanças Autocontrole Espiritualidade	0,89	
10. The Youth Resiliency: Assessing Developmental Strengths (YRADS)(44)	2.291 alunos do fundamental II 52% mulheres	(94)	-
Donnon&Hammond (2007) / Canadá (Inglês)	Suporte Parental Relação entre Pares Comunhão com Comunidade Comprometimento com Escola Cultura Escolar Sensibilidade Cultural Autocontrole Fortalecimento Autoconceito Sensibilidade Social	0,75 a 0,96	
11. The Resilience Scale for Adults (RSA)(45)	349 adultos 59% mulheres - 18 a 75 anos	(37)	Hjemdal et al. (2015)
Friborg et al. (2003) / Noruega (Inglês)	Competência Pessoal Competência Social Coerência Familiar	0,67 a 0,90	

20. The Resilience in Midlife Scale (RIM)(52)	Controle Interpessoal Competencia 130 participantes 69% mulheres - 35 a 60 anos	(25)	-
Ryan&Caltabiano (2009) / Austrália (Inglês)		0,87	
21. A Escala de Avaliação de Resiliência (EAR)	Autoeficácia Rede Familiar / Social Perseverança Locus de Controle Enfrentamento e Adaptação Adaptação ou aceitação positiva de mudança Espiritualidade Resignação diante da vida Competência pessoal Persistência diante das dificuldades	Likert 5 pontos (23)	-
Martins, Siqueira & Emilio (2010) / Brasil (Português)		0,46 a 0,86	
22. The Strong Souls(53)	361 indígenas 53% mulheres - 16 a 20 anos	(34)	-
Thomas et al. (2010) / Austrália (Inglês)		0,70	
23. The Trauma ResilienceScale(54)	Depressão Ansiedade Risco de Suicídio Níveis de Resiliência 577 adultos que vivenciaram alguma violência 76% mulheres - 18 a 70 anos	Likert 5 pontos (59)	-
Madsen&Abell (2010) / USA (Inglês)		0,93	
24. The AdolescentResilienceQuestionnaire(55)	Habilidade de Gerar e Manter Relações de Suporte Otimismo ou Esperança Habilidade de Resolver Problemas Diante da Adversidade 534 adolescentes	(88)	-
Gartland et al. (2011) / Austrália (Inglês)		0,70 a 0,90	
25. A Escala dos Pilares da Resiliência (EPR)(56)	Cognição Negativa Confiança Empatia / Tolerância Habilidades Sociais Insight Emocional 833 adultos 71% mulheres - 18		

Cardoso&Martins (2013) / Brasil (Português)	a 50 anos	Likert 5 pontos (90)	-
	Autoeficácia		
	Controle Emocional	0,59 a 0,88	
	Autoconfiança		
	Orientação Positiva para o Futuro		
	Valores Positivos		
	Empatia		
	Reflexão		
	Sociabilidade		
	Aceitação Positiva de Mudanças		
	Independência		
	Bom humor		
26. The Multidimensional Individual and Interpersonal Resilience Measure (MIIRM)(57)	1006 idosos		
	49% mulheres - 50 a 99 anos	(22)	-
		0,72	
Martin et al. (2015) / USA (Inglês)	Autoeficácia		
	Acesso a Rede de Suporte Social		
	Otimismo		
	Recursos Econômicos e Sociais Percebidos		
	Espiritualidade e Religiosidade		
	Acordos Relacionais		
	Expressão Emocional e Comunicação		
	Regulação Emocional		
27. The Predictive Six-factor Resilience Scale(58)	204 adultos		
	64% mulheres - 21 a 50 anos	Likert 5 pontos (16)	-
Rossouw&Rossouw (2016) / USA (Inglês)	Tenacidade		
	Visão	0,74	
	Colaboração		
	Compostura		
	Racionalidade		
	Saúde		
28. The Academic Resilience Scale (ARS-30)(59)	532 universitários		
	83% mulheres - média 22 anos	Likert 5 pontos (30)	-
Cassidy (2016) / USA (Inglês)	Perseverança		
	Reflexão e Adaptação	0,78 a 0,83	
	Resposta Emocional		
29. The Five-by-Five Resilience Scale(60)	1.142 adultos		
	56% mulheres - média 51 anos	Likert 5 pontos (25)	-
DeSimone et al. (2017) / USA (Inglês)			

	Otimismo Suporte Social Regulação Emocional Autoeficácia Adaptabilidade	0,78	
30. The Diabetes Strengths and Resilience Measure for Adolescents (DSTARTeen)	260 adolescentes com diabetes tipo 1 14 a 18 anos	Likert 5 pontos (12)	-
Hilliard et al. (2017) / USA (Inglês)	Confiança Relacionada ao Diabetes Ajuda no Manejo do Diabetes	0,89	
31. Escala de Resiliencia (RESI-M)(61)	180 mulheres indígenas média 33 anos	Likert 4 pontos (34)	-
Sanjuan-Meza, Landeros-Olvera&Cossío-Torres (2018) / México (Espanhol)	Fortaleza e Autoconfiança Competência Social Apoio Familiar Apoio Social Estrutura	0,94	

USA - United States of América. *Alpha de Cronbach (estudos de validação das escalas originais)
 **Canadá; China; Palestine; Israel; Colômbia; Rússia; Índia; USA; Gambia; Tanzânia; África do Sul.
 Fonte: elaborada pela autora.

Apesar do nosso estudo ter identificado 31 escalas de resiliência validadas para aplicação em pesquisas, apenas para 5 delas foram publicados estudos de tradução, adaptação e validação para aplicação em populações brasileiras.

The Dispositional Resilience Scale

Esta escala foi projetada em 1989 por Paul Bartone, nos Estados Unidos, em um estudo que avaliou a resiliência disposicional ou ‘*hardiness*’ (a forma como uma pessoa interpreta uma situação, em 3 fatores: compromisso, controle e desafio) em militares encarregados de prestar auxílio a familiares de outros militares mortos repentinamente em trágico acidente aéreo. Foi um estudo longitudinal de 2 etapas, a primeira aplicação ocorreu 6 meses após a tragédia e a segunda após 1 ano(36). A base teórica para o desenvolvimento

desta escala é derivada da literatura de resistência ao estresse e é medida como estilo de personalidade, que pode ajudar em uma resposta resiliente em nível individual. Por ser uma escala que atribui à resiliência característica de traço fixo, esta escala tem recebido críticas de revisores de escalas de resiliência, por não se encaixar bem com a noção de resiliência como um processo dinâmico(12,13,62). A escala foi validada para aplicação em população brasileira em 2016 por José Solano, a versão brasileira tem 14 itens e 3 fatores (expectativa positiva, autoconfiança/autoestima, flexibilidade) e apresentou consistência interna com o coeficiente alpha de Cronbach 0,71(62).

The Wagnild and Young Resilience Scale (RS)

A escala foi desenvolvida em 1993 por Gail Wagnild e Heather Young, na Austrália, a partir de um estudo qualitativo realizado por Wagnild em 1990, em que entrevistou 24 mulheres que demonstraram adaptação psicossocial positiva frente a diferentes eventos da vida. Cada mulher relatou como conduziu alguma perda auto-identificada, e de acordo com essas narrativas e, uma revisão da literatura, os autores identificaram 5 componentes individuais de resiliência: equanimidade, perseverança, autoconfiança, significado e solidão existencial(35,37). Após a estruturação da escala, ela foi validada pelo estudo de 1993 que contou com 810 idosos. A escala, então, é composta por 25 itens que correspondem a 2 fatores: competência pessoal (autoconfiança, independência, determinação, invencibilidade, maestria, fontes de recursos e perseverança) e aceitação de si e da vida (adaptabilidade, equilíbrio, flexibilidade e perspectiva equilibrada da vida). A escala foi validada para aplicação em população brasileira por Renata Pesce et al em 2005, a partir 997 adolescentes entre 13 e 19 anos, foi realizado re-teste após 203 dias da

primeira aplicação. Convergindo com a escala original, foram mantidos os dois fatores, e apresentou consistência interna com o coeficiente alpha de Cronbach 0,85(63). Esta escala é uma das mais adaptadas em estudos de validação pelo mundo, os autores afirmam que embora ela originalmente tenha sido validada através de indivíduos adultos, a escala mantém bom desempenho com amostras de todas as idades e grupos étnicos(12,13,34).

The Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC)

Esta escala foi desenvolvida por Katheryn Connor e Jonathan Davidson em 2003, nos Estados Unidos. Para a validação desse instrumento, foram utilizadas variáveis como: idade; gênero; escolaridade; estado de saúde; e estado civil. A população total foi de 812 participantes divididos em seis grupos separados por estado de saúde e cuidados recebidos: grupo 1 (n = 577) eram pessoas que não estavam a procura de ajuda; grupo 2 (n = 139) eram pacientes do ambulatório de assistência primária; grupo 3 (n = 43) eram pacientes de um ambulatório psiquiátrico; grupo 4 (n = 25) eram pessoas com diagnóstico de TAG (Transtorno de ansiedade generalizada); os grupos 5 (n = 22) e 6 (n = 22) eram sujeitos de 2 ensaios clínicos sobre transtorno de estresse pós traumático. Foi detectada correlação positiva entre resiliência e baixa vulnerabilidade ao estresse(43). A escala foi validada para aplicação em população brasileira em 2016 por José Solano. A versão brasileira manteve os 25 itens e identificou 4 fatores (tenacidade, adaptabilidade/tolerância, amparo, intuição) e apresentou consistência interna com o coeficiente alpha de Cronbach 0,93(64). Desenvolvida originalmente para a prática clínica como instrumento de medida de estresse e capacidade de enfrentamento, ela tem

sido usada, também, para avaliar a mudança na resposta a intervenções medicamentosas(12).

The Resilience Scale for Adults (RSA)

Esta escala foi elaborada por Oddgeir Friborg, Odin Hjemdal, Jan H. Rosenvinge e Mônica Martinussen em 2003, na Noruega. O estudo de validação contou com 59 pacientes de ambulatório psiquiátrico (diagnósticos: esquizofrenia, transtorno bipolar, transtorno depressivo, transtorno de ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático, transtornos alimentares, transtornos de personalidade e outros) e com 276 participantes que não apresentavam diagnóstico psiquiátrico, a escala foi aplicada em 2 momentos após um intervalo de 4 meses. Os autores observaram que a escala pode ser usada pela psicologia da saúde como instrumento de avaliação dos fatores de proteção importantes para prevenir desajuste e distúrbios psicológicos(12,34). O estudo transcultural de validação para a população brasileira foi realizado por Odin Hjemdal, Antonio Roazzi, Maria da Graça Dias e Oddgeir Friborg em 2015, onde as versões brasileira e norueguesa (original) da escala foram comparadas. Os resultados indicaram que os fatores primários da escala são os mesmos tanto na amostra brasileira como na amostra norueguesa. As correlações entre as subescalas foram significativas e as correlações na amostra brasileira apoiaram a validade do construto. A estrutura fatorial original da escala com base em amostras norueguesas permanece estável em uma amostra brasileira(47).

The Brief Resilience Scale (BRS)

A escala foi desenvolvida e validada por Bruce Smith, Jeanne Dalen, Kathryn Wiggins, Erin Tooley, Paulette Christopher e Jennifer Bernard, em

2008, nos Estados Unidos. O estudo de validação contou com 4 grupos amostrais: grupo 1 (n = 128) alunos de graduação, grupo 2 (n = 64) alunos de graduação, grupo 3 (n = 112) pacientes em reabilitação cardíaca e grupo 4 (n = 50) mulheres, em que 20 tinham fibromialgia e 30 eram controles saudáveis(49). A escala foi validada para aplicação em população brasileira em 2015 por Gabriel Coelho. Foram realizadas duas coletas em amostras diferentes, a primeira com 171 adultos e a segunda com 232. A análise fatorial confirmatória apoiou a solução unifatorial, com cinco itens e consistência interna satisfatória, com o coeficiente alpha de Cronbach 0,76(65). Diferente da maioria das escalas de resiliência que procuram identificar fatores individuais de risco ou proteção, esta escala foi projetada para medir a capacidade de recuperação do estresse e da doença(12).

Embora várias escalas tenham sido desenvolvidas para medir a resiliência, poucas são amplamente adotadas, ao mesmo tempo, nenhuma escala é preferível às outras. Conseqüentemente, pesquisadores e profissionais de saúde têm poucas evidências robustas para fazer a sua escolha, o que pode acarretar uma seleção arbitrária e inadequada para a população e o contexto(12). A compreensão das características dos processos que aumentam a resiliência nos indivíduos pode permitir que os profissionais de saúde consigam ajudar a promover comportamentos resilientes durante as transições de vida e períodos de adversidade dos pacientes. Para isso, a ajuda de instrumentos confiáveis e válidos é necessária(34).

A concepção da resiliência como um '*estado psicológico*' e não um traço de personalidade ou uma propriedade neuropsicológica dos indivíduos torna evidente a natureza interativa, desenvolvimental e contextual desse construto.

Ser resiliente em uma situação não garante que o indivíduo será resiliente em outra situação no futuro, mesmo que seja uma situação semelhante(66). Partindo desse mesmo conceito de resiliência como um estado psicológico, Wadi(13) elaborou um modelo integrado de processamento resiliente, a partir de uma revisão de 21 escalas de resiliência (incluindo 4 das validadas no Brasil: “*Escala Disposicional de Resiliência*”; “*Escala de Resiliência de Wagnild e Young*”; “*Escala de Resiliência de Connor-Davidson*”; e “*Escala de Resiliência para Adultos*”) em que, identificou 4 instâncias em comum, que operam no processo de adaptação resiliente: 1- o estado psicológico presente; 2- o estado psicológico futuro; 3- As condições individuais internas; 4- as condições ambientais externas.

Portanto, seguindo o modelo proposto por Wadi(13), as respostas individuais de resiliência são influenciadas a partir da relação dessas instâncias; as 2 primeiras no momento presente do ‘*enfrentamento à adversidade*’: 1- Autocontrole: o resultado da relação entre o estado psicológico presente com as condições individuais internas; 2- Comprometimento em lidar com a adversidade: como resultado da relação entre o estado psicológico presente com as condições ambientais externas; e as 2 últimas instâncias após ou durante o enfrentamento, quando se constata a ‘*adaptação positiva*’: 3- Crescimento: como resultado da relação entre o estado psicológico “futuro” com as condições individuais internas; 4- Capacidade de encontrar soluções apropriadas com os recursos disponíveis: como resultado da relação entre o estado psicológico “futuro” com as condições ambientais externas. Esta proposta de modelo é adequada à percepção atual do construto como processo, que requer um sistema de avaliação multidimensional que inclua

avaliação do processo dinâmico como um todo, e não apenas o conjunto de indicadores pessoais de competência e ajustamento biopsicossocial(66).

4.2 O Autocuidado na Saúde

“A saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro daquilo que fazem no seu dia-a-dia: onde elas aprendem, trabalham, divertem-se e amam. A saúde é construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida, e pela luta para que a sociedade ofereça condições que permitam a obtenção da saúde por todos os seus membros.”

Carta de Ottawa(7)

(Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde - Ottawa, Canadá)

4.2.1 Uma proposta de definição

A promoção da saúde é, na prática, a adoção de uma perspectiva positiva da saúde, visando uma melhor qualidade de vida e o atraso no surgimento de doenças e incapacidades funcionais. Lopes & Tocantins(67) realizaram uma revisão teórica sobre a evolução dos estudos e principais conceitos a respeito da promoção da saúde, constataram que os primeiros estudos buscavam explicar as causas das doenças a partir da qualidade física e química dos ambientes e da qualidade de vida que a população que habitava esses ambientes desfrutava. A partir do século XX o paradigma biologicista foi proposto para explicar a causalidade que envolve o aparecimento de enfermidades, com isso os conceitos de contágio e transmissão ganharam destaque e a bacteriologia foi elevada ao status de ciência. Os esforços para promoção da saúde passaram, então, a se concentrar no combate aos agentes microorganismos e na prevenção da transmissão destes agentes. Porém, reduzir o processo saúde-doença ao aspecto biológico gerou lacunas para a compreensão da relação entre as condições de vida da população e o

adoecimento. A partir da década de 1970, a ideia de multidimensionalidade do processo saúde-doença ganhou força e as propostas para promoção da saúde foram ampliadas. As estratégias de intervenção e prevenção, nesse momento, passaram a contemplar além dos aspectos biomédicos, também os aspectos ambientais, a assistência à saúde e o estilo de vida(67,68). É no auge deste novo contexto histórico, para as propostas de promoção da saúde, que foi realizada a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em 1986, na cidade de Ottawa no Canadá. Esta conferência compilou os princípios fundamentais para a formulação de políticas públicas de promoção da saúde, utilizados até os dias de hoje. O documento, gerado na ocasião, chamado '*Carta de Ottawa*' é considerado um marco para a área da promoção da saúde e é divulgado pela OMS como uma diretriz teórica para ações nesse sentido(7,67,68). Com a divulgação da Carta de Ottawa foi ressaltada a importância da promoção da saúde para aumentar a capacidade dos indivíduos e comunidades de controlarem e melhorarem a própria saúde, pois a saúde, neste documento, é considerada um recurso que os indivíduos possuem e que devem utilizar, contando com a ajuda dos serviços de assistência à saúde, para se desenvolver integralmente, não mais apenas como um objetivo a ser alcançado em uma situação de doença(7,67,68).

Na literatura é possível encontrar diferentes definições de '*autocuidado*' e diferentes aplicações do conceito em pesquisas teóricas e empíricas. Uma possibilidade de definição ampla do autocuidado, no contexto do adoecimento crônico, abrangendo a maior parte das definições mais aplicadas em estudos empíricos deste contexto, foi proposta por Jin et al(8) em sua revisão sistemática da literatura e metanálise. Os autores concluíram que as diferentes

definições e medidas de autocuidado podem ser agrupadas e compreendidas a partir de 3 estilos gerais de comportamento que compõe o processo de manutenção da saúde: 1- Manutenção do autocuidado: através da aplicação de comportamentos de promoção da saúde ou comportamentos de estilo de vida (por exemplo, preparar comidas saudáveis, praticar atividade física, parar de fumar e etc.); assim como comportamentos relacionados à doença, para evitar a sua exacerbação (por exemplo, tomar medicamentos como prescrito, aderir ao tratamento proposto e etc.) e comportamentos que visam manter a estabilidade física e emocional (por exemplo, praticar yoga, meditação, ter momentos de lazer e etc.); 2- Monitoramento do autocuidado: observar a si mesmo e estar atento às mudanças, sinais e sintomas (por exemplo, monitorar o peso, os níveis de glicose no sangue, realizar exames, perceber edemas, nódulos, notar que está se sentindo mais fatigado que o normal e etc); 3- Gestão do autocuidado: responder adequadamente aos sinais e sintomas quando estes ocorrerem (por exemplo, ajustar a insulina, iniciar uma dieta, decidir iniciar ou aumentar a intensidade e frequência da atividade física e etc). Este modelo explicativo para o autocuidado é coerente com, e de certa forma inspirado, na teoria de médio alcance do autocuidado para doenças crônicas proposta por Riegel et al(69) que define o autocuidado como a combinação de gestão da doença com promoção da saúde.

Está claro que o comportamento é um determinante primário para a promoção da saúde. O autocuidado é simultaneamente um atributo e uma necessidade universal humana, regido por princípios de aplicação geral, porém, orientado para a prática e a responsabilidade estritamente pessoal. O sistema de saúde, quando focado exclusivamente no tratamento dos quadros

agudos de doença, pode acabar não informando e capacitando os pacientes para realizar o autocuidado e prevenir ou tratar corretamente doenças crônicas(70). Segundo dados da OMS(3), as doenças crônicas que geram o maior impacto na saúde pública mundial são as doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, alguns tipos de câncer e doenças respiratórias crônicas. Essas mesmas doenças têm em comum os principais fatores de risco modificáveis, que são comportamentais: tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e consumo de álcool(1). Esses mesmos fatores comportamentais também estão associados ao sobrepeso, à obesidade e às altas prevalências de hipertensão arterial(4).

4.2.2 Fatores comportamentais de risco para adoecimento crônico

Em resposta ao aumento das prevalências de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na população brasileira, o Ministério da Saúde do Brasil lançou “*O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022*”, definindo ações e investimentos necessários para promoção da saúde e redução dos fatores de risco, através da melhoria da atenção à saúde, detecção precoce e tratamento oportuno(1). O plano foi delineado para ação em 3 eixos: 1- Vigilância: monitoramento dos fatores de risco, da morbidade e da mortalidade específicas das doenças; assim como monitoramento das respostas dos sistemas de saúde, incluindo a gestão, implantação de políticas e planos, infraestrutura, recursos humanos e acesso a serviços de saúde essenciais, inclusive a medicamentos. As principais ações de vigilância são a realização de pesquisas epidemiológicas e a realização de inquéritos populacionais, como inquéritos telefônicos; 2- Promoção da saúde: estabelecendo parceria entre ministérios de governo, organizações não governamentais, empresas e sociedade civil para viabilizar intervenções que visem superar os fatores determinantes do processo saúde-doença, reduzindo as doenças bem como os fatores de risco, especialmente para as populações mais vulneráveis. As principais ações de promoção da saúde envolvem o incentivo à prática de atividades físicas, apoio à alimentação saudável, redução do tabagismo e do consumo de álcool; e implantação de modelos de atenção integral que ofereça suporte ao envelhecimento ativo; 3- Cuidado integral: realização de ações que visam fortalecer a capacidade de resposta do Sistema Único de Saúde para a prevenção e o controle das DCNT, através da definição e implementação de

protocolos e diretrizes clínicas das DCNT, com base em evidências de custo-efetividade, capacitação das equipes da Atenção Primária em Saúde; expandindo recursos de telemedicina, segunda opinião e cursos à distância, para qualificação da resposta às DCNT; ampliação do acesso gratuito aos medicamentos e insumos estratégicos previstos nos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas das DCNT e tabagismo; aperfeiçoamento do rastreamento do câncer do colo do útero e de mama universalizando esses exames a todas as mulheres, reduzindo desigualdades e garantindo acesso ao tratamento de lesões precursoras de câncer(1). O primeiro eixo que formula estratégias de vigilância tem como ferramenta a aplicação de inquéritos de saúde para a população. Os inquéritos são essenciais para avaliar o sistema de saúde a partir da perspectiva do usuário; além disso, os inquéritos têm a função de prover informações de saúde que são imprescindíveis para o planejamento dos programas e políticas de saúde, mas que, em geral, não são registradas nos sistemas de informação em saúde(71).O segundo eixo que formula as estratégias de promoção da saúde, tem uma ação mais direta para o enfrentamento dos fatores de risco comportamentais:

A alimentação saudável. A dieta é um dos principais determinantes para a saúde de um indivíduo, principalmente na prevenção de doenças cardiometabólicas e câncer. Diretrizes internacionais e nacionais vêm ressaltando a importância das recomendações nutricionais. O Guia alimentar para população brasileira publicado em 2014 pelo Ministério da Saúde do Brasil é pautado no conhecimento científico e traz recomendações para escolha de alimentação saudável, a fim de auxiliar na promoção da saúde da população e na redução do risco de aparecimento de doenças crônicas(72). As

recomendações do Guia Alimentar vão ao encontro dos padrões alimentares saudáveis em diferentes estágios de vida. Reforçam ainda que, a orientação de alimentação saudável deve ser individualizada de forma a atender as escolhas e características socioculturais de cada indivíduo. De maneira geral, aconselha o consumo de vegetais, grãos, legumes, cereais, lácteos desnatados, carnes magras e fibras. Por outro lado, ressalta a importância de se restringir o consumo de alimentos '*ultraprocessados*', isso porque, os alimentos ultraprocessados são preparados com alto teor de açúcares, gorduras e sódio, possuem maior densidade energética, contribuindo para maior consumo calórico e ganho de peso(72).

A atividade física. Em 2020, a OMS publicou uma atualização da Diretriz de Recomendações de Atividade Física para a Saúde, baseada em novas evidências científicas sobre o benefício da atividade física em crianças e adolescentes, adultos e idosos(73). Segundo o Guia de Atividade Física para a População Brasileira(74), a atividade física pode ser definida como qualquer movimento corporal produzido pelo músculo esquelético que necessite de gasto energético, como atividades do trabalho, atividades domésticas, de transporte, de lazer, participações em exercícios físicos e esportes. A prática regular de atividade física é considerada uma ferramenta não farmacológica no controle e manejo de doenças crônicas não transmissíveis, tais como as doenças cardiovasculares, o câncer, a diabetes e a obesidade. Adultos acima de 18 anos devem praticar alguma atividade física de intensidade moderada (caminhar, correr, pedalar, dançar, praticar esportes, lutas, ginásticas, yoga e algumas tarefas domésticas), por no mínimo 150 minutos semanais. Em

contrapartida, quando os níveis de atividade física estão demasiadamente baixos, entende-se como comportamento sedentário(73,74).

Consumo de álcool e tabagismo. São comportamentos não recomendáveis em nenhuma dosagem. São realizadas pesquisas e levantamentos epidemiológicos que mapeiam estes comportamentos, com o objetivo de melhor embasar e direcionar as ações de prevenção, como o Levantamento Nacional Sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, publicado pela Secretaria Nacional Antidrogas, em 2009(75), e as Diretrizes para Cessação do Tabagismo, publicada pela Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT), em 2008(76).

4.3 A relação entre resiliência psicológica e as práticas de autocuidado.

“A psicologia da saúde é o conjunto de contribuições educacionais, científicas e profissionais específicas da Psicologia, utilizadas para a promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento das doenças, identificação da etiologia e diagnóstico (de problemas) relacionados à saúde, doença e disfunções, para a análise do sistema de atenção à saúde e formação de políticas de saúde”

Joseph Matarazzo(14)

(Psicólogo Americano. Formulou a definição clássica de psicologia da saúde)

A resiliência tornou-se um tema de interesse para muitas áreas da ciência, tendo sido estudada por pesquisadores da psicologia, sociologia, enfermagem, medicina, educação, entre outros(13). Por ser um construto com caráter cognitivo, a resiliência está presente em todos os seres humanos. Embora cada pessoa apresente níveis diferentes de resiliência e a vivencie de forma particular, os pesquisadores procuram formas de avaliar ou mensurar a resiliência, com o objetivo de construir modelos de prevenção e promoção da saúde, principalmente a saúde mental(77). Ao mesmo tempo, o autocuidado é um processo desafiador para os pacientes que convivem com condições crônicas(8,10). Intervenções centradas na doença podem ser insuficientes para manejar as doenças crônicas, por outro lado, abordagens centradas no paciente buscam capacitá-los a lidar com as demandas das condições crônicas, melhorando a adesão ao tratamento e tornando-os principais agentes da gestão de sua saúde(10). Abordar a relação entre resiliência e autocuidado pode ser um caminho para a formulação de estratégias que visam melhorar a resposta dos pacientes ao adoecimento crônico, considerando a resiliência

como uma capacidade passível de ser desenvolvida em qualquer fase da vida(8).

Nos últimos anos, alguns estudos foram realizados no intuito de analisar a existência da relação entre a resiliência psicológica e atitudes de autocuidado no contexto do adoecimento crônico. Jin et al.(8) realizaram uma revisão sistemática da literatura e identificaram 14 estudos observacionais que utilizaram alguma das escalas validadas de resiliência e de alguma forma mensuraram as atitudes de autocuidado de pacientes crônicos. Destes, 8 estudos foram incluídos na metanálise, onde o tamanho do efeito da correlação entre resiliência e autocuidado foi medido. O coeficiente de correlação agrupado foi de 0,29 ($p < 0,01$, 95% IC [0,12 - 0,44]) indicando uma relação significativa e positiva entre resiliência e autocuidado nessas amostras. Os autores concluíram que os achados dos estudos analisados pareciam apontar para uma relação bidirecional entre resiliência e autocuidado. Isto porque intervenções focadas no autocuidado pareceram melhorar os níveis de resiliência, ao mesmo tempo que as intervenções focadas na resiliência pareceram melhorar os níveis de autocuidado. Embora esses achados sejam interessantes e promissores para futuras estratégias de intervenção clínica, a metanálise também teve limitações importantes, entre elas o fato de só ter incluído estudos publicados na língua inglesa. Além disso os próprios estudos incluídos também apresentaram algumas limitações metodológicas, como terem amostras pequenas e terem sido realizados em apenas um centro. Novas pesquisas são necessárias para confirmar a existência de relação bidirecional entre resiliência e autocuidado(8).

Outra metanálise de estudos sobre a relação entre resiliência e autocuidado foi realizada por Pesantes et al.(10). Os pesquisadores encontraram 17 estudos que descreviam programas de intervenção voltados para o desenvolvimento da resiliência de indivíduos oriundos de populações vulneráveis (grupos sociais com maior risco relativo ou suscetibilidade de sofrer desfechos adversos à saúde; com probabilidade reduzida de receber cuidados oportunos e de qualidade para suas condições crônicas; ou aqueles que têm menos oportunidades de colocar em prática o tratamento e as recomendações sugeridas a eles quanto ao manejo de sua condição crônica), em geral minorias étnicas. Todos os estudos incluíram participantes que vivem nos EUA. 3 dos estudos encontrados visavam a redução da hipertensão e melhorias no controle da pressão arterial, contudo as intervenções utilizadas em cada um deles variaram amplamente e em nenhum dos estudos foi relatado efeito significativo; por esse motivo esses estudos não foram incluídos na metanálise. Os outros 14 estudos encontrados visavam o controle do diabetes por meio do aumento da resiliência: 6 destes relataram melhorias na hemoglobina glicada (HbA1c) ao comparar a intervenção versus o grupo controle; 4 não relataram nenhum efeito e os outros 4 relataram melhorias ao comparar as medidas basais com as medidas de acompanhamento no grupo de intervenção. Nestes estudos as intervenções também variaram muito, no entanto, não foi observada heterogeneidade e a meta-análise foi realizada. Os resultados foram inconsistentes, embora os indícios pareçam indicar melhora no controle da diabetes, os estudos tinham limitações metodológicas quanto ao tamanho da amostra, o tempo de duração dos segmentos e a variabilidade das intervenções propostas(10).

Diversos estudos analisaram medidas heterogêneas de bem estar mental (não necessariamente resiliência) com atitudes de autocuidado no manejo de doenças crônicas, como os estudos analisados por Robertson et al.(9), em sua revisão da literatura sobre a relação entre saúde emocional e o cuidado com o diabetes. Dos 22 estudos analisados apenas 4 avaliaram a resiliência. De maneira geral, esses estudos indicaram que o bem-estar foi positivamente associado com maior adesão à dieta e exercícios e negativamente relacionados à HbA1c; contudo os mecanismos por trás das associações não foram corretamente investigados. Os autores concluem que mais pesquisas são necessárias para investigar a relação entre saúde emocional positiva e comportamentos de saúde, especialmente em ensaios clínicos(9).

Alguns estudos dessa temática também foram desenvolvidos por pesquisadores latinos e brasileiros, nos últimos anos. Destacamos o estudo transversal realizado por Malagris(11), com 100 participantes de ambos os sexos, sendo 50 deles pacientes com diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial em atendimento ambulatorial na cidade do Rio de Janeiro. Este estudo utilizou instrumentos de medida psicométrica para avaliar os níveis de resiliência, estresse e apoio social dos participantes. Neste estudo os níveis de resiliência não variaram entre os grupos de pacientes com e sem doenças, porém, quando avaliada a interação entre apoio social e resiliência, foi identificado que no grupo com doenças houve uma relação positiva entre maiores níveis de resiliência e mais apoio social relacionado à interação social(11).

Todos os autores acima referenciados concluíram os seus estudos apontando a necessidade de serem realizadas novas pesquisas com populações diferentes, maiores quantidades de participantes e rigor metodológico, para ser possível estabelecer-se melhores evidências da relação entre resiliência psicológica e autocuidado com a saúde, no contexto do adoecimento crônico.

5 MÉTODO

5.1 Desenho e local do estudo

Trata-se de um estudo de corte transversal com a utilização de um questionário virtual, auto preenchido por meio de celular ou computador com acesso à Internet. A coleta de dados ocorreu entre 01 de novembro de 2021 e 29 de março de 2022.

5.2 Amostra

O estudo foi realizado em uma população de interesse: pacientes dos ambulatórios de ginecologia geral e ginecologia endócrina do Instituto Nacional de Saúde da Criança, do Adolescente e da Mulher Fernandes Figueira – FIOCRUZ, RJ.

5.2.1 Cálculo amostral

O cálculo amostral foi realizado utilizando o programa G*Power (v. 3.1.9.7). Assumindo um tamanho de efeito (f^2) médio de 0,15, um valor de alfa de 0,05 e um número de preditores igual a 16, conforme o modelo de análise de moderação construído no presente estudo, um total de 143 participantes seria necessário para atingir 80% de poder estatístico. Análises a posteriori demonstraram que o modelo construído com 159 participantes, 16 preditores e um tamanho de efeito (f^2) de 0,143 demonstrou 83,7% de poder estatístico.

5.2.2 Critérios de inclusão

- Ser paciente do ambulatório de ginecologia do IFF;
- Ser maior de 18 anos;

5.2.3 Critérios de exclusão

- Não conseguir ler e compreender o inquérito, total ou parcialmente;
- Por algum motivo não concluir todas as etapas do inquérito;

5.3 Procedimentos

Foi enviado, através do aplicativo de mensagem “WhatsApp”, a todas as pacientes elegíveis e em acompanhamento ambulatorial pelo serviço de ginecologia do IFF/FIOCRUZ – RJ, no período de novembro de 2021 a abril de 2022, um convite eletrônico (Apêndice A) para responder ao formulário *online* da pesquisa. Após ler o convite, e ao desejar voluntária e anonimamente participar da pesquisa, cada participante acessou o link para o formulário eletrônico (formato Google Forms), contido no próprio convite. A primeira página do formulário apresentou o texto integral do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (CEP/IFF) na data 27/10/2021. Ao final do texto do TCLE, na mesma página, foi apresentada a pergunta “*aceita participar dessa pesquisa?*” com as alternativas “*sim*” que automaticamente abria as demais páginas do formulário que continham as perguntas do questionário, ou “*não*” que encerrava o formulário com um agradecimento pela atenção concedida. Todos os convites foram enviados exclusivamente pela pesquisadora assistente (psicóloga, oficialmente cadastrada na plataforma do Conselho de Psicologia e autorizada, também pelo Conselho, a fazer acolhimento remoto por qualquer meio ou dispositivo online). A pesquisadora assistente também foi a única responsável por responder e esclarecer quaisquer dúvidas das

pacientes em relação à pesquisa e ao formulário, bem como prestar acolhimento, caso solicitado.

Foram enviados convites para mais de 600 mulheres, maiores de 18 anos, com consulta agendada para o ambulatório de ginecologia do IFF, entre os meses de realização da pesquisa. Dessas, 161 acessaram o formulário, porém 2 recusaram a participação clicando 'não' ao fim do TCLE, no formulário *online*. Por fim, 159 pacientes aceitaram participar, responderam todo o questionário e foram incluídas no estudo.

5.4 Coleta dos dados

Foram utilizadas questões validadas em inquérito de saúde aplicado, previamente, no Brasil. As perguntas referentes ao diagnóstico de doenças crônicas não transmissíveis e aos hábitos de estilo de vida (hábitos de fumar, tipo e frequência da alimentação, consumo de bebidas alcoólicas, prática de atividade física, frequência de realização de exames clínicos, entre outros) foram adaptadas do inquérito telefônico do Ministério da Saúde: *Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico* de 2019(5). Para avaliar o escore de Resiliência foi utilizada a escala psicométrica validada para uso no Brasil em população adulta: “*Escala de Resiliência de Wagnild & Young*”(63). Também foram incluídas perguntas sobre variáveis sociodemográficas e clínicas, adaptadas das informações previamente registradas nos prontuários clínicos utilizados nos ambulatórios de ginecologia do IFF. Todas as variáveis constam no formulário de coleta (Apêndice C).

5.5 Análise estatística dos dados

Todas as análises foram conduzidas utilizando o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). O escore de resiliência foi calculado de acordo com a normativa do instrumento. A análise descritiva de todas as variáveis foi realizada utilizando frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas; e médias e desvios-padrão para as variáveis contínuas.

A normalidade dos dados foi avaliada por meio do teste de Shapiro-Wilk. Os resultados demonstraram que a variável 'resiliência' teve distribuição normal (S-W (159) = 0,083, $p > 0,05$). Foi realizada uma análise de variância das médias de resiliência a cada grupo de preditores categóricos, utilizando os testes ANOVA-*One Way*, quando as variáveis tiveram 3 ou mais grupos categóricos, e o Teste *t* de Student para amostras independentes, quando as variáveis foram binárias. O pressuposto de homogeneidade de variância foi avaliado por meio do teste de Levene. Considerando a heterogeneidade da variância, foi solicitada a correção de Welch e avaliação de post-hoc por meio da técnica de Games-Howell(78). Foram realizados procedimentos de *Bootstrapping* com 1000 reamostragens (95% IC BCa, bias-corrected and accelerated) para se obter uma maior confiabilidade dos resultados, corrigir desvios de normalidade da distribuição da amostra (a cada preditor categórico) e diferenças entre os tamanhos dos grupos e, também, para apresentar um intervalo de confiança de 95% para as diferenças entre as médias.

A análise descritiva das variáveis, escolhidas como preditoras para as análises de moderação, foi realizada utilizando frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas; frequências médias e desvios-padrão, com erros-padrão e intervalos de confiança de 95%, gerados pelo

procedimento de Bootstrapping com 5000 reamostragens e método corrigido e acelerado por viés (BCa, bias-corrected and accelerated) para variáveis contínuas. A análise de moderação foi testada no macro PROCESS (versão 4.1) para o SPSS utilizando um modelo de regressão linear múltipla, com entrada simultânea, tendo como variável dependente os escores de resiliência, a partir dos efeitos principais e interações de segunda e terceira ordem, entre as variáveis categóricas dicotômicas 'Morar sozinha' (0 = Não; 1 = Sim) e 'Ter filhos' (0 = Não; 1 = Sim); e da variável contínua idade, conforme sugerido por Hayes(79). O modelo foi ajustado para as covariáveis etnia, estado civil, escolaridade e religiosidade, que foram transformadas em variáveis fictícias (dummy), à exceção de religiosidade (variável dicotômica; 0 = Não; 1 = Sim), antes de serem inseridas no modelo. Para as variáveis fictícias, a categoria de cada variável que apresentou maior frequência absoluta foi utilizada como de referência. A interação foi provada utilizando a abordagem 'pick-a-point', onde valores de resiliência estimados, utilizando as codificações 0 e 1 para cada uma das variáveis preditoras, e os valores de idade representados pelos percentis arbitrários 16 (31 anos), 50 (43 anos) e 84 (52 anos), conforme sugerido por Hayes(79), para representar toda a distribuição de idade. Valores de $p \leq 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

As análises de associação entre as variáveis foram realizadas utilizando a razão de verossimilhança, baseada na teoria de máxima verossimilhança, preferível para amostras pequenas(79), ou o teste exato de Fisher. As análises de moderação foram testadas no macro PROCESS (versão 4.1) para o SPSS utilizando um modelo de regressão logística binária, com entrada simultânea, tendo como variáveis dependentes os cuidados com a saúde (alimentação,

exercício físico, fumar e consumir álcool), conforme sugerido por Hayes(79). Os modelos foram ajustados para as covariáveis idade, etnia, estado civil e escolaridade, que foram transformadas em variáveis fictícias (dummy), à exceção de religiosidade (variável dicotômica; 0 = Não; 1 = Sim), antes de serem inseridas no modelo. Para as variáveis fictícias, a categoria de cada variável que apresentou maior frequência absoluta foi utilizada como de referência. Valores de $p \leq 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

5.6 Aspectos éticos

Todas as pacientes convidadas a participar desta pesquisa foram corretamente informadas sobre o tema, os objetivos e principais informações acerca da pesquisa. A todas foi garantido o direito de recusar e interromper a participação a qualquer momento. Também foi garantido o direito à confidencialidade dos dados. Após abrir o formulário *online* da pesquisa, na primeira página foi apresentado na íntegra o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), aprovado pelo CEP/IFF com o número de registro CAAE: 51632621.3.0000.5269, parecer 5.065.544, na data 27/10/2021, seguido das opções de aceitar ou recusar participar da pesquisa.

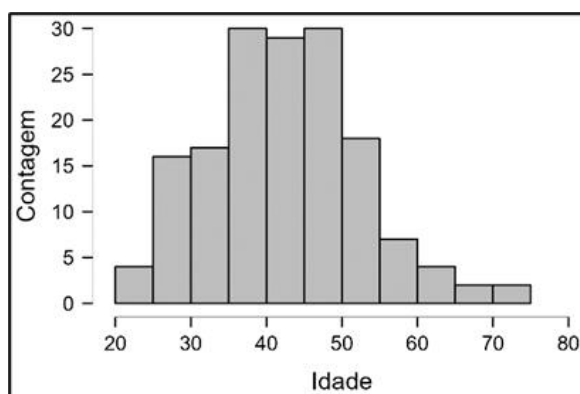
Não houve qualquer custo adicional para a participação no estudo e nem eventual risco à saúde, uma vez que a participante pôde responder ao formulário, em sua própria casa, sem expor-se à rua. Não houve em nenhuma parte, seja no questionário ou na escala, perguntas sensíveis ou menção a quadros emocionais mais complexos. Contudo, foi oferecido acolhimento psicológico remoto, caso a participante desejasse ser ouvida em qualquer

demanda relacionada à pesquisa, pela pesquisadora assistente. A pesquisa não contou com a administração de medicamentos, sendo a equipe médica do Ambulatório de Ginecologia do IFF/FIOCRUZ a única responsável pela prescrição de fármacos. Nenhuma taxa foi cobrada pela participação na pesquisa. Os instrumentos utilizados foram de inteira responsabilidade financeira da pesquisadora assistente. Não houve fonte de financiamento e fomento para o projeto. A pesquisadora assistente foi beneficiada, durante o curso de mestrado acadêmico, pelo programa de bolsas da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

6 RESULTADOS

De maneira geral, a amostra de 159 mulheres apresentou média de $43,10 \pm 10,25$ anos de idade, a distribuição da variável 'idade' está ilustrada na **figura 1**. A normalidade dos dados foi avaliada por meio do teste Shapiro-Wilk, o resultado demonstrou que a variável 'resiliência' teve distribuição normal (S-W (159) = 0,083, $p > 0,05$). A **tabela 1** apresenta a descrição da variável 'resiliência' e os percentis (quartis da distribuição normal) de classificação dos níveis de resiliência.

Figura 1. Distribuição da variável idade.



Nota: a variável 'idade' teve distribuição normal (S-W (159) = 0,105, $p > 0,05$)
 Fonte: elaborada pela autora.

Tabela 1. Descrição da variável resiliência.

	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Percentis		
					25	50	75
Resiliência	138,14	139	87	175	128	139	149

Fonte: elaborada pela autora.

Em relação às características sociodemográficas, a maioria relatou ser de etnia parda (51,6%); ter filhos (83,6%); ser casada ou estar em uma união estável (52,2%); não morar sozinha (94,3%); ter o ensino médio completo (59,1%); estar economicamente ativa (50,3%); ter renda familiar inferior a 2 salários-mínimos mensais (48,4%) e pertencer a alguma religião ou ter uma forma particular de crença e espiritualidade (92,5%). A respeito das características clínicas, a maioria das participantes relatou sobrepeso (42,9%)

ou obesidade (35,3%), mas não recebeu diagnóstico de Hipertensão Arterial (63,5%) e nem de Diabetes Mellitus (85,5%). Entre as que receberam diagnóstico de hipertensão ou diabetes, com prescrição de tratamento farmacoterápico, 44,9% conseguem os medicamentos gratuitamente pelo SUS, enquanto 32,7% os obtêm pelo programa de farmácia popular e 22,4% recorre a uma drogaria privada. Apenas 22% das participantes fazem uso de algum ansiolítico ou antidepressivo e 8,2% estão fazendo tratamento psicoterápico. A maioria avaliou o próprio estado de saúde como “regular” (52,8%), seguido por “bom” (23,3%), “muito bom” (10,7%), “ruim” (8,8%) e “muito ruim” (1,3%); algumas não souberam dizer como avaliam a própria saúde (3,1%).

Quanto ao acesso aos serviços de saúde, a maioria delas relatou não possuir plano de saúde ou convênio médico (95,6%). Os motivos pelos quais foram encaminhadas ao Instituto Fernandes Figueira (IFF) variaram entre 7 grupos de queixas principais: 33,3% relataram miomas, pólipos e/ou cistos ovarianos; 33,3% relataram grande desconforto por sangramento vaginal excessivo, endometriose ou incontinência urinária; 11,9% receberam indicação cirúrgica para laqueadura, histerectomia ou ooforectomia; 9,4% por gestação de risco; 5% por problemas de infertilidade; 4,4% por questões endócrinas como tireóide, menopausa ou obesidade; e 2,5% por terem nódulos nos seios ou câncer de mama. Em relação ao tempo que essas mulheres são atendidas pelo IFF, 12,6% delas é paciente há mais de 10 anos; 7,5% entre 5 e 10 anos; 33,3% entre 1 e 5 anos; 21,4% entre 6 meses e 1 ano e 25,2% se tornaram paciente a menos de 6 meses da data do inquérito. As participantes também avaliaram a experiência de ser paciente do IFF, para 25,2% é “excelente”;

45,9% consideram “muito boa” e 20,1% “boa”; 5,6% avaliou como “regular”; 2,5% como “ruim” e apenas 1 participante (0,6%) disse ser “horrível”.

Por fim, no que diz respeito aos comportamentos de autocuidado com a saúde, a maioria relatou ter realizado os exames periódicos, recomendados pelo serviço, para monitorar o estado de saúde, nos últimos 6 meses: aferição da pressão arterial (86,2%), glicemia (56,6%), preventivo de câncer de colo do útero (64,2%) e mamografia (49%). Quanto aos hábitos alimentares, 54,7% consumiram feijão, 41,5% legumes e verduras e 23,3% frutas em, no mínimo, 5 dias na semana. Enquanto apenas 13,8% consumiram refrigerantes ou sucos artificiais na mesma frequência de 5 dias por semana. A maioria das participantes evitou bebidas artificiais, consumindo nunca ou quase nunca (38,9%). Sobre consumo de álcool, nenhuma participante relatou consumir álcool em uma frequência igual ou superior a 5 dias na semana; a maioria relatou consumir nunca ou quase nunca (69,8%). 87,4% participantes não fumam, 8,2% fumam diariamente e 4,4% disseram fumar, mas não diariamente. 40,3% afirmaram ter praticado alguma atividade física nos últimos 3 meses. A **tabela 2** descreve as características sociodemográficas, clínicas e comportamentais da amostra estratificada de acordo com o nível de resiliência.

Tabela 2. Características da amostra por nível de resiliência.

Características da Amostra	Nível de Resiliência			Total
	Baixo P < 25 n(%)	Médio 25 < P < 75 n(%)	Alto P > 75 n(%)	
Faixa Etária				
18-44	23 (25)	44 (47,83)	25 (27,17)	92 (100)
45-59	12 (20,33)	33 (55,93)	14 (23,72)	59 (100)
60+	2 (25)	2 (25)	4 (50)	8 (100)
Raça				
Parda	14 (17,07)	41 (50)	27 (32,92)	82 (100)
Branca	10 (27,77)	18 (50)	8 (22,22)	36 (100)
Negra	12 (33,33)	18 (50)	6 (16,66)	36 (100)
Amarela	1 (33,33)	2 (66,66)	-	3 (100)
Indígena	-	-	2 (100)	2 (100)
Filhos				
Sim	29 (21,80)	68 (51,13)	36 (27,07)	133
Não	8 (30,77)	11 (42,31)	7 (26,92)	(100)
				26 (100)
Estado Civil				
Casada/União Estável	19 (22,89)	43 (51,81)	21 (25,30)	83 (100)
Solteira	14 (25)	27 (48,21)	15 (26,79)	56 (100)
Divorciada	4 (25)	6 (37,50)	6 (37,50)	16 (100)
Viúva	-	3 (3,79)	1 (2,32)	4 (100)
Mora Sozinha				
Sim	4 (44,44)	2 (22,22)	3 (33,33)	9 (100)
Não	33 (89,18)	77 (97,46)	40 (93,02)	150
				(100)
Escolaridade				
Fundamental Incompleto	4 (26,66)	8 (53,33)	3 (20)	15 (100)
Fundamental Completo	5 (20)	13 (52)	7 (28)	25 (100)
Médio Completo	22 (23,40)	44 (46,81)	28 (29,79)	94 (100)
Superior Completo	6 (24)	14 (56)	5 (20)	25 (100)
Situação Ocupacional				
Ativa	20 (25)	39 (48,75)	21 (26,25)	80 (100)
Desempregada	12 (24,49)	25 (51,02)	12 (24,49)	49 (100)
Do lar	5 (17,86)	14 (50)	9 (32,14)	28 (100)
Aposentada	-	1 (50)	1 (50)	2 (100)
Renda Familiar				
< 2 SM	15 (19,48)	34 (44,16)	28 (36,36)	77 (100)
> 2 SM	12 (32,43)	22 (59,45)	3 (8,11)	37 (100)
Sem renda fixa	10 (22,22)	23 (51,11)	12 (26,66)	45 (100)
Religiosidade/Espiritualidade				
Sim	35 (23,81)	73 (49,66)	39 (26,53)	147
Não	2 (16,66)	6 (50)	4 (33,33)	(100)
				12 (100)
Estado Nutricional (IMC)				
Eutrófica	4 (11,77)	20 (58,82)	10 (29,41)	34 (100)
Sobrepeso	20 (29,85)	30 (44,78)	17 (25,37)	67 (100)
Obesidade	13 (23,64)	26 (47,27)	16 (29,09)	55 (100)
Hipertensão Arterial				
Sim	13 (22,41)	28 (48,28)	17 (29,31)	58 (100)
Não	24 (23,76)	51 (50,50)	26 (25,74)	101
				(100)
Diabetes Mellitus				
Sim	7 (30,44)	8 (34,78)	8 (34,78)	23 (100)
Não	30 (81,08)	71 (89,87)	35 (81,39)	136

					(100)
Autoavaliação Estado de Saúde					
Muito Bom	3 (17,65)	7 (41,18)	7 (41,18)	17 (100)	
Bom	7 (18,92)	20 (54,05)	10 (27,03)	37 (100)	
Regular	24 (28,57)	37 (44,05)	23 (27,38)	84 (100)	
Ruim	3 (21,43)	9 (64,29)	2 (14,29)	14 (100)	
Muito Ruim	-	2 (100)	-	2 (100)	
Não Sabe	-	4 (80)	1 (20)	5 (100)	
Motivo Encaminhamento IFF					
Miomas, Pólipos e Cistos	10 (18,87)	30 (56,60)	13 (24,53)	53 (100)	
Nódulos ou Câncer de Mama	-	3 (75)	1 (25)	4 (100)	
Problemas Ginecológicos	14 (26,42)	22 (41,51)	17 (32,08)	53 (100)	
Problemas Endócrinos	2 (28,57)	3 (42,86)	2 (28,57)	7 (100)	
Cirurgia	4 (21,05)	10 (52,63)	5 (26,32)	19 (100)	
Gestação de Risco	4 (26,67)	9 (60)	2 (13,33)	15 (100)	
Infertilidade	3 (37,5)	2 (25)	3 (37,5)	8 (100)	
Ansiolítico/ Antidepressivo					
Sim	8 (21,62)	20 (25,31)	7 (16,27)	35 (100)	
Não	29 (78,37)	59 (74,68)	36 (83,72)	124 (100)	
Psicoterapia					
Sim	4 (30,77)	8 (61,54)	1 (7,69)	13 (100)	
Não	33 (22,60)	71 (48,63)	42 (28,77)	146 (100)	
Prática Alimentar*					
Saudável	2 (14,29)	6 (42,86)	6 (42,86)	14 (100)	
Menos saudável	35 (24,14)	73 (50,35)	37 (25,52)	145 (100)	
Consumo de Alcool					
Semanal	10 (20,83)	24 (50)	14 (29,17)	48 (100)	
Quase Nunca/Nunca	27 (24,32)	55 (49,55)	29 (26,13)	111 (100)	
Tabagismo					
Sim	5 (25)	9 (45)	6 (30)	20 (100)	
Não	32 (23,02)	70 (50,36)	37 (26,62)	139 (100)	
Prática de Atividade Física					
> 150 minutos semanais	7 (25,93)	12 (44,44)	8 (29,63)	27 (100)	
149 - 10 minutos semanais	9 (27,27)	15 (45,46)	9 (27,27)	33 (100)	
< 10 minutos semanais	21 (21,21)	52 (52,53)	26 (26,26)	99 (100)	
Tipo Principal de Atividade Física					
Física	11 (34,38)	14 (43,75)	7 (21,88)	32 (100)	
Caminhada	-	2 (33,33)	4 (66,67)	6 (100)	
Corrida	2 (18,18)	5 (45,45)	4 (36,36)	11 (100)	
Musculação/Ginástica	-	2 (100)	-	2 (100)	
Hidroginástica	-	3 (60)	2 (40)	5 (100)	
Bicicleta	-	1 (100)	-	1 (100)	
Jogos de Quadra	1 (33,33)	1 (33,33)	1 (33,33)	3 (100)	
Dança	23 (23,23)	51 (51,51)	25 (25,25)	99 (100)	
Nenhuma					
Total	37 (23,27)	79 (49,69)	43 (27,04)	159 (100)	

2 SM: 2 Salários-mínimos / IMC: Índice de Massa Corporal/ IFF: Instituto Fernandes Figueira/ P: Percentil/ * Consumiram simultaneamente feijão, legumes, verduras e frutas em pelo menos 5 dias por semana. Fonte: elaborada pela autora.

As mulheres que obtiveram percentil médio na escala de resiliência formam a maioria da amostra geral e são a maioria em quase todos os grupos de fatores sociodemográficos, clínicos e comportamentais. As participantes com maiores níveis de resiliência foram mais prevalentes entre as mulheres com mais de 60 anos de idade, as que se autodeclararam indígenas e as que praticaram corrida nos últimos 3 meses. Em alguns fatores, houve empate entre as mulheres com nível médio e alto de resiliência. Foi o caso das participantes divorciadas; aposentadas; diabéticas; as que avaliaram a própria saúde como 'muito boa' e aquelas que tiveram o padrão alimentar mais saudável. Entre as mulheres que foram encaminhadas ao serviço com queixa de infertilidade, o grupo médio foi o menos prevalente entre os 3 níveis de resiliência; a 'infertilidade' é a única variável em que isso ocorreu. Em relação aos níveis mais baixos de resiliência, o fator "morar sozinha" foi o único de maior prevalência entre todas as variáveis.

A **tabela 3** descreve as prevalências dos fatores de risco ou proteção para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) da amostra, em comparação com os dados prévios de adultos (≥ 18 anos), classificados por gênero (mulheres ou ambos os sexos) e localidade (residentes no estado do Rio de Janeiro ou no somatório nacional das capitais dos estados), levantados e reportados pelo Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL, 2021).

Tabela 3. Prevalências dos indicadores de risco ou proteção para DCNTs

Fatores	Participantes n(%)	Dados Capital/RJ (Vigitel 2021)		Dados Nacionais (Vigitel 2021)	
		Mulheres % [IC 95%]	Total % [IC 95%]	Mulheres % [IC 95%]	Total % [IC 95%]
IMC					
≥ 25 kg/m ²	67 (42,94)	49,42 [43,08-55,77]	56,09 [50,99-61,18]	55 [53,01-56,99]	57,25 [55,73-58,76]
≥ 30 kg/m ²	55 (35,25)	20,09 [15,75-24,45]	21,46 [17,38-25,55]	22,64 [21,10-24,18]	22,35 [21,12-23,59]
Hipertensão Arterial					
Diagnóstico Médico	58 (36,47)	31,81 [26,63-36,99]	31,97 [27,55-36,39]	27,13 [25,53-28,72]	26,34 [25,07-27,61]
Tratamento/Medicação	43 (74,13)	90,51 [85,78-95,24]	84,99 [79,07-90,91]	84,75 [82,23-87,28]	81,29 [79,03-83,56]
Diabetes Mellitus					
Diagnóstico Médico	23 (14,46)	11,10 [8,05-14,15]	10,86 [8,57-13,15]	9,61 [8,76-10,46]	9,14 [8,48-9,79]
Tratamento/Medicação	10 (43,47)	87,79 [78,45-97,14]	90,46 [84,28-96,65]	86,14 [82,56-89,72]	87,81 [84,91-90,71]
Estado de Saúde					
Autoavaliação Negativa	16 (10,06)	6,12 [3,80-8,45]	6,40 [4,17-8,64]	5,52 [4,79-6,25]	4,69 [4,13-5,26]
Mamografia (50-69 anos)					
Algum momento	39 (100)*	92,90 [88,50-97,30]	-	93,29 [91,97-94,61]	-
Últimos 2 anos	39 (100)*	76 [69,60-82,50]		72,81 [70,66-74,97]	
Papanicolau (25-64 anos)					
Algum momento	142(94,66)**	85,80 [79-92,70]	-	85,23 [83,52-86,95]	-
Últimos 3 anos	137(91,33)**	79,90 [72,70-87,10]		77,17 [75,19-79,15]	
Consumo (≥ 5dias/semana)					
Feijão	87 (54,71)	62,19 [56,27-68,10]	66,24 [61,64-70,85]	55,76 [53,79-57,72]	60,42 [58,97-61,88]
Frutas e Hortaliças	79 (49,68)	44,07 [37,81-50,34]	34,39 [28,78-39]	40,98 [39,06-42,90]	36,20 [32,80-35,61]
Refrigerantes	22 (13,83)	11,26 [7,53-14,98]	15,18 [11,31-19,04]	11,28 [9,92-12,64]	14,02 [12,81-15,24]
Tabagismo	20 (12,57)	7,24 [4,36-10,13]	7,65 [5,22-10,09]	6,73 [5,81-7,65]	9,07 [8,22-9,93]
Atividade Física					
≥ 150 minutos/semana	27 (16,98)	24,19 [19,06-29,31]	33,25 [28,36-38,15]	31,26 [29,47-33,05]	36,72 [35,27-38,17]

IMC: Índice de Massa Corporal / * Percentual considerando apenas as 39 mulheres com idades entre 50 e 69 anos / ** Percentual considerando apenas as 150 mulheres com idades entre 25 e 64 anos.

Fonte: elaborada pela autora.

O estado nutricional, classificado pelo Índice de Massa Corporal (IMC), pode ser considerado fator de risco para DCNT quando no estado de sobrepeso ($\geq 25 \text{ kg/m}^2$) ou obesidade ($\geq 30 \text{ kg/m}^2$). A prevalência de sobrepeso entre as participantes do estudo se aproximou bastante da prevalência de sobrepeso entre as mulheres do estado do Rio de Janeiro; por outro lado, a prevalência de obesidade entre as participantes do estudo foi bem acima de todos os grupos populacionais prévios. Quanto ao estado de saúde, a prevalência do diagnóstico conhecido das doenças crônicas: hipertensão arterial e diabetes mellitus, é semelhante entre as mulheres da amostra e os dados prévios das mulheres do estado do Rio de Janeiro; porém, em relação a realizar tratamento medicamentoso para essas morbidades, o percentual da amostra é bem abaixo quando comparado com os dados prévios. A autoavaliação negativa do estado de saúde é mais prevalente entre as participantes deste estudo do que em todos os grupos populacionais prévios. A prevalência de mulheres que realizaram o exame de mamografia e o exame preventivo de câncer de colo do útero (papanicolau) é bem mais alta entre as participantes do estudo. Por fim, quanto aos indicadores comportamentais modificáveis, o consumo semanal de feijão, frutas e hortaliças, assim como de refrigerantes, foi semelhante entre as participantes do estudo e os grupos populacionais prévios, porém a prevalência de tabagismo é maior entre as participantes do estudo. O percentual de mulheres da amostra que fazem pelo menos 150 minutos semanais de atividade física é bem menor, se comparado aos grupos populacionais prévios.

Foram realizados teste *t* de Student para amostras independentes (quando as variáveis tiveram 2 categorias) e teste ANOVA *oneway* (nas

variáveis que tiveram 3 ou mais categorias) com o objetivo de investigar em que medida os níveis de resiliência eram diferentes entre os grupos de variáveis sociodemográficas, clínicas e de indicadores comportamentais de risco para DCNT. Os resultados descritivos das diferenças entre os grupos encontram-se nas tabelas 4, 5 e 6, respectivamente. Na **tabela 4** os resultados da ANOVA demonstraram que havia diferenças entre os grupos de mulheres pardas e de mulheres negras [$Z = 3,321$, $p < 0,021$]. O teste *post-hoc* de Games-Howell, interpretado por meio de procedimentos de *bootstrapping*, confirmou as diferenças significativas entre os grupos de pardas e negras [$\Delta M = 9,230$, IC 95% Bca (2,032 – 16,249)]. O tamanho do efeito da diferença entre esses grupos foi médio e o poder do teste relevante (Cohen's d: 0.55; Power: 0.77).

Tabela 4. Análise da variância das médias de resiliência por indicadores sociodemográficos.

Variáveis Sociodemográficas	n(%)	$\bar{X} \pm DP$	Estimativas de Bootstrapping			p
			Erro Padrão	Limite Inferior	Limite Superior	
Faixa Etária¹						
18-44	92(58)	138,72 ± 17,62	1,87	134,96	142,24	0,787
45-59	59(37)	136,98 ± 15,35	1,96	133,26	141,16	
60+	8(5)	140,13 ± 24,07	8,33	122,33	155	
Raça¹						
Parda	82(51)	141,34 ± 15,42	1,75	137,76	144,74	0,021*
Branca	36(23)	135,64 ± 17,13	2,96	129,86	141,21	
Negra	36(23)	132,11 ± 18,27	2,99	125,97	137,89	
Outra (Amarela/Indígena)	5(3)	147,20 ± 22,96	10,29	128,50	172	
Filhos²						
Sim	133(84)	138,83 ± 16,43	1,43	135,98	141,65	0,308
Não	26(16)	134,65 ± 20,11	3,90	126,57	141,87	
Estado Civil¹						
Casada/União Estável	83(52)	137,07 ± 16,96	1,84	133,13	140,64	0,548
Solteira	56(35)	138,46 ± 16,54	2,23	133,93	142,73	
Divorciada/Viúva	20(13)	141,70 ± 19,37	4,43	131,50	149,62	
Mora Sozinha²						
Sim	9(6)	131,44 ± 25,26	8,50	113,31	148,00	0,382
Não	150(94)	138,55 ± 16,50	1,29	135,99	141,11	
Escolaridade¹						
Fundamental Incompleto	15(9)	135,13 ± 14,13	3,72	127,50	142,23	0,807
Fundamental Completo	25(16)	140,04 ± 15,02	3,02	133,93	145,75	
Médio Completo	94(59)	138,50 ± 18,29	1,92	134,85	142,25	
Superior Completo	25(16)	136,72 ± 16,47	3,34	130,43	143,48	
Situação Ocupacional¹						
Ativa	80(50)	138,95 ± 15,66	1,83	135,24	142,42	0,520
Desempregada	49(31)	136,08 ± 19,22	2,71	130,34	141,25	
Do lar/Aposentada	30(19)	139,37 ± 17,32	3,18	133,32	145,54	
Renda Familiar¹						
< 2 SM	77(48)	140,23 ± 17,28	1,96	136,13	144,09	0,208
> 2 SM	37(23)	134,19 ± 14,34	2,33	129,79	138,85	
Sem renda fixa	45(28)	137,82 ± 18,52	2,69	132,42	142,86	
Espiritualidade²						
Sim	147(92)	137,59 ± 16,49	1,33	135	140,24	0,285
Não	12(8)	144,92 ± 22,98	6,69	130,61	157,28	

IC (95% IC Bca) – Intervalo de Confiança da estimativa de Bootstrapping/ 2 SM – 2 Salários-mínimos/ ¹ Anova One Way/ ² Teste t de Student / * Significativo $p < 0,05$.

Fonte: elaborada pela autora.

Na **tabela 5**, os resultados do teste *t* demonstraram que as participantes que não faziam psicoterapia tiveram escore estatisticamente maior ($M= 138,89$; $DP= 17,02$) do que aquelas que faziam ($M= 129,77$; $DP= 16,12$), sendo esta diferença significativa [$(t(157) = 9,121 = p<0,032)$; IC 95% Bca (0,366 – 18,011)]. O tamanho do efeito da diferença entre esses grupos foi médio, porém o poder do teste pequeno (Cohen's *d*: 0.55; Power: 0.47).

Tabela 5. Análise da variância das médias de resiliência por indicadores clínicos.

Variáveis de Saúde	n(%)	$\bar{X} \pm DP$	Estimativas de Bootstrapping			<i>p</i>
			IC (95% IC Bca)			
			Erro Padrão	Limite Inferior	Limite Superior	
Estado Nutricional (IMC)¹						
Eutrófica	34(21)	139,32 ±	2,95	133,11	145,03	0,848
Sobrepeso	67(42)	17,10	2,30	132,93	141,91	
Obesidade	55(35)	137,33 ± 18,85 138,51 ± 15,42	2,05	134,51	140,82	
Hipertensão²						
Sim	58(36)	137,83 ±	2,33	133,28	142,36	0,860
Não	101(64)	17,78 138,33 ± 16,75	1,73	134,85	141,61	
Diabetes Mellitus²						
Sim	23(15)	137,70 ±	4,10	129,48	145,33	0,892
Não	136(85)	19,50 138,22 ± 16,72	1,45	135,34	140,91	
Aferição Pressão Arterial¹						
< 1 ano	150(94)	138,30 ±	1,44	135,36	141,26	0,634
> 1 ano	9(6)	17,09 135,56 ± 17,77	6,04	123,89	147,75	
Aferição Glicemia¹						
< 1 ano	124(78)	137,81 ±	1,60	134,76	141,17	0,608
> 1 ano	35(22)	17,50 139,34 ± 15,70	2,58	134,50	144,36	
Preventivo Papanicolau¹						
< 1 ano	102(64)	139,78 ±	1,80	136,47	143,33	0,087
> 1 ano	57(36)	18,06 135,21 ± 14,87	1,98	131,52	139,19	
Mamografia¹						
< 1 ano	78(49)	138 ± 18,60	2,07	134	142,11	0,907
> 1 ano	81(51)	138,28 ± 15,60	1,70	135,10	141,76	

Tempo no IFF¹							
> 5 anos	74(47)	137,81 ±	1,86	134,02	141,57	0,527	
1 - 5 anos	53(33)	16,31	2,26	135,53	144,46		
< 1 ano	32(20)	140,04 ±	3,41	128,90	142,31		
		16,86					
		135,78 ±					
		19,29					
Experiência no IFF¹							
Excelente/ Boa	145(91)	137,85 ±	1,47	134,84	140,77	0,477	
Regular/ Ruim	14(9)	17,18	4,33	132,73	149,40		
		141,21 ±					
		16,26					
Ansiolítico/Antidepressivo²							
Sim	35(22)	135,71 ±	3,31	128,94	142,09	0,383	
Não	124(78)	19,40	1,40	136,05	141,59		
		138,83 ±					
		16,40					
Psicoterapia²							
Sim	13(8)	129,77 ±	4,38	121,56	137,99	0,032*	
Não	146(92)	16,12	1,43	136,13	141,83		
		138,89 ±					
		17,02					
Autoavaliação							
Estado de Saúde¹							
Muito Bom / Bom	54(34)	142,52 ±	2,16	138,14	146,69	0,067	
Regular	84(53)	16,67	1,93	132,12	139,55		
Ruim / Não Sabe	21(13)	135,96 ±	2,71	130,17	140,62		
		17,93					
		135,62 ±					
		12,50					

IC (95% IC Bca) – Intervalo de Confiança da estimativa de Bootstrapping/ IMC – Índice de Massa Corporal/ IFF – Instituto Fernandes Figueira/ ¹ Anova One Way/ ² Teste t de Student / * Significativo $p < 0,05$.
 Fonte: elaborada pela autora.

Na **tabela 6**, os grupos não apresentaram diferenças estatisticamente significativas, quanto ao escore médio de resiliência, em nenhum dos fatores de risco ou proteção para doenças crônicas.

Tabela 6. Análise da variância das médias resiliência por indicadores comportamentais de risco para DCNTs.

Variáveis Comportamentais	n(%)	$\bar{X} \pm DP$	Estimativas de Bootstrapping			p
			IC (95% IC Bca)			
			Erro Padrão	Limite Inferior	Limite Superior	
Padrão Alimentar²						
Saudável	14(9)	140,21 ± 16,48	4,41	131,40	149,09	0,627
Menos Saudável	145(91)	137,94 ± 17,18	1,36	135,16	140,78	
Bebidas						
Artificiais¹						
> 5 dias/semana	22(14)	143,64 ± 14,73	3,10	137,38	149,58	0,224
1 – 4 dias/semana	75(47)	136,47 ± 17,80	2,05	132,31	140,52	
Quase Nunca/Nunca	62(39)	138,23 ± 16,80	2,11	133,93	142,20	
Bebidas Alcoólicas²						
Semanal	48(30)	140,96 ± 14,45	2,14	136,72	145,02	0,147
Quase Nunca/Nunca	111(70)	136,93 ± 18,03	1,74	133,42	140,32	
Tabagismo²						
Sim	20(13)	137,70 ± 18,01	4,02	129,24	145,59	0,894
Não	139(87)	138,21 ± 17,01	1,48	135,17	141,05	
Exercício Físico¹						
> 150 min/semana	27(17)	138,41 ± 19,19	3,85	129,71	145,25	0,964
149 - 10 min/semana	33(21)	138,76 ± 18,44	3,13	132,82	144,73	
< 10 min/semana	99(62)	137,87 ± 16,17	1,65	134,49	141,06	

DCNTs – Doenças Crônicas Não Transmissíveis/ IC (95% IC Bca) – Intervalo de Confiança da estimativa de Bootstrapping/ IMC – Índice de Massa Corporal/ IFF – Instituto Fernandes Figueira/ ¹ Anova One Way/ ² Teste t de Student.

Fonte: elaborada pela autora.

A **tabela 7** demonstra o modelo de regressão linear múltipla construído tendo como variável dependente os escores de resiliência. Observa-se que o termo de interação entre as variáveis ‘Ter filhos’, ‘Morar sozinha’ e ‘Idade’ é estatisticamente diferente de zero ($\beta_7 = 4,423$; $p = 0,046$), indicando que há evidência que as variáveis interagem no modelo, sendo que essa interação é responsável por explicar 2,5% ($r^2_{\text{mudança}} = 0,025$) dos escores de resiliência. Note que os efeitos principais e as interações de segunda ordem entre as variáveis ‘Morar sozinha’, ‘Ter filhos’ e ‘Idade’ são confundidos pela interação de terceira ordem. Portanto, seus coeficientes β e respectivos valores de p , apresentados na tabela 2, não possuem interpretação prática, pois variam linearmente em função de outras variáveis. Além disso, os coeficientes β para as variáveis

fictícias 'Etnia', 'Estado Civil' e 'Escolaridade' e para a variável 'Religiosidade' representam diferenças nos escores de resiliência entre respectiva categoria do coeficiente β e a categoria de referência. Observa-se que participantes negras possuíam, em média, menos 8,124 pontos na escala de resiliência em relação às participantes pardas ($p = 0,021$), levando em consideração nenhuma alteração nas demais variáveis de ajuste.

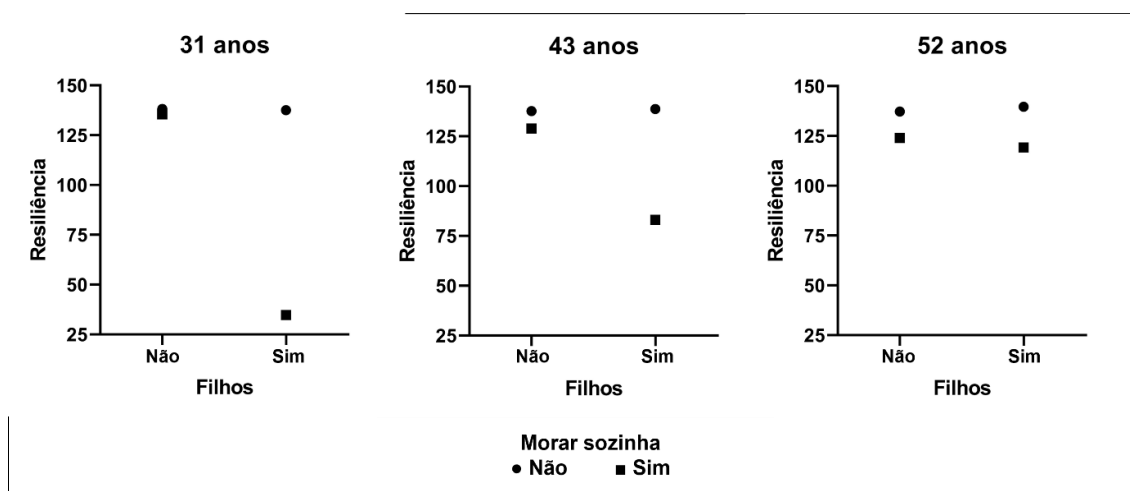
Tabela 7. Coeficientes da análise de moderação construída utilizando regressão linear múltipla tendo como variável dependente os escores de resiliência.

	β	EP	t	p	IC _{95%}	
Constante	β_0	146,409	13,363	10,956	<0,001	119,993; 172,825
Morar sozinha						
Não (referência)						
Sim	β_1	12,653	36,381	0,348	0,729	-59,265; 84,571
Ter filhos						
Não (referência)	1					
Sim	β_2	-5,036	15,583	-0,323	0,747	-35,842; 25,7669
Interação Morar sozinha*Ter filhos	β_3	-	120,613	-1,966	0,051	-475,573; 1,285
Idade	β_4	-0,044	0,340	-0,129	0,897	-0,717; 0,629
Interação Morar sozinha*Idade	β_5	-0,497	0,812	-0,613	0,541	-2,101; 1,107
Interação Ter filhos*Idade	β_6	0,142	0,385	0,368	0,713	-0,619; 0,902
Interação Morar sozinha*Ter filhos*Idade	β_7	4,423	2,201	2,010	0,046	0,073; 8,773
Etnia						
Parda (referência)	1					
Branca	β_8	-6,845	3,587	-1,908	0,058	-13,935; 0,246
Negra	β_9	-8,124	3,498	-2,322	0,021	-15,039; - 1,209
Outra	β_{10}	6,581	8,178	0,805	0,422	-9,586; 22,748
Estado civil						
Casada (referência)	1					
Solteira	β_{11}	2,738	3,182	0,861	0,391	-3,552; 9,029
Divorciada/Viúva	β_{12}	6,376	4,744	1,344	0,181	-3,002; 15,753
Escolaridade						
Ensino Médio (referência)	1					
Incompleta	β_{13}	-2,781	4,806	-0,579	0,564	-12,282; 6,720
Fundamental	β_{14}	2,441	4,103	0,595	0,553	-5,671; 10,553
Superior	β_{15}	-0,816	4,050	-0,201	0,841	-8,822; 7,191
Religiosidade						
Não (referência)	1					
Sim	β_{16}	-5,888	5,314	-1,108	0,270	-16,393; 4,616
$r^2 = 0,125$; $r^2_{\text{mudança}} = 0,025$; $f^2 = 0,143$						

Fonte: elaborada pela autora.

Para provar a moderação e obter uma melhor perspectiva de como as variáveis 'Ter filhos', 'Morar sozinha' e 'Idade' interagem no modelo, foram estimados os escores de resiliência a partir da equação de regressão múltipla utilizando os coeficientes β da tabela 2 e diferentes valores das variáveis predictoras. A **figura 2** demonstra esses valores estimados. Observa-se que mulheres mais novas, representadas pela idade 31 (percentil 16), que têm filhos, mas que moram sozinhas possuem menores escores de resiliência. À medida que a idade aumenta, os escores de resiliência aumentam, mesmo que as mulheres tenham filhos e que morem sozinhas conforme demonstrado nos painéis central e à direita da figura 2 com os percentis 50 e 84, representando 43 e 52 anos, respectivamente.

Figura 2. Representação visual de como as variáveis 'Ter filhos', 'Morar sozinha' e 'Idade' interagem no modelo construído.



Fonte: elaborada pela autora.

A **tabela 8** demonstra as associações entre hipertensão e diabetes com os fatores comportamentais de risco ou proteção para DCNTs. Observa-se que não houve nenhuma associação estatisticamente significativa nas tabelas de referência cruzada.

Tabela 8. Associações entre hipertensão e diabetes com os fatores comportamentais risco ou proteção para DCNT.

	Hipertensão		<i>p</i>	Diabetes		<i>p</i>
	Não	Sim		Não	Sim	
Alimentação						
Menos saudável	92	53	0,999	124	21	0,999
Saudável	9	5		12	2	
Exercício físico						
Sedentária	84	48	0,999	115	17	0,371
>150 minutos/semana	17	10		21	6	
Consumo de Álcool						
Quase nunca/Nunca	73	38	0,473	95	16	0,999
Semanal	28	20		41	7	
Fumo						
Não	87	52	0,624	118	21	0,741*
Sim	14	6		18	2	

Dados expressos em frequências absolutas; *Teste exato de Fisher (contagem mínima esperada = 2,89).
Fonte: elaborada pela autora.

A fim de avaliar se as associações não significativas se mantinham em participantes com diferentes níveis de resiliência, modelos de moderação foram construídos incluindo um termo de interação entre a doença (hipertensão ou diabetes) e os níveis de resiliência. Os valores expressos na **tabela 9** estão demonstrados em uma métrica de log natural da razão de chances com seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Observa-se que os termos de interação incluídos nos modelos não são estatisticamente diferentes de zero ($p > 0,05$), indicando que as relações entre hipertensão e diabetes com os diferentes cuidados de saúde não variam de acordo com diferentes níveis de resiliência das participantes.

Tabela 9. Associações entre hipertensão e diabetes com os fatores comportamentais de risco ou proteção para DCNT de acordo com os níveis de resiliência.

Variáveis independentes	Variáveis dependentes			
	Alimentação	Exercício físico	Álcool	Fumar
	B (IC _{95%})			
	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4
Hipertensão*	1,642 (-9,125; 12,409)	-2,237 (-9,406; 4,933)	-0,714 (-6,960; 5,532)	-1,944 (-10,752; 6,864)
Resiliência	0,004 (-0,105; 0,113)	-0,021 (-0,097; 0,055)	-0,016 (-0,081; 0,050)	-0,018 (-0,104; 0,069)
Interação	-0,011 (-0,087; 0,066)	0,015 (-0,037; 0,066)	-0,001 (-0,045; 0,044)	0,013 (-0,050; 0,075)
Nagelkerke R ²	0,128	0,150	0,133	0,071
	Modelo 5	Modelo 6	Modelo 7	Modelo 8
Diabetes**	2,667 (-11,278; 16,612)	3,038 (-5,257; 11,332)	-3,513 (-11,309; 4,282)	-6,496 (-20,443; 7,451)
Resiliência	0,006 (-0,115; 0,128)	0,021 (-0,058; 0,100)	-0,043 (-0,113; 0,027)	-0,051 (-0,161; 0,059)
Interação	-0,014 (-0,111; 0,029)	-0,017 (-0,078; 0,044)	0,022 (-0,034; 0,078)	0,044 (-0,051; 0,139)
Nagelkerke R ²	0,135	0,161	0,113	0,081

Modelos ajustados para idade, etnia, estado civil e escolaridade das participantes; *Referência = Não possuir hipertensão; **Referência = Não possuir diabetes.

Fonte: elaborada pela autora.

7 DISCUSSÃO

De maneira geral, quanto ao construto resiliência, este estudo demonstrou que a maioria das participantes apresentou níveis médios de resiliência, e que a distribuição dos níveis de resiliência entre os diferentes de grupos de fatores sociodemográficos e clínicos praticamente não variou. Em geral, a maioria apresentou nível médio de resiliência, o que sugere que nenhum desses fatores pode ser considerado determinante para os níveis de resiliência em mulheres com essas características demográficas e contexto de saúde. Para que fosse possível testar o modelo proposto por Wadi(13), seria necessário que o estudo tivesse um desenho longitudinal e fosse possível testar a adaptação positiva, após um período de intervenção. Pela natureza transversal deste estudo, podemos avaliar apenas o estado psicológico presente, das participantes, a interação deste estado com as condições individuais e ambientais de cada uma, e se essa relação determina de alguma maneira os comportamentos relacionados ao autocuidado com a saúde.

A única característica sociodemográfica com maioria de participantes com níveis baixos de resiliência foi o fator '*morar sozinha*', contudo essa diferença não demonstrou significância estatística ($p = 0,382$) em relação ao grupo de mulheres que não moram sozinhas, provavelmente em função da amostra ser pequena e a diferença numérica das participantes de cada grupo ser alta. O resultado da análise de moderação entre os níveis de resiliência e os fatores individuais e ambientais, caracterizados pelas variáveis sociodemográficas, esclareceu que o aspecto determinante para a variação dos níveis de resiliência está na interação entre 3 fatores: '*ter filhos*', '*morar sozinha*' e '*idade*'. Essa análise revelou uma tendência inferencial: os níveis de

resiliência de mulheres que moram sozinhas e não têm filhos não tendem a variar em função da idade da mulher. Porém, caso a mulher more sozinha, mesmo tendo filhos, a tendência é de apresentar níveis de resiliência significativamente mais baixos quanto mais jovem for ($p = 0,046$). A relação do apoio social com a resiliência é abordada por Malagris(11), que encontrou associação direta entre resiliência e interação social no grupo de pessoas com diabetes e/ou hipertensão, em que as pessoas com maiores níveis de resiliência foram aquelas que relataram maior apoio em suas interações sociais. Novaes & Cunha(80) utilizaram o conceito de 'resiliência familiar' para analisar como os pais e cuidadores de crianças ostomizadas enfrentam as tomadas de decisão com relação à gastrostomia de seus filhos. A resiliência familiar seria uma estrutura importante para identificar potencialidades e vulnerabilidades de uma família. Para tanto, o sistema de crenças familiar, os processos organizacionais (como a família se estrutura) e os processos de comunicação (que envolve o relacionamento e a conexão entre os indivíduos da família) precisam estar operando de maneira satisfatória, ultrapassando o enfoque individual para um enfoque sistêmico da resiliência(80). Mulheres jovens que não moram com os seus filhos, podem estar atravessando uma quebra ou turbulência nos aspectos que envolvem a resiliência familiar, e por uma relação sistêmica sentem prejuízos em sua resposta individual de resiliência.

Outro aspecto sociodemográfico que revelou resultados interessantes foi o fator '*raça*'. Numericamente todas as mulheres '*indígenas*' (autodeclaradas) que responderam ao estudo apresentaram nível alto de resiliência, porém, o número de participantes com esta característica étnica era demasiado pequeno

para apresentar relevância estatística. Por outro lado, a análise de variância entre os diferentes grupos raciais demonstrou que as mulheres que se autodeclararam '*negras*' tiveram em média níveis de resiliência significativamente mais baixos do que as mulheres que se autodeclararam '*pardas*' ($p = 0,021$). O resultado é curioso, já que o grupo de mulheres que se autodeclarou '*branca*' não demonstrou diferença significativa em relação à média de resiliência dos outros 2 grupos. Pesantes et al.(10) analisou estudos sobre resiliência em populações vulneráveis, a maioria dos estudos incluídos em sua revisão foram realizados com minorias étnicas (coreanos, chineses, latinos e afro-americanos), que vivem nos EUA. Neste contexto, os grupos étnicos foram considerados grupos populacionais vulneráveis por terem menos probabilidade de receber os cuidados corretos e de boa qualidade para tratarem de condições crônicas, e as intervenções que visam fortalecer a resiliência nesses grupos precisam estar sintonizadas com o contexto social e os valores culturais desses pacientes(10). As populações indígenas costumam se encaixar na definição de grupo populacional vulnerável, fora do contexto americano(53,61); em nosso estudo a origem das mulheres que se autodeclararam '*indígenas*' é desconhecida. Alguns estudos analisam a resiliência de integrantes de populações indígenas. Duas escalas de resiliência específicas para essas populações foram publicadas: a escala '*The Strong Souls*' formulada e validada a partir de uma população de indígenas australianos, caracterizados como tendo índices preocupantes de estado de saúde mental (os jovens indígenas desta região são 4 vezes mais propensos à automutilação e ao suicídio, quando comparados aos jovens não indígenas) (53); e a escala '*RESI-M*' formulada e validada a partir de mulheres indígenas

mexicanas, a maioria dessas mulheres (87,22%) vivem em regiões extremamente marginalizadas e com muitas limitações; como consequência a maioria não conclui a educação básica e muitas vivem fora da cobertura de previdência social(61).

As respostas das participantes às variáveis de risco e proteção para DCNT são, num geral, consistentes com os últimos dados do inquérito VIGITEL(5). Especialmente entre as mulheres cariocas, este dado ajuda a tornar visível a importância do contexto psicossocial e cultural dos comportamentos associados à saúde, principalmente àqueles que envolvem hábitos cotidianos e estilo de vida. Os dados que requerem maior atenção, em comparação com o levantamento populacional, foram a prevalência elevada de obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$); a baixa adesão ao tratamento medicamentoso entre as mulheres hipertensas (74%) e diabéticas (44%); a prevalência de mulheres que avaliaram negativamente o próprio estado de saúde, e a baixa frequência de mulheres que se exercitam o mínimo recomendado de 150 minutos por semana. A realização dos exames recomendados para este segmento populacional, de mulheres adultas, pelo Ministério da Saúde(5,6), faz parte da rotina ambulatorial das pacientes do ambulatório de ginecologia do IFF (aferição da pressão arterial, aferição dos níveis de glicemia no sangue, exame preventivo do câncer de colo de útero - papanicolau e exame de mamografia). A padronização do acesso à assistência médica nesta amostra pode ser a razão da falta de variância significativa entre os grupos, visto que a maioria expressiva destas mulheres realiza esses exames com boa frequência. A relação das participantes com o IFF também não influenciou os níveis de

resiliência, seja quanto ao tempo como paciente, ou quanto à aprovação subjetiva da experiência de ser paciente da instituição.

O uso ou não de ansiolíticos ou antidepressivos também não se revelou significativo para explicar variação dos níveis de resiliência, mas estar em tratamento psicoterápico sim ($p = 0,032$). As participantes que declararam fazer psicoterapia tiveram níveis de resiliência significativamente mais baixos do que aquelas que não fazem. Este resultado parece mostrar que as participantes que estão em sofrimento ou vulnerabilidade psicológica, de fato, apresentam menores níveis de resiliência, contudo, estarem em acompanhamento psicoterápico demonstra iniciativa para receber apoio assistencial; um comportamento de gestão da saúde que integra conceitualmente o autocuidado, segundo o modelo proposto por Jin et al.(8).

Quanto aos indicadores clínicos, os níveis de resiliência não variaram significativamente quando foram comparados os grupos com e sem diagnóstico de hipertensão arterial ($p = 0,860$) e nem quando foram comparados os grupos com e sem diagnóstico de diabetes mellitus ($p = 0,892$). Da mesma forma, não foi possível encontrar diferenças significativas entre ter ou não ter diagnóstico de hipertensão ou de diabetes, no que diz respeito aos principais fatores comportamentais de risco: os hábitos alimentares, a prática de exercício físico, o tabagismo e o consumo de álcool. Os modelos construídos para analisar a relação das variáveis comportamentais de risco, o diagnóstico de hipertensão ou de diabetes e o nível de resiliência também não indicaram associações significativas. Uma das explicações possíveis para esses resultados pode estar na falta de informação ou conhecimento das participantes do estudo de que melhorar os hábitos de estilo de vida podem ser ferramentas importantes na

prevenção e no manejo dessas doenças crônicas. No estudo desenvolvido por Malagris(11), ela observou que no grupo de pacientes com hipertensão e/ou diabetes houve associação positiva entre indivíduos com níveis elevados de stress e menor apoio social no domínio de informação, ou seja, tinham menos possibilidades de contar com pessoas que pudessem aconselhar, informar e orientar sobre como realizar o manejo de suas doenças. Esse resultado parece indicar que o acesso à informação é interpretado subjetivamente pelo indivíduo como parte do seu apoio social e portanto integra o esquema sistemático do seu processo de resiliência.

Não houve variação significativa das médias de resiliência entre os grupos de fatores comportamentais de risco para doenças crônicas. Entretanto, quanto ao tipo preferencial de atividade física, a maioria das participantes que relataram praticar corrida obtiveram os níveis mais altos de resiliência, representando o dobro das que obtiveram nível médio; nenhuma praticante de corrida obteve nível baixo de resiliência. Estudos futuros podem ajudar a esclarecer a possível relação entre exercícios físicos ou prática de esportes, considerando o tipo de exercício, a duração, a frequência e a intensidade, com os níveis de resiliência.

8 CONCLUSÃO

Dentre as principais limitações deste estudo está o número pequeno de participantes; futuros estudos, com amostras maiores, podem trazer maior robustez aos achados e colaborar com o escopo de pesquisas desta temática. Outra limitação é o desenho da pesquisa, um estudo transversal pode não ser o ideal para avaliar o processamento resiliente, pois fica mais improvável estabelecer o que pode ser considerado uma '*adaptação positiva*'. Por fim, futuros estudos podem incluir uma maior bateria de testes psicológicos e escalas psicométricas para avaliar outros construtos como estresse; ansiedade; depressão; apoio social etc., além de medidas antropométricas e exames laboratoriais para avaliar a eficiência de possíveis intervenções.

Os achados deste estudo sugerem que os fatores mais relevantes tanto para os melhores níveis de resiliência, quanto para os melhores comportamentos de autocuidado estão relacionados ao apoio social recebido e percebido. Relações significativas, como a relação mãe-filho, principalmente entre mães jovens que tendem a ter filhos menores, determinam significativamente a resiliência a nível individual. Quanto aos comportamentos de autocuidado, o apoio social comunitário ou institucional parece desempenhar um papel central quanto ao acesso à assistência e o acesso à informação. Mulheres que recebem atendimento ambulatorial de ginecologia tendem a apresentar excelente adesão e frequência quanto aos exames fornecidos pelo serviço, porém, não apresentam o mesmo comportamento quanto aos cuidados com a prevenção ou manejo de doenças crônicas, possivelmente por falta de informação e orientação específicas.

9 REFERÊNCIAS

1. Malta DC, Morais Neto OL de, Silva Junior JB da. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. dezembro de 2011;20(4):425–38.
2. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 4 de junho de 2011;377(9781):1949–61.
3. World Health Organization. Office of World Health Reporting. The World health report : 2002 : reducing risks, promoting healthy life : overview [Internet]. World Health Organization; 2002 [citado 15 de setembro de 2022]. Report No.: WHO/WHR/02.1. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67454>
4. Malta DC, Cezário AC, Moura L de, Morais Neto OL de, Silva Junior JB da. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. setembro de 2006;15(3):47–65.
5. *vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf* [Internet]. [citado 15 de setembro de 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf
6. *manual_atencao_mulher_climaterio.pdf* [Internet]. [citado 15 de setembro de 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf
7. World Health Organization. Regional Office for Europe. Ottawa Charter for Health Promotion, 1986 [Internet]. World Health Organization. Regional Office for Europe; 1986 [citado 15 de setembro de 2022]. Report No.: WHO/EURO:1986-4044-43803-61677. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349652>
8. Jin Y, Bhattarai M, Kuo WC, Bratzke LC. Relationship between resilience and self-care in people with chronic conditions: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs*. 22 de fevereiro de 2022;
9. Robertson SM, Stanley MA, Cully JA, Naik AD. Positive emotional health and diabetes care: concepts, measurement, and clinical implications. *Psychosomatics*. fevereiro de 2012;53(1):1–12.
10. Pesantes MA, Lazo-Porras M, Abu Dabrh AM, Ávila-Ramírez JR, Caycho M, Villamonte GY, et al. Resilience in Vulnerable Populations With Type 2 Diabetes Mellitus and Hypertension: A Systematic Review and Meta-analysis. *Can J Cardiol*. setembro de 2015;31(9):1180–8.

11. Novaes Malagris LE, Novaes Malagris LE. Stress, resiliência e apoio social em indivíduos com hipertensão e diabetes mellitus. *Revista de psicologia (Santiago)*. junho de 2019;28(1):56–68.
12. Windle G, Bennett KM, Noyes J. A methodological review of resilience measurement scales. *Health Qual Life Outcomes*. 4 de fevereiro de 2011;9:8.
13. Wadi M, Izzati N, Roslan N, Tan C, Yusoff MSB. Reframing Resilience Concept: Insights from a Meta-synthesis of 21 Resilience Scales. *Education in Medicine Journal*. 30 de junho de 2020;12:3–22.
14. Almeida RA de, Malagris LEN. A prática da psicologia da saúde. *Revista da SBPH*. dezembro de 2011;14(2):183–202.
15. *Renewing_Primary_Health_Care_Americas-PAHO.pdf* [Internet]. [citado 15 de setembro de 2022]. Disponível em: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renewing_Primary_Health_Care_Americas-PAHO.pdf
16. Rutter M. Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *Br J Psychiatry*. dezembro de 1985;147:598–611.
17. Masten AS, Garmezy N. Risk, vulnerability, and protective factors in developmental psychopathology. Em: Lahey BB, Kazdin AE, organizadores. *Advances in clinical child psychology*. New York, NY: Plenum Press; 1985. p. 1–52.
18. Infante F. A RESILIÊNCIA COMO PROCESSO: UMA REVISÃO DA LITERATURA RECENTE. :16.
19. Brandão JM, Mahfoud M, Gianordoli-Nascimento IF. A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. agosto de 2011;21:263–71.
20. Yunes MAM. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicol Estud*. 2003;8:75–84.
21. Werner EE. The children of Kauai: resiliency and recovery in adolescence and adulthood. *J Adolesc Health*. junho de 1992;13(4):262–8.
22. Luthar SS, Cicchetti D. The construct of resilience: implications for interventions and social policies. *Dev Psychopathol*. 2000;12(4):857–85.
23. Brandao JM. Resiliência: de que se trata?: o conceito e suas imprecisões. 31 de agosto de 2009 [citado 15 de setembro de 2022]; Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/TMCB-7WYN7C>
24. Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. *Am J Orthopsychiatry*. julho de 1987;57(3):316–31.

25. Rutter M. Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*. 1999;21(2):119–44.
26. Grotberg EH. The International Resilience Project: Research and Application [Internet]. 1995 [citado 15 de setembro de 2022]. Disponível em: <https://eric.ed.gov/?id=ED423955>
27. Masten AS, Coatsworth JD. The development of competence in favorable and unfavorable environments. Lessons from research on successful children. *Am Psychol*. fevereiro de 1998;53(2):205–20.
28. Werner EE. Protective factors and individual resilience. Em: *Handbook of early childhood intervention*, 2nd ed. New York, NY, US: Cambridge University Press; 2000. p. 115–32.
29. Albuquerque FJB de, Vera Noriega JA, Martins CR, Neves MT de S. Locus de controle e bem-estar subjetivo em estudantes universitários da Paraíba. *Psicologia para América Latina*. julho de 2008;(13):0–0.
30. Junqueira M de FP da S, Deslandes SF. Resiliência e maus-tratos à criança. *Cad Saúde Pública*. fevereiro de 2003;19:227–35.
31. Introdução À Psicologia - 10ª Ed. 2015 - Feldman, Robert S. - 9788580554885 com o Melhor Preço é no Zoom [Internet]. Zoom. [citado 15 de setembro de 2022]. Disponível em: <https://www.zoom.com.br/livros/introducao-a-psicologia-10-ed-2015-feldman-robert-s-9788580554885>
32. Hutz CS, Bandeira DR, Trentini CM. *Psicometria*. 1ª edição. Artmed; 2015.
33. Valentini F, Damásio BF. Variância Média Extraída e Confiabilidade Composta: Indicadores de Precisão. *Psic: Teor e Pesq* [Internet]. 27 de outubro de 2016 [citado 15 de setembro de 2022];32. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/ptp/a/5CfcbkBPnj7sQSL97HQbSrj/abstract/?lang=pt>
34. Ahern NR, Kiehl EM, Sole ML, Byers J. A review of instruments measuring resilience. *Issues Compr Pediatr Nurs*. junho de 2006;29(2):103–25.
35. Damásio BF, Borsa JC, da Silva JP. 14-item resilience scale (RS-14): psychometric properties of the Brazilian version. *J Nurs Meas*. 2011;19(3):131–45.
36. Bartone PT, Ursano RJ, Wright KM, Ingraham LH. The impact of a military air disaster on the health of assistance workers. A prospective study. *J Nerv Ment Dis*. junho de 1989;177(6):317–28.
37. Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *J Nurs Meas*. 1993;1(2):165–78.
38. Block J, Kremen AM. IQ and ego-resiliency: conceptual and empirical connections and separateness. *J Pers Soc Psychol*. fevereiro de 1996;70(2):349–61.

39. Klohnen EC. Conceptual analysis and measurement of the construct of ego-resiliency. *J Pers Soc Psychol*. maio de 1996;70(5):1067–79.
40. Jew CL, Green KE, Kroger J. Development and Validation of a Measure of Resiliency. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*. 1º de julho de 1999;32(2):75–89.
41. Hurtes KP, Allen LR. Measuring resiliency in youth: The Resiliency Attitudes and Skills Profile. *Therapeutic Recreation Journal*. 2001;35:333–47.
42. Perry JD, Bard EM. Construct Validity of the Resilience Assessment of Exceptional Students (RAES) [Internet]. 2001 [citado 15 de setembro de 2022]. Disponível em: <https://eric.ed.gov/?id=ED454284>
43. Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003;18(2):76–82.
44. Donnon T, Hammond W. A psychometric assessment of the self-reported Youth Resiliency: Assessing Developmental Strengths questionnaire. *Psychol Rep*. junho de 2007;100(3 Pt 1):963–78.
45. Friborg O, Hjemdal O, Rosenvinge JH, Martinussen M. A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment? *Int J Methods Psychiatr Res*. 2003;12(2):65–76.
46. Oshio A, Kaneko H, Nagamine S, Nakaya M. Construct validity of the Adolescent Resilience Scale. *Psychol Rep*. dezembro de 2003;93(3 Pt 2):1217–22.
47. Hjemdal O, Friborg O, Stiles TC, Martinussen M, Rosenvinge JH. A New Scale for Adolescent Resilience: Grasping the Central Protective Resources Behind Healthy Development. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*. 2006;39:84–96.
48. Sun J, Stewart D. Development of population-based resilience measures in the primary school setting. Stewart D, McWhirter J, organizadores. *Health Education*. 1º de janeiro de 2007;107(6):575–99.
49. Smith BW, Dalen J, Wiggins K, Tooley E, Christopher P, Bernard J. The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *Int J Behav Med*. 2008;15(3):194–200.
50. Ungar M, Liebenberg L, Boothroyd R, Kwong WM, Lee TY, Leblanc J, et al. The study of youth resilience across cultures: Lessons from a pilot study of measurement development. *Research in Human Development*. 2008;5:166–80.
51. Windle G, Markland DA, Woods RT. Examination of a theoretical model of psychological resilience in older age. *Aging Ment Health*. maio de 2008;12(3):285–92.

52. Linda R, Caltabiano M. Development of a New Resilience Scale: The Resilience in Midlife Scale (RIM Scale). *Asian Social Science*. 19 de outubro de 2009;5.
53. Thomas A, Cairney S, Gunthorpe W, Paradies Y, Sayers S. Strong Souls: development and validation of a culturally appropriate tool for assessment of social and emotional well-being in Indigenous youth. *Aust N Z J Psychiatry*. janeiro de 2010;44(1):40–8.
54. Madsen MD, Abell N. Trauma Resilience Scale: Validation of protective factors associated with adaptation following violence. *Research on Social Work Practice*. 2010;20:223–33.
55. Gartland D, Bond L, Olsson CA, Buzwell S, Sawyer SM. Development of a multi-dimensional measure of resilience in adolescents: the Adolescent Resilience Questionnaire. *BMC Med Res Methodol*. 5 de outubro de 2011;11:134.
56. Cardoso T. CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA ESCALA DOS ATRIBUTOS PESSOAIS DA RESILIÊNCIA. 2013.
57. Martin AS, Distelberg B, Palmer BW, Jeste DV. Development of a new multidimensional individual and interpersonal resilience measure for older adults. *Aging Ment Health*. janeiro de 2015;19(1):32–45.
58. Rossouw TLP, Rossouw J. The Predictive 6-Factor Resilience Scale: Neurobiological Fundamentals and Organizational Application. *International Journal of Neuropsychotherapy*. 1º de maio de 2016;4:31–45.
59. Cassidy S. The Academic Resilience Scale (ARS-30): A New Multidimensional Construct Measure. *Front Psychol*. 18 de novembro de 2016;7:1787.
60. DeSimone JA, Harms PD, Vanhove AJ, Herian MN. Development and Validation of the Five-by-Five Resilience Scale. *Assessment*. setembro de 2017;24(6):778–97.
61. Sanjuan-Meza XS, Landeros-Olvera EA, Cossío-Torres PE. Validez de una escala de resiliencia (RESI-M) en mujeres indígenas de México. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 11 de outubro de 2018 [citado 15 de setembro de 2022];34. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csp/a/8GVswRr6XJx3zzrh3yBR7cs/?lang=es>
62. Solano JPC, Bracher ESB, Faisal-Cury A, Ashmawi HA, Carmona MJC, Lotufo Neto F, et al. Factor structure and psychometric properties of the Dispositional Resilience Scale among Brazilian adult patients. *Arq Neuro-Psiquiatr*. dezembro de 2016;74:1014–20.
63. Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Carvalhaes R. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cad Saúde Pública*. abril de 2005;21:436–48.

64. Solano JPC, Bracher ESB, Faisal-Cury A, Ashmawi HA, Carmona MJC, Lotufo-Neto F, et al. Factor structure and psychometric properties of the Connor-Davidson resilience scale among Brazilian adult patients. *Sao Paulo Med J*. 13 de maio de 2016;S1516-31802016005003104.
65. de Holanda Coelho GL, Hanel PHP, Cavalcanti TM, Rezende AT, Gouveia VV. Brief Resilience Scale: Testing its factorial structure and invariance in Brazil. *Universitas Psychologica*. 2016;15:397–408.
66. Reppold CT, Mayer JC, Almeida LS, Hutz CS. Avaliação da resiliência: controvérsia em torno do uso das escalas. *Psicol Reflex Crit*. 2012;25:248–55.
67. Lopes R, Tocantins FR. Promoção da saúde e a educação crítica. *Interface (Botucatu)*. março de 2012;16:235–48.
68. Heidmann ITSB, Almeida MCP de, Boehs AE, Wosny A de M, Monticelli M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto contexto - enferm*. junho de 2006;15:352–8.
69. Riegel B, Barbaranelli C, Sethares KA, Daus M, Moser DK, Miller JL, et al. Development and initial testing of the self-care of chronic illness inventory. *J Adv Nurs*. outubro de 2018;74(10):2465–76.
70. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*. 20 de novembro de 2002;288(19):2469–75.
71. Stopa SR, Szwarcwald CL, Oliveira MM de, Gouvea E de CDP, Vieira MLFP, Freitas MPS de, et al. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 5 de outubro de 2020 [citado 15 de setembro de 2022];29. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/ress/a/RdbtmCHjJGt8xDW6bV3Y6JB/?lang=pt>
72. Guia alimentar para a população brasileira. :158.
73. حسن ، سولاف فيض الله - دور الجوارى و القهرمانات في دار الخلافة العباسية.pdf [Internet]. [citado 15 de setembro de 2022]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337001/9789240014886-por.pdf>
74. guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf [Internet]. [citado 15 de setembro de 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf
75. Laranjeira RP, Ippad I de P e P em Á e OD. I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira. 2009 [citado 15 de setembro de 2022]; Disponível em: http://www.feteb.org.br/artigos/pre_e_federadas/i_levantamento_padroes.pdf

76. Reichert J, Araújo AJ de, Gonçalves CMC, Godoy I, Chatkin JM, Sales M da PU, et al. Diretrizes para cessação do tabagismo - 2008. J bras pneumol. outubro de 2008;34:845–80.
77. Junior JASH, Medeiros AGAP de. Escalas de Resiliencia: uma revisao narrativa. Revista Meta: Avaliação. 13 de dezembro de 2017;9(27):561–78.
78. Field A. Descobrindo a Estatística Usando o SPSS - 5.ed. BAIXAR EBOOK Andy Field [Internet]. [citado 15 de setembro de 2022]. Disponível em: <https://www.livrebooks.com.br/livros/descobrindo-a-estatistica-usando-o-spss-5ed-andy-field-hl3ddwaaqbaj/baixar-ebook>
79. Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: Third Edition: A Regression-Based Approach [Internet]. Guilford Press. [citado 15 de setembro de 2022]. Disponível em: <https://www.guilford.com/books/Introduction-to-Mediation-Moderation-and-Conditional-Process-Analysis/Andrew-Hayes/9781462549030>
80. Novaes NF, Cunha ACB. Enfrentamento e Resiliência Familiar na Tomada de Decisão pela Gastrostomia Infantil. Psicol cienc prof [Internet]. 13 de dezembro de 2019 [citado 15 de setembro de 2022];39. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/pcp/a/CbvKtYpgfXwVjTK88y6nkqQ/?lang=pt>

10 APÊNDICES E ANEXOS

10.1 APÊNDICE A - Convite para a pesquisa



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



A Resiliência e o Autocuidado na Saúde de Mulheres

Atendidas pelo Ambulatório de Ginecologia do Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ

Olá! Você está sendo convidada a participar desta pesquisa por ser paciente do ambulatório de ginecologia do Instituto Fernandes Figueira da FIOCRUZ.

A sua participação é voluntária e anônima, ao clicar no link abaixo poderá acessar o formulário da pesquisa com todas as informações. O formulário pode ser preenchido a qualquer momento e em poucos minutos.

A sua participação é muito importante para a pesquisa científica e para a melhoria dos serviços de assistência à saúde!

Obrigada!

[CLIQUE AQUI](#)

10.2 APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa em conformidade com os critérios de ética em pesquisa com seres humanos, estabelecidos nas resoluções nº 466/12 e nº 510/16 do CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE.

Informações:

1. Título do protocolo do estudo: A resiliência e o autocuidado na saúde de mulheres atendidas pelo ambulatório de ginecologia do Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz: estudo transversal.

2. Pesquisadora responsável: Dra Lizanka Paola Figueiredo Marinheiro. CRM 5242053. Médica endocrinologista e coordenadora do ambulatório de endocrinologia feminina do IFF/Fiocruz.

3. Pesquisadora assistente: Vanessa Lemos da Costa Soares. CRP 05/64109. Psicóloga e mestranda do programa de pós-graduação em pesquisa aplicada à saúde da criança e da mulher do IFF/Fiocruz.

4. Instituição responsável pela pesquisa: Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira – IFF/Fiocruz.

Endereço: Avenida Rui Barbosa, 716 – Flamengo, Rio de Janeiro, Brasil (CEP: 22.250-020)

Convite:

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “*A resiliência e o autocuidado na saúde de mulheres atendidas pelo ambulatório de ginecologia do Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz: estudo transversal*”. Antes de decidir se participará, é importante que você entenda por que o estudo está sendo feito e o que ele envolverá.

Por que esse projeto é importante?

Essa pesquisa busca compreender o PERFIL DE AUTOCUIDADO COM A SAÚDE (ou seja, hábitos e rotinas individuais que influenciam a saúde e o bem-estar) e, também, o PERFIL DE RESILIÊNCIA PSICOLÓGICA (ou seja, a maneira de lidar com os problemas e se adaptar às situações) das pacientes do ambulatório.

O objetivo é contribuir com a prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis (como diabetes, por exemplo).

O que acontecerá caso aceite participar?

Ao concordar em participar da pesquisa, a senhora terá acesso ao questionário, em formato eletrônico, para ser respondido totalmente online.

Depois de responder tudo e clicar no botão ENVIAR, no final do questionário, a senhora confirmará seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

A senhora pode desistir de participar a qualquer momento, e caso isso aconteça, as perguntas já respondidas serão descartadas e não serão utilizadas na pesquisa.

Há riscos envolvidos na participação?

Esta pesquisa não oferece qualquer risco a saúde. Contudo, é possível que alguma pergunta do questionário cause algum desconforto ou dúvida, caso isso aconteça, a pesquisadora assistente está disponível para conversar online (ou por telefone) e esclarecer qualquer parte da pesquisa, ou conversar sobre assuntos relacionados ao estudo, caso deseje. Lembrando que a senhora poderá desistir a qualquer momento de responder ao formulário, sem qualquer dano.

Um outro possível risco é o da quebra de confidencialidade, ou seja, risco de que as suas informações pessoais sejam divulgadas ou identificadas por pessoas de fora da pesquisa. Para impedir este risco, as suas respostas serão salvas e identificadas por um código (esse código funciona como um número de registro, não usaremos o seu nome ou qualquer outro dado pessoal), garantindo o seu anonimato. Quando a equipe analisar as respostas dos questionários, juntaremos todos os formulários de todas as participantes na mesma análise, isso significa que será impossível identificar as respostas de cada participante individualmente. Após a conclusão da coleta, os dados serão excluídos da plataforma virtual e armazenados em dispositivo eletrônico local (como um computador sem acesso à internet) de posse apenas da equipe de pesquisa.

Há algum benefício em participar da pesquisa?

Os benefícios serão indiretos, isso significa que o estudo poderá beneficiar às participantes e, posteriormente, a toda a sociedade, ao promover uma maior reflexão sobre os hábitos e rotinas e a sua relação com a saúde, tanto nos espaços de assistência médica, como na vida diária. O estudo possibilitará aos pesquisadores compreender como planejar campanhas de prevenção e promoção em saúde, também, a melhor maneira de ajudar às pacientes a desenvolver melhores comportamentos de saúde e ter mais qualidade de vida.

Custos e garantias

A participação nesta pesquisa é gratuita, não está previsto qualquer custo ou despesa para as participantes. Em contrapartida, as participantes também não receberão qualquer pagamento pela sua participação. Contudo, se qualquer dano for causado por responder a esta pesquisa, ou ainda, se qualquer custo adicional for gerado para a participante, está garantido o direito à indenização correspondente.

Você poderá perguntar à pesquisadora responsável, **Dra Lizanka Paola Figueiredo Marinheiro**, qualquer dúvida sobre esta pesquisa através do telefone: (21) 2554-1700, ou pelo e-mail: lizanka@globocom.com. Também à pesquisadora assistente **Vanessa Lemos da Costa Soares** no telefone (21) 98854-0362, ou pelo e-mail: pesquisa.resiliencia.iff@gmail.com

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz) se encontra à disposição para eventuais esclarecimentos éticos e outras providências que se façam necessárias (E-mail: cepiff@iff.fiocruz.br; Telefone: 2554- 1730).

10.3 APÊNDICE C – Formulário de coleta de dados



Questionário da Pesquisa: A Resiliência e o Autocuidado na Saúde de Mulheres Atendidas pelo Ambulatório de Ginecologia do Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ

Pesquisa Científica, com pacientes ambulatoriais do IFF/FIOCRUZ, sobre as atitudes de autocuidado com a saúde e as possíveis associações com as características psicológicas de Resiliência.

 pesquisa.resiliencia.iff@gmail.com (não compartilhado)
[Alternar conta](#)

 Rascunho restaurado.

*Obrigatório

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa em conformidade com os critérios de ética em pesquisa com seres humanos, estabelecidos nas resoluções nº 466/12 e nº 510/16 do CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE.

Informações:

1. Título do protocolo do estudo: A resiliência e o autocuidado na saúde de mulheres atendidas pelo ambulatório de ginecologia do Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz: estudo transversal.
2. Pesquisadora responsável: Dra Lizanka Paola Figueiredo Marinheiro. CRM 5242053. Médica endocrinologista e coordenadora do ambulatório de endocrinologia feminina do IFF/Fiocruz.
3. Pesquisadora assistente: Vanessa Lemos da Costa Soares. CRP 05/64109. Psicóloga e mestranda do programa de pós-graduação em pesquisa aplicada à saúde da criança e da mulher do IFF/Fiocruz.
4. Instituição responsável pela pesquisa: Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira – IFF/Fiocruz. Endereço: Avenida Rui Barbosa, 716 – Flamengo, Rio de Janeiro, Brasil (CEP: 22.250-020)

Convite:

Você está sendo convidada a participar da pesquisa "A resiliência e o autocuidado na saúde de mulheres atendidas pelo ambulatório de ginecologia do Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz: estudo transversal". Antes de decidir se participará, é importante que você entenda por que o estudo está sendo feito e o que ele envolverá.

Por que esse projeto é importante?

Essa pesquisa busca compreender o PERFIL DE AUTOCUIDADO COM A SAÚDE (ou seja, hábitos e rotinas individuais que influenciam a saúde e o bem-estar) e, também, o PERFIL DE RESILIÊNCIA PSICOLÓGICA (ou seja, a maneira de lidar com os problemas e se adaptar às situações) das pacientes do ambulatório. O objetivo é contribuir com a prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis (como diabetes, por exemplo).

O que acontecerá caso aceite participar?

Ao concordar em participar da pesquisa, a senhora terá acesso ao questionário, em formato eletrônico, para ser respondido totalmente online.

Depois de responder tudo e clicar no botão ENVIAR, no final do questionário, a senhora confirmará seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

A senhora pode desistir de participar a qualquer momento, e caso isso aconteça, as perguntas já respondidas serão descartadas e não serão utilizadas na pesquisa.

respondidas serão descartadas e não serão utilizadas na pesquisa.

Há riscos envolvidos na participação?

Nesta pesquisa não há qualquer risco a saúde. Contudo é possível que alguma pergunta do questionário cause algum desconforto ou dúvida, caso isso aconteça, a pesquisadora assistente está disponível para conversar online (ou por telefone) e esclarecer qualquer parte da pesquisa, ou conversar sobre assuntos relacionados ao estudo, caso deseje. Lembrando que a senhora poderá desistir a qualquer momento de responder ao formulário, sem qualquer dano.

Um outro possível risco é o da quebra de confidencialidade, ou seja, risco de que as suas informações pessoais sejam divulgadas ou identificadas por pessoas de fora da pesquisa. Para impedir este risco, as suas respostas serão salvas e identificadas por um código (esse código funciona como um número de registro, não usaremos o seu nome ou qualquer outro dado pessoal), garantindo o seu anonimato.

Quando a equipe analisar as respostas dos questionários, juntaremos todos os formulários de todas as participantes na mesma análise, isso significa que será impossível identificar as respostas de cada participante individualmente. Após a conclusão da coleta, os dados serão excluídos da plataforma virtual e armazenados em dispositivo eletrônico local (como um computador sem acesso à internet) de posse apenas da equipe de pesquisa.

Há algum benefício em participar da pesquisa?

Os benefícios serão indiretos, isso significa que o estudo busca beneficiar às participantes e a toda a sociedade, promovendo uma maior reflexão sobre os hábitos e rotinas e a sua relação com a saúde, tanto nos espaços de assistência como na vida diária. O estudo possibilitará aos pesquisadores compreender melhor como planejar campanhas de prevenção e promoção em saúde e também a melhor maneira de ajudar às pacientes a desenvolver melhores comportamentos de saúde e ter mais qualidade de vida.

Custos e garantias

A sua participação nesta pesquisa não vai gerar para a senhora qualquer custo ou despesa. A senhora também não receberá nenhum pagamento pela participação. Caso sofra qualquer dano ao responder a esta pesquisa, está garantido o direito ao ressarcimento.

Você poderá perguntar à pesquisadora responsável, Dra Lizanka Paola Figueiredo Marinheiro, qualquer dúvida sobre esta pesquisa através do telefone: (21) 2554-1700, ou pelo e-mail: lizanka@globo.com. Também à pesquisadora assistente Vanessa Lemos da Costa Soares no telefone (21) 98854-0362, ou pelo e-mail: pesquisa.resiliencia.iff@gmail.com

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz) se encontra à disposição para eventuais esclarecimentos éticos e outras providências que se façam necessárias (E-mail: cepiff@iff.fiocruz.br; Telefone: 2554- 1730).

compreender melhor como planejar campanhas de prevenção e promoção em saúde e também a melhor maneira de ajudar às pacientes a desenvolver melhores comportamentos de saúde e ter mais qualidade de vida.

Custos e garantias

A sua participação nesta pesquisa não vai gerar para a senhora qualquer custo ou despesa. A senhora também não receberá nenhum pagamento pela participação. Caso sofra qualquer dano ao responder a esta pesquisa, está garantido o direito ao ressarcimento.

Você poderá perguntar à pesquisadora responsável, Dra Lizanka Paola Figueiredo Marinheiro, qualquer dúvida sobre esta pesquisa através do telefone: (21) 2554-1700, ou pelo e-mail: lizanka@globo.com. Também à pesquisadora assistente Vanessa Lemos da Costa Soares no telefone (21) 98854-0362, ou pelo e-mail: pesquisa.resiliencia.iff@gmail.com

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz) se encontra à disposição para eventuais esclarecimentos éticos e outras providências que se façam necessárias (E-mail: cepiff@iff.fiocruz.br; Telefone: 2554- 1730).

Aceita participar desta pesquisa? *

Sim

Não

Próxima

Página 1 de 5

Limpar formulário

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

Google Formulários

Características Sociodemográficas

Para iniciar, nos conte um pouco sobre você

Idade *

Sua resposta

Tem filhos? Quantos? *

Sua resposta

Qual o seu estado civil? *

- Solteira
- Casada
- União Estável
- Divorciada
- Viúva

Com quem você mora atualmente? *

Sua resposta

Qual a sua profissão? *

Sua resposta

Está trabalhando no momento? Fale um pouco sobre isso. *

Sua resposta

Qual a renda mensal bruta da sua casa? (Resposta opcional)

Sua resposta

Você tem uma religião? Qual? Nos conte um pouco sobre isso. *

Sua resposta

Voltar

Próxima

 Página 2 de 5 [Limpar formulário](#)

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

Google Formulários

Autocuidado - Estilo de Vida

As perguntas desta seção foram adaptadas do questionário da Secretaria de Vigilância em Saúde (VIGITEL-2019), fale um pouco sobre os seus hábitos recentes.

Qual o seu peso atual (aproximado)? *

Sua resposta

Qual a sua altura? *

Sua resposta

Costuma comer feijão? *

- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- Todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- Quase nunca
- Nunca

Costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha – não vale batata, mandioca ou inhame)? *

- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- Todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- Quase nunca
- Nunca

Costuma tomar suco de frutas natural ou comer frutas? *

- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- Todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- Quase nunca
- Nunca

Costuma tomar refrigerante ou suco artificial? *

- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- Todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- Quase nunca
- Nunca

Costuma consumir bebida alcoólica? *

- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- Todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- Quase nunca
- Nunca

Fuma atualmente? *

- Sim, diariamente
- Sim, mas não diariamente
- Não

Nos últimos três meses, praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? *

- Sim
- Não

Quantos dias por semana costuma praticar exercício físico ou esporte? *

- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- Todos os dias (inclusive sábado ou domingo)
- Quase nunca
- Nunca

Quanto tempo dura esta atividade? *

- Menos de 10 minutos
- Entre 10 e 19 minutos
- Entre 20 e 29 minutos
- Entre 30 e 39 minutos
- Entre 40 e 49 minutos
- Entre 50 e 59 minutos
- 60 minutos ou mais

Qual o tipo PRINCIPAL de exercício físico ou esporte praticou no último mês? *

- Caminhada (na esteira ou na rua)
- Corrida (na esteira ou na rua)
- Musculação ou ginástica (em casa ou na academia)
- Hidroginástica
- Natação
- Artes Marciais e luta
- Bicicleta (inclui ergométrica)
- Jogos de quadra (futebol, vôlei, basquete)
- Dança
- Nenhum

- Entre 10 e 19 minutos
- Entre 50 e 59 minutos
- 60 minutos ou mais

Qual o tipo PRINCIPAL de exercício físico ou esporte praticou no último mês? *

- Caminhada (na esteira ou na rua)
- Corrida (na esteira ou na rua)
- Musculação ou ginástica (em casa ou na academia)
- Hidroginástica
- Natação
- Artes Marciais e luta
- Bicicleta (inclui ergométrica)
- Jogos de quadra (futebol, vôlei, basquete)
- Dança
- Nenhum
- Outro: _____

Voltar

Próxima

Página 3 de 5 Limpar formulário

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

Google Formulários

Autocuidado - Estado de Saúde

Agora nos conte como você percebe, monitora e cuida da sua saúde em geral

Como classificaria seu estado de saúde? *

- Muito bom
- Bom
- Regular
- Ruim
- Muito ruim
- Não sabe

Algum médico já lhe disse que tem pressão alta? *

- Sim
- Não

Algum médico já lhe receitou algum medicamento para pressão alta? *

- Sim
- Não

Atualmente está tomando algum medicamento para controlar a pressão alta? *

- Sim
- Não

Como consegue a medicação para controlar a pressão alta? *

- Unidade de saúde do SUS
- Programa de farmácia popular
- Outro lugar (farmácia privada/particular, drogaria)
- Não toma

Nos últimos 30 dias ficou sem algum dos medicamentos para controlar a pressão alta por algum tempo? Se sim, por qual motivo?

Sua resposta

Quando foi a última vez que mediu sua pressão arterial? *

- Menos de 6 meses
- Entre 6 meses e 1 ano
- Entre 1 e 2 anos
- Entre 2 e 3 anos
- 3 anos ou mais

Algum médico já lhe disse que tem diabetes? *

- Sim
- Não

Se sim, que idade tinha?

Sua resposta

O diabetes foi apenas quando estava grávida?

- Sim
- Não
- Nunca engravidou

Algum médico já lhe receitou algum medicamento para diabetes? *

- Sim
- Não

Atualmente está tomando algum medicamento para controlar o diabetes? *

- Sim
- Não

Como consegue o medicamento para diabetes? *

- Unidade de saúde do SUS
- Programa de farmácia popular
- Outro lugar (farmácia privada/particular, drogaria)
- Não toma

Nos últimos 30 dias, ficou sem algum dos medicamentos para controlar o diabetes por algum tempo? Se sim, por qual motivo?

Sua resposta

Quando foi a última vez que fez exame de sangue para medir a glicemia, isto é, o açúcar no sangue? *

- Menos de 6 meses
- Entre 6 meses e 1 ano
- Entre 1 e 2 anos
- Entre 2 e 3 anos
- 3 anos ou mais
- Nunca

Já fez alguma vez exame de Papanicolau, exame preventivo de câncer de colo do útero? *

- Sim
- Não

Quanto tempo faz que a Sra. fez exame de Papanicolau? *

- Menos de 1 ano
- Entre 1 e 2 anos
- Entre 2 e 3 anos
- Entre 3 e 5 anos
- 5 anos ou mais
- Nunca fez

Já fez alguma vez mamografia, raio-X das mamas? *

- Sim
- Não

Quanto tempo faz que a Sra. fez mamografia? *

- Menos de 1 ano
- Entre 1 e 2 anos
- Entre 2 e 3 anos
- Entre 3 e 5 anos
- 5 anos ou mais
- Nunca fez

Faz alguma psicoterapia atualmente? *

- Sim
- Não

Faz tratamento com neurologista ou psiquiatra? *

- Sim
- Não

Está tomando medicação para ansiedade ou depressão? *

- Sim
- Não

Tem plano de saúde ou convênio médico? *

- Sim, apenas um
- Sim, mais de um
- Não

Há quanto tempo recebe atendimento no IFF? *

Sua resposta

Qual a frequência das consultas no IFF? *

Sua resposta

Qual o motivo do encaminhamento para o IFF? *

Sua resposta

Como avalia a sua experiência como paciente do IFF? *

Sua resposta

Voltar

Próxima

 Página 4 de 5 Limpar formulário

Resiliência

Esta é a última seção deste questionário. As perguntas são da versão brasileira adaptada da 'Escala de Resiliência' (ER-25-BR). O objetivo é compreender como você vivenciaria cada uma dessas situações **ATUALMENTE**, por isso responda o quanto você concorda (ou seja se identifica) com cada uma das afirmações. As perguntas variam de "Discordo Totalmente" até "Concordo Totalmente".

Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim. *

- Discordo Totalmente
- Discordo Muito
- Discordo Pouco
- Não Discordo Nem Concordo
- Concordo Pouco
- Concordo Muito
- Concordo Totalmente

Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra. *

- Discordo Totalmente
- Discordo Muito
- Discordo Pouco
- Não Discordo Nem Concordo
- Concordo Pouco
- Concordo Muito
- Concordo Totalmente

Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa. *

- Discordo Totalmente
- Discordo Muito
- Discordo Pouco
- Não Discordo Nem Concordo
- Concordo Pouco
- Concordo Muito
- Concordo Totalmente

Manter interesse nas coisas é importante para mim. *

- Discordo Totalmente
- Discordo Muito
- Discordo Pouco
- Não Discordo Nem Concordo
- Concordo Pouco
- Concordo Muito
- Concordo Totalmente

Eu posso estar por minha conta se eu precisar. *

- Discordo Totalmente
- Discordo Muito
- Discordo Pouco
- Não Discordo Nem Concordo
- Concordo Pouco
- Concordo Muito
- Concordo Totalmente

Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida. *

- Discordo Totalmente
- Discordo Muito
- Discordo Pouco
- Não Discordo Nem Concordo
- Concordo Pouco
- Concordo Muito
- Concordo Totalmente

Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação. *

- Discordo Totalmente
- Discordo Muito
- Discordo Pouco
- Não Discordo Nem Concordo
- Concordo Pouco
- Concordo Muito
- Concordo Totalmente

Eu sou amigo de mim mesmo. *

- Discordo Totalmente
- Discordo Muito
- Discordo Pouco
- Não Discordo Nem Concordo
- Concordo Pouco
- Concordo Muito
- Concordo Totalmente

Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo. *

- Discordo Totalmente
- Discordo Muito
- Discordo Pouco
- Não Discordo Nem Concordo
- Concordo Pouco
- Concordo Muito
- Concordo Totalmente

Eu sou determinado. *

- Discordo Totalmente
- Discordo Muito
- Discordo Pouco
- Não Discordo Nem Concordo
- Concordo Pouco
- Concordo Muito
- Concordo Totalmente

Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas. *

- Discordo Totalmente
- Discordo Muito
- Discordo Pouco
- Não Discordo Nem Concordo
- Concordo Pouco
- Concordo Muito
- Concordo Totalmente

Eu faço as coisas um dia de cada vez. *

- Discordo Totalmente
- Discordo Muito
- Discordo Pouco
- Não Discordo Nem Concordo
- Concordo Pouco
- Concordo Muito
- Concordo Totalmente

Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes. *

- Discordo Totalmente
- Discordo Muito
- Discordo Pouco
- Não Discordo Nem Concordo
- Concordo Pouco
- Concordo Muito
- Concordo Totalmente

Eu sou disciplinado. *

- Discordo Totalmente
- Discordo Muito
- Discordo Pouco
- Não Discordo Nem Concordo
- Concordo Pouco
- Concordo Muito
- Concordo Totalmente

Eu mantenho interesse nas coisas. *

- Discordo Totalmente
- Discordo Muito
- Discordo Pouco
- Não Discordo Nem Concordo
- Concordo Pouco
- Concordo Muito
- Concordo Totalmente

Eu normalmente posso achar motivo para rir. *

- Discordo Totalmente
- Discordo Muito
- Discordo Pouco
- Não Discordo Nem Concordo
- Concordo Pouco
- Concordo Muito
- Concordo Totalmente

Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis. *

- Discordo Totalmente
- Discordo Muito
- Discordo Pouco
- Não Discordo Nem Concordo
- Concordo Pouco
- Concordo Muito
- Concordo Totalmente

Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar. *

- Discordo Totalmente
- Discordo Muito
- Discordo Pouco
- Não Discordo Nem Concordo
- Concordo Pouco
- Concordo Muito
- Concordo Totalmente

Eu posso geralmente olhar uma situação de diversas maneiras. *

- Discordo Totalmente
- Discordo Muito
- Discordo Pouco
- Não Discordo Nem Concordo
- Concordo Pouco
- Concordo Muito
- Concordo Totalmente

Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não. *

- Discordo Totalmente
- Discordo Muito
- Discordo Pouco
- Não Discordo Nem Concordo
- Concordo Pouco
- Concordo Muito
- Concordo Totalmente

Minha vida tem sentido. *

- Discordo Totalmente
- Discordo Muito
- Discordo Pouco
- Não Discordo Nem Concordo
- Concordo Pouco
- Concordo Muito
- Concordo Totalmente

Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas. *

- Discordo Totalmente
- Discordo Muito
- Discordo Pouco
- Não Discordo Nem Concordo
- Concordo Pouco
- Concordo Muito
- Concordo Totalmente

Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída. *

- Discordo Totalmente
- Discordo Muito
- Discordo Pouco
- Não Discordo Nem Concordo
- Concordo Pouco
- Concordo Muito
- Concordo Totalmente

Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer. *

- Discordo Totalmente
- Discordo Muito
- Discordo Pouco
- Não Discordo Nem Concordo
- Concordo Pouco
- Concordo Muito
- Concordo Totalmente

- Concordo Totalmente
- Discordo Muito
- Discordo Pouco
- Não Discordo Nem Concordo
- Concordo Pouco
- Concordo Muito
- Concordo Totalmente

Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim. *

- Discordo Totalmente
- Discordo Muito
- Discordo Pouco
- Não Discordo Nem Concordo
- Concordo Pouco
- Concordo Muito
- Concordo Totalmente

Voltar

Enviar


Página 5 de 5

Limpar formulário

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

10.4 ANEXO A – Confirmação de Submissão do Artigo

	Submission/Title/Type	Status	Action
 Delete [Author files]	<p style="text-align: center; color: green;">Confirmed as: Corresponding Author</p> <p>Manuscript ID: PPS-2022-12-21 The relationship between psychological resilience and self-care for health promotion Type: Research Article Authors: Vanessa Lemos da Costa Soares (Corresponding Author), Lizanka Paola Figueiredo Marinheiro (Co-author) Submitted: 2022-12-29</p>	Submitted	

10.5 ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP IFF/FIOCRUZ

INSTITUTO FERNANDES
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/
MS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A RESILIÊNCIA E O AUTOCUIDADO NA SAÚDE DE MULHERES ATENDIDAS PELO AMBULATÓRIO DE GINECOLOGIA DO INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA/FIOCRUZ: ESTUDO TRANSVERSAL.

Pesquisador: Lizanka Paola Figueiredo Marinho

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 51632621.3.0000.5269

Instituição Proponente: Instituto Fernandes Figueira - IFF/ FIOCRUZ - RJ/ MS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.065.544

Apresentação do Projeto:

Resposta ao parecer 5.026.349 de 7/10/2021. Parecer baseado nos documentos PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1822585.pdf, GoogleForms_Prints.pdf, TCLE.pdf, Formulário_resposta_RA.pdf anexados à Plataforma Brasil em 22/10/2021.

Objetivo da Pesquisa:

***Objetivo Primário:**

Analisar a associação entre a resiliência psicológica e o autocuidado com a saúde das mulheres que recebem o atendimento ambulatorial de ginecologia no Instituto Fernandes Figueira – FIOCRUZ, RJ.

Objetivo Secundário:

1- Analisar o perfil sociodemográfico, epidemiológico e clínico das mulheres atendidas no ambulatório de ginecologia do IFF no ano de 2021; 2- Avaliar os indicadores psicométricos de resiliência psicológica e as respostas comportamentais de autocuidado cotidiano com a saúde autorrelatados; 3- Identificar as possíveis associações entre os fatores avaliados e o padrão comportamental indicado para promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis."

Endereço: RUI BARBOSA, 716

Bairro: FLAMENGO

CEP: 22.250-020

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2554-1730

Fax: (21)2552-8461

E-mail: cepff@iff.fiocruz.br

**INSTITUTO FERNANDES
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/
MS**



Continuação do Parecer: 3.085.544

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

***Riscos:**

A fim de preservar a proteção, segurança e os direitos dos participantes da pesquisa, todas as etapas dos estudos foram elaboradas tendo em vista os critérios do método científico e as prerrogativas éticas das resoluções específicas. Assim, os procedimentos de coleta de dados em ambiente virtual estão de acordo com o Ofício Circular Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, de 24 de fevereiro de 2021. O documento em formato eletrônico relacionado à obtenção do consentimento, o TCLE, apresenta todas as informações necessárias para o adequado esclarecimento do participante, com as garantias e direitos previstos na Resolução CNS nº 466 de 2012 e de acordo, ainda, com as particularidades da pesquisa. Não há qualquer custo adicional para a participação no estudo e nem eventual risco à saúde, uma vez que a participante poderá responder ao formulário sem expor-se à rua. Não há em nenhuma parte, seja no questionário ou nas escalas perguntas sensíveis ou menção a quadros emocionais mais complexos. Contudo, se a participante desejar ser ouvida em qualquer demanda relacionada à pesquisa, a pesquisadora assistente oferecerá horário de acolhimento remoto. A pesquisa não contará com a administração de medicamentos, sendo a equipe médica do Ambulatório de Ginecologia do IFF/FIOCRUZ a única responsável pela prescrição de fármacos.

Benefícios:

Os benefícios para as participantes serão indiretos, pela produção de conhecimento decorrente de sua participação. O estudo possibilitará melhor compreensão dos fatores comportamentais associados à adesão aos critérios de prevenção às doenças crônicas não transmissíveis. De acordo com a Resolução CNS

Endereço: RUI BARBOSA, 716

Bairro: FLAMENGO

CEP: 22.250-020

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2554-1730

Fax: (21)2552-8461

E-mail: expft@iff.fiocruz.br

**INSTITUTO FERNANDES
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/
MS**



Continuação do Parecer: 5.026.349

466/2012, os benefícios da pesquisa podem estar relacionados ao "provelto direto ou indireto, imediato ou posterior, auferido pelo participante e/ou sua comunidade em decorrência de sua participação na pesquisa".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pendência do parecer 5.026.349:

1- Rever a frase do TCLE: "A sua participação nesta pesquisa não vai gerar para a senhora qualquer custo ou despesa. A senhora também não receberá nenhum pagamento pela participação. Caso sofra qualquer dano ao responder a esta pesquisa, está garantido o direito ao ressarcimento." - Pendência Atendida.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1822585.pdf - ok

GoogleForms_Prints.pdf -ok

TCLE.pdf - ok

Formulario_resposta_RA.pdf - ok

Recomendações:

O (A) pesquisador(a) deve observar os prazos e frequências estabelecidos pela resolução 466/12 e NOB 001/13 para o envio de relatórios de modo a manter o CEP informado sobre o andamento da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1822585.pdf	22/10/2021 12:59:22		Aceito
Brochura Pesquisa	GoogleForms_Prints.pdf	22/10/2021 12:59:04	Lizanka Paola Figueiredo Marinho	Aceito

Endereço: RUI BARBOSA, 716

Bairro: FLAMENGO

CEP: 22.250-000

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefones: (21)2554-1730

Fax: (21)2552-8491

E-mail: cepff@ff.fiocruz.br

**INSTITUTO FERNANDES
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/
MS**



Continuação do Parecer: 5.085.544

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	23/10/2021 12:58:29	Lizanka Paola Figueiredo Marinho	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Formulario_resposta_RA.pdf	23/10/2021 12:58:09	Lizanka Paola Figueiredo Marinho	Aceito
Folha de Rosto	Folhad rostero_ ass_vanessa.pdf	10/09/2021 15:16:57	Lizanka Paola Figueiredo Marinho	Aceito
Orçamento	Orçamento_detalhado.pdf	08/09/2021 12:47:31	Lizanka Paola Figueiredo Marinho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCMS_2021.pdf	08/09/2021 12:45:36	Lizanka Paola Figueiredo Marinho	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	Carta_orientadora.pdf	08/09/2021 12:44:32	Lizanka Paola Figueiredo Marinho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_autorizacao_da_chefeia.pdf	08/09/2021 12:43:24	Lizanka Paola Figueiredo Marinho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Aprovado_Dep_Pesq.pdf	08/09/2021 12:40:17	Lizanka Paola Figueiredo Marinho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_2021_IFF.pdf	08/09/2021 12:37:39	Lizanka Paola Figueiredo Marinho	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 27 de Outubro de 2021

Assinado por:

**Ana Maria Aranha Magalhães Costa
(Coordenador(a))**

Endereço: RUI BARBOSA, 716

Bairro: FLAMENGO

CEP: 22.250-020

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2554-1730

Fax: (21)2552-8491

E-mail: cepif@ifi.fiocruz.br

10.6 ANEXO C - Normas de Submissão: PsychotherapyandPsychosomatics

Psychotherapy and Psychosomatics

Author Guidelines

About the Journal

Aims and Scope

Published since 1953, *Psychotherapy and Psychosomatics* has progressively increased its reputation for independence, originality, and methodological rigor. It has anticipated and developed new lines of research concerned with psychosomatic medicine, psychotherapy research, and psychopharmacology. Ranking among the world's most cited journals in the field now, *Psychotherapy and Psychosomatics* provides a unique forum for current and controversial issues and innovations in assessment and treatment. As the official journal of the International College of Psychosomatic Medicine and the International Federation for Psychotherapy, it is the home of cutting-edge thinking at the interface between medical and behavioral sciences, addressed to both practicing clinicians and researchers.

Journal Sections

Innovations: Both Review and Research articles which encompass original investigations breaking new grounds or novel conceptualizations of clinical issues.

Clinical Notes: Abridged reports on clinical issues. They may be concerned with preliminary or pilot findings, secondary analyses of published trials, novel hypotheses.

Article Types

Research Article

Research Articles report on primary research. They must describe significant and original observations. Consideration for publication is based on the article's originality, novelty, and scientific soundness, and the appropriateness of its analysis.

Research Articles are reports of original work. Authors are asked to follow the [EQUATOR Network](#) for Research Articles.

Prior approval from an Institutional Review Board (IRB) or an Ethics Review Committee is required for all investigations involving human subjects.

A downloadable template is available below.

Documents

[Clinical Notes \(DOCX, 28.78 KB\)](#)

[Innovations \(DOCX, 28.76 KB\)](#)

[Standard Research Article \(DOCX, 28.66 KB\)](#)

Authors may wish to submit one of the following Research Articles:

Standard Research Articles: They should represent original research in clinical science and contain a 250-word structured abstract. Online supplementary material (information below) is permitted.

Innovations: Encompass both original investigations breaking new grounds or novel conceptualizations of clinical issues. They should have an abstract up to 250 words. Online supplementary material (information below) is permitted.

Clinical Notes: Abridged reports (no more than 2000 words of text and 3 Tables and/or Figures) on clinical issues. They may be concerned with preliminary or pilot findings, secondary analyses of published trials, novel hypotheses. An abstract of no more than 250 words is required. Online supplementary material (information below) is permitted.

Review Article

Review Articles are considered reviews of research or summary articles. They are state-of-the-art papers covering a current topic by experts in the field. They should give evidence on and provide answers to a well-defined aspect or question in a particular area. Review Articles must include a critical discussion of the reported data and give a clear conclusion with potential impacts on the standard of care.

A downloadable template is available below.

Documents

[Standard Review Article \(DOCX, 22.88 KB\)](#)

[Innovations \(DOCX, 22.86 KB\)](#)

Authors may wish to submit one of the following Review Articles:

Standard Review Articles: They are considered critical reviews of research or summary articles and should contain a 250-word unstructured abstract. Online supplementary material (information below) is permitted.

Innovations: Encompass both original investigations breaking new grounds or novel conceptualizations of clinical issues. They should have an abstract up to 250 words. Online supplementary material (information below) is permitted.

Systematic Review

Systematic Reviews are literature reviews focused on a research question that synthesizes all high-quality research evidence relevant to that question. Systematic Reviews should be presented in the Introduction, Methods, Results, Discussion format. The subject must be clearly defined. The objective of a Systematic Review should be to arrive at an evidence-based conclusion. The Methods section should give a clear indication of the literature search strategy, data extraction procedure, grading of evidence, and kind of analysis used. We strongly encourage authors to comply with the [Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses \(PRISMA\) guidelines](#).

A downloadable template is available below.

Documents

[Systematic Review \(DOCX, 26.89 KB\)](#)

An abstract of no more than 250 words is required.

Editorial

Editorials provide a viewpoint on specific articles or on general subjects directly relevant to the journal. Editorials are written by an editor or other member of the journal.

A downloadable template is available below.

Documents

[Editorial \(DOCX, 22.92 KB\)](#)

They are usually invited by the editor and provide comments on specifically selected articles published in 'Psychotherapy and Psychosomatics' or general issues. Unsolicited contributions are also welcome. Please send suggestions to the editor. No abstract is required.

Letter

Letters may explore subjects related to matters discussed in the journal, providing the author's perspective on a subject. Letters may discuss a recently published article and may lend support or constructively critique the article in line with the author's experience. The editors reserve the right to share such letters to the authors of the article concerned prior to publication in order to permit response, ideally in the same issue of the journal. Letters should not include original data.

A downloadable template is available below.

Documents

[Letter \(DOCX, 23.45 KB\)](#)

Letters should not exceed 500 words of text plus a maximum of 10 references. Keywords and abstract are not required.

Contact Information

Should you have any problems with your submission, please contact the editorial office:
Editorial Office 'Psychotherapy and Psychosomatics'

S. Karger AG

P.O. Box

CH-4009 Basel (Switzerland)

Email: editorialoffice_pps@karger.com

Editorial and Journal Policies

General Conditions

Only papers written in English are considered. The articles should be comprehensible to a reader who is fluent in English and should be edited prior to submission to ensure that standard English grammar and usage are observed. Use of a professional [language editing service](#) prior to submission can help avoid delays with the review process.

All manuscripts are subject to editorial review.

The presentation of manuscripts should follow the > [Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals from the International Committee of Medical Journal Editors \(ICMJE\)](#).

Karger Publishers is a member of the Committee on Publication Ethics (COPE). Karger journals aim to adhere to the > [COPE Code of Conduct and Best Practice Guidelines](#).

By submitting an article for publication, the authors agree to the transfer of the copyright to the publisher upon acceptance. Accepted papers become the permanent property of the Journal and may not be reproduced by any means, in whole or in part, without the written consent of the publisher.

Karger recommends the use of original images and materials whenever possible. If a submitted manuscript contains third-party copyright material(s), it is the authors' sole responsibility to obtain permission from the relevant copyright holder for reusing the material(s), including any associated licensing fee. The copyright and usage information needs to be checked carefully to avoid copyright infringement. The author(s) is and will remain personally liable for any copyright infringements.

Most publishers offer a quick and easy way to clear permissions for their content via the built-in website application RightsLink or via > <https://www.copyright.com/get-permissions/>. Another widely used licensing tool is > [PLSClear](#). Please check the publishers' websites for the available options and user instructions.

The authors agree that their name, affiliation with their institution and contact details will be available to third parties after the article has been published. Those third parties may be placed within or outside of the European Economic Area.

Statements

All submitted manuscripts must contain a statements section after the main body of the text, but before the reference list.

Statement of Ethics

Published research must comply with internationally-accepted standards for research practice and reporting. Manuscripts may be rejected if the editors believe that the research has not been carried out within an appropriate ethical framework, and concerns raised after publication may lead to a correction, retraction, or expression of concern in line with > [COPE guidelines](#).

Studies involving human subjects (including research on identifiable human material and data) must have been performed with the approval of an appropriate ethics committee and with appropriate participants' informed consent in compliance with the [► Helsinki Declaration](#).

In the manuscript, authors should specify the name of the ethics committee or other relevant authority who approved the study protocol and provide the reference number where appropriate. If ethics approval was not required, or if the study has been granted an exemption from requiring ethics approval, this should also be detailed in the manuscript (including the name of the ethics committee who made that decision).

For all research involving human subjects, written informed consent to participate in the study should be obtained from participants (or their parent/legal guardian where appropriate) and a statement detailing this should appear in the manuscript. For studies involving vulnerable participants or participants at risk of potential coercion, detailed information regarding the steps taken to ensure informed consent must be provided. If consent was not obtained, please specify why and whether this was approved by the ethics committee.

In line with the [► ICMJE recommendations](#) on the protection of research participants, authors must avoid providing identifying information unless strictly necessary for the submission and participants' identifiable attributes must be anonymized in the manuscript and its supplementary files, if any. If identifying information is necessary, authors must confirm that the individual has provided written consent for the use of that information in a publication.

Research involving human embryonic stem cells, embryonic germ cells or induced pluripotent stem cells should comply with the ISSCR '[► Guidelines for the Conduct of Human Embryonic Stem Cell Research](#)' or an equivalent set of guidelines or applicable regulations.

Case Reports: Manuscripts reporting a case report must include a statement detailing that written informed consent for publication was obtained and from whom (e.g. "Written informed consent was obtained from the patient for publication of this case report and any accompanying images."). If the patient has died, consent for publication must be obtained from their next of kin. If the patient described in the case report is a minor or vulnerable, then consent for publication must be obtained from the parent/legal guardian. The completed consent form must be made available to the Editor if requested, and will be treated confidentially.

Clinical Trials: In accordance with the [► ICMJE recommendations](#), all clinical trials should be registered in a publicly available registry approved by the WHO or ICMJE (see the list [► here](#)) and the clinical trial number must be clearly stated in the manuscript. Manuscripts reporting clinical trials must adhere to the relevant reporting guidelines for their study design, such as [► CONSORT](#) for randomized controlled trials, [► TREND](#) for non-randomized trials, or other relevant reporting guidelines as detailed on the [► Equator network website](#).

Karger follows the [► WHO definition](#) of clinical trials: "A clinical trial is any research study that prospectively assigns human participants or groups of humans to one or more health-related interventions to evaluate the effects on health outcomes [...] Interventions include but are not restricted to drugs, cells and other biological products, surgical procedures, radiologic

procedures, devices, behavioural treatments, process-of-care changes, preventive care, etc. This definition includes Phase I to Phase IV trials."

Studies involving animals: Experimental research on vertebrates or any regulated invertebrates must have been approved by the authors' Institutional Animal Care and Use Committee (IACUC) or equivalent ethics committee and must follow internationally recognized guidelines such as the [ARRIVE](#) guidelines. In the manuscript, authors should specify the name of the ethics committee or other relevant authority who approved the study protocol and provide the reference number where appropriate.

If ethics approval was not required, or if the study has been granted an exemption from requiring ethics approval, this should also be detailed in the manuscript (including the name of the ethics committee who made that decision). Additional information is expected for studies reporting death of a regulated animal as a likely outcome or planned endpoint. Other types of studies including field studies and non-experimental research on animals must comply with local or international guidelines, and where appropriate must have been approved by an appropriate ethics committee.

Please note if authors are submitting to a journal with a double blind peer review policy, the Ethics Statement should be anonymized where appropriate.

Conflict of Interest Statement

Karger endorses the [ICMJE recommendations](#) on the 'Disclosure of Financial and Non-Financial Relationships and Activities, and Conflicts of Interest'. Authors are required to disclose any relationship that could reasonably be perceived by a reader as a potential conflict of interest at the time of submission. All forms of support and financial involvement (e.g. employment, consultancies, honoraria, stock ownership and options, expert testimony, grants or patents received or pending, royalties) which took place in the previous three years should be listed, regardless of their potential relevance to the paper. Also the nonfinancial relationships (personal, political, or professional) that may potentially influence the writing of the manuscript should be declared. The role of the funder in study design; collection, analysis, and interpretation of data; writing of the report; any restrictions regarding the submission of the report for publication should be declared. If the funder had no role in any of the above, this should be clearly stated in the manuscript's funding section.

Please note if authors are submitting to a journal with a double blind peer review policy, the Conflict of Interest statement should be anonymized where appropriate.

Author Contributions Statement

In the Author Contributions section, a short statement detailing the contributions of each person named as an author should be included. Contributors to the paper who do not fulfill the [ICMJE Criteria for Authorship](#) should be credited in the Acknowledgement section. If an author

is removed from or added to the listed authors after submission, an explanation and a signed statement of agreement confirming the requested change are required from all the initially listed authors and from the author to be removed or added.

Please note if authors are submitting to a journal with a double blind peer review policy, the Author Contributions statement should be anonymized where appropriate.

Data Availability Statement

The journal's data sharing policy strongly encourages authors to make all datasets on which the conclusions of the paper rely available to editors, reviewers and readers without unnecessary restriction wherever possible. Authors are required to provide a Data Availability Statement in their article that details whether data are available and where they can be found. In cases where research data are not publicly available on legal or ethical grounds, this should be clearly stated in the Data Availability Statement along with any conditions for accessing the data. The decision to publish will not be affected by whether or not authors share their research data.

Examples of Data Availability statements:

- The data that support the findings of this study are openly available in [repository name e.g "figshare"] at [http://doi.org/\[doi\]](http://doi.org/[doi]), reference number [reference number]
- Publicly available datasets were used in this study. These can be found in [repository name e.g "figshare"] at [http://doi.org/\[doi\]](http://doi.org/[doi]), reference number [reference number]
- All data generated or analyzed during this study are included in this article. Further enquiries can be directed to the corresponding author.
- All data generated or analyzed during this study are included in this article and its supplementary material files. Further enquiries can be directed to the corresponding author.
- The data that support the findings of this study are not publicly available due to [REASON WHY DATA ARE NOT PUBLIC e.g. their containing information that could compromise the privacy of research participants] but are available from [e.g. the corresponding author [author initials] OR Data sharing committee [PROVIDE CONTACT DETAILS including email address] upon reasonable request]
- The data in this study was obtained from [third party source] where [RESTRICTIONS/LICENCE] may apply. Such dataset may be requested from [source contact information].

Please note if authors are submitting to a journal with a double blind peer review policy, the data availability statement should be anonymized where appropriate.

Definition of research data: This policy applies to the research data that would be required to verify the results of research reported in articles published in the journal. Research data include data produced by the authors ("primary data") and data from other sources that are analysed by authors in their study ("secondary data"). Research data includes any recorded factual material that are used to produce the results in digital and non-digital form. This includes, but is not limited to, tabular data, code, images, audio, documents, video, maps, raw and/or processed data.

For images, Karger requests that individual/unique features within an image are not modified, and image-processing methods do not alter the original image information (the use of software and/or enhancement technique must be disclosed in the methods section). Any concerns raised over inappropriate image modification will be investigated in accordance with COPE guidelines.

Policy exceptions: This policy does not require public sharing of quantitative or qualitative data that could identify a research participant unless participants have consented to data release. The policy also does not require public sharing of other sensitive data, such as the locations of endangered species. Alternatives to public sharing of sensitive or personal data include:

- Depositing research data in controlled access repositories
- Anonymizing or deidentifying data before public sharing
- Only sharing metadata about the research data
- Stating the procedures for accessing your research data in the article and managing data access requests from other researchers

Embargoes: Embargoes on data sharing are permitted but should be clearly stated in the data availability statement, including the reason for embargo, date of the end of the embargo period and how and where the data can be accessed following the end of the embargo period. Please note that all datasets on which the conclusions of the paper rely must be made available to editors and reviewers if requested to facilitate the review process.

Data repositories: The preferred mechanism for sharing research data is via public data repositories. We encourage authors to select a data repository that issues a persistent identifier, preferably a Digital Object Identifier (DOI), and has established a robust preservation plan to ensure the data is preserved in perpetuity. Additionally, we highly encourage researchers to consider the [FAIR Data Principles](#) when depositing data. Authors are encouraged to deposit their research data in a repository that has been widely adopted within their research community, suitable repositories per each area and data type can be searched using the FAIRsharing database tool (<https://fairsharing.org/databases/>) or via <https://repositoryfinder.datacite.org>.

If no such database is available authors may use a general data repository. Examples of general data repositories include:

- Figshare ([https://www.figshare.com](http://www.figshare.com))
- Dryad ([https://www.datadryad.org](http://www.datadryad.org))
- Zenodo ([https://www.zenodo.org](http://www.zenodo.org))
- Open Science Framework (<https://osf.io/>)

If authors are submitting an article to a journal with a double blind peer review policy, they should deposit their data in a repository that allows them to temporarily preserve anonymity such as Figshare ("private sharing link") or Dryad ("private for peer review").

Data citation: The journal encourages authors to cite any publicly available research data in their reference list. References to datasets (data citations) must include a persistent identifier (such as a DOI). Citations of datasets, when they appear in the reference list, should include the [minimum information recommended by DataCite](#) (e.g. author(s), title, publisher (repository name), DOI) and follow journal style.

Data licensing: The journal encourages research data to be made available under open licences that permit reuse freely. The journal does not enforce particular licenses for research data, where research data are deposited in third party repositories. The publisher of the journal does not claim copyright for research data.

Reference: Hrynaszkiewicz, I, Simons, N, Hussain, A, Grant, R and Goudie, S. 2020. Developing a Research Data Policy Framework for All Journals and Publishers. *Data Science Journal*, DOI: <http://doi.org/10.5334/dsj-2020-005>.

Plagiarism

Plagiarism, whether intentional or not, is not tolerated in Karger's journals. Plagiarism includes, but is not limited to, copying or reusing text, ideas, images or data from other sources without clear attribution, and goes against the principle of academic publishing. Karger may subject any manuscripts to a plagiarism-detection software (Crossref Similarity Check, powered by iThenticate) and if the software raises any concerns, there will be a follow-up investigation in line with [COPE guidelines](#). At any stage of peer-review, publication, or post-publication, if plagiarism is detected the manuscript may be rejected, corrected or retracted, as appropriate, and we reserve the right to inform the authors' institutions about any plagiarism detected. We expect that our editors and reviewers will inform the journal about any concerns related to plagiarism.

Further Conditions

Peer Review

Peer Review Policy

All Karger journals employ a rigorous peer-review process to confirm the validity and ensure scientific accuracy of published articles. Independent researchers with relevant expertise assess submitted manuscripts to help journal editors determine whether a manuscript should be published in their journal.

Peer Review Type

Psychotherapy and Psychosomatics uses a single-blind peer review system where reviewers know the names of the authors, but the authors do not know who reviewed their manuscript.

Peer Review Process

The Editor-in-Chief and the international Editorial Board ensure a thorough and fair peer-review process with the highest scientific publishing standards. The editorial office performs preliminary checks on submitted manuscripts to ensure compliance with submission guidelines, editorial policies and ethical standards. After completion of internal checks, each submission is assessed by the Editor-in-Chief (and/or Managing Editor) who decides whether to proceed with peer review and may assign a suitable handling Editor (Associate Editor, Editorial Board Member or Guest Editor). Handling Editors guide the peer-review process for manuscripts within their areas of expertise with the help of reviewers who are well qualified and up-to-date on the subject matter and/or methodology. All articles, except for Editorials and some Correspondence articles, are externally peer reviewed, typically by at least two individuals with expertise in the manuscript content area and/or research methods, before a final decision is made about acceptance for publication. If an Editor, Editorial Board Member, or employee submits a manuscript, it is assigned to an independent Editor who will handle the peer review, and details of the review process, beyond the anonymized review and decision, are not accessible to the Editor, Editorial Board Member, or employee. All Editors, reviewers and authors shall adhere to Karger's editorial policies and best practices in line with [COPE Core Practices](#) to maintain high standards of peer-review.

Peer Reviewers

Authors may suggest reviewers, who must have a recent publication record in the area of the submission, must not have published with the authors in recent years, and must not be from the same institution as the authors. Whether or not to consider these reviewers is at the Editor's discretion, and in line with Karger's Editorial policy. Where possible, institutional email addresses or information which will facilitate verifying the identity of the reviewer should be provided.

Appeals and Complaints

Any appeal on a decision or complaint during peer-review, or post-publication, must be submitted in writing to the corresponding Karger's editorial office (see "Journal Contact"). All cases will be handled in line with [COPE guidelines](#).

Reproducibility

Availability of materials

The Methods section of the article must contain sufficient information to allow a reader to replicate the study. Karger encourages authors to use [protocols.io](#) as an open access repository for their detailed methodology. For protocols registered in [protocols.io](#), please cite this record in your methods section and include the record DOI in the references. Karger supports the inclusion of Research Resource Identifiers in the methods section, for further information please see the [Resource Identification Portal](#). Supplier and catalogue numbers should be included for any chemical and reagents.

Image presentation

Where authors include a representative image of an experimental group or outcome it is expected that no image enhancements or adjustments are applied to that image. Where necessary for clarity of interpretation, for example, image cropping or brightness adjustment, this should be applied to the whole image, be detailed in the Methods section of the article and the original images must be uploaded as supplementary material.

Statistics

Karger recommends following The [SAMPL Guidelines](#) when reporting statistical analyses. Sample size must be reported for each study in the methods section tables and Figure legends. Where statistical testing for the significance of an effect is carried out, a dedicated section for statistical methodology must be included in the Methods. This section should provide sufficient information that would allow, with access to the full data set, reproduction of the article's results. The choice of statistical tests and any post-hoc tests must be justified in this section. The threshold for significance, alpha, should be defined here as well as how multiple comparisons are adjusted for, where applicable. When reporting the results of statistical tests it is not sufficient to only report the p-value. For example, for a Student's t-test, it is necessary to report the degrees of freedom, t-statistic as well as the exact p-value.

Materials Design Analysis Reporting Framework

Karger Publishers endorses the Materials Design Analysis Reporting (MDAR) Framework for minimum reporting standards in the life sciences and encourages authors to consider all aspects of the [MDAR Framework](#) relevant to their study when submitting a manuscript. Authors are encouraged to submit a completed [MDAR Checklist](#) with their manuscripts.

Misconduct

Karger takes seriously all allegations of potential misconduct and will follow relevant [COPE Guidelines](#). Concerns regarding a published article should be raised to the Research Integrity and Publication Ethics Manager at [publication.ethics\[at\]karger.com](mailto:publication.ethics[at]karger.com). All efforts will be made to resolve concerns raised about a published article without undue delay and an Erratum or Retraction will be issued, where necessary. An Expression of Concern may be published to inform readers of ongoing matters in line with [COPE guidance](#). In cases of suspected research or publication misconduct, it may be necessary for the Editor or Publisher to contact and share submission details with third parties including authors' institutions and ethics committees in line with [COPE Guidelines](#). Advice may also be sought directly from COPE.

Article Preparation

Formatting

The preferred word processing program for manuscripts is Microsoft Word. Page and line numbering should be activated, and the level of subheadings should be indicated clearly.

Footnotes should be avoided. When essential, they should be numbered consecutively and appear at the foot of the appropriate page.

Abbreviations (with the exception of those clearly well established in the field) should be explained when they are first used both in the abstract and in the main text.

Units of measurement should be expressed in SI units wherever possible.

Generic names of drugs (first letter: lowercase) should be used whenever possible. Registered trade names (first letter: uppercase) should be marked with the superscript registration symbol ® or ™ when they are first mentioned.

The manuscript text, tables and illustrations must be submitted in separate files.

For further technical specifications, including those regarding tables, figures, and illustrations, please refer to the [Karger website](#).

Further Formatting Instructions

Tables and figures must be numbered (e.g. Figure 1, Figure 2) and submitted as separate files. Tables require a heading and figures a legend, which must provide sufficient information for either to stand alone. Each figure and table must be cited in the text numerically. Tables should be in Word format. When possible, group several illustrations in a block for reproduction (max. size 180 x 223 mm). B/w half-tone and color figures must have a final resolution of 300 dpi after scaling to final size, line drawings 1200 dpi. Color figures must be in RGB format. All figures should be in a common format such as PSD, TIF, PNG EPS or WMF. Vector graphics should be in PPT, AI or EPS format.

Manuscript Arrangement

Title Page

The first page should contain a short and concise title plus a running head of no more than 80 characters. Abbreviations should be avoided.

Below the title, list all the authors' names as outlined in the article sample, which can be downloaded under Article Types. Each listed author must have an affiliation, which comprises the department, university, or organization and its location, city, state/province (if applicable), and country.

Place the full postal address of the corresponding author at the bottom of the first page, including at least one telephone number and e-mail address.

Keywords relevant to the article should be listed below the corresponding author information.

Body

Please refer to the Article Types section of the Guidelines for Authors for information on the relevant article structure, including maximum word counts and downloadable samples.

Online Supplementary Material

Online Supplementary Material may be used to enhance a publication and increase its visibility on the Web. Supplementary files (directly relevant but not essential to the conclusions of the paper) will undergo editorial review and should be submitted in a separate file with the original manuscript and with all subsequent submissions. The Editor(s) reserve(s) the right to limit the scope and length of supplementary material. Supplementary material must meet production quality standards for publication without the need for any modification or editing. For ease of reader access, we strongly recommend that files be less than 10 MB. Authors wishing to associate larger amounts of supplementary material with their article should deposit their data in an appropriate public data repository. Figures must have legends and tables require headings. All files must be named clearly. Acceptable files and formats are Word or PDF files, Excel spreadsheets (if the data cannot be converted properly into a PDF file), and multimedia files (MPEG, AVI, or QuickTime formats). All supplementary material should be referred to in the main text. A DOI number will be assigned to supplementary material, and it will be hosted online at <https://karger.figshare.com> under a [CC BY](#) license.

References

In-Text Citation

References in the text should be identified using Arabic numerals [in square brackets].

The reference list should not be alphabetized, but the references should be numbered consecutively in the order in which they are first mentioned in the text. Material submitted for publication but not yet accepted should be labelled as 'unpublished' and may not be included in the reference list. Other pre-published or related materials with a DOI, e.g. preprint manuscripts, datasets, and code, may be included.

Further information and examples can be found in the downloadable article samples in Article Types. If you are using reference management software, we recommend using the Vancouver Referencing Style.

Reference Management Software

The use of EndNote is recommended to facilitate formatting of citations and reference lists. The journal output style can be downloaded from <http://endnote.com/downloads/styles>.

Author Services

Karger Publishers offer a range of services to assist authors with the preparation of their manuscript, including discounts for language editing services offered by third parties.

More information is available on the [Author Resources](#) section of the Karger homepage.

When submitting a manuscript, authors can add their [ORCID number](#) to their Karger account to ensure that their paper is accredited to them correctly.

Cost of Publication

Page Charges/Article Processing Charges

Please note that adherence to word limits indicated in previous paragraphs does not guarantee exemption from APCs or page charges. Charges are calculated purely on the final page count of the accepted and edited article. Charges vary depending on the number of printed pages of the article. One printed page of pure text contains approximately 6000 characters, however the final page count will also depend on the number and size of tables and figures. A non-binding quote may be requested upon acceptance of the article. From page 8 of the final manuscript, each complete or partial page is charged to the author at CHF 325.00 / USD 360.00 / EUR 325.00 . Articles under 8 pages do not incur a charge.

Online Supplementary Material

We strongly encourage authors to make all the datasets on which the conclusions of the manuscript are based available. Online supplementary material is hosted for free with a published article. For ease of reader access, we strongly recommend that files be less than 10 MB. Authors wishing to associate larger amounts of supplementary material with their article should deposit their data in an appropriate public data repository.

Illustration Charges

In print, there is no charge for figures appearing in grayscale. In print, color illustrations are charged to the author at CHF 960.00 / USD 1,060.00 / EUR 960.00 per page. In the online version there is no charge for illustrations appearing in grayscale or in color.

Author's Choice

Karger Publisher's Author's Choice™ service broadens the reach of your article and gives all users worldwide free and full access for reading, downloading, and printing at www.karger.com. The option is available for a one-time fee, which is a permissible cost in grant allocation. More information can be found at www.karger.com/authors_choice. For a fee of CHF 3,000.00 / USD 3,530.00 / EUR 3,000.00, the final, published version of the article may be posted at any time and in any repository or on other websites, in accordance with the relevant Creative Commons license as well as the current Karger self-archiving policy for Open Access articles. Karger supplies all articles to PubMed Central for indexing.

Journal Policies

Copyediting and Proofs

Manuscripts accepted for publication by Karger Publishers will undergo basic proofreading to check for obvious spelling and grammar mistakes. If you would prefer a more in-depth [language editing service](#) to improve clarity and style, please consult a service provider prior to submission. Please note that the use of a language editing service before submission is not a requirement for publication in the journal and does not guarantee that the manuscript will be considered for peer review or accepted.

Karger Publishers' house style is based on internationally recognized standard manuals, including [The Chicago Manual of Style](#).

An e-mail containing a link to download the PDF proofs will be sent to the corresponding author. The authors should check the PDF document and respond to any questions that have been raised during proofreading within 48 hours.

Alterations made to proofs, other than the correction of errors introduced by the Publisher, are charged to the authors and may require editorial approval.

Please note that the revised proofs are not sent to the authors prior to typesetting and online publication unless there are exceptional circumstances. The article layout will be created according to the Karger standard.

DOI Number

A DOI number will be available as a unique identifier on the title page of each article. DOIs are useful for identifying and citing articles published online without volume or issue information (for more information, see > www.doi.org).

Online First Publication

All articles are published electronically ahead of print with a DOI number and are supplemented later with the definite reference to the printed version. The articles become available immediately after the authors' approval to print.

Licenses and Copyright

At acceptance, the authors will transfer all rights, title, and interest, including the right to claim copyright throughout the world, related to the article, to S. Karger AG.

Please note that metadata – essentially, data tags about article information such as authors and keywords that helps make articles discoverable by, for example, search engines – is governed by a separate policy. Refer to the > [FAQ on our Open Access web pages](#) for details.

Archiving and Self-Archiving

All articles are archived in Portico. Articles may also be archived in PubMed Central if the journal is indexed there. Karger supports Green Open Access and permits authors to archive their Author's Accepted Manuscript (AAM, i.e., accepted manuscripts after peer review but before production; also referred to as a postprint) on their personal home page or institution's

repository, provided that these are not used for commercial purposes, are linked to the publisher's version, and acknowledge the publisher's copyright. Preprints may be shared without restriction.

In addition, authors may post their accepted manuscripts in public Open Access repositories and scientific networks no earlier than 12 months following publication of the final version of their article. The posted manuscripts must:

1. Be used for noncommercial purposes only
2. Be linked to the final version on www.karger.com and include the following statement:

"This is the peer-reviewed but unedited manuscript version of the following article: [insert full citation, e.g., *Cytogenet Genome Res* 2014;142:227–238 (DOI: 10.1159/000361001)]. The final, published version is available at [http://www.karger.com/?doi=\[insert DOI number\]](http://www.karger.com/?doi=[insert DOI number])."

It is the authors' responsibility to fulfill these requirements.

For papers published online first with a DOI number only, full citation details must be added as soon as the paper is published in its final version. This is important to ensure that citations can be credited to the article.

To facilitate compliance with Coalition S/Plan S Open Access mandates, Karger permits authors, independently and without Karger's action, to upload a copy of their Author Accepted Manuscripts (AAM), applying a CC BY license, to a repository designated by their Plan S funders. However, when an article is published as Open Access, the Version of Record should be archived instead of the AAM. The AAM may be made freely available in the archive upon the official, final publication of the article (Version of Record or VOR, i.e. the post-production, final article version). Manuscripts to be archived in PubMed Central (PMC) due to NIH funding requirements or that have been published Open Access under Author's Choice™ will be submitted by Karger on the authors' behalf, as outlined under Funding Organizations.

Articles published as Open Access under Author's Choice may be shared freely on any repository or website. Re-posted Open Access articles must follow the terms of the relevant Creative Commons license. To ensure citations are credited to the Version of Record, Karger encourages authors to link to the published article on www.karger.com and include the following statement: "The Version of Record of this article is available at [http://www.karger.com/?doi=\[insert DOI number\]](http://www.karger.com/?doi=[insert DOI number](e.g. > http://www.karger.com/?doi=10.1159/000365070))(e.g. > <http://www.karger.com/?doi=10.1159/000365070>)."

Karger policies on Open Access, licensing and self-archiving can also be found at > [Sherpa Romeo](#).

Funding Organizations

If the authors are affiliated with an organization that has an Open Access agreement with Karger, the authors are prompted during submission to select from a list of these organizations. By choosing one of the listed organizations, eligibility can then be assessed.

NIH-Funded Research

The US National Institutes of Health (NIH) Public Access Policy mandates that AAMs must be archived in its digital database PubMed Central (PMC) within 12 months of the official publication date. As a service to authors, Karger Publishers submits the accepted, unedited version of NIH-funded manuscripts to PMC upon publication, where it is made available after a 12-month embargo period. Where the authors have chosen to make their paper freely available under Karger's Author's Choice™ service, this embargo does not apply.

Plan S

Karger approves authors, independently and without Karger's action, to make their AAMs openly available in PMC or another repository under a CC BY license upon publication of the Version of Record (VOR, i.e. post-production, final article version). However, when an article is published as Open Access, the Version of Record should be archived instead of the AAM. Some Coalition S funders, such as Wellcome Trust, Bill & Melinda Gates Foundation and FWF, designate PMC as the repository in which to make the Author's Accepted Manuscript (AAM) openly available. For papers made Open Access via Author's Choice, Karger will deposit the article in PMC on the author's behalf with a CC BY license. Authors should refer to their funders' policies for details. Authors should check their funders' requirements about how to declare their funding and any associated mandates within their manuscript.

Karger publishes some journals under the Transformative Journals model, compliant with Plan S. Find more information about Transformative Journals on the [> Karger website](#).

Other Funding Sources

Karger Publishers also complies with other funders' requirements for submission to PMC. In some cases, doing so requires that authors select Author's Choice™, which is generally reimbursed by the funder or is a permissible cost in the grant. Authors should include information on their grants in the Funding Sources section of their papers.

More information on funding sources can be found on the [> Karger website](#).

Errata and Retractions

Karger is committed to maintaining the accuracy and integrity of the scientific record. Retractions will be issued where required in accordance with [> COPE guidelines](#). Errors in an article that affect the content of the article, such as figures or results, or the article metadata,

such as the author list, will be corrected through the publication of an Erratum. Please note that the corrections of other errors introduced by authors and missed during the final manuscript proofing stage may be declined. Authors should [contact us](#) or use the [Error Report form](#) to report errors in their articles. Please state journal name, volume, issue and page numbers, the DOI number if the article has not yet been printed, as well as article title and the nature of the error.

Submission

Manuscript Submission

Manuscripts should be submitted online via the Psychotherapy and Psychosomatics submission and peer review system by the manuscript's corresponding author. The corresponding (submitting) author will automatically be the contact person for the manuscript throughout the publication process.

The corresponding (submitting) author is solely responsible for managing all communication between the journal and all co-authors and acts on behalf of all listed authors. This ensures that all correspondence reaches a unique contact and thereby secures swift communication in particular throughout the submission, peer review and production process. Articles can be published with more than one corresponding author (usually limited to three), but only one (the submitting author) can be accommodated during the submission, peer review and production process.

The corresponding (submitting) author's specific responsibilities include:

- Ensuring all the listed authors have approved the manuscript submission to the journal and agreed to all of the content including the author list
- Handling the revision(s) and re-submission(s) of the manuscript until acceptance
- Upon acceptance, ensuring that all listed authors agree to the license agreement, including the Submission Declaration
- After acceptance, manuscript proof reading and approving the final proof
- Arranging for payment of Page Charges/Article Processing Charges where required. The affiliation of the corresponding (submitting) author will be used to determine eligibility for discounted or waived charges including discounted or waived APCs under read and publish/offsetting/OA agreements
- Act as the point of contact for queries about the published article. It is their responsibility to inform all co-authors of any matters arising in relation to the published article including questions relating to publication ethics, availability of data, materials, etc.

Please note that the author names entered into the manuscript submission and peer review system should be identical to the information presented on the title page of the manuscript,

including the sequence of authorship. The author names submitted should reflect the official publication names. It is the corresponding (submitting) author's responsibility to ensure the accuracy of all content in the proof, including the names of co-authors, addresses and affiliations.

Before submission, please read the [Guidelines for Authors](#) for specific requirements for manuscript preparation.

A brief cover letter outlining how your study contributes to the current scientific literature and how it fits the aims and scope of the Journal should be provided. If your submission is part of a special issue of the journal, please refer to the specific name of the special issue in your cover letter and specify who invited the submission where appropriate.

Submission Declaration

The submitting author will submit, on behalf of all authors, their manuscript for potential publication after full peer-review. All co-authors will confirm that the submitting author has authority to act on their behalf via the verification link sent out to all authors upon completion of the submission. Please refer to the [Submission Declaration PDF](#) for details.

Documents

[Submission Declaration](#) (PDF, 65.62 KB)