

**Níveis de Autocuidado e Resiliência em
pacientes diagnosticados com Diabetes
Mellitus Tipo 2**

Versão Final Após Defesa

Carolina de Matos Fernandes

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

Psicologia Clínica e da Saúde

(2º ciclo de estudos)

Orientadora: Professora Doutora Cláudia Maria Gomes Mendes da Silva

Coorientadora: Professora Doutora Paula Saraiva Carvalho

dezembro de 2024

Declaração de Integridade

Eu, Carolina de Matos Fernandes, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição M12424 de Psicologia Clínica e da Saúde da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior.**

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 12/ 12 / 2024

Carolina de Matos Fernandes

Agradecimentos

A realização desta dissertação representa o culminar de um percurso que, felizmente, contou com o apoio e incentivo de várias pessoas – e, por tal, sou muito grata.

À minha mãe, por ser um exemplo de determinação e Resiliência. Não há palavras que consigam descrever o quanto sou grata por todo o apoio e amor. Este trabalho é tanto meu quanto teu.

Ao meu pai, que sempre fez por estar presente, mesmo estando longe. Obrigada pelas palavras de incentivo e por me lembrares constantemente da importância de acreditar em mim mesma.

À minha madrinha, pelo apoio emocional e compreensão ao longo deste processo.

À minha Mariana, que com tanta paciência me ajudou com a parte estatística desta investigação. A tua amizade é indispensável.

Às minhas amigas, que me acompanharam nos altos e baixos desta jornada, agradeço pelo companheirismo e amizade.

Ao Miguel, pelo amor, paciência e incentivo constante ao longo deste percurso. Obrigada por estares sempre ao meu lado.

À Professora Doutora Cláudia Silva, orientadora da presente dissertação, pela oportunidade de aprendizagem, ensinamentos e confiança depositada no meu trabalho.

À Dra. Dídia, pelo profissionalismo, simpatia e apoio no processo de recolha dos dados para este estudo.

Por último, mas não menos importante, a todos os participantes que disponibilizaram o seu tempo e paciência para o preenchimento dos inquéritos. Sem vós esta investigação não teria sido possível.

Resumo

O presente estudo teve como principal objetivo contribuir para a caracterização e avaliação da Resiliência e do Autocuidado em pacientes diagnosticados com Diabetes *Mellitus* 2, a sua variação em função das variáveis sexo e idade, bem como a relação entre as duas variáveis – Resiliência e Autocuidado.

A amostra foi composta por 71 adultos diagnosticados com Diabetes *Mellitus* Tipo 2 com idades compreendidas entre os 43 e os 91 anos. Foram administrados um Questionário Sociodemográfico, a Escala de Resiliência para Adultos (ERA) e a Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes (EAAD).

Foi possível constatar que os participantes do sexo feminino têm uma tendência para apresentar níveis mais elevados de comportamentos de autocuidado com a Diabetes, assim como de Resiliência – quando comparados com indivíduos do sexo masculino. Foi possível verificar um decréscimo dos comportamentos de autocuidado com o aumento da idade. Ademais, constatou-se uma relação positiva entre a Resiliência e o Autocuidado, bem como a capacidade preditiva da Resiliência nos níveis de Autocuidado.

Palavras-chave

Doença Crónica; Diabetes *Mellitus* Tipo 2; Resiliência; Autocuidado

Abstract

The main purpose of this study was to contribute to the characterization and evaluation of Resilience and Self-Care in patients diagnosed with Type 2 Diabetes *Mellitus*, their variation according to the variables of sex and age, as well as the relationship between the two variables – Resilience and Self-Care.

The sample consisted of 71 adults diagnosed with Type 2 Diabetes *Mellitus*, aged between 43 and 91 years old. A Sociodemographic Questionnaire, the Adult Resilience Scale (ARS) and the Diabetes Self-Care Activities Scale were administered.

It was possible to observe that female participants have a tendency towards the prevalence of both Diabetes Self-Care behaviours and Resilience – when compared to male individuals. It was possible to observe a decrease in Self-Care behaviours with increasing age. Furthermore, a positive relationship was found between Resilience and Self-Care, as well as the predictive capacity of Resilience in Self-Care.

Keywords

Chronic Illness; Diabetes *Mellitus* Type 2; Resilience; Self-Care

Índice

Introdução	1
Capítulo 1: Enquadramento Teórico	3
1.1. Doença Crónica	3
1.2. Diabetes Mellitus.....	4
1.3. Autocuidado	6
1.4. Resiliência	8
Capítulo 2: Metodologia	10
2.1. Caracterização do estudo e objetivos	10
2.2. Participantes	10
2.3. Instrumentos.....	12
Questionário Sociodemográfico.....	12
Escala de Autocuidado com a Diabetes	13
Escala de Resiliência para Adultos	14
2.4. Procedimentos	14
Capítulo 3: Resultados.....	16
Capítulo 4: Discussão	20
Conclusão.....	22
Referências	24

Lista de Tabelas

Tabela 1- Características Sociodemográficas dos Participantes ($N = 71$)

Tabela 2- Média e Desvio-Padrão das Dimensões da Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes

Tabela 3- Média, Desvio-Padrão e Consistência Interna das Dimensões da Escala de Resiliência para Adultos

Tabela 4- Diferenças entre Sexos na Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes

Tabela 5- Diferenças entre Sexos na Escala de Resiliência para Adultos

Tabela 6- Correlações entre as Dimensões da Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes e a Idade

Tabela 7- Correlações entre as Dimensões da Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes e as Dimensões da Escala de Resiliência para Adultos

Tabela 8- Modelo de Regressão Linear Múltipla do Autocuidado

Lista de Acrónimos

APA	American Psychological Association
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
EAAD	Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes
ERA	Escala de Resiliência para Adultos
IBM SPSS	<i>International Business Machines Corporation Statistical Package for the Social Sciences</i>
IDF	<i>International Diabetes Federation</i>
INSA	Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
PND	Programa Nacional para a Diabetes
SPD	Sociedade Portuguesa de Diabetologia
UBI	Universidade da Beira Interior
WHO	<i>World Health Organization</i>

Introdução

O presente estudo, com o título “Avaliação dos Níveis de Autocuidado e Resiliência em pacientes diagnosticados com Diabetes *Mellitus* Tipo 2”, foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular “Dissertação”, do 2º Ano de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade da Beira Interior (UBI) – encontrando-se integrado no projeto “Impacto de Variáveis Físicas e Psicológicas na Doença Crónica: Avaliação e Intervenção”, do Departamento de Psicologia e Educação da UBI.

O Autocuidado desempenha um papel fundamental na gestão da Diabetes, sendo fulcral tanto para o controlo glicémico, como para a prevenção de eventuais complicações (Shrivastava et al., 2013). Este construto diz respeito às atividades diárias realizadas pelos sujeitos de modo a gerir a sua condição – nomeadamente através da monitorização da glicemia, da adesão à medicação, da prática de exercício físico e, por fim, através de uma alimentação saudável (Shrivastava et al., 2013). Por outro lado, a Resiliência é definida como a capacidade de adaptação e superação de adversidades – influenciando de forma direta a maneira como os sujeitos lidam com os desafios associados à Diabetes (Yi et al., 2008). Esta competência pode ser desenvolvida ao longo do tempo, especialmente quando os indivíduos são dotados de apoio social adequado, melhorando assim a sua capacidade de enfrentamento da doença e o seu bem-estar geral (Steinhardt et al., 2009). Assim, é possível afirmar que pacientes mais resilientes, geralmente, lidam melhor com o *stress* e as exigências diárias da Diabetes ao mesmo tempo que mostram uma maior adesão ao Autocuidado (Yi et al., 2008).

Neste seguimento é possível inferir que tanto o Autocuidado como a Resiliência são componentes fundamentais na gestão da Diabetes, uma vez que atuam conjuntamente para melhorar o bem-estar dos pacientes (Ojo et al., 2022; Binhardi et al., 2023). Deste modo, promover a Resiliência pode ser uma estratégia eficiente para melhorar o Autocuidado em pacientes diabéticos, culminando assim numa melhor qualidade de vida e controlo da doença a longo prazo (Peres et al., 2021).

O principal propósito deste projeto de investigação consistiu na contribuição para a caracterização e avaliação do Autocuidado e da Resiliência em pacientes diagnosticados com Diabetes *Mellitus* Tipo 2, e a variação destas em função do sexo e idade. Por fim, foram analisadas as relações existentes entre Autocuidado e Resiliência.

Em primeiro lugar, é exposta a revisão da literatura acerca do Autocuidado e da Resiliência no contexto da Diabetes. De seguida, é apresentado o método de investigação, mais especificamente, a descrição dos participantes e instrumentos utilizados - o Questionário Sociodemográfico, a Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes e a Escala de Resiliência para Adultos – sendo também descritos os procedimentos adotados.

Posteriormente, são relatados os resultados do estudo em questão, seguidos da discussão dos mesmos e da conclusão. Por último, são apresentadas as referências bibliográficas, seguindo as normas APA, de todos os documentos utilizados para a elaboração da presente dissertação.

Capítulo 1: Enquadramento Teórico

1.1. Doença Crónica

Segundo a *World Health Organization* [WHO] (2002, 2003), a doença crónica é permanente, suscitada por alterações patológicas irreversíveis, deixa incapacidade residual, requer treino singular do doente para reabilitação e, por último, é esperado que exija um período longo de supervisão, observação e/ou cuidado. Adicionalmente, é um facto que as doenças crónicas são o resultado de uma combinação de fatores ambientais, genéticos, fisiológicos e comportamentais (WHO, 2023b). Os principais tipos de doença crónica são as doenças cardiovasculares (acidentes vasculares cerebrais, por exemplo), cancro, doenças respiratórias crónicas (como a asma ou a doença pulmonar obstrutiva crónica) e, por fim, a Diabetes (WHO, 2023b).

Existem inúmeros fatores de risco – modificáveis e não modificáveis - comuns responsáveis pela generalidade destas doenças. No que concerne aos primeiros, destaca-se o alcoolismo, o tabagismo, a má alimentação e a ausência de prática de atividade física (WHO, 2023c). Relativamente aos segundos, realça-se a hereditariedade e a idade (WHO, 2005; Bourbon et al., 2019). Adicionalmente, no que se refere aos fatores de risco metabólicos destacam-se a pressão arterial elevada, a hiperglicemia (níveis elevados de glicose no sangue), a hiperlipidemia (níveis elevados de gordura no sangue), o excesso de peso e a obesidade. Para além dos fatores supracitados, no que toca aos fatores de risco ambientais, é conhecido que a poluição atmosférica é o mais prevalente (WHO, 2023c).

As doenças não transmissíveis, ou crónicas, são responsáveis por cerca de 74% de óbitos em todo o mundo, o equivalente a 41 milhões de pessoas (WHO, 2022). Destes, cerca de 2 milhões são causadas pela diabetes (WHO, 2023a). Em Portugal, cerca de 87% da população morre de doença crónica, existindo uma probabilidade de 11% dessa morte ser prematura (WHO, 2022). Num estudo realizado em 2015, pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), foi possível verificar que a prevalência da doença crónica incide mais sobre indivíduos do sexo feminino, quando comparados com o sexo masculino (INSA, 2015).

Uma das maneiras de reduzir os óbitos por doença crónica passa pelo controlo dos fatores de risco, nomeadamente a redução do consumo de tabaco e álcool, a manutenção de um estilo de vida ativo associado a uma alimentação saudável e, por último, a melhoria da qualidade do ar (WHO, s.d.).

Além da prevenção, também a gestão da doença crónica é imprescindível. A vigilância da doença em questão é uma ação vital, pois fornece os dados necessários ao desenvolvimento de políticas e programas para o controlo desta (WHO, s.d.). A adaptação a este tipo de doença coloca alguns

problemas, o que faz com que, muitas vezes, sejam gerados sintomas somáticos, dos quais são exemplo a dor, bem como várias reações emocionais de cólera, ansiedade, depressão e pânico. Assim, o objetivo de intervenção nestes casos é paliativo, ou seja, não serve para restituir o estado de saúde (Joyce-Moniz & Barros, 2005), mas sim promover o bem-estar e a qualidade de vida do paciente atendendo à prevenção e atenuação do sofrimento – quer este seja físico, psicológico, social ou espiritual -, bem como ao tratamento da dor (Alves et al., 2019).

Segundo Joyce-Moniz e Barros (2005) trata-se de aprender a conviver com a doença e não somente a sobreviver a esta. Neste sentido, muitas pessoas encontraram benefícios nas suas experiências de lidar com a doença, nomeadamente fortalecimento de laços familiares, afirmação de relacionamentos, maior empatia pelo próximo, maior aceitação da própria situação, priorização de objetivos e experiência de crescimento como pessoa (Cassidy & Doyle, 2018).

1.2. Diabetes Mellitus

A Diabetes Mellitus (DM) é uma das doenças crónicas mais prevalentes a nível mundial (Bădescu et al., 2016), sendo caracterizada pelo aumento dos níveis de glicose no sangue, os quais são comumente denominados de glicemia (Sociedade Portuguesa de Diabetologia [SPD], 2023). Assim, a hiperglicemia (nível de açúcar elevado no sangue) (SPD, 2023) é o indicador clínico da Diabetes (International Diabetes Federation [IDF], 2021) e ocorre devido ao facto do corpo não ser dotado da capacidade de produzir insulina em quantidade suficiente, ou de não conseguir usar de forma eficaz esta hormona (IDF, 2021), culminando assim no desenvolvimento de complicações crónicas ao longo do tempo (Borovcanin et al., 2023).

A insulina é uma hormona produzida no pâncreas que permite que a glicose da corrente sanguínea entre nas células do corpo, onde é posteriormente convertida em energia ou armazenada (IDF, 2021). Assim, caso os défices desta hormona não sejam controlados, a longo prazo, podem vir a causar lesões em vários órgãos do corpo, levando assim a complicações de saúde como doenças cardiovasculares, neuropatia (danos nos nervos), nefropatia (danos nos rins), retinopatia e amputação, especialmente dos membros inferiores (IDF, 2021; SPD, 2023).

No que concerne aos principais sintomas da Diabetes, são de destacar a sede excessiva (polidipsia), a fome excessiva (polifagia), o cansaço, a perda de peso repentina (IDF, 2019) e a poliúria (urina em excesso) (Rodríguez et al., 2012). Apesar destes, a sonolência, a sensação de formigueiro e dormências e/ou a visão turva também podem estar presentes (Rodríguez et al., 2012).

Apesar das possíveis complicações, a redução ou até o adiamento dos danos da Diabetes é possível (IDF, 2021) através de um controlo rigoroso da hipertensão arterial, hiperglicemia e dislipidemia, bem como de uma vigilância regular dos órgãos mais suscetíveis a ser afetados pela doença – retina, coração, rim, por exemplo (SPD, 2023). Importante salientar que para

além do sofrimento humano que as complicações associadas à doença causam - tanto no próprio doente, como nos seus familiares e amigos -, a Diabetes acarreta ainda elevados custos económicos (SPD, 2023).

De acordo com o Relatório do Observatório Nacional da Diabetes (SPD, 2023), a cada 100.000 habitantes, cerca de 670 são diagnosticados, anualmente, com Diabetes. Assim, cerca de 14.1% da população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos detém este diagnóstico, ou seja, aproximadamente 1.1 milhões de portugueses inseridos nessa faixa etária são diabéticos. Portugal apresenta assim a segunda maior prevalência de Diabetes da União Europeia (SPD, 2023), sendo que segundo a Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD, 2023), cerca de 3.3% das mortes ocorridas em Portugal foram causadas pela doença em questão.

A Diabetes representa uma das causas com maior incidência de morte em Portugal, deste modo Silva (2010) realça que é fulcral o diagnóstico precoce, uma vez que este pode permitir o aumento do limiar da esperança média de vida através da gestão eficaz da doença. Ainda, no que diz respeito à esperança média de vida, é sugerido que esta se encontra reduzida em cerca de 5 a 10 anos quando comparada com a esperança média de vida na população geral (Silva, 2010).

Pertinente referir que a Diabetes engloba diversos tipos da mesma patologia que se distinguem uns dos outros pelas várias patogénese, etiologias e respostas ao tratamento (World Health Organization, 2016). A patologia da Diabetes *Mellitus 2* é multifatorial, apresentando uma junção de diversos fatores, nomeadamente a deterioração das células beta, a resistência à insulina, a presença de metainflamação e, por último, a disbiose (Borovcanin et al., 2023).

No que diz respeito ao diagnóstico da doença, a Diabetes *Mellitus 2* é identificada através da realização de testes de glicose no sangue em jejum e após a ingestão de glicose. Desta forma, os valores que se encontrem acima do valor normativo sugerem a presença da doença (American Diabetes Association, 2022). Esta doença pode ser muitas vezes assintomática, sendo o diagnóstico realizado devido à manifestação de complicações associadas ou, de forma acidental, por meio de um resultado anormal dos valores de glicose no sangue ou na urina (SPD, 2023). Geralmente, o diagnóstico ocorre depois dos 40 anos de idade, no entanto este pode acontecer mais cedo se associado à obesidade (SPD, 2023).

Apesar da Diabetes Tipo 2 ter uma forte componente hereditária, os seus principais genes predisponentes ainda não foram passíveis de identificação, no entanto, alguns dos fatores possíveis para o seu desenvolvimento são: a obesidade, uma alimentação desadequada, inatividade física, história prévia de Diabetes na família, resistência à insulina (SPD, 2023), tabagismo (Programa Nacional para a Diabetes [PND], 2023), o envelhecimento da população e, por último, os estilos de vida pouco saudáveis (SPD, 2023). Apesar dos fatores previamente descritos é fulcral ressaltar que uma vez que se trata de uma doença heterogénea, estes não são únicos ou iguais para todos os portadores da doença – trata-se de um conjunto de condições ambientais, genéticas e metabólicas que favorecem significativamente o aparecimento da

Diabetes. Contrariamente à Diabetes Tipo 1, indivíduos com Diabetes Tipo 2 não dependem de insulina exógena, mas podem necessitar desta para o controlo da hiperglicemia se este não for atingido através da dieta associada a antidiabéticos orais (SPD, 2023).

Uma vez que a Diabetes tem uma tendência crescente e consequências graves, é fulcral a adoção de medidas preventivas, das quais são exemplo a alteração do estilo de vida, o controlo do peso, a prática de uma alimentação saudável e de exercício físico (Viana & Rodriguez, 2010). Ter a Diabetes controlada significa manter níveis glicémicos enquadrados dentro de certos limites, definidos para cada indivíduo, em jejum e após as refeições (SPD, 2023). Para tal, é recorrente o uso de testes de glicemia capilar - realizados através de uma picada no dedo (SPD, 2023). Uma vez que existe uma associação entre a Diabetes, a Hipertensão Arterial e o Colesterol elevado, o controlo destes dois fatores de risco é fulcral para o controlo da primeira (SPD, 2023).

Relativamente ao tratamento da Diabetes Tipo 2, o primeiro passo consiste basicamente numa adaptação da alimentação e da quantidade de atividade física diária – sendo isto suficiente na maior parte das vezes. Quando não é o caso, recorre-se ao tratamento com medicação oral e, em alguns casos, à insulina. A utilização de medicamentos para o controlo do Colesterol e da Pressão Arterial também é comum (SPD, 2023).

1.3. Autocuidado

O Autocuidado é um fenómeno complexo e multidimensional (Taylor & Renpenning, 2011) que compreende diversas atividades que têm como objetivo a capacitação do indivíduo para lidar com variações emocionais, ou com o impacto de uma situação crónica, por exemplo (Bastos, 2012). Consiste numa função reguladora que dota os indivíduos da capacidade de promoverem e manterem a sua saúde (WHO, 2009), o seu desenvolvimento e bem-estar (Galvão & Janeiro, 2013). Tal pode ocorrer através da prática de exercício físico, de uma alimentação equilibrada e saudável, de uma automedicação cuidada e perseverante, de uma higiene diária adequada e, por fim, de um conjunto de comportamentos que visem a prevenção de riscos para a saúde (WHO, 2009). O Autocuidado abarca várias atividades que têm como objetivo capacitar o sujeito para aderir ao regime terapêutico, lidar com as alterações emocionais inerentes à doença, lidar com o impacto de possuir uma patologia crónica, ao mesmo tempo que se tenta manter a rotina quotidiana junto da família e/ou do trabalho (Bastos, 2012).

É importante ressaltar que o Autocuidado não é um comportamento passivo, ao invés, é pessoal, não ocorrendo de maneira isolada, mas sim em sinergia com diversos fatores – hereditários, ambientais, económicos, sociais e até relacionados aos serviços de saúde (Dean, 1989). De acordo com Rockwell e Riegel (2001), os comportamentos de Autocuidado são influenciados por variáveis predisponentes – motivações, autoconceito e perceções acerca da saúde –, características inerentes ao próprio indivíduo – idade, sexo e nível socioeconómico –, estado psíquico e apoio social.

No contexto específico da Diabetes, o Autocuidado define-se como um processo desenvolvimental evolutivo de conhecimento ou consciência que visa que os pacientes aprendam a viver com a complexidade característica da Diabetes (Cooper et al., 2003; Paterson & Thorne, 2000) e gerir autonomamente e com sucesso a doença (American Association of Diabetes Educators, 2008).

Quando são recomendados comportamentos de Autocuidado na Diabetes, os indivíduos são confrontados (uma vez mais) com a complexidade da doença, sendo imediatamente excluído o tratamento padronizado, assumindo-se intervenções mais centradas no indivíduo e nas suas características, bem como no significado que aquele atribui à doença (Cardoso et al., 2015)

São sete os comportamentos de Autocuidado em pacientes diagnosticados com Diabetes *Mellitus* que têm previsto bons resultados: (1) atividade física, (2) adesão à medicação, (3) controlo do nível de açúcar no sangue, (4) alimentação saudável, (5) boa capacidade de resolução de problemas, (6) comportamentos de redução de risco e, (7) capacidades de enfrentamento saudáveis (American Association of Diabetes Educators, 2008).

No que diz respeito à atividade física, a prática desta é uma forma eficaz de prevenir complicações da Diabetes, bem como de controlar os níveis de glicémia, uma vez que estimula a produção de insulina, favorecendo o seu transporte para as células. Desta forma, quando o indivíduo diabético está a fazer exercício, estimula o pâncreas a produzir insulina, ao mesmo tempo que a utilização de glicose é aumentada pelos músculos (Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, 2019c).

Por outro lado, uma alimentação equilibrada e saudável faz inevitavelmente parte do tratamento de pessoas com Diabetes. Adotar este tipo de alimentação visa a obtenção de um bom controlo da glicemia, da pressão arterial, do colesterol e dos triglicéridos, bem como a manutenção de um peso adequado, a fim de se prevenir as possíveis complicações da doença. É recomendado a redução da ingestão de alimentos com alto teor de gordura e/ou sal e o aumento da ingestão de fibra (Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, 2019a).

Relativamente ao controlo dos níveis de açúcar no sangue, este é cada vez mais fácil de ser realizado na casa dos sujeitos, uma vez que os aparelhos têm dimensões reduzidas e são bastante intuitivos de utilizar. O objetivo primordial da vigilância dos valores é o controlo dos próprios níveis da glicemia, isto porque se os valores se mantiverem no intervalo normativo, menor é a probabilidade de ocorrerem complicações (Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, 2019b).

Assim, a Organização Mundial de Saúde (2003), sugere a educação para o Autocuidado como forma preventiva e/ou de tratamento para as doenças do foro crónico, uma vez que esta facilita o envolvimento do sujeito no tratamento, ao mesmo tempo que produz uma maior adesão ao

protocolo terapêutico – sendo assim diminuídas as suas incapacidades e complicações relativas aos problemas crônicos.

1.4. Resiliência

O conceito de Resiliência pode ser definido como um processo dinâmico que se refere à superação do *stress* e dos obstáculos, mantendo, ao mesmo tempo, um funcionamento psíquico e físico normal (McCrary et al., 2010). Segundo a APA (2009), a Resiliência consiste no “processo de boa adaptação diante adversidades, traumas, tragédias, ameaças ou fontes significativas de stress” (p.1). Rutter (2006) – um dos pioneiros no estudo deste conceito -, defende ainda que a Resiliência não é um traço ou atributo imutável, uma vez que consoante o tipo de adversidade experienciada adquire uma determinada configuração. Mais tarde, acrescentou que este construto consiste na capacidade de superar acontecimentos adversos, saindo fortalecido ou transformado dos mesmos (Rutter, 2012).

Carvalho e colaboradores (2014) defendem que a Resiliência é adquirida através das experiências vividas, no sentido em que é considerada dinâmica e modificada de acordo com o momento e circunstâncias presentes. Assim, e como já foi previamente referido, no contexto específico da Diabetes, a Resiliência consiste na capacidade do indivíduo lidar com a patologia, aceitar as suas limitações, colaborar na adesão ao tratamento e (re)adaptar-se a novos estilos de vida (Costa, 2017).

Neste seguimento, o construto em análise encontra-se relacionado com os processos psicossociais influentes no desenvolvimento saudável dos sujeitos – mesmo quando estes se encontram em situações adversas. Desta maneira, é possível inferir que o estudo da Resiliência permite entender que características do próprio indivíduo, ou do ambiente, podem ser alteradas ou estimuladas de forma a que os sujeitos apresentem estratégias benéficas de e para o enfrentamento da doença (Bianchini & Dell’aglio, 2006; Silva et al., 2006). No entanto, é importante referir que os indivíduos, apesar de puderem ter “caminhos” semelhantes, podem desenvolver capacidades resilientes distintas – acabando por alguns ultrapassarem as situações adversas, ao passo que outros não (Yunes, 2003).

A Resiliência é determinada por fatores de proteção e risco (Rutter, 1985; Polleto & Koller, 2008). Os primeiros dizem respeito às influências que alteram ou melhoram a resposta de um indivíduo ao perigo que predispõe a um resultado desadaptativo. mas que parecem mudar ou reverter circunstâncias negativas – destes são exemplo a autoestima, a religião, a satisfação com a vida, o bem-estar subjetivo e o apoio social (Rutter, 1985; Pesce et al., 2004). No que diz respeito aos segundos, estes relacionam-se com acontecimentos negativos que, quando vivenciados pelo indivíduo, aumentam a probabilidade deste apresentar problemas do foro biopsicossocial (Polleto & Koller, 2008) – os eventos stressantes da vida, como experiências de doença no próprio indivíduo ou na família deste e perdas afetivas constituem-se como exemplo (Rutter, 1985).

A Resiliência impacta significativamente o desempenho apropriado dos cuidados da Diabetes, principalmente na alimentação saudável, na monitorização da glicémia, na ingestão restrita de doces, bem como nos aspetos psicoemocionais. É ainda um facto que a Resiliência permite um melhor empoderamento, competência e confiança no Autocuidado (Coutinho et al., 2019). Ser portador de uma doença crónica é ver-se envolvido em vários momentos de *stress* e sofrimento, pelo que é benéfico manter-se resiliente (Beconã, 2006; Santana da Silva et al., 2015). Ademais, viver com este tipo de doença pode ainda promover alterações do foro emocional, não só em relação às mudanças ou ao receio pelo desconhecido, como também aos enfrentamentos necessários para um quotidiano saudável (Samuel-Hodge, et al., 2000; Peres et al., 2008).

Em jeito conclusivo, quando se trata de uma condição crónica, como é o caso da Diabetes, a Resiliência converge na capacidade do paciente lidar com a doença (Costa, 2017), na possibilidade de melhor se adaptar a ela, na aceitação das limitações impostas pela patologia, ao mesmo tempo que se adere ao tratamento e se ambiciona a adaptação a novos estilos de vida (Costa, 2017), de forma positiva (Cal et al., 2015).

Capítulo 2: Metodologia

2.1. Caracterização do estudo e objetivos

O presente estudo adotou uma abordagem quantitativa, transversal e descritiva, tendo como principal objetivo contribuir para a caracterização do Autocuidado e da Resiliência em pacientes diagnosticados com Diabetes *Mellitus* Tipo 2. Como objetivos específicos definiram-se: avaliar os níveis de Resiliência e de Autocuidado nesses pacientes; analisar a sua variação em função das variáveis sexo e idade; estudar a relação entre as duas variáveis – Resiliência e Autocuidado.

2.2. Participantes

A amostra foi constituída por 71 adultos com idades compreendidas entre os 43 e os 91 anos, ($M = 68.66$, $DP = 11.5$), dos quais 41 (57.7%) do sexo masculino e 30 (42.3%) do sexo feminino. A maioria dos participantes são portugueses (94.4%), com um nível de escolaridade até ao 4º ano (50.7%), casados ou em união de facto (69%), residindo com o cônjuge ou parceiro (49.3%). A maior parte da amostra possui diagnóstico da doença há mais de 10 anos (66.2%) e é acompanhado nas consultas do hospital há mais de 5 anos (56.3%) e não possui nenhum problema de saúde crónico para além da Diabetes (81.7%). Ademais, grande parte dos participantes não tem apoio psicológico (94.4%) e refere não ter interesse em passar a ter (77.5%). Adicionalmente, a generalidade dos participantes tem algum familiar com Diabetes (54.9%), sendo o parentesco mais prevalente a mãe (16.9%). No que diz respeito à medicação, a quase totalidade dos participantes toma tanto medicação oral (90.1%) como insulina injetável (85.9%), realizando o controlo regular da glicémia (91.5%), sendo este feito maioritariamente diariamente (63%), apresentando níveis de glicémia percecionados como “mais ou menos” (63.4%). Por fim, a maior parte dos participantes nunca estiveram internados devido à Diabetes (87.3%).

As últimas duas questões convergiam na satisfação da informação que o doente tem acerca da doença e do tratamento, sendo que a maioria está “Muito Satisfeito” (53.5%) e, ainda, na satisfação com a qualidade dos serviços, estando a maior parte “Muito Satisfeito” (50.7%).

Tabela 1*Características Sociodemográficas dos Participantes (N = 71)*

		n	%
Sexo	Masculino	41	57.7
	Feminino	30	42.3
Nacionalidade	Portuguesa	67	94.4
	Brasileira	3	4.2
	Angolana	1	1.4
Habilitações Literárias	Até ao 4º ano	36	50.7
	6º ano	20	28.2
	9º ano	6	8.5
	12º ano	5	7.0
	Licenciatura	3	4.2
	Mestrado	1	1.4
Estado Civil	Solteiro	2	2.8
	Casado/União de Facto	49	69.0
	Divorciado	7	9.9
	Viúvo	13	18.3
Reside Sozinho	Sim	16	22.5
	Não	55	77.5
Agregado Familiar	Individual	16	22.5
	Cônjuge /Companheiro	35	49.3
	Filho (s)	4	5.6
	Pais e/ou Sogros	1	1.4
	Cônjuge / Companheiro e Filho (s)	10	14.1
	Cônjuge / Companheiro e Pais e/ou Sogros	1	1.4
	Filho (s) e Neto(s)	2	2.8
	Cônjuge / Companheiro, Filho (s), Nora e Netas	1	1.4
	Cônjuge / Companheiro, Filho (s) e Neto	1	1.4
Situação Profissional	Doméstico/a	3	4.2
	Empregado	13	18.3
	Desempregado/a	3	4.2
	Reformado/a	51	71.8
	Estudante Trabalhador	1	1.4
Baixa Médica	Sim	1	1.4
	Não	70	98.6
Tempo de Diagnóstico	Até 1 ano	3	4.2
	De 2 a 5 anos	11	15.5

	De 6 a 10 anos	10	14.1
	De 11 a 20 anos	26	36.6
	Mais de 20 anos	21	29.6
Tempo de Consultas no Hospital	Até 1 ano	9	12.7
	De 2 a 5 anos	22	31
	De 6 a 10 anos	14	19.7
	De 11 a 20 anos	16	22.5
	Mais de 20 anos	10	14.1
Tem Familiar com Diabetes?	Sim	39	54.9
	Não	32	45.1
Medicação Oral	Sim	64	90.1
	Não	7	9.9
Insulina Injetável	Sim	61	85.9
	Não	10	14.1
Controlo Regular da Glicémia	Sim	65	91.5
	Não	6	8.5
Regularidade do Controlo da Glicémia	Diariamente	45	63
	Semanalmente	19	26.6
	Mensalmente	1	1.4
Perceção dos Níveis de Glicémia	Bons	22	31.0
	Mais ou Menos	45	63.4
	Maus	4	5.6
Satisfação com a Informação sobre a Doença e Tratamento	Muito Insatisfeito	1	1.4
	Nem Satisfeito nem Insatisfeito	1	1.4
	Satisfeito	31	43.7
	Muito Satisfeito	38	53.5
Satisfação com a Qualidade dos Serviços	Muito Insatisfeito	1	1.4
	Satisfeito	34	47.9
	Muito Satisfeito	36	50.7

2.3. Instrumentos

Questionário Sociodemográfico

O Questionário Sociodemográfico, elaborado especificamente para este projeto, permitiu a recolha de informações relativas aos participantes, encontrando-se segmentado em quatro. Primeiramente é recolhida informação geral, na qual se inclui a idade, o sexo, a nacionalidade e o nível de habilitações literárias. Em segundo lugar, são solicitadas informações relativas à situação familiar do participante, nomeadamente o seu estado civil e se reside ou não sozinho.

De seguida, o participante é questionado sobre a sua situação profissional. Por último, o quarto ponto integra a informação que diz respeito à condição clínica, fazendo deste parte questões relativas ao tempo de diagnóstico da Diabetes, ao tempo a que é seguido no hospital, se tem mais alguma condição crónica, se possui algum tipo de apoio psicológico ou psiquiátrico (e, em caso negativo, se teria interesse em ter), se tem algum familiar com Diabetes, qual o tipo de medicação que faz, se realiza o controlo regular da glicémia e com que regularidade, indicando como têm estado os níveis e, ainda, se já esteve internado devido à Diabetes. As últimas duas questões deste ponto convergem na satisfação do utente relativamente à informação que possui acerca da sua doença e tratamento, bem como à qualidade dos serviços prestados na instituição de saúde onde é acompanhado.

Escala de Autocuidado com a Diabetes

A Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes (EAAD) foi originalmente desenvolvida por Russel Glasgow e colaboradores, em 1992, sob a denominação “*Summary of Diabetes Self-Care Activities*”. Posteriormente, em 2004, a escala em questão foi adaptada e validada para a população portuguesa por Fernanda Bastos e colegas.

O instrumento é composto por 22 itens, que se encontram agrupados em 7 subescalas. A primeira – “Alimentação Geral” –, tem 3 itens (“Em quantos dos últimos sete dias seguiu uma alimentação saudável?”, por exemplo). A segunda – “Alimentação Específica” –, tem 6 itens (“Em quantos dos últimos sete dias consumiu qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições?”, a título de exemplo). A terceira subescala – “Atividade Física” –, é constituída por 2 itens (por exemplo, “Em quantos dos últimos sete dias praticou atividade física durante pelo menos 30 minutos?”). A subescala número quatro – “Monitorização da Glicemia” –, engloba 2 itens (nomeadamente, “Em quantos dos últimos sete dias avaliou o açúcar no sangue?”). A quinta – “Cuidados com os Pés” –, abarca 3 itens (“Em quantos dos últimos sete dias lavou os seus pés?”, exemplificando). A penúltima escala – “Medicamentos” –, é composta por 3 itens (por exemplo, “Em quantos dos últimos sete dias tomou o número indicado de comprimidos da diabetes?”). Nos primeiros 19 itens, as respostas variam de 0 a 7 (dias). Relativamente à sétima subescala – “Hábitos Tabágicos” –, esta integra 3 itens. No que concerne ao primeiro (“Você fumou um cigarro, ainda que só uma passa, durante os últimos sete dias?”), é respondido com “sim” ou “não”; o segundo (“Se sim, quantos cigarros fuma, habitualmente, num dia?”) é respondida numericamente; por fim, o último item da escala (“Quando fumou o seu último cigarro?”) tem como opção de resposta as seguintes : “nunca fumou”, “há mais de dois anos atrás”, “um a dois anos atrás”, “quatro a doze meses atrás”, “um a três meses atrás”, “no último mês” e “hoje”. Pertinente referir que no contexto do estudo em questão foram somente utilizados os primeiros 19 itens da escala, não sendo assim tida em conta a sétima subescala – “Hábitos Tabágicos”.

A escala em questão encontra-se validada para a população portuguesa por Bastos e colegas (2007), revelando uma boa consistência interna ($\alpha = .75$). Noutros estudos, apresentou

igualmente boas propriedades psicométricas – Lima e colaboradores (2020) ($\alpha = .79$), Rodrigues et al. (2022) ($\alpha = .88$) e Fernandes e colegas (2023) ($\alpha = .80$).

Escala de Resiliência para Adultos

A Escala de Resiliência para Adultos (ERA) foi originalmente desenvolvida por Hjemdal e colaboradores (2001) com o título “*Resilience Scale for Adults*”, tendo sido traduzida e adaptada para a população portuguesa por Pereira e colegas no ano de 2011.

Este questionário engloba 33 itens de autorresposta organizados em seis fatores. O primeiro fator – “Perceção do *Self*” (PS) -, engloba os itens 1, 7, 13, 19, 25 e 29 e avalia a confiança nas próprias capacidades, autoeficácia, julgamentos e expectativas realistas. O segundo fator – “Planeamento do Futuro (PF) -, abarca os itens 2, 8, 14 e 20, com o objetivo de avaliar a capacidade de planeamento prévio, ter uma visão positiva e se orientar por objetivos claros e alcançáveis. No que toca ao terceiro fator – “Competências Sociais (CS) -, é composto pelos itens 3, 9, 15, 21, 26 e 30 e ambiciona avaliar a flexibilidade em interações sociais, a capacidade de criação de novas amizades, o sentir-se à vontade em ambientes sociais e o uso benéfico do humor. Relativamente ao quarto fator – “Estilo Estruturado (EE) -, este integra os itens 6, 12, 18 e 24 e avalia a capacidade de ter e seguir rotinas, a preferência por objetivos e planos claros antes da realização das atividades e a organização do próprio tempo. No que concerne ao fator cinco – Coesão Familiar (CF) -, constituído pelos itens 4, 10, 16, 22, 27 e 31, pretende avaliar se os valores na família são partilhados ou discordantes, se os membros desta apreciam passar tempo juntos, se têm uma visão otimista do futuro, se são leais uns com os outros e se têm um sentimento de apreciação e apoio mútuo. Por último, o sexto fator – Recursos Sociais (RS) – engloba os itens 5, 11, 17, 23, 28, 32 e 33 e mede a disponibilidade de apoio social, se existe uma pessoa “confidente” fora do círculo familiar (um amigo, por exemplo) e ainda se existem indivíduos a quem recorrer fora da família caso seja necessário auxílio. A resposta aos itens é traduzida numa escala de 1 a 7 (Pereira et al., 2016).

Por fim, no que diz respeito às propriedades psicométricas, esta escala apresenta resultados positivos, como é possível observar nos estudos de Hjemdal e colaboradores (2001) ($\alpha = .91$), Pereira e colaboradores (2011) ($\alpha = .87$), Rodríguez-Rey et al. (2016) ($\alpha = .90$), Silveira e colegas (2018) ($\alpha = .91$) e, por fim, Dominguez-Lara (2021) ($\alpha = .92$).

2.4. Procedimentos

O projeto de investigação em questão foi aprovado pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira. A recolha dos inquéritos foi realizada presencialmente na consulta de Diabetes entre os meses de Junho e Julho do presente ano. Antes do preenchimento do

protocolo foram sempre apresentados os objetivos do estudo e a garantia do Consentimento Informado, bem como o esclarecimento de qualquer dúvida que o participante pudesse ter.

A análise estatística foi realizada com recurso ao programa IBM SPSS, versão 29. Primeiramente foi realizada a análise da consistência interna de ambas as escalas, a partir do coeficiente alfa de Cronbach. De seguida foi utilizada estatística descritiva de modo a compreender a distribuição das respostas obtidas na Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes e na Escala de Resiliência para Adultos. Posteriormente, e com base no Teorema do Limite Central, foi assumida a normalidade da distribuição da amostra e, assim sendo, foi utilizada estatística paramétrica – nomeadamente, o Teste t de Student, a Correlação de Pearson e o modelo de Regressão Linear Múltipla para a análise inferencial.

Capítulo 3: Resultados

De modo a avaliar a distribuição das respostas nos 19 itens da Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes foi utilizada estatística descritiva, bem como realizada a análise da consistência interna da escala em questão

A Tabela 2 apresenta as pontuações médias das subescalas da Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes, sendo possível aferir que a média mais baixa se refere à dimensão Atividade Física ($M = 1.8$; $DP = 1.9$), ao passo que a média mais elevada corresponde à dimensão Cuidados com os Pés ($M = 6.6$; $DP = 1.2$). No que diz respeito à consistência interna deste instrumento – calculada através do coeficiente alfa de Cronbach -, esta é fraca ($\alpha = .64$) (Maroco & Garcia-Marques, 2006).

Tabela 2

Média e Desvio-Padrão das Dimensões da Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes

Dimensões	Média (Desvio Padrão)
Alimentação Geral	4.4 (1.7)
Alimentação Específica	4.8 (1.4)
Atividade Física	1.8 (1.9)
Monitorização da Glicemia	6.1 (1.3)
Cuidados com os Pés	6.6 (1.2)
Medicamentos	6.3 (1.5)

A Tabela 3 relata os resultados médios das subescalas da Escala de Resiliência para Adultos (ERA). É possível identificar que a média mais baixa se refere à dimensão Estilo Estruturado ($M = 5.0$; $DP = 1.2$), ao passo que a média mais elevada corresponde à dimensão Recursos Sociais ($M = 6.8$; $DP = 0.5$). No que diz respeito à consistência interna da Escala de Resiliência para Adultos (ERA) – calculada através do coeficiente alfa de Cronbach - esta é considerada boa ($\alpha = .88$) (Maroco & Garcia-Marques, 2006). Já no que toca à consistência interna das subescalas, esta varia entre o valor obtido na subescala Estilo Estruturado ($\alpha = .47$) e Coesão Familiar ($\alpha = .81$).

Tabela 3

Média, Desvio-Padrão e Consistência Interna das Dimensões da Escala de Resiliência para Adultos

Dimensões	Média (Desvio Padrão)	Alfa de Cronbach
Percepção do Self	6.0 (.9)	.74
Planeamento do Futuro	5.8 (1.1)	.65
Competências Sociais	6.2 (1.0)	.80
Estilo Estruturado	5.0 (1.2)	.47
Coesão Familiar	6.6 (.7)	.81
Recursos Sociais	6.8 (.5)	.71

No que toca às diferenças entre sexos na EAAD, apresentadas na Tabela 4, o teste *t* de Student demonstrou diferenças significativas entre participantes do sexo masculino e participantes do sexo feminino na dimensão Alimentação Específica ($t(69) = -3.54$; $p < .001$). Ademais, também na EAAD total ($t(69) = -2.88$; $p < .001$) foram encontradas diferenças, sendo que os resultados mais elevados ocorreram maioritariamente em participantes do sexo feminino.

Tabela 4

Diferenças entre Sexos na Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes (EAAD)

Dimensões	Masculino		Feminino		<i>t</i> (<i>df</i>)	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Alimentação Geral	4.3	1.7	4.6	1.9	-.79 (69)	.433
Alimentação Específica	4.3	1.5	5.4	1.0	-3.54 (69)	<.001
Atividade Física	2.0	2.1	1.7	1.7	.61 (69)	.546
Monitorização da Glicemia	6.1	1.4	6.2	1.2	-.48 (69)	.636
Cuidados com os Pés	6.4	1.4	6.8	0.6	-1.31 (69)	.195
Medicamentos	6.1	1.8	6.6	1.0	-1.46 (69)	.150
EAAD_Total	4.8	0.8	5.3	0.7	-2.88 (69)	<.001

Já no que diz respeito às diferenças entre sexos na ERA, presentes na Tabela 5, o teste *t* de Student revelou diferenças significativas entre participantes do sexo masculino e participantes do sexo feminino nas dimensões Coesão Familiar ($t(69) = -2.18$; $p < .05$) e Estilo Estruturado ($t(69) = -2.28$; $p < .05$). Por fim, no que toca à dimensão ERA Total, foram obtidos resultados mais elevados em participantes do sexo feminino, no entanto essa diferença não se revelou estatisticamente significativa.

Tabela 5*Diferenças entre Sexos na Escala de Resiliência para Adultos (ERA)*

Dimensões	Masculino		Feminino		<i>t</i> (<i>df</i>)	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Percepção do Self	6.1	.9	5.9	.9	.77 (69)	.445
Planeamento do Futuro	5.6	1.2	6.0	.9	-1.65 (69)	.105
Competências Sociais	6.2	1.0	6.3	.8	-.52 (69)	.602
Estilo Estruturado	4.7	1.3	5.3	1.1	-2.28 (69)	.026*
Coesão Familiar	6.5	.9	6.8	.4	-2.18 (69)	.033*
Recursos Sociais	6.7	.5	6.8	.4	-1.14 (69)	.259
ERA_Total	196.2	20.3	204.5	15.6	3.52 (69)	.066

**p* < .05

Na Tabela 6 estão presentes as correlações entre as 6 subescalas, a escala total da EAAD, e a idade dos participantes. A única correlação estatisticamente significativa consiste na relação Atividade Física-Idade ($r = -.49$, $p < .01$), sendo negativa, ou seja, quanto maior a idade, menor o nível de atividade física.

Tabela 6*Correlações entre as Dimensões da Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes (EAAD) e a Idade*

Dimensões	Idade
Alimentação Geral	-.01
Alimentação Específica	-.01
Atividade Física	-.49**
Monitorização da Glicemia	-.04
Cuidados com os Pés	.06
Medicamentos	-.05
EAAD_Total	-.14

Nota: ** *p* < .01

As correlações entre as subescalas e escala total da EAAD e a ERA são apresentadas na Tabela 7. Encontraram-se correlações positivas e estatisticamente significativas entre a Alimentação Específica e o Estilo Estruturado ($r = .455$, $p < .05$), a escala total da EAAD e o Estilo Estruturado ($r = .381$, $p < .01$), a dimensão Medicamentos e Coesão Familiar ($r = .360$, $p < .01$), a Alimentação Geral e o Estilo Estruturado ($r = .276$, $p < .05$), e, por fim, a escala total da EAAD

e a Coesão Familiar ($r = .242, p < .05$). As correlações supracitadas são todas positivas, ou seja, quando uma das dimensões aumenta, a outra acompanha o seu crescimento.

Tabela 7

Correlações entre as Dimensões da Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes e as Dimensões da Escala de Resiliência para Adultos

Dimensões	Percepção do Self	Planeamento do Futuro	Competências Sociais	Estilo Estruturado	Coesão Familiar	Recursos Sociais	ERA_Total
Alimentação Geral	.117	-.039	-.015	.276*	.125	.194	.157
Alimentação Específica	.120	.076	-.154	.455**	.231	.218	.224
Atividade Física	.160	.195	-.013	.003	.126	.225	.158
Monitorização da Glicemia	-.123	-.144	-.178	-.006	-.164	-.096	-.172
Cuidados com os Pés	-.076	-.163	-.069	-.012	-.137	-.106	-.115
Medicamentos	-.081	-.094	-.169	-.077	.360**	.074	.002
EAAD_Total	.098	.007	-.173	.381**	.242*	.226	.177

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$

Por fim, na Tabela 8 está representado o Modelo de Regressão Linear, que tem como objetivo avaliar a capacidade preditiva dos níveis de Resiliência nos níveis de Atividades de autocuidado. O modelo, composto pelas 6 subescalas da Escala de Resiliência para Adultos (ERA), é significativo e explica 33.5% da variância do Autocuidado ($F(6) = 5.37, p < .001$).

Tabela 8

Modelo de Regressão Linear Múltipla

Dimensões	B	β	SE	95% IC		p
				LI	LS	
Constante	1.86		1.2	-.51	4.23	.122
Percepção do Self	.15	.16	.1	-.13	.43	.296
Planeamento do Futuro	-.13	-.18	.1	-.34	.09	.232
Competências Sociais	-.33	-.40	.1	-.57	-.09	.007
Estilo Estruturado	.27	.42	.1	.12	.41	<.001
Coesão Familiar	.20	.18	.1	-.08	.48	.155
Recursos Sociais	.36	.21	.2	-.12	.84	.137

$R^2 = .335$

Variável Dependente: Autocuidado

Capítulo 4: Discussão

O presente estudo teve como principal objetivo contribuir para a caracterização e avaliação do Autocuidado e da Resiliência em pacientes diagnosticados com Diabetes *Mellitus* Tipo 2, através da Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes e da Escala de Resiliência para Adultos (ERA), respetivamente. Foi ainda realizada a análise das diferenças entre sexos na ERA bem como a relação entre a EAAD e a variável sociodemográfica “idade”. De seguida, foi analisada a relação entre as dimensões das duas subescalas em questão. Por fim, foi calculada a capacidade preditiva da Resiliência no Autocuidado.

No que concerne à fiabilidade, a Escala de Resiliência para Adultos (ERA) apresentou uma boa consistência interna ao nível da escala total, assim como bons resultados na maior parte das subescalas que a integram. Estes resultados corroboram os evidenciados em diversos estudos, nomeadamente: Hjemdal e colaboradores (2001) ($\alpha = .91$), Pereira e colaboradores (2011) ($\alpha = .87$), Rodríguez-Rey et al. (2016) ($\alpha = .90$), Silveira e colegas (2018) ($\alpha = .91$) e, por fim, Dominguez-Lara (2021) ($\alpha = .92$).

Relativamente à caracterização do Autocuidado na população em estudo, as subescalas “Cuidados com os Pés” e “Medicamentos” apresentaram os valores mais elevados, ao passo que a subescala “Atividade Física” manifestou o valor mais baixo – o que vai ao encontro dos resultados obtidos no estudo de Santos (2019) e de Gama (2020). Ou seja, os valores elevados nas duas primeiras dimensões sugerem que os sujeitos estão conscientes da importância da adesão à medicação e de monitorizar os pés, de forma a prevenir as eventuais complicações comumente associadas à Diabetes. Por outro lado, os baixos resultados relativos à prática de atividade física sugerem falta de envolvimento em comportamentos promotores de saúde, como é exemplo o exercício físico regular, denotando a dificuldade de adesão à mudança de comportamentos.

Já no que diz respeito à avaliação do construto Resiliência, as subescalas “Recursos Sociais” e “Coesão Familiar” demonstraram os resultados mais elevados, ao passo que a dimensão “Estilo Estruturado” apresentou o valor mais baixo – o que vai ao encontro dos resultados do estudo de Pereira e colaboradores (2013). Ou seja, estes resultados indicam que os indivíduos possuem um forte suporte – tanto emocional como social -, mas que ao mesmo tempo, apresentam alguma dificuldade em estabelecer rotinas e em organizar o próprio tempo.

No presente estudo foi possível identificar diferenças significativas entre participantes do sexo feminino e masculino, sendo que os sujeitos do sexo feminino apresentaram resultados mais elevados no nível total de Autocuidado e na Alimentação Específica. A obtenção deste resultado

reflete que as mulheres, quando comparadas com os homens, aderem mais às atividades de Autocuidado e realizam escolhas alimentares mais saudáveis e informadas, de modo a prevenir possíveis complicações associadas à Diabetes. Pertinente ressaltar que tal resultado foi também verificado no estudo de Sousa e colaboradores (2023).

Já no que concerne à Escala de Resiliência para Adultos (ERA), foram identificadas diferenças significativas entre sexos relativamente às dimensões Coesão Familiar e Estilo Estruturado – sendo que em ambas os participantes do sexo feminino obtiveram resultados mais elevados, o que corrobora o estudo de Pereira e colaboradores (2013). Estes resultados parecem indicar que as mulheres acreditam que há uma partilha dos valores na família e um sentimento de apoio mútuo, por outro lado mostram maior capacidade de seguir rotinas, e uma melhor organização do próprio tempo.

Encontrou-se uma correlação negativa entre a Atividade Física e a idade dos participantes, demonstrando que o nível de atividade física diminuiu com o envelhecimento. Apesar de não terem sido encontrados estudos que analisem a relação entre a variável sociodemográfica “idade” e a subescala “Atividade Física” da Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes, noutros estudos que incluíam população idosa verificou-se que a subescala “Atividade Física” era também a que apresenta menor média (Silva et al., 2023).

Relativamente à análise da relação entre Autocuidado e Resiliência, construtos avaliados pela Escala de Atividades de Autocuidado e pela Escala de Resiliência para Adultos (ERA), respetivamente, foram identificadas correlações positivas e estatisticamente significativas entre a escala total da Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes com o Estilo Estruturado e com a Coesão Familiar. Encontraram-se também correlações positivas entre a dimensão Alimentação Específica e o Estilo Estruturado, a dimensão Medicamentos e a Coesão Familiar, a Alimentação Geral e o Estilo Estruturado. Estes resultados parecem indicar que ter um estilo estruturado, caracterizado pela capacidade de seguir rotinas e a organização do próprio tempo, assim como um bom nível de Coesão familiar, caracterizada pelo apoio mútuo entre os membros da família, constituem uma vantagem para a adoção de comportamentos de Autocuidado. Não foi encontrada literatura que analisasse esta relação entre os dois instrumentos em questão. Por isso, o presente estudo traz algo novo à Ciência e à área da Psicologia.

Por fim, e no que concerne à capacidade preditiva da Resiliência no Autocuidado, foi encontrada uma relação estatisticamente significativa entre uma das dimensões da Escala de Resiliência para Adultos - o Estilo Estruturado -, e a Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes. Ainda, foi demonstrado que a variância dos níveis de Resiliência explica 33.5% da variância do Autocuidado. Deste modo, é possível deduzir que este resultado pode refletir o efeito da posse de recursos, fulcrais à Resiliência, que se manifestam em níveis elevados de Autocuidado e permitem uma gestão eficaz da doença.

Conclusão

O presente estudo apresenta como principal contribuição a caracterização e avaliação do Autocuidado e da Resiliência, por meio de instrumentos adequados – a Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes e a Escala de Resiliência para Adultos, respetivamente –, em pacientes diagnosticados com Diabetes *Mellitus* Tipo 2. Com a presente investigação é reforçada a necessidade de desenvolvimento de estudos que envolvam os dois construtos em questão, mas, em particular, a Resiliência.

Os resultados do estudo confirmaram a importância da Resiliência como fator preditivo de melhores práticas de Autocuidado na população em análise. Assim, indivíduos que revelem uma maior capacidade de adaptação à adversidade (maiores níveis de Resiliência) – particularmente em dimensões como a Coesão Familiar e os Recursos Sociais - têm tendência a apresentar comportamentos de Autocuidado mais consistentes e duradouros – nomeadamente aqueles que dizem respeito à alimentação saudável e ao controlo regular dos níveis glicémicos.

Este estudo corrobora ainda a literatura no que toca à disparidade de género, no sentido em que as mulheres apresentam maiores níveis de Autocuidado e Resiliência, quando comparadas aos homens – podendo tal dever-se a diversos fatores psicossociais e culturais.

Adicionalmente, este estudo apoia a literatura no que diz respeito à diminuição da Atividade Física com o envelhecimento. Podendo esta ser explicada por uma combinação de diversos fatores. À medida que envelhecemos é comum a perda de massa muscular – também conhecida como sarcopenia –, podendo isso tornar mais difícil a realização de exercício físico (Sayer & Cruz-Jentoft, 2022). Por outro lado, muitos idosos são portadores de doenças crónicas que lhes podem causar dor, resultando isso numa diminuição da prática de atividade física (Ferreti et al., 2019).

A promoção da Resiliência, portanto, surge como uma estratégia crucial para melhorar a autogestão da Diabetes e reduzir as complicações associadas à doença. Assim, os resultados obtidos propõem que intervenções que reforcem a Resiliência poderão ser eficazes em programas de educação para a saúde, devendo este construto ser considerado uma prioridade no que diz respeito às intervenções relacionadas com a gestão da Diabetes *Mellitus* Tipo 2.

Em contrapartida, podem ser assinaladas como limitações do presente estudo – bem como pontos relevantes para a investigação futura – o recurso a uma amostra com mais participantes, bem como mais diversa no que concerne à região geográfica, uma vez que a presente investigação se focou somente na região da cidade da Covilhã, não sendo por isso representativa de toda a população com Diabetes *Mellitus* Tipo 2.

De forma complementar, seria importante a realização de estudos longitudinais, de modo a verificar como é que os níveis de Autocuidado e Resiliência variam ao longo do ciclo vital.

Adicionalmente, o desenvolvimento de estudos relativos à complementaridade dos dois construtos em análise – o Autocuidado e a Resiliência -, seriam também benéficos, uma vez que não existe muita literatura acerca do assunto.

Referências

- Alves, R. S. F., Cunha, E. C. N., Santos, G. C., & Melo, M. O. (2019). Cuidados Paliativos: Alternativa para o Cuidado Essencial no Fim da Vida. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39, 1-15. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003185734>
- American Association of Diabetes Educators (2008). AADE7 Self-Care Behaviors. *The Diabetes Educator*, 34(3), 445-229. <https://doi.org/10.1177/0145721708316625>
- American Diabetes Association. (2022). Standards of Medical Care in Diabetes – 2022 Abridged for Primary Care Providers. *Clinical Diabetes*, 40(1), 10-38. <https://doi.org/10.2337/cd22-as01>.
- American Psychological Association. (2009). *The road to resilience*. http://content/uploads/sites/87/2013/04the_road_to_resilience.pdf
- Associação Protetora Diabéticos de Portugal, 2019a. *Alimentação*. <https://www.apdp.pt/diabetes/tratamento/alimentacao>.
- Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, 2019b. *Controlo da Glicemia*. <https://www.apdp.pt/diabetes/tratamento/controlo-da-glicemia>.
- Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, 2019c. *Exercício Físico*. <https://www.apdp.pt/diabetes/tratamento/exercicio-fisico>
- Bădescu S. V., Tătaru, C., Kobylinska, L., Georgescu, E. L., Zahiu, D. M., Zăgrean, A. M., & Zăgrean, L. (2016). The association between Diabetes mellitus and Depression. *Journal of medicine and life*, 9(2), 120-125.
- Bastos, F. (2012). *A pessoa com doença crónica: Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico* (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde.
- Bastos, F., Severo, M., & Lopes, C. (2007). Propriedades Psicométricas da Escala de Autocuidado com a Diabetes Traduzida e Adaptada. *Acta Médica Portuguesa*, 20, 11-20.
- Beconã, E. (2006). Resiliência: definición, características y utilidad del concepto. *Psicopatología e Psicología Clínica*, 11(3), 125-143.
- Bianchini, D. C. S., & Dell'Aglio, D. D. (2006). Processos de resiliência no contexto de hospitalização: Um estudo de caso. *Paidéia*, 16(35), 427-36. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2006000300013>

- Borovcanin, M. M., Vesic, K., Petrovic, I., Jovanovic, I. P., & Mijailović, N. R. (2023). Diabetes mellitus type 2 as an underlying comorbid, or consequent state of mental disorders. *World Journal of Diabetes, 14*(5), 481-493. <https://doi.org/10.4239/wjd.v14.i5.481>.
- Bourbon, M., Alves, A. C., & Rato, Q. (2019). *Prevalência de fatores de risco cardiovascular na população portuguesa*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Cal, S. F., Sá, L. R., Glustak, M. E., & Santiago, M. B. (2015). Resilience in chronic diseases: A systematic review. *Cogent Psychology, 2*(1) <https://doi.org/10.1080/23311908.2015.1024928>
- Cardoso, A. F., Queirós, P., & Ribeiro, C. F. (2015). Intervenções para a aquisição do autocuidado terapêutico da pessoa com diabetes mellitus: revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 33*(2), 246-255.
- Carvalho, V. D., Teodoro, M. L. M., & Borges, L. O. (2014). Escala de Resiliência para Adultos: Aplicação entre servidores públicos. *Avaliação Psicológica, 13*(2), 287-295.
- Cassidy, T., & Doyle, I. (2018). Benefit finding and well-being in older adults: The utility of the General Benefit Finding Scale. *International Journal of Psychological Research, 11* (2), 8-18. <https://doi.org/10.21500/20112084.3382>
- Cooper, H. C., Booth, K., & Gill, G. (2003). Patients' perspectives on diabetes health care education. *Health research, 18*(2), 191-206. <https://doi.org/10.1093/her/18.2.191>
- Costa, F. G. (2017). *Bem-estar subjetivo, resiliência e representações sociais no contexto do diabetes mellitus* (Tese de Doutorado). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa. <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/9056>
- Coutinho, M. P. L., Costa, F. G., & Coutinho, M. L. (2019). Bem-estar subjetivo e resiliência em pessoas com diabetes mellitus. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia, 10*(3), 43-59.
- Dean, K. (1989). Conceptual, theoretical, and methodological issues in self-care research. *Social Science & Medicine, 29*(2), 117-123.
- Dominguez-Lara, S. A. (2021). Validación de la Escala de Resiliencia para Adultos en una muestra peruana. *Psicología desde el Caribe, 38*(1), 86-101.
- Fernandes, L. M., Vargas, A. G., & Moreno, C. R. (2023). Propiedades psicométricas de la Escala de Autocuidado de Diabetes en pacientes colombianos. *Revista Colombiana de Endocrinología, 18*(1), 22-31.

- Ferreti, F., Silva, M. R., Pegoraro, F., Baldo, J. E., & Sá, C. A. (2019). Chronic pain in the elderly, associated factors and relation with the level and volume of physical activity. *Brazilian Journal of Pain*, 2(1), 3-7. [DOI 10.5935/2595-0118.20190002](https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190002)
- Galvão, M & Janeiro, J. (2013). O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. *Revista Mineira de Enfermagem*, 17(1), 225-230.
- Gama, M. J. B. P. (2020). *Autocuidado nas Pessoas Idosas com Diabetes Mellitus Tipo 2: Intervenções Promotoras de Atividade Física e Alimentação Saudável*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/37407>
- Glasgow, R. E., Toobert, D. J., Hampson, S. E., Brown, J. E., Lewinsohn, P. M. & Donnelly, J. (1992). Improving self-care among older patients with type II diabetes: The “sixty something...” Study. *Patient Education and Counseling*, 19(1), 61-74. [doi:10.1016/0738-3991\(92\)90102-0](https://doi.org/10.1016/0738-3991(92)90102-0)
- Hjemdal, O., Friborg, O., Martinussen, M., & Rosenvinge, J. H. (2001). Preliminary results from the development and validation of a Norwegian scale for measuring adult resilience. *Journal for the Norwegian Psychology Association*, 38, 310-317.
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge [INSA]. (2015). *Doença crónica* [infográfico]. <https://www.insa.min-saude.pt/infografico-insa---doenca-cronica/>
- International Diabetes Federation [IDF]. (2019). *IDF Diabetes Atlas*, 9th ed. https://diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133351_IDFATLAS9e-final-web.pdf
- International Diabetes Federation [IDF]. (2021). *IDF Diabetes Atlas*, 10th ed. [https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF Atlas 10th Edition 2021.pdf](https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF%20Atlas%2010th%20Edition%202021.pdf)
- Joyce-Moniz, L., & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde*. Edições ASA.
- Lima, M. L., Ferreira, R. M., & Silva, T. P. (2020). Avaliação da Escala de Autocuidado da Diabetes em pacientes com diabetes tipo 2 em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 38(2), 103-112.
- Marôco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). *Análise Estatística: Com a Utilização do SPSS* (3^a ed.). Edições Sílabo.

- McCroory E., De Brito S., A., Viding E. (2010) Research review: the neurobiology and genetics of maltreatment and adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and allied disciplines*, 51(10), 1079–1095.
- Ojo, O., Wang, X. H., Ojo, O. O., Orjih, E., Pavithran, N., Adegboye, A. R. A., Feng, Q. Q., & McCrone, P. (2022). The Effects of COVID-19 Lockdown on Glycaemic Control and Lipid Profile in Patients with Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 19(3), 1095. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031095>
- Organização Mundial da Saúde - OMS (2003). *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial*. OMS.
- Paterson, B., Thorne S. (2000) Developmental evolution of expertise in diabetes self management. *Clinical Nursing Research*, 9(4), 402–419.
- Pereira, M., Melo, P., & Gameiro, S. (2011). Avaliação psicométrica da Escala de Resiliência para Adultos numa amostra de estudantes universitários portugueses. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 2(2), 123-139.
- Pereira, M., Cardoso, M., Alves, S., Narciso, I. & Canavarro, M. C. (2013). Estudos preliminares das características psicométricas da Escala de Resiliência para Adultos (ERA). *Livro de atas do VIII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Associação Portuguesa de Psicologia. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/23602>
- Pereira, M., Cardoso, M., Albuquerque, S., Janeiro, C., & Alves, S. (2016). Escala de Resiliência para Adultos (ERA). In A.P. Relvas & S. Major (Eds.), *Instrumentos de avaliação familiar: Vol. II – Vulnerabilidade, stress e adaptação* (37-62). Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Peres, I. T., Bastos, L. S. L., Gelli, J. G. M., Marchesi, J. F., Dantas, L. F., Antunes, B. B. P., Maçaira, P. M., Baião, F. A., Hamacher, S., & Bozza, F. A. (2021). Sociodemographic factors associated with COVID-19 in-hospital mortality in Brazil. *Public health*, 192, 15–20. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.01.005>
- Peres, D. S., Franco, L. J., & Santos, M. A. (2008). Los sentimientos de las mujeres después del diagnóstico de diabetes tipo 2. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 16(1),1-9.
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Santos, N., & Oliveira, R. D. (2004). Risco e proteção: Em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 135-143.
- Polleto, M., & Koller, S. H. (2008). Contextos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos de Psicologia*, 25(3), 405-416. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000300009>

- Programa Nacional para a Diabetes [PND]. (2023). *Programa Nacional para a Diabetes: Desafios e Estratégias 2023*. Direção Geral de Saúde.
- Rockwell, J. M., & Riegel, B. (2001). Predictors of self-care in persons with heart failure. *Heart & lung: the journal of critical care*, 30(1), 18–25. <https://doi.org/10.1067/mhl.2001.112503>
- Rodrigues, M. J., Fernández, A. P., & García, P. A. (2022). Validación de la Escala de Autocuidado de Diabetes en una muestra española. *Revista Española de Diabetes*, 43(4), 215-225.
- Rodríguez-Rey, R., Alonso-Tapia, J., & Hernansaiz-Garrido, H. (2016). *Reliability and validity of the Spanish version of the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale (10-item CD-RISC) in young adults. Spanish Journal of Psychology*, 19, E34.
- Rodríguez, S. A., Meneses, A. L., Toboso, R. P. Q., & Moreno, I. H. (2012). Diabetes mellitus. *Medicine*, 11(17), 995-1002.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 147, 598–611. <https://doi.org/10.1192/bjp.147.6.598>
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 1-12. <https://doi.org/10.1196/annals.1376.002>
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24(2), 335-344. <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579412000028>
- Samuel-Hodge, C. D., Headen, S. W., Skelly, A. H., Ingram, A. F., Keyserling, T. C., Jackson, E. J. (2000). Influences on Day-to-Day Self-Management of Type 2 Diabetes Among African-American Women. *Diabetes Care*, 23(7), 928-933.
- Santana da Silva, L. W., Vieira da Silva, D. M. G., Santana da Silva, D., & Lodovici, F. M. M. (2015). A resiliência como constructo à práxis da enfermagem: inquietações reflexivas. *Kairós-Gerontologia*, 18(4), 101-115. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20ilp221-238>
- Santos, A. R. P. (2019). *Intervenções de enfermagem no autocuidado da pessoa idosa com Diabetes Mellitus tipo II: alimentação, atividade física e medicação* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/32051>

- Sayer, A. A., & Cruz-Jentoft, A. (2022). Sarcopenia definition, diagnosis and treatment: consensus is growing. *Age and Ageing*, *51*(10), 1-5.
<https://doi.org/10.1093/ageing/afac220>
- Shrivastava, S. R., Shrivastava, P. S., & Ramasamy, J. (2013). Role of self-care in management of diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders*, *12*(1), 14.
<https://doi.org/10.1186/2251-6581-12-14>
- Silva, D. G. V., Francioni, F. F., Souza, S. S., Mattosinho, M. M. S., Coelho, M. S., & Sandoval, R. C. B., & Ferreira, N. (2006). Pessoas com Diabetes Mellitus: Suas escolhas de cuidados e tratamentos. *Revista Brasileira Enfermagem*, *59*(3), 297-302.
<https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000300009>
- Silva, I. (2010). *Psicologia da Diabetes*. Placebo.
- Silva, P. M.L., Silva, M. S.G.O., Ferreira, M. M. S. V., & Costa, R. (2023). Adesão ao autocuidado da pessoa com Diabetes Mellitus Tipo 2. *RIAGE - Revista Ibero-Americana De Gerontologia*, *4*. <https://doi.org/10.61415/riage.69>
- Silveira, F. D., Oliveira, F. A., Oliveira, C. F., & Velten, M. C. A. (2018). Adaptação e validação da Escala de Resiliência para Adultos em profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *71*(5), 2345-2352.
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD). (2023). *Diabetes: Factos e Números – o Ano de 2019, 2020 e 2021 – Relatório Anual do Observatório Nacional de Diabetes*.
<https://apdp.pt/3d-flip-book/relatorio-do-observatorio-nacional-da-diabetes/>
- Sousa, S., Pereira, A. M. & Santiago, L. M. (2023). Patient-Centered Medicine and Self-Care of Patients with Type 2 Diabetes: A Cross-Sectional Study. *Acta Médica Portuguesa*, *37*(1), 3-9.
<https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/18584>
- Steinhardt, M. A., Mamerow, M. M., Brown, S. A., & Jolly, C. A. (2009). A resilience intervention in African American adults with type 2 diabetes: a pilot study of efficacy. *Diabetes Educator*, *35*(2), 274-284.
<https://doi.org/10.1177/0145721708329698>
- Taylor S. G., Renpenning K. (2011). *Self-Care, Nursing Theory, and Evidence-Based Practice*. Springer.
- Viana, M. R., & Rodriguez, T. T. (2010). Complicações cardiovasculares e renais no diabetes mellitus. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, *10*(3), 290-296.

- World Health Organization [WHO]. (2002). *Innovative care for chronic conditions: building blocks for actions*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42500>
- World Health Organization [WHO]. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>
- World Health Organization [WHO]. (2005). *Preventing chronic diseases: a vital investment*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43314/9241563001_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- World Health Organization (2009). *Self-Care in the Context of Primary Health Care: Report of the Regional Consultation, Bangkok, Thailand*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/206352>
- World Health Organization [WHO]. (2016). *Global Report on Diabetes*. World Health Organization. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257_eng.pdf?sequence=1
- World Health Organization [WHO]. (2022). *Noncommunicable Diseases: Progress Monitor 2022*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240047761>
- World Health Organization [WHO]. (2023a). *Noncommunicable Diseases: Key facts*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- World Health Organization [WHO]. (2023b). *Noncommunicable Diseases: Overview*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- World Health Organization [WHO]. (2023c). *Noncommunicable Diseases: Risk factors*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- World Health Organization [WHO]. (s.d.). *Noncommunicable Diseases: Prevention and control*. https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases-tab=tab_2
- Yi, J. P., Vitaliano, P. P., Smith, R. E., Yi, J. C., & Weinger, K. (2008). The role of resilience on psychological adjustment and physical health in patients with diabetes. *British journal of health psychology*, 13(Pt 2), 311–325. <https://doi.org/10.1348/135910707X186994>
- Yunes, M. A. M. (2003). Psicologia positiva e resiliência: O foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, 8, 75-84. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722003000300010>

