

**Avaliação do Distresse Psicológico  
relacionado com a Diabetes, do Otimismo  
Disposicional e do Autocuidado em pacientes  
diagnosticados com Diabetes *Mellitus* tipo 2**  
(Versão Final Após Defesa)

**Maria Clara Durvino de Oliveira**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Psicologia Clínica e da Saúde**  
(2<sup>o</sup> ciclo de estudos)

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Doutora Cláudia Maria Gomes Mendes da Silva  
Co-orientador: Prof.<sup>a</sup> Doutora Paula Susana Loureiro Saraiva de Carvalho

**Dezembro de 2024**



## Declaração de Integridade

Eu, Maria Clara Durvino de Oliveira, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 12568 do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde Universidade da Beira Interior 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 referência de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 20/12/2024

Maria Clara D. de Oliveira

---



# Agradecimentos

Meus agradecimentos sempre começarão por agradecer a Deus e ao Seu cuidado para comigo.

Chegar até aqui foi um processo longo e, muitas vezes, mais difícil do que imaginei, mas, sem dúvidas, estou aqui hoje porque tive pessoas que nunca duvidaram de mim e que me deram, além do que podiam, para me ver realizar um sonho. Aos meus pais e à Bia, dedico e agradeço por, mesmo antes desse processo terminar, acreditarem em mim incondicionalmente.

Agradeço especialmente à Professora Cláudia e à Professora Paula por fazerem parte desse processo e, muito além dessa dissertação, por estarem presentes em todos esses anos de graduação, sendo fontes de inspiração.

Por fim, não poderia deixar de agradecer a cada paciente que cedeu seu tempo para compartilhar de forma tão sincera suas experiências, e à equipa da Unidade Local de Saúde da Cova da Beira por terem contribuído, direta e indiretamente, para este estudo.



# Resumo

**Antecedentes:** Atualmente, os fatores associados ao progresso clínico da Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM2) abrangem uma gama mais ampla do que os tradicionais fatores clínicos. Sendo uma doença crónica, a gestão da diabetes e a convivência a longo prazo com as suas exigências influenciam significativamente os aspectos psicológicos e comportamentais dos pacientes.

**Objetivo:** Pretendeu-se analisar a relação entre o Autocuidado, o Distresse Psicológico relacionado com a diabetes e o Otimismo Disposicional em pacientes com DM2.

**Método:** Participaram 71 indivíduos com diagnóstico de DM2, com idades compreendidas entre 43 e 91 anos, utentes do Departamento de Diabetologia da Unidade Local de Saúde da Cova da Beira. Os participantes responderam a um questionário sociodemográfico e 3 questionários de autorrelato: “Escala de actividades de autocuidado com a diabetes”, “*Problem Areas In Diabetes-5*” e “*Revised Life Orientation Test*”, nas suas versões adaptadas para português.

**Resultados:** Em relação aos níveis totais, o Autocuidado apresentou uma média de 5 dias por semana, o Distresse Psicológico relacionado com a diabetes apresentou níveis ligeiramente acima do ponto de corte, e o Otimismo Disposicional apresentou níveis acima da média. Não foram encontradas correlações significativas entre o Autocuidado e o Otimismo Disposicional, nem com o Distresse Psicológico. No entanto, verificou-se uma correlação significativa entre o Otimismo Disposicional e o Distresse Psicológico relacionado com a diabetes.

**Conclusões:** Concluiu-se que, embora o otimismo possa reduzir o distresse psicológico dos pacientes, ele, por si só, não é suficiente para melhorar os comportamentos de autocuidado ou aumentar a adesão ao tratamento.

## Palavras-chave

Diabetes *Mellitus*; Autocuidado; Distresse Psicológico relacionado com a diabetes; Otimismo Disposicional



# Abstract

**Background:** Currently, the factors associated with the clinical progression of Type 2 Diabetes *Mellitus* (T2DM) cover a wider range than traditional clinical factors. As a chronic disease, managing diabetes and living with its demands over the long term significantly influences the psychological and behavioural aspects of patients.

**Aim:** The aim of this study was to analyse the relationship between Self-care, Diabetes Distress and Dispositional Optimism in patients with T2DM.

**Method:** This study included the participation of 71 individuals diagnosed with type 2 Diabetes *Mellitus*, aged between 43 and 91 years, users of the Diabetology Department of the Local Health Unit of Cova da Beira. The participants answered a sociodemographic questionnaire and 3 self-report questionnaires: 'Diabetes Self-Care Activities Scale', 'Problem Areas In Diabetes-5' and 'Revised Life Orientation Test', in their Portuguese adapted versions.

**Results:** Related to total levels, Self-Care showed an average of 5 days per week, Diabetes distress showed levels slightly above the cut-off point, and Dispositional Optimism showed above average levels. No significant correlations were found between Self-Care and Dispositional Optimism, nor with Diabetes Distress. However, there was a significant correlation between Dispositional Optimism and Diabetes Distress.

**Conclusions:** It was concluded that although optimism can reduce patients' psychological distress, it alone is not enough to improve self-care behaviours or increase adherence to treatment.

## Key words

Diabetes *Mellitus*; Self-care; Diabetes Distress; Dispositional optimism



# Índice

Introdução.....	1
A Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2.....	2
O Autocuidado na Diabetes .....	2
O Distresse Psicológico relacionado com a Diabetes <i>Mellitus</i> .....	3
<i>Impacto do Distresse Psicológico nos comportamentos de Autocuidado</i> .....	5
Otimismo Disposicional.....	6
<i>A associação entre o Distresse psicológico e o Otimismo Disposicional na vivência com Diabetes</i> .....	7
<i>Otimismo Disposicional e sua relação com as práticas de Autocuidado na Diabetes</i> .....	7
Método .....	8
<i>Participantes</i> .....	9
Instrumentos.....	10
<i>Questionário Sociodemográfico</i> .....	10
<i>Autocuidado com a Diabetes</i> .....	10
<i>Distresse Psicológico relacionado com a diabetes</i> .....	10
<i>Otimismo Disposicional</i> .....	11
Procedimentos .....	12
Resultados.....	13
<i>Análise descritiva do Autocuidado (EAAC) e suas dimensões</i> .....	13
<i>Estatísticas inferenciais acerca do Autocuidado</i> .....	14
<i>Análise descritiva do Otimismo Disposicional (LOT-R)</i> .....	15
<i>Estatísticas inferenciais acerca dos níveis de Otimismo disposicional</i> .....	16
<i>Análise descritiva do Distresse Psicológico relacionado com a Diabetes (PAID5)</i> ..	18
<i>Estatísticas inferenciais acerca do Distresse Psicológico relacionado com a diabetes</i> .....	18
<i>Análise da relação entre Otimismo Disposicional, Distresse Psicológico relacionado com a diabetes e Autocuidado</i> .....	20
Discussão.....	21
Limitações e Implicações futuras .....	25
Referências.....	27
Anexos .....	36



## Lista de Tabelas

- Tabela 1** – Descrição das variáveis Sociodemográficas e Clínicas
- Tabela 2** – Consistência dos instrumentos utilizados neste estudo
- Tabela 3** – Análise Descritiva das dimensões do EAAC
- Tabela 4** – Teste t para a comparação dos níveis de Autocuidado entre grupos
- Tabela 5** – Anova unidirecional para a comparação dos níveis de Autocuidado na amostra
- Tabela 6** – Análise descritiva dos itens do LOT-R
- Tabela 7** – Teste t para a comparação dos níveis de Otimismo Disposicional na amostra
- Tabela 8** – Anova Unidirecional para a comparação dos níveis de Otimismo Disposicional na amostra
- Tabela 9** – Análise descritiva dos itens do PAID5
- Tabela 10** – Teste t para a comparação dos níveis de Distresse Psicológico relacionado com a diabetes na amostra
- Tabela 11** – Anova Unidirecional para a comparação dos níveis de Distresse Psicológico relacionado com a diabetes em função da percepção da qualidade dos níveis de glicemia
- Tabela 12** – Correlações de Pearson entre os Níveis Totais de Autocuidado, Otimismo Disposicional e Distresse Psicológico relacionado com a diabetes
- Tabela 13** - Coeficientes e Estatísticas do Modelo de Regressão Linear Simples para o Otimismo disposicional
- Tabela I (em anexo)** – Frequências das variáveis Sociodemográficas e Clínicas
- Tabela II (em anexo)** – Frequências das dimensões do EAAC
- Tabela III (em anexo)** – Frequências dos itens do LOT-R
- Tabela IV (em anexo)** – Frequências dos itens do PAID5
- Tabela V (em anexo)**– Coeficientes e estatísticas dos modelos de regressão linear simples



## Lista de Acrónimos

DM2	Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2
ULS	Unidade Local de Saúde
EAAC	Escala de actividades de auto-cuidado com a diabetes
LOT-R	Revised Life Orientation Test
PAID5	Problem Areas In Diabetes-5



# Introdução

Diversas variáveis podem impactar a gestão da Diabetes *Mellitus* e a sua evolução clínica. Isto fundamenta-se na premissa de que a gestão de uma doença crónica não envolve apenas ações diretas para a intervenção na mesma, mas também conhecimentos, atitudes, competências, o ambiente do indivíduo e a sua capacidade emocional para lidar com as exigências da mesma (Vargas et al., 2015). O indivíduo e o seu contexto de vida são, assim, fatores centrais no planeamento e sistematização do tratamento da diabetes, e, portanto, compreender as barreiras e necessidades idiossincráticas de cada paciente torna-se essencial para a integração de uma intervenção eficaz.

Este estudo teve como objetivo avaliar a relação entre o distresse psicológico relacionado com a diabetes, o otimismo disposicional e os comportamentos de autocuidado em pacientes com diabetes tipo 2 e as diferenças entre grupos em função das características sociodemográficas e clínicas da amostra.

O presente artigo científico insere-se no âmbito do 2.º Ciclo/Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde 2023/2024 da Universidade da Beira Interior, submetido como requisito para obtenção do grau de Mestre. Encontra-se no formato de artigo, tendo em consideração a regulamentação da Universidade da Beira Interior, artigo 13.º, e segue as diretrizes da revista científica “Psique”, selecionada devido à consistência de objetivos da mesma com os objetivos deste estudo, nomeadamente, estudar o papel dos domínios físico, social e cultural e suas influências nos processos psicológicos humanos. Além disso, foi tida em consideração a sua formatação, que segue as diretrizes atuais da *American Psychological Association*.

# **Avaliação do Distresse Psicológico relacionado com a Diabetes, do Otimismo Disposicional e do Autocuidado em pacientes diagnosticados com Diabetes *Mellitus* tipo 2**

## **A Diabetes *Mellitus* tipo 2**

A Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM2) resulta do uso ineficaz de insulina pelo corpo, os sintomas geralmente são pouco pronunciados ou ausentes e, como resultado, a doença pode permanecer sem diagnóstico durante vários anos, até que surjam complicações relacionadas (World Health Organization, 2016). A patogênese da DM2 é multifatorial e apresenta uma combinação de diversos fatores em simultâneo, como resistência à insulina, deterioração das células  $\beta$ , disbiose intestinal e presença de metainflamação (Borovcanin et al., 2023).

Em termos de diagnóstico, a DM2 é detetada a partir da realização de testes de glicose no sangue durante o período de jejum e após a ingestão de glicose, além da análise dos níveis de hemoglobina glicada, assim os valores que se encontram acima do padrão normal indicam a presença da doença (American Diabetes Association, 2022). A maioria dos pacientes diabéticos enquadra-se no diagnóstico de DM2, com uma prevalência de 90% a 95% considerando todos os pacientes com Diabetes mundialmente (American Diabetes Association, 2020).

Além disso, a Diabetes constitui-se como um fator significativo de letalidade. Segundo a Federação Internacional de Diabetes, em 2019, a Diabetes causou 4,2 milhões de mortes, e em Portugal, 3,3% dos óbitos ocorridos em 2020 foram por Diabetes *Mellitus* (Galicia-Garcia et al., 2020; SPD, 2023). Embora a predisposição genética e a história familiar sejam identificadas como um fator de risco não modificável, a prevenção da DM2 poderá ser efetiva atuando sobre fatores modificáveis como por exemplo a baixa atividade física e o consumo alimentar pouco saudável (Galicia-Garcia et al., 2020).

## **O Autocuidado na Diabetes**

O autocuidado na Diabetes é descrito como um processo em constante evolução, envolvendo o desenvolvimento de conhecimento e consciência para enfrentar a complexidade das exigências da doença nos diversos contextos específicos onde a pessoa se insere e no seu estilo de vida (Shrivastava et al., 2013). As atividades de autocuidado relacionadas com a Diabetes são comportamentos realizados visando controlar a doença de forma independente, ou seja, realizar medidas de tratamento e cuidado em casa de acordo com as suas circunstâncias e necessidades. Essas medidas ou comportamentos essenciais de autocuidado foram identificados como: alimentação saudável, atividade física, monitorização do açúcar no sangue, adesão à

medicação, competências de resolução de problemas, estratégias de enfrentamento saudáveis e comportamentos de redução de risco (American Association of Diabetes Educators, 2008).

Dado que a maioria dos cuidados diários são realizados pelos próprios pacientes, ou seus familiares, há uma necessidade crucial de atividades recomendadas que sejam efetivas para o controlo da Diabetes (SPD, 2018). Quando é proposta uma recomendação de comportamentos de autocuidado na Diabetes, deparamo-nos com a complexidade dessa doença e conseqüentemente com a sua variedade de recomendações, logo exclui-se o tratamento padronizado que será útil para qualquer paciente e assume-se as intervenções com maior centralidade no indivíduo e suas idiossincrasias, bem como no significado que este atribui à doença e no seu estilo de vida (Cardoso et al., 2015).

De facto, existem inúmeras variáveis que podem influenciar a gestão da doença e os comportamentos de autocuidado nela envolvidos, partindo do princípio de que a prática de autocuidado envolve não somente a ação em si, mas os conhecimentos, atitudes, habilidades, o ambiente em que o indivíduo se insere e a capacidade emocional do mesmo (Vargas et al., 2015). O indivíduo e o seu contexto de vida são, dessa maneira, os fatores centrais no planeamento e sistematização do tratamento, desse modo, buscar compreender as barreiras ao mesmo e conjugá-las com as necessidades de intervenção são a base que constituem uma prática de autocuidado efetiva.

Além disso, responsabilizar e promover o envolvimento do paciente no seu tratamento conduz a um prognóstico mais positivo e realista, uma vez que o próprio paciente “ajusta” as suas metas e responsabilidades (Vargas et al., 2015). A partir da noção de correlação entre o paciente e o seu tratamento, o modo como cada paciente convive com a Diabetes depende invariavelmente das experiências individuais de cada um, o que implicará a desconstrução de crenças errôneas, bem como valores e costumes que influenciam de forma negativa a vida quotidiana do mesmo, buscando alcançar um ajustamento emocional e social que esteja em consonância com a sua forma de viver, mas que o auxilie no enfrentamento da doença crônica ao longo de toda a vida (Nunes et al., 2021).

## **O Distresse Psicológico relacionado com a Diabetes Mellitus**

O distresse psicológico define-se como a exposição a uma situação estressante onde existe uma incapacidade de lidar eficazmente com o fator stressor, ou uma percepção de que não há recursos suficientes para enfrentar a situação, e que acaba por causar danos à saúde mental ou física (Drapeau et al, 2012). Esse estado de sofrimento emocional é caracterizado por sintomas como a irritabilidade, ansiedade, angústia, desânimo e desinteresse, por vezes associados a queixas somáticas. Muitas vezes o distresse psicológico acaba por ser desvalorizado e negligenciado, no entanto, o rastreio e intervenção precoce nessa condição emocional é crucial no que diz respeito à saúde mental e física dos pacientes, bem como na adesão à terapêutica pelos mesmos (Fisher et al., 2013).

Uma vez que a pessoa é diagnosticada com Diabetes, as implicações do próprio diagnóstico e da autogestão da doença acarretam consequências psicológicas que estão diretamente ligadas à sua saúde mental e ao comprometimento do seu bem-estar. Diversos estudos realçam que ser diagnosticado com DM é um fator stressor que por si só gera complicações significativas tanto a nível físico como mental (Ferreira et al., 2015). O distresse pode inclusive tornar-se crónico e ser identificado como fator de risco para o desenvolvimento de comorbidades e influenciar de forma negativa o progresso da doença (Ferreira et al., 2015). Ou seja, uma vez que a exposição a fatores de stress seja aumentada, consequentemente os níveis de saúde revelam-se piores devidos à redução da capacidade de autogestão da doença e ao aumento do risco de complicações e comorbidades relacionadas com a Diabetes (Walls et al., 2017).

O conceito de “distresse psicológico relacionado com a Diabetes” foi integrado na área científica por meio de psicólogos e psiquiatras do Joslin Diabetes Center em 1995, e tem como definição um estado de sofrimento emocional associado à vivência e autogestão da patologia e das suas potenciais complicações (Polonsky et al., 1995, as cited in Skinner, 2020). O Distresse Psicológico relacionado com a Diabetes é, portanto, divergente dos distúrbios psicológicos, uma vez que este remete para os encargos emocionais e preocupações referentes especificamente à gestão da Diabetes e suas exigências, e não a um transtorno psicológico que integra múltiplos fatores na origem da mesma (American Diabetes Association, 2022).

A literatura sobre a prevalência mundial do Distresse Psicológico relacionado com a diabetes em pessoas com Diabetes tipo 2, relata uma elevada incidência da condição em diversos países, como nos Estados Unidos de 51%, 42.5% na China e 39% no Canadá (Fisher et al., 2010; Wong et al., 2017; Zhou et al., 2017 as cited in Azadbakht et al., 2020). Além disso, resultados de um estudo internacional conduzido em 17 países revelou que 44.6% dos pacientes com Diabetes tipo 2 acima dos 30 anos sofrem deste tipo de distress (Nicolucci et al., 2013, as cited in Azadbakht et al., 2020).

Ainda, segundo Perrin e colaboradores (2017), em média 36% dos pacientes adultos com Diabetes convivem com o Distresse Psicológico relacionado com a diabetes relativamente ao total dos adultos diagnosticados, ou seja, aproximadamente um em cada três indivíduos com Diabetes tipo 2 relata um alto nível deste distress. A prevalência evidenciada nos diversos estudos da área expressa a proeminência do problema que o Distresse Psicológico relacionado com a diabetes tem revelado assumir nas pessoas com Diabetes tipo 2, e a importância da identificação e do tratamento do mesmo para uma melhora efetiva no que diz respeito ao sofrimento e complicações que o diagnóstico da doença acarreta (Iturralde et al., 2019).

Nesse sentido, estudos tem sido conduzidos para a verificação de consequências dessa condição, onde se ressalta que elevados níveis de Distresse Psicológico relacionado com a diabetes têm sido associados a um nível de hemoglobina glicada (HbA1c) mais alto, comportamentos inadequados de autocuidado, como adesão à medicação reduzida, fraca gestão da dieta e baixa atividade física, menor autoeficácia, e ainda, tem sido encontrado em entre aqueles com complicações no uso e controlo de insulina, demonstrando seu impacto clínico significativo (Fisher et al., 2022; Bo et al., 2020). A incapacidade de alcançar o controlo

glicêmico ou de cumprir as orientações médicas parece associada ao sentimento de esgotamento ao lidar com as exigências da patologia e à angústia causada pela Diabetes, acabando por contribuir para o desenvolvimento do Distresse Psicológico relacionado com a diabetes (Kamrul-Hasan et al., 2022).

Compreender e identificar o distresse psicológico e os fatores envolvidos no mesmo, torna-se indispensável no processo de intervenção na DM, uma vez que o seu impacto atinge diversos fatores na vida das pessoas com o diagnóstico, como a sua própria saúde física, bem-estar emocional, seus relacionamentos interpessoais, sua situação financeira e seu ambiente de trabalho (Winchester et al., 2016). Torna-se ainda mais essencial ter em atenção aspectos que incidem sobre o distresse psicológico no progresso da doença, visto que a presença do distresse associado a Diabetes poderá acarretar conseqüentemente uma má adesão ao tratamento, baixo autocuidado e depressão (Perrin et al, 2017).

### *Impacto do Distresse Psicológico nos comportamentos de Autocuidado*

Pacientes com doenças crônicas estão vulneráveis à ameaça constante de progressão da doença, e sujeitos às demandas que incluem a mudança comportamental para enfrentar os desafios das recomendações terapêuticas. Em relação à Diabetes, as conseqüências psicológicas associadas à sua vivência, podem muitas vezes afetar os comportamentos de autocuidado e a adesão ao tratamento comportamental e medicamentoso, e eventualmente, levar a complicações a longo prazo, uma vez que segundo as evidências, as questões psicológicas são cruciais para o tratamento da Diabetes (DaSantos et al., 2021).

Diversos estudos da área têm evidenciado que existe uma correlação negativa entre o aumento do distresse psicológico e a diminuição do autocuidado nos pacientes com Diabetes do tipo 2, onde de forma mais específica, o stress crônico associado a Diabetes contribui significativamente para a redução dos comportamentos de autocuidado prescritos como parte da intervenção terapêutica na doença, e conseqüentemente se refletem na diminuição do controle da Diabetes (Hoogendoorn et al., 2021; Gupta et al., 2024; Summers-Gibson, 2021; Whitebird et al., 2018; Sittner et al., 2018). Assim, podemos referir que o Distresse Psicológico relacionado com a diabetes está diretamente implicado no processo de não adesão ao tratamento e vice e versa, e esta associação nos piores resultados acerca do tratamento da Diabetes (Gonzalez et al., 2014; Hoogendoorn et al., 2021).

De acordo com a literatura, esse impacto está associado não somente com a redução do autocuidado e o aumento dos níveis de glicose e de pressão sanguínea, mas também incide sobre o maior risco de desenvolvimento de psicopatologias como depressão e ansiedade, bem como sobre a deterioração da qualidade de vida desses indivíduos (Whitebird et al., 2018; Kamrul-Hasan et al., 2022). Neste sentido, torna-se necessário não meramente intervenções centradas em questões unidimensionais de risco no paciente, mas que conjuguem os aspetos comportamentais e psicológicos desse processo para uma abordagem efetiva de gestão e controle da Diabetes.

## Otimismo Disposicional

Em relação aos eventos stressantes e inesperados da vida, como um diagnóstico de Diabetes, o otimismo surge como um fator que confere recursos cognitivos e de enfrentamento que promovem melhores níveis saúde mental para o paciente e melhores resultados terapêuticos, visto que os otimistas tendem a ser mais confiantes e persistentes diante das adversidades que enfrentam (Yi et al., 2008). Scheier and Carver (1985) referem que a disposição para o otimismo, ou o otimismo disposicional, é um traço de personalidade ou uma característica estável e generalizada que influencia diretamente a maneira que o indivíduo perspectiva positivamente o seu passado, presente e futuro em relação diretamente referente à sua pessoa, ao seu comportamento ou saúde.

Podemos caracterizar o otimismo como um recurso de enfrentamento, o qual desempenha um papel relevante no processo de adaptação à doença (Avvenuti et al., 2016). O otimismo como uma disposição mental e comportamental frente ao enfrentamento de uma doença, pode-se caracterizar como irrealista frente aos riscos inerentes aos pacientes, porém o otimista ao invés de sucumbir às possibilidades negativas da situação, tende a focar nas ameaças significativas do seu quadro clínico e no que lhe compete fazer de forma efetiva, ou seja, seleciona comportamentos que podem de facto minimizar os riscos para a sua saúde, o que podemos chamar de autocuidado ou autogestão frente às exigências do seu diagnóstico, e assim desempenha um papel fulcral no sucesso da sua evolução terapêutica e resultados clínicos (Carver et al., 2010).

Considerando as diversas posições acerca de como o otimismo se apresenta, podemos dizer que o otimismo enquanto preditor da disposição mental e comportamental do paciente torna-se uma variável relevante para o curso e controlabilidade da Diabetes, uma vez que poderá determinar comportamentos, pensamentos e emoções que estão na base do sucesso terapêutico, e diminuir aspectos negativos como o distresse e a ansiedade advindos das situações stressantes que a doença crónica impõe. Ou seja, os pacientes otimistas tendem a ter formas de enfrentamento mais positivas que os pacientes pessimistas, uma vez que os otimistas, como já exposto, tendem a esperar resultados positivos e por esse motivo, persistem em realizar o enfrentamento buscando a resolução de problemas, a interpretação positiva, a aceitação e buscando apoio social (Lobel et al., 2002).

Além disso, os pacientes otimistas detêm expectativas positivas sobre os resultados do tratamento, mesmo quando são confrontados com situações incontroláveis, nesse caso os pacientes permanecem envolvidos e reestabelecem novos objetivos alcançáveis adaptando-se emocionalmente e comportamentalmente para lidar com a sua doença (Folkman & Moskowitz, 2000, as cited in Fournier et al., 2002). De facto, os estudos mostram uma correlação positiva entre o otimismo e o bem-estar físico e mental, uma vez que os pacientes otimistas tendem a ter frequentemente estes comportamentos protetores (Conversano et al., 2010). A literatura ressalta o pressuposto de que o otimismo ajuda as pessoas com DM2 a dispor de uma melhor adaptação ao stress implicado pela doença, e que estes doentes são menos propensos a desenvolver comorbidades (Puig- Perez et al., 2017).

Estudos na área tem demonstrado cada vez mais a influência do otimismo nas perspectivas de saúde dos pacientes, onde índices mais elevados de otimismo demonstram estar relacionados com melhores resultados clínicos, tanto em relação ao nível físico e funcional do doente, mas inclusive na percepção de saúde e de qualidade de vida dos mesmos, contribuindo para uma progressão mais lenta da doença e menores índices de mortalidade (Carver et al., 2010; Wrosch & Scheier, 2003). Em relação às doenças crónicas como a Diabetes, Fournier e colaboradores (2002) destacam o otimismo como um fator significativo para o ajustamento psicológico dos doentes relativamente às novas disposições quotidianas que a doença acarreta, bem como, ressaltam uma diminuição da sintomatologia psicopatológica nestes pacientes.

### *A associação entre o Distresse psicológico e o Otimismo Disposicional na vivência com Diabetes*

Estudos apontam para uma correlação negativa entre o otimismo e o Distresse Psicológico nos pacientes, visto que o otimismo tem sido associado a um melhor bem-estar psicológico e físico, especialmente em períodos de stresse, e tem sido indicado como um fator protetor significativo em situações stressantes adversas, como o diagnóstico e a convivência com uma doença crónica (Carver et al., 2010; Pavez et al., 2012; Puig Pérez et al., 2021; Ravindran et al., 2022). E por sua vez, o distresse psicológico relacionado com a Diabetes tem sido particularmente associado às complicações da doença, bem como um fator de risco para o desenvolvimento do pensamento pessimista, para a redução dos comportamentos de saúde e inclusivamente para o aumento da sintomatologia depressiva e ansiosa como conseqüências do mesmo (Ferreira et al., 2015; Ravindran et al., 2022).

Numa perspectiva bidimensional, podemos correlacionar o otimismo disposicional e o Distresse Psicológico relacionado com a diabetes como fatores opostos nos resultados clínicos de saúde dos pacientes, atuando de forma geral como indicadores de melhoria ou agravamento da doença crónica. Assim, podemos pressupor que o aumento de um indicador poderá incidir diretamente na diminuição do outro. Tendo como base as evidências da área, ressalta-se que indivíduos em situações adversas com índices mais elevados de otimismo tendem a reduzir significativamente os índices de stresse e tendem a ter uma menor vulnerabilidade aos riscos pertinentes às mesmas, uma vez que utilizam estratégias de enfrentamento mais adaptativas (Ford et al., 2000; Carver & Scheier, 2014; Levy & Avitsur, 2019). Ainda, segundo os estudos de He e colaboradores (2013) verifica-se uma associação positiva entre o otimismo e o bem-estar subjetivo, postulando que os doentes com maiores níveis de otimismo lidam de forma mais eficiente em situações de stress.

### *Otimismo Disposicional e sua relação com as práticas de Autocuidado na Diabetes*

A presença de uma disposição otimista assume um papel significativo para a adesão aos comportamentos de autocuidado, especialmente num contexto associado à promoção de saúde. A literatura revela que não há consenso acerca de como diferentes formas de otimismo podem influenciar a gestão da doença e conseqüentemente os comportamentos de saúde associados à

mesma. Assim compreendem-se duas dimensões acerca do otimismo; o otimismo realista caracterizado como impulsionador dos esforços contínuos de enfrentamento da doença e promotor dos comportamentos de autocuidado; e o otimismo irrealista, enquanto percepção displicente da doença e suas consequências, que resultará na diminuição dos esforços motivados para o controlo da doença (de Ridder et al., 2004).

Alguns estudos sugerem que de facto a disposição otimista realista impacta o estado de saúde dos indivíduos, e que a partir da sua percepção da doença o indivíduo é encorajado a aderir efetivamente aos comportamentos de autocuidado, com intervenções contínuas para a gestão e controlo da doença (Harvey & Lawson, 2009; Mc Sharry et al., 2011). No entanto, outras evidências afirmam que, para a adoção dos comportamentos de autocuidado, o indivíduo necessita de uma compreensão precisa sobre o seu quadro clínico, e que embora tenha um viés positivo acerca das circunstâncias, este não poderá ser irrealista e negar os fatores de risco que irá enfrentar, acabando por não adotar intervenções para a sua saúde (de Ridder et al., 2004).

É importante ressaltar que o otimismo não é na sua maioria uma perspectiva irrealista das circunstâncias, mas sim que a perspectiva otimista pode ajudar os indivíduos a lidar com informações negativas sobre sua saúde de forma eficaz, mantendo uma visão positiva sobre sua capacidade de lidar com distresse decorrente da vivência da doença. Portanto, o otimismo possibilita não apenas o aumento dos comportamentos de autocuidado, mas também permite que os indivíduos enfrentem os desafios de saúde de forma realista e eficaz (de Ridder et al., 2004). Por isso torna-se crucial a distinção do tipo de otimismo utilizado no âmbito dos comportamentos de autocuidado, uma vez que este torna-se um fator significativo na forma como os indivíduos percebem, interpretam e gerem a sua saúde. De facto, de acordo com as evidências apresentadas nos estudos da área, é inegável a influência da disposição otimista para o aumento dos comportamentos de autocuidado relativos a prescrição de tratamento médico (de Ridder et al., 2004; Giltay et al., 2006).

## **Método**

Com base na revisão de literatura efetuada, estabeleceu-se como objetivo principal desta investigação avaliar a relação entre o distress psicológico relacionado à diabetes, o otimismo disposicional e os comportamentos de autocuidado em pacientes com diabetes tipo 2. Os objetivos específicos incluem: caracterizar os níveis de distress psicológico, de otimismo disposicional e das atividades de autocuidado dos participantes; estudar as diferenças entre grupos em função das características sociodemográficas e clínicas da amostra; analisar o poder explicativo do otimismo disposicional e do distress psicológico relacionado com a diabetes nos comportamentos de autocuidado; bem como, analisar a associação entre o otimismo disposicional e o distress psicológico relacionado com a diabetes.

A investigação realizada utilizou um design quantitativo e transversal, de caráter correlacional e descritivo, para investigar a relação entre o Distresse Psicológico, o Otimismo Disposicional e o Autocuidado na Diabetes *Mellitus* tipo 2. A amostra foi composta por 71 participantes, com idades entre 43 a 91 anos, residentes no concelho da Covilhã. Os

participantes foram selecionados por conveniência, sendo critério de inclusão serem seguidos como utentes da Unidade Local de Saúde da Cova da Beira (ULS) e terem o diagnóstico de Diabetes *Mellitus* tipo 2 há mais de 6 meses.

### *Participantes*

O estudo abrangeu 71 participantes, com uma média de idade de 68 anos ( $DP = 11.51$ ), variando entre 43 e 91 anos. Para a análise dos dados, foi criada uma variável denominada “faixa etária” constituída por dois grupos (1=Até 65 anos; 2= 66 anos ou mais).

O tempo médio desde o diagnóstico da condição foi de 17 anos ( $DP = 11.29$ ), com um intervalo de 1 a 50 anos, com base nesses dados, foi criada uma variável denominada “tempo de diagnóstico” dividida em 3 grupos (1= até 10 anos, 2=11 a 20 anos 3= acima de 20 anos). Em relação ao tempo de acompanhamento hospitalar, a média foi de 11 anos ( $DP = 9.69$ ), com uma variação de 1 a 40 anos (Tabela 1).

**Tabela 1**

*Descrição das Variáveis Sociodemográficas e Clínicas*

	<i>N</i>	<i>M (DP)</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Idade	71	68.66 (11.51)	43	91
Tempo de diagnóstico	71	17.24 (11.29)	1	50
Tempo de acompanhamento	71	11.00 (9.69)	1	40

Quanto à caracterização por género, a amostra foi composta por 57.7% de indivíduos do sexo masculino ( $n = 41$ ) e 42.3% do sexo feminino ( $n = 30$ ), ressaltando uma ligeira prevalência de participantes do sexo masculino. Em termos de nacionalidade, a grande maioria dos participantes são portugueses (94.4%), com 4.2% sendo brasileiros e 1.4% angolanos.

No que diz respeito à escolaridade, observou-se que 50.7% dos participantes possuíam até o 4º ano de escolaridade, refletindo um nível educacional geral baixo, onde apenas 4.2% possuíam licenciatura, e 1.4% o mestrado. Para a comparação estatística entre grupos, foi criada uma variável denominada “habilitações literárias”, do qual essa é constituída por dois grupos (1= Até 4ºano; 2= Acima do 4ºano).

O estado civil predominante dos participantes foi casado ou em união de facto (69%), seguido de viúvos (18.3%), divorciados (9.9%) e solteiros (2.8%). Quanto ao agregado familiar, 77.5% dos participantes viviam acompanhados, enquanto 22.5% viviam sozinhos. A análise da situação profissional revelou que 71.8% dos participantes estavam reformados, enquanto 18.3% ainda estavam empregados.

Em relação à presença de problemas de saúde crónicos, 81.7% dos participantes não relataram outras condições crónicas. O acompanhamento psicológico foi assinalado por uma pequena parcela da amostra (5.6%), com 94.4% dos participantes indicando que não recebiam esse tipo de suporte.

Dos 71 participantes, 54.9% relataram ter algum familiar com diabetes. Entre estes, a maioria indicou que a mãe era a pessoa afetada (29.3%), seguida pelo pai (12.2%) e irmãos (7.3%); outros familiares mencionados incluíram filhos, tios, e, em alguns casos, múltiplos membros da família.

Em relação ao controlo da glicemia, 91.5% dos participantes afirmaram realizar controlo regular da glicemia, enquanto apenas 8.5% não o faziam. Entre os que realizavam um controlo regular da glicemia, 68.7% fazem-no diariamente, e 28.4% semanalmente, apenas 1.5% realizava o controlo apenas mensalmente ou em outra frequência menos comum. Em termos de níveis de glicemia, 63.4% dos participantes classificaram os seus níveis como "mais ou menos", 31% relataram "bons" níveis de glicemia, e 5.6% classificaram como "maus"<sup>1</sup>.

## **Instrumentos**

### *Questionário Sociodemográfico*

Os dados sociodemográficos da amostra foram obtidos por meio de um questionário construído para essa finalidade, englobando variáveis demográficas e variáveis relacionadas à doença respetivamente, como idade, género, habilitações literárias, estado civil e tempo de diagnóstico, tempo de acompanhamento, adesão ao controlo glicémico, entre outras.

### *Autocuidado com a Diabetes*

Para avaliar o autocuidado e os comportamentos adotados na adesão ao tratamento, foi utilizada a “Escala de actividades de auto-cuidado com a diabetes” (EAAC) de Glasgow e colaboradores (2000), versão traduzida e adaptada para português por Bastos e colaboradores (2004). A escala constitui-se por sete dimensões: alimentação geral, alimentação específica, atividade física, monitorização da glicemia, cuidados com os pés, uso de medicamentos e hábitos tabágicos. A versão em português possui 24 itens, organizados em uma escala do tipo ‘Likert’ de 0 a 7 pontos, representando os dias da semana. O preenchimento das respostas pelos participantes é realizado por meio do número de dias em que adotaram os comportamentos mencionados em cada item. Ressalta-se que a dimensão de hábitos tabágicos não é incluída no cálculo do escore total da escala e nem analisada como as restantes dimensões, por ser codificada de forma diferente e, portanto, não pode ser parametrizada da mesma forma que as restantes dimensões (Bastos et al., 2007).

A consistência interna dos vários fatores, no presente estudo, revelou uma variação entre os .45 e os .68, sendo que, no estudo de validação portuguesa de Bastos e colaboradores (2007) apresentou uma variação entre os .45 e os .81, o que pode indicar alguma questionabilidade quanto à confiabilidade do instrumento (Tabela 2). Essa variação deve-se à multidimensionalidade do autocuidado e dos seus fatores constituintes, visto que a realização da consistência interna nesta escala é realizada para cada uma de suas dimensões individualmente.

### *Distresse Psicológico relacionado com a diabetes*

---

<sup>1</sup> Anexo – Tabela I

A escala “*Problem Areas In Diabetes-5*” (PAID-5) de McGuire e colaboradores (2010), versão traduzida e adaptada para português por Pereira e colaboradores (2024), foi escolhida para avaliar o distresse psicológico relacionado com a diabetes, ou seja, o impacto emocional negativo associado à doença. Esta escala é uma versão curta da escala original e divide-se em cinco questões principais para aceder aos principais âmbitos onde o distresse pode surgir e o nível de sofrimento envolvido, como: as complicações da doença a longo prazo, a convivência com as exigências específicas da doença, o medo ou tristeza acerca da vivência com a doença e o impacto físico e emocional implicados na mesma.

Os cinco itens a serem respondidos pelos participantes estão organizados em uma escala Likert de 5 pontos, desde não ter problema (0) a ter problema grave (4), tendo como pontos com intermédios problemas pequenos, problemas moderados e problemas com alguma gravidade. A consistência interna da escala no presente estudo apontou um valor de .89, indicando boa fiabilidade do instrumento. No estudo de validação portuguesa de Pereira e colaboradores (2024), o valor de alfa correspondeu a .91, demonstrando uma consistência interna excelente (Tabela 2).

### *Otimismo Disposicional*

Em relação à avaliação do otimismo disposicional, foi escolhida a escala “*Revised Life Orientation Test*” (LOT-R) de Carver e Bridges (1994), versão traduzida e adaptada para português por Laranjeira (2008), tendo com o propósito medir as variações individuais em um nível geral em relação ao otimismo e sua influência na expectativa acerca do futuro e respectivos acontecimentos de vida. Para isso, metade dos itens da escala é apresentada de forma positiva, enquanto a outra metade é apresentada de forma negativa. Além disso, são incluídos quatro itens que não estão diretamente relacionados com a dimensão do otimismo, com o intuito de desviar a atenção da pessoa sobre o fator em análise. Nesse sentido, o instrumento é composto por 10 itens, dos quais são respondidos numa escala Likert de 5 pontos, variando desde (0= Discordo bastante a 4 = Concordo bastante), no entanto, para a análise dos níveis de otimismo somente os itens 1, 3, 4, 7, 9, 10 são cotados.

Em relação à consistência interna, medida pelo alfa de Cronbach, no estudo de validação portuguesa de Laranjeira (2008) foi obtido um valor de .71. A consistência interna no presente estudo indicou um valor de .75, demonstrando níveis de consistência aceitáveis (Tabela 2).

**Tabela 2**

*Consistência Interna dos Instrumentos Utilizados*

Instrumentos	Subescalas/Dimensões	Consistência interna no presente estudo	Consistência Interna no estudo de validação dos instrumentos
<i>Escala de actividades de auto-</i>	Alimentação geral	$\alpha = .45$	$\alpha = .81$

<i>cuidado com a diabetes</i>	Alimentação específica	$\alpha = .62$	$\alpha = .45$
	Atividade física	$\alpha = .68$	$\alpha = .63$
	Monitorização da glicemia	*	*
	Cuidados com os pés	$\alpha = .63$	$\alpha = .48$
	Uso de medicamentos	*	*
<i>Problem Areas In Diabetes-5</i>	Distresse Psicológico relacionado com a diabetes	$\alpha = .89$	$\alpha = .91$
<i>Revised Life Orientation Test</i>	Otimismo Disposicional	$\alpha = .75$	$\alpha = .71$

\* Os autores não avaliaram a consistência interna devido à constituição da dimensão em questão por apenas 1 item

## Procedimentos

O projeto de investigação foi submetido à comissão de ética da Unidade Local de Saúde da Cova da Beira, e posteriormente à sua aprovação, os questionários foram aplicados individualmente em salas reservadas no Departamento de Diabetologia, de forma a garantir a privacidade dos participantes. A recolha de dados foi realizada durante os meses de julho e agosto de 2024, onde os dados foram coletados presencialmente por meio de quatro questionários selecionados, que contemplavam os objetivos da investigação e as variáveis de estudo. O seu preenchimento realizou-se de forma voluntária e confidencial, depois dos participantes assinarem o consentimento informado, após terem sido informados sobre o âmbito do estudo.

O tratamento dos dados e sua respectiva análise estatística foram realizados por meio do software SPSS, versão 26.0, com recurso a diferentes testes. Para a análise dos dados, optou-se pelo uso de testes paramétricos, os quais assumem que as variáveis seguem uma distribuição normal. A normalidade foi avaliada por meio de gráficos Q-Q (Quantile-Quantile), onde observou-se leves desvios da normalidade nas extremidades, porém o uso de testes paramétricos é justificado pelo Teorema do Limite Central (TLC). De acordo com o TLC, mesmo quando a distribuição dos dados não é perfeitamente normal, as médias amostrais tendem a seguir uma distribuição normal à medida que o tamanho da amostra aumenta (Field, 2013). Considerando que o tamanho da amostra utilizado neste estudo é suficientemente grande, é razoável assumir que as distribuições das médias das variáveis analisadas se aproximam da normalidade.

A caracterização sociodemográfica dos participantes foi realizada usando estatísticas descritivas, nomeadamente, as frequências absolutas e relativas, médias, desvios-padrão e valores extremos. Diferenças entre grupos foram analisadas com o teste *t* de Student para variáveis com duas categorias e com o teste ANOVA para variáveis com mais de duas categorias. A correlação entre escalas foi analisada por meio do teste de correlação de Pearson, cujo coeficiente varia entre -1 e 1, indicando a força da associação entre as variáveis. A regressão linear simples foi utilizada para determinar a relação entre as variáveis e compreender o poder explicativo em relação umas às outras. Para as análises realizadas no presente estudo, foi

assumido um nível de significância de 95%, pelo que são considerados estatisticamente significativos os testes com valores de prova ( $p$ ) iguais ou inferiores a .05.

## Resultados

### *Análise descritiva do Autocuidado (EAAC) e suas dimensões*

Os resultados descritivos nas dimensões do EAAC, de modo geral, apontam bons níveis de autocuidado em geral na amostra; a média do autocuidado total foi de 5 dias, com valores variando entre 3 a 7 dias. A dimensão "Cuidado com os Pés" apresentou a média mais elevada ( $M = 6.59$ ,  $DP = 1.15$ ), indicando que os participantes têm uma prática bem consolidada neste aspeto. Por outro lado, a dimensão "Atividade Física" teve a menor média ( $M = 1.83$ ,  $DP = 1.94$ ), o que sugere uma prática pouco frequente dessa dimensão do autocuidado entre os participantes. As dimensões de "Alimentação Geral" e "Alimentação Específica" apresentaram médias intermédias ligeiramente acima de 4 dias, indicando que a prática de uma alimentação saudável é aplicada de forma razoável, mas ainda podendo ter melhorias. Na tabela 3 encontram-se os resultados de todas as dimensões analisadas.

**Tabela 3**

*Análise Descritiva das Dimensões do EAAC*

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Autocuidado total	71	5.03	0.78
Alimentação geral	71	4.41	1.74
Alimentação específica	71	4.77	1.45
Atividade física	71	1.83	1.94
Monitorização da glicemia	71	6.11	1.31
Cuidado dos pés	71	6.59	1.15
Adesão ao uso de medicamentos	71	6.27	1.49

Além disso, podemos verificar que para a "Alimentação Específica", a maioria dos participantes relatou manter uma dieta específica por 4 dias (25,4%), 5 (21.1%) ou 6 dias da semana (26.8%), bem como para a "Alimentação geral", em que maioria dos participantes seguiu uma alimentação saudável entre 4 (29,6%) a 5 dias da semana (22.5%), e 15.5% relatando todos os sete dias. Em relação à "Monitorização da Glicemia", 64.8% dos participantes realizaram essa prática diariamente durante a semana.<sup>2</sup>

No que diz respeito à "Adesão ao uso de Medicamentos", 74.6% dos participantes relataram aderir ao regime medicamentoso todos os dias da semana. No que se refere a prática

<sup>2</sup> Anexo - tabela II

de “atividade física”, mais de um terço dos participantes (36.6%) não realizou nenhuma atividade física durante a semana, enquanto apenas uma minoria (8.4%) manteve atividade física em cinco ou mais dias. E por fim, acerca dos “Cuidados com os pés”, a maioria dos participantes (83.1%) cuidou dos pés todos os dias, indicando uma alta adesão a essa prática de autocuidado.

### *Estatísticas inferenciais acerca do Autocuidado*

Os resultados do teste *t* para amostras independentes, realizado para comparar os níveis de autocuidado entre diferentes grupos (Tabela 4), indicaram que não existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de autocuidado entre as faixas etárias ( $t(69) = .520, p > .05$ ), especificamente, entre os participantes com idade até 65 anos ( $M = 5.09, DP = 0.89$ ) e aqueles com 66 anos ou mais ( $M = 4.99, DP = 0.73$ ). Bem como, não há uma diferença estatisticamente significativa no autocuidado total entre os dois níveis de habilitações literárias ( $t(69) = -.527, p > .05$ ), nomeadamente, o grupo com escolaridade até ao 4ºano de ( $M = 4.98, DP = 0.76$ ) e o grupo acima do 4ºano de escolaridade ( $M = 5.08, DP = 0.81$ ).

No entanto, observou-se uma diferença significativa nos níveis de autocuidado entre géneros. Os homens ( $M = 4.81, DP = 0.78$ ) apresentaram níveis significativamente menores no autocuidado em comparação com as mulheres ( $M = 5.32, DP = 0.69$ ), sugerindo que as mulheres tendem a se envolver mais em comportamentos de autocuidado do que os homens ( $t(69) = -2.879, p < .05$ ).

**Tabela 4**

*Teste t para Comparação dos Níveis de Autocuidado entre Grupos*

	Faixa etária						<i>t</i> (69)	<i>p</i>
	Até 65 anos			66 anos ou mais				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>		
Autocuidado	5.09	0.89	25	4.99	0.73	46	.520	.605
	Género						<i>t</i> (69)	<i>p</i>
	Masculino			Feminino				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>		
Autocuidado	4.81	0.78	41	5.32	0.69	30	-2.879	.005*
	Habilitações literárias						<i>t</i> (69)	<i>p</i>
	Até 4ºano			Acima do 4ºano				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>		
Autocuidado	4.98	0.76	36	5.08	0.81	35	-.527	.600

Nota: \* $p < .05$

Igualmente, para avaliar os diferentes subgrupos em função das variáveis clínicas, em relação ao nível de autocuidado total, foi realizada uma ANOVA unidirecional (Tabela 5). Os

participantes que relataram bons níveis de glicemia ( $M = 5.09$ ,  $DP = 0.83$ ), aqueles com níveis de glicemia mais ou menos ( $M = 5.03$ ,  $DP = 0.78$ ), e os com maus níveis de glicemia ( $M = 4.61$ ,  $DP = 0.54$ ) não apresentaram diferenças significativas nos níveis totais de autocuidado ( $F(2, 68) = 0.647$ ,  $p > .05$ ). Bem como, os participantes com diagnóstico até 10 anos ( $M = 5.07$ ,  $DP = 0.92$ ), os participantes com diagnóstico de 11 a 20 anos ( $M = 4.84$ ,  $DP = 0.76$ ), e aqueles com tempo de diagnóstico acima de 20 anos ( $M = 5.21$ ,  $DP = 0.60$ ) não apresentaram diferenças estatisticamente significativas na prática de Autocuidado ( $F(2, 68) = 1.329$ ,  $p > .05$ ).

**Tabela 5**

*Anova Unidirecional para Comparação dos Níveis de Autocuidado na Amostra*

	Qualidade dos níveis de glicemia									$F(2,68)$	$\eta^2$
	Bons			Mais ou menos			Maus				
	$M$	$DP$	$n$	$M$	$DP$	$n$	$M$	$DP$	$n$		
Autocuidado	5.09	0.83	22	5.03	0.78	45	4.61	0.54	4	.647	.01

  

	Tempo de diagnóstico									$F(2,68)$	$\eta^2$
	Até 10 anos			11 a 20 anos			Acima de 20 anos				
	$M$	$DP$	$n$	$M$	$DP$	$n$	$M$	$DP$	$n$		
Autocuidado	5.07	0.92	24	4.84	0.76	26	5.21	0.60	21	1.329	.03

### *Análise descritiva do Otimismo Disposicional (LOT-R)*

A análise das frequências dos itens do LOT-R, revela padrões distintos na forma como os participantes respondem às afirmações propostas.<sup>3</sup>

Para o Item 1 (Em situações difíceis espero sempre o melhor), a distribuição geral indica uma tendência positiva, com 83.1% dos participantes concordando ou concordando bastante com a afirmação apresentada. Em contraste, apenas 9.9% dos participantes discordaram, evidenciando um consenso favorável sobre este item. O Item 3 (Se alguma coisa de errado tiver de acontecer comigo, acontecerá de certeza) apresenta uma distribuição mais equilibrada em comparação aos outros itens, 42.3% dos participantes discordam da afirmação, enquanto 36.6% concordam, refletindo um menor nível de otimismo ou identificação com a afirmação desse item.

No Item 4 (Sou sempre otimista relativamente ao futuro), a categoria predominante foi "Concordo Bastante", escolhida por 57.7% dos participantes. De maneira semelhante ao Item 1, a maioria (71.8%) tende a concordar ou concordar bastante com a afirmação, demonstrando uma forte inclinação positiva para este item. Para o Item 7 (Quase nunca espero que as coisas corram a meu favor), a distribuição mostra que 69.1% dos participantes concordam ou concordam bastante com a afirmação, no entanto, há uma proporção significativa de 22.5% que discorda, sugerindo uma ligeira variação nas respostas.

<sup>3</sup> Anexo - Tabela III

No Item 9 (Raramente espero que as coisas boas me aconteçam), a maioria dos participantes (70.4%) expressa concordância, mas há uma presença de discordância (19.7%), indicando alguma divisão de opiniões. Finalmente, para o Item 10 (No conjunto, espero que me aconteçam mais coisas boas do que más), a categoria predominante foi "Concordo Bastante", com 43.7% dos participantes optando por essa resposta e a maioria significativa (78.9%) concorda ou concorda bastante com a afirmação, evidenciando uma perspectiva geral positiva para este item.

A média do nível total do otimismo disposicional foi de 2.80 ( $DP = 0.87$ ), indicando que a maioria dos participantes apresentou um nível de otimismo ligeiramente acima da mediana da escala (de 0 a 4). Em suma, as frequências mostram que a maioria dos participantes tende a concordar ou concordar bastante com as afirmações positivas (Tabela 6), sugerindo um otimismo disposicional generalizado.

**Tabela 6**

*Análise Descritiva dos Itens do LOT-R*

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Otimismo total	71	2.80	0.87
Item 1	71	3.31	1.06
Item 3	71	1.82	1.44
Item 4	71	3.08	1.25
Item 7	71	2.66	1.23
Item 9	71	2.76	1.24
Item 10	71	3.15	0.92

### *Estatísticas inferenciais acerca dos níveis de Otimismo disposicional*

Foi realizado um teste *t* para amostras independentes a fim de comparar as médias do nível de otimismo disposicional entre os grupos formados em função das variáveis sociodemográficas (Tabela 7). A análise das médias no otimismo disposicional para os grupos etários revelou que, para o grupo com até 65 anos, a média foi de 2.78 ( $DP = 0.86$ ), enquanto para o grupo com 66 anos ou mais, a média foi de 2.81 ( $DP = 0.89$ ), não existindo uma diferença estatisticamente significativa entre as médias para os dois grupos etários ( $t(69) = -.128, p > .05$ ).

Para a variável género, os homens apresentaram uma média de 2.88 ( $DP = 0.89$ ), enquanto as mulheres tiveram uma média de 2.68 ( $DP = 0.84$ ). O teste *t* realizado ( $t(69) = .949, p > .05$ ), mostrou que não existem diferenças significativas entre os géneros nos níveis de Otimismo Disposicional.

Assim como, a análise realizada para comparar os dois grupos de habilitações literárias também revelou que não houve diferenças significativas nos níveis de Otimismo Disposicional entre os dois grupos ( $t(69) = .981, p > .05$ ).

**Tabela 7***Teste t para a Comparação dos Níveis de Otimismo Disposicional na Amostra*

	Faixa etária						t(69)	p
	Até 65 anos			66 anos ou mais				
	M	DP	n	M	DP	n		
Otimismo Disposicional	2.78	0.86	25	2.81	0.88	46	-.128	.898
	Gênero						t(69)	p
	Masculino			Feminino				
	M	DP	n	M	DP	n		
Otimismo Disposicional	2.88	0.89	41	2.68	0.85	30	.949	.346
	Habilitações literárias						t(69)	p
	Até 4ºano			Acima do 4ºano				
	M	DP	n	M	DP	n		
Otimismo Disposicional	2.90	0.62	36	2.70	1.06	35	.981	.330

Para determinar se havia diferenças significativas nos níveis de otimismo disposicional entre os diferentes subgrupos das variáveis: Qualidade dos níveis de glicemia e Tempo de diagnóstico, foi realizada uma análise de variância (ANOVA) unidirecional (Tabela 8).

Os resultados da ANOVA indicaram que não há diferenças significativas entre os grupos com diferentes níveis percebidos de qualidade da glicemia ( $F(2, 68) = .564, p > .05$ ), sugerindo que os níveis de otimismo disposicional não difere entre os grupos. Bem como, não foram evidenciadas diferenças significativas entre os participantes com diferentes tempos de diagnóstico nos níveis de otimismo disposicional ( $F(2, 68) = 1.980, p > .05$ ).

**Tabela 8***Anova Unidirecional para a Comparação dos Níveis de Otimismo Disposicional entre Grupos*

	Qualidade dos níveis de glicemia									F(2,68)	η <sup>2</sup>
	Bons			Mais ou menos			Maus				
	M	DP	n	M	DP	n	M	DP	n		
Otimismo Disposicional	2.77	1.01	22	2.77	.83	45	3.25	.29	4	.564	.02
	Tempo de diagnóstico									F(2,68)	η <sup>2</sup>
	Até 10 anos			11 a 20 anos			acima de 20 anos				
	M	DP	n	M	DP	n	M	DP	n		
Otimismo Disposicional	2.58	1.09	24	3.05	0.63	26	2.74	0.79	21	1.980	.03

### *Análise descritiva do Distresse Psicológico relacionado com a Diabetes (PAID5)*

Em relação ao nível total de distresse psicológico relacionado com a diabetes, os valores encontrados ( $M = 10.14$ ,  $DP = 4.51$ ) sugerem uma variação considerável nas respostas, considerando a escala de 0 a 20. Os itens apresentaram médias que vão de 1.68 a 2.24, sugerindo que, uma vez que os itens têm médias relativamente próximas, há uma variação moderada nas respostas dos participantes para cada item, podendo variar entre valores de 0 a 4 (Tabela 9).

**Tabela 9**

*Análise Descritiva dos Itens do PAID5*

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Distresse Psicológico relacionado com a diabetes	71	10.14	4.51
Item 1	71	2.01	1.18
Item 2	71	1.68	1.00
Item 3	71	2.18	1.07
Item 4	71	2.24	1.11
Item 5	71	2.03	1.00

Acerca do item 1, “tenho medo de viver com Diabetes”, a maioria dos respondentes classificou a afirmação exposta como "Problema pequeno" (50.7%), e somente 18.3% dos participantes classificaram a afirmação como "Problema grave". A maior parte dos respondentes no item 2, “sinto-me deprimido por viver com Diabetes”, considerou a afirmação como "Problema pequeno" (62.0%), e apenas 8.5% dos participantes relataram "Problema grave". A distribuição é mais equilibrada no item 3 “sinto-me preocupado com o futuro e suas complicações”, com 32.4% dos respondentes relatando "Problema pequeno" e 33.8% relatando "Problema moderado". Em relação ao item 4, “sinto que a Diabetes exige energia física e mental”, a maior parte dos participantes indicou "Problema pequeno" (35.2%), enquanto 25.4% relataram "Problema com alguma gravidade". E por fim, no item 5 “tenho de lidar com as complicações associadas à Diabetes”, "Problema pequeno" foi a categoria mais comum (38%), com 31% dos respondentes indicando "Problema moderado" e 9.9% relatando "Problema grave".<sup>4</sup>

### *Estatísticas inferenciais acerca do Distresse Psicológico relacionado com a diabetes*

Na tabela 10, encontram-se os resultados do teste *t* de Student para amostras independentes realizado a fim de comparar as médias do nível de distresse psicológico relacionado com a diabetes entre os grupos em função das variáveis sociodemográficas.

Os resultados do teste *t* para a análise da diferença de médias entre as faixas etárias indicou que, embora haja uma diferença nas médias acerca do nível de distresse psicológico

<sup>4</sup> Anexo - Tabela IV

relacionado com a diabetes entre os grupos etários [participantes com até 65 anos  $M = 11.00$  ( $DP = 4.73$ ); participantes com 66 anos ou mais  $M = 9.67$  ( $DP = 4.37$ )], essa diferença não é estatisticamente significativa ( $t(69) = 1.18, p > .05$ ).

Em relação aos resultados da análise entre gêneros, estes indicam uma diferença significativa nas médias do nível de distresse psicológico relacionado com a diabetes entre homens e mulheres. A média foi significativamente maior para as mulheres ( $M = 11.43, DP = 4.34$ ) em comparação com os homens ( $M = 9.20, DP = 4.45$ ), com o teste t para amostras independentes a confirmar que a diferença entre as médias dos grupos é estatisticamente significativa ( $t(63) = -2.123, p < .05$ ), sugerindo que as mulheres da amostra podem experimentar uma maior intensidade ou frequência dos problemas a nível do distresse psicológico relacionado com a diabetes em comparação com os homens.

Além disso, os resultados da comparação dos níveis de distresse psicológico relacionado com a diabetes nos dois grupos com diferentes níveis de habilitações literárias indicaram que não há uma diferenças significativas entre os grupos ( $t(69) = .205, p > .05$ ). Ou seja, para a amostra em questão, o nível de habilitação literária não está associado a diferenças significativas nos níveis de distresse psicológico relacionado com a diabetes.

**Tabela 10**

*Teste t para a Comparação dos Níveis de Distresse Psicológico Relacionado com a Diabetes na Amostra*

	Faixa etária						t(69)	p
	Até 65 anos			66 anos ou mais				
	M	DP	n	M	DP	n		
Distresse Psicológico relacionado com a diabetes	11.00	4.73	25	9.67	4.37	46	1.186	.298
	Habilitações literárias						t(69)	p
	Até 4ºano			Acima do 4ºano				
	M	DP	n	M	DP	n		
Distresse Psicológico relacionado com a diabetes	10.25	4.57	36	10.03	4.50	35	.205	.838
	Gênero						t(63)	p
	Masculino			Feminino				
	M	DP	n	M	DP	n		
Distresse Psicológico relacionado com a diabetes	9.20	4.45	41	11.43	4.35	30	-2.123	.038*

Nota: \* $p < .05$

A análise de variância (ANOVA) realizada para comparar as médias de distresse psicológico relacionado com a diabetes nos grupos das variáveis: Qualidade dos níveis de glicemia e Tempo de diagnóstico (tabela 11). A análise realizada revelou que não há diferenças significativas nas médias entre os diferentes níveis de glicemia: bons ( $M = 10.59, DP = 4.46$ ), mais ou menos ( $M = 10.20, DP = 4.66$ ) e maus ( $M = 7.00, DP = 1.63$ ). Os valores da ANOVA indicaram que as diferenças observadas entre os grupos não são estatisticamente significativas ( $F(2,68) = 1.085, p > .05$ ).

Bem como, os participantes com diagnóstico até 10 anos ( $M= 9.54$ ,  $DP= 4.18$ ), os participantes com diagnóstico de 11 a 20 anos ( $M= 9.65$ ,  $DP= 4.17$ ), e aqueles com tempo de diagnóstico acima de 20 anos ( $M= 11.43$ ,  $DP= 5.18$ ) não apresentaram diferenças estatisticamente significativas acerca dos seus níveis de distresse psicológico relacionado com a diabetes ( $F(2, 68) = 1.227$ ,  $p > .05$ ).

**Tabela 11**

*Anova Unidirecional para a Comparação dos Níveis de Distresse Psicológico Relacionado com a Diabetes entre Grupos*

	Qualidade dos níveis de glicemia									$F(2,68)$	$\eta^2$
	Bons			Mais ou menos			Maus				
	$M$	$DP$	$n$	$M$	$DP$	$n$	$M$	$DP$	$n$		
Distresse Psicológico relacionado com a diabetes	10.59	4.46	22	10.20	4.66	45	7.00	1.63	4	1.085	.03

  

	Tempo de diagnóstico									$F(2,68)$	$\eta^2$
	Até 5 anos			6 a 11 anos			Acima de 11 anos				
	$M$	$DP$	$n$	$M$	$DP$	$n$	$M$	$DP$	$n$		
Distresse Psicológico relacionado com a diabetes	9.54	4.18	24	9.65	4.17	26	11.43	5.18	21	1.227	.02

### *Análise da relação entre Otimismo Disposicional, Distresse Psicológico relacionado com a diabetes e Autocuidado*

Em seguida procedeu-se à análise da relação existente entre variáveis principais do estudo, utilizando o teste de correlação de Pearson, com o intuito de perceber se existia associação entre os níveis totais de otimismo disposicional, distresse psicológico relacionado com a diabetes e Autocuidado (Tabela 12), bem como foram realizados modelos de regressão linear simples, para determinar a relação entre as variáveis e compreender o poder explicativo em relação umas as outras.<sup>5</sup>

Acerca da análise da relação entre o autocuidado e o distresse psicológico, podemos verificar que existe uma correlação positiva fraca entre as duas variáveis, porém essa relação não é estatisticamente significativa ( $r = .138$ ,  $p > .05$ ). A análise de regressão revelou que o distresse psicológico explica 1.9% da variabilidade no autocuidado ( $R^2 = .019$ ), com um coeficiente de regressão não significativo ( $B = .024$ ,  $p > .05$ ), sugerindo que o distresse psicológico relacionado com a diabetes não se constitui como um preditor significativo do autocuidado nesta amostra.

Em relação à correlação de Pearson entre o otimismo disposicional e o autocuidado ( $r = -.055$ ,  $p > .05$ ), os resultados sugerem uma correlação negativa muito fraca e não significativa entre as variáveis. Bem como, a análise de regressão mostrou que o otimismo disposicional explica apenas 0.3% da variabilidade no autocuidado ( $R^2 = .003$ ). O coeficiente de regressão

<sup>5</sup> Anexo – Tabela V

não foi significativo ( $B = -.049$ ,  $p > .05$ ), indicando que o otimismo disposicional não prediz o nível de autocuidado.

No entanto, encontramos uma correlação negativa moderada entre o distresse psicológico relacionado com a diabetes e o otimismo disposicional ( $r = -.429$ ,  $p < .01$ ), sugerindo que maiores níveis de otimismo estão associados a menores níveis de distresse psicológico. Em relação a essa associação, a regressão linear (tabela 13) indicou que o otimismo disposicional explica 18.4% da variabilidade no distresse psicológico relacionado com a diabetes ( $R^2 = .184$ ). O coeficiente de regressão foi de  $B = -2.22$  ( $p < .01$ ), indicando que o aumento de 1 unidade no otimismo disposicional está associado a uma redução significativa de 2 unidades no distresse psicológico relacionado com a diabetes.

**Tabela 12**

*Correlações de Pearson entre os Níveis Totais de Autocuidado, Otimismo Disposicional e Distresse Psicológico Relacionado com a Diabetes*

Variáveis	1	2	3
1. Autocuidado total	–	–	–
2. Otimismo Disposicional total	-.055	–	–
3. Distresse Psicológico relacionado com a diabetes	.138	-.429*	–

Nota: \*  $p < .01$

**Tabela 13**

*Modelo de Regressão Linear Simples: Otimismo Disposicional como Preditor do Distresse Psicológico Relacionado com a Diabetes*

Modelo	B	EP	95% IC		p
			LI	LS	
(Constante)	16.35	1.650	13.066	19.648	.000*
Otimismo Disposicional	-2.22	.563	-3.345	-1.098	.000*
$R^2 = 0.184$					

Variável dependente: Distresse Psicológico relacionado com a diabetes

Nota: \*  $p < .01$

## Discussão

O objetivo deste estudo foi avaliar a relação entre o distresse psicológico relacionado com a diabetes, o otimismo disposicional e os comportamentos de autocuidado em pacientes com diabetes tipo 2. A amostra foi constituída maioritariamente por uma população idosa, com uma média de idade de 68 anos, que convive com a Diabetes *Mellitus* tipo 2 há um tempo consideravelmente longo (tempo médio desde o diagnóstico da condição de 17 anos), um tempo de acompanhamento hospitalar em média de 11 anos e que, conseqüentemente, está habituada às exigências da doença, o que poderá ter influenciado significativamente nos resultados encontrados (Corrêa et al., 2017; Faria et al., 2013).

O estudo abrangeu 71 participantes, utentes da ULS Cova da Beira, 41 homens e 30 mulheres, sendo que metade dos participantes possuíam até o 4.º ano de escolaridade, refletindo um nível educacional geral baixo. Dos participantes, cerca de 55% relataram ter algum familiar com diabetes, onde a maior parte assinalou a mãe como pessoa afetada seguida pelo pai e irmãos. Esses dados sugerem uma prevalência significativa de diabetes em parentes próximos dos participantes, o que pode indicar um componente genético ou ambiental importante na amostra (Cromer et al., 2023).

Relativamente ao controlo da glicemia, mais de 90% dos participantes realizavam controlo regular da glicemia, indicando, de modo geral, uma consciencialização elevada sobre a importância da monitorização contínua dos níveis de glicose, característica essencial para o autocuidado e gestão eficaz da diabetes (Ong et al., 2014). Em termos de níveis de glicemia, menos de um terço dos participantes classificaram os seus níveis como "bons", revelando que, apesar de uma grande proporção de indivíduos monitorizar regularmente a sua glicemia, muitos ainda enfrentam desafios para manter níveis ótimos de controlo glicémico.

Acerca dos comportamentos de autocuidado, os resultados refletem a importância dos mesmos na gestão da diabetes, como os cuidados com os pés, a adesão ao tratamento medicamentoso e a monitorização da glicemia, que foram as dimensões com níveis mais elevados entre as práticas dos pacientes da amostra. Essas dimensões foram destacadas como essenciais na literatura, particularmente na capacidade dos pacientes de gerirem a doença e prevenirem complicações a longo prazo (American Association of Diabetes Educators, 2008; Cardoso et al., 2015). Porém, algumas práticas de autocuidado ainda mantêm um limiar muito baixo de adesão, como a prática de exercício físico, evidenciada pela literatura e pelos resultados deste estudo como uma dimensão com níveis muito abaixo do recomendado (Boas et al., 2011).

No que se refere às diferenças no nível de autocuidado em função das variáveis sociodemográficas, os resultados evidenciaram maiores níveis de autocuidado nas mulheres em comparação aos homens. Estes resultados corroboram a literatura anterior, que salienta a predominância de práticas de autocuidado nas mulheres (Zhao et al., 2019). Relativamente à faixa etária, os estudos ressaltam que pacientes idosos com DM2, influenciados pelo declínio da autonomia, aumento das comorbidades e dificuldades na adaptação à doença, apresentam uma menor adesão às práticas de autocuidado (Dias et al., 2017; Ong et al., 2014; Vargas et al., 2015). No entanto, no presente estudo não se encontraram diferenças significativas entre faixas etárias nos níveis de autocuidado, o que poderá ser explicado pela prevalência de uma população mais envelhecida na amostra, sendo a média da idade dos participantes de 68 anos.

Igualmente, quanto aos níveis de habilitações literárias, não houve diferenças significativas na amostra, enquanto a literatura ressalta que indivíduos com níveis mais baixos de habilitações literárias tendem a não aderir de forma efetiva às práticas de autocuidado na diabetes (Ong et al., 2014; Vargas et al., 2015), o que poderá estar associado ao baixo nível de escolaridade da maioria dos participantes deste estudo. E por fim, a literatura ressalta que pacientes com maior tempo de diagnóstico tendem a lidar melhor com as exigências da doença, sendo que neste estudo não foi confirmada a existência de uma diferença significativa entre aqueles com menor ou maior tempo de diagnóstico e suas práticas de autocuidado (Corrêa et al.,

2017; Faria et al., 2013), o que poderá estar associado ao facto de a grande maioria dos participantes já conviverem com a doença há bastantes anos.

Acerca das análises associadas ao otimismo disposicional, a literatura é divergente quanto a um género de maior predominância, sugerindo que outras variáveis, como o apoio social, detêm maior poder de influência sobre a presença do otimismo disposicional nos indivíduos com DM2 (Carver et al., 2010; de Ridder et al., 2004). Confirmando os dados da literatura, não foi encontrada nenhuma diferença significativa entre os géneros. No que diz respeito à faixa etária, os estudos anteriores ressaltam que indivíduos mais jovens tendem a relatar níveis mais elevados de otimismo, possivelmente devido a uma maior capacidade de adaptação e a menor presença de comorbidades (Chew et al., 2022; Sumida, 2024). Os resultados deste estudo, no entanto, não confirmam a literatura, o que se poderá dever à idade elevada dos participantes. Quanto aos grupos com diferentes níveis de habilitações literárias, não houve diferenças significativas nos níveis de otimismo disposicional, enquanto a literatura ressalta que indivíduos com níveis mais baixos de habilitações literárias detêm níveis de otimismo disposicional reduzido (Pupko & Azzollin, 2012; Schöllgen, 2011). Estes resultados podem ser justificados por não haver diferenças significativas entre os diferentes subgrupos das variáveis, visto ser a amostra caracterizada por uma prevalência de população idosa e de baixa escolaridade, o que torna os dados insuficientes para determinar uma diferença de idades e níveis literários comparativos entre os grupos. Além disso, acerca do tempo de diagnóstico, esse não se constituiu como um fator significativo de diferenças no nível de otimismo disposicional, no entanto, a literatura ressalta que indivíduos com maior tempo de diagnóstico detêm estratégias de enfrentamento mais saudáveis e, com isso, podem manter maiores níveis de otimismo ao longo do tempo (Carrier & Beverly, 2021; Fournier et al., 2002).

A respeito dos níveis de glicemia, a literatura ressalta que maiores níveis de otimismo estão associados a melhores níveis de controlo e de qualidade da glicemia, ressaltando a associação direta entre os hábitos de autocuidado, como o controlo glicémico, e a relevância do otimismo disposicional para a adoção desses comportamentos protetores (Almmani & Al-Tawalbeh, 2022; Gao et al., 2013; Krzemińska & Bąk, 2023; Ravindran et al., 2022; Zhao et al., 2019). Porém, os resultados deste estudo não indicaram diferenças significativas nos níveis de otimismo disposicional em função da qualidade percebida dos seus níveis de glicemia, não podendo confirmar a literatura atual, estes resultados podem ser justificados pelos elevados níveis de otimismo em toda a amostra.

Relativamente à análise do distresse psicológico relacionado com a diabetes, os resultados indicam uma predominância de problemas classificados como "pequenos" ou "moderados", porém as variações nos desvios padrão sugerem que apesar das médias relativamente baixas, existe uma discrepância considerável nas avaliações individuais dos itens, ressaltando uma predominância em certos aspetos das exigências da doença como as possíveis complicações futuras e a exigência física e mental acarretada pela gestão da mesma, e que impactam de forma mais significativa na vivência do paciente, refletindo em maiores níveis de distresse psicológico.

Os resultados evidenciaram uma predominância de distresse psicológico relacionado com a diabetes nas mulheres em comparação aos homens. Estes resultados corroboram a literatura anterior, que salienta que mulheres com diabetes tendem a relatar níveis mais elevados de distresse psicológico comparativamente aos homens (Boehm et al., 2015; Iturralde et al., 2019). Em relação à faixa etária, maiores níveis de distresse psicológico relacionado com a diabetes foram associados a indivíduos mais jovens (Kamrul-Hasan et al., 2022; Nguyen et al., 2020). No presente estudo, não se encontraram diferenças significativas entre faixas etárias nos níveis de distresse psicológico, talvez devido à média elevada de idade dos participantes.

Igualmente, quanto aos níveis de habilitações literárias, não houve diferenças significativas na amostra, enquanto a literatura ressalta que indivíduos com níveis mais baixos de habilitações literárias apresentam maiores níveis de distresse psicológico devido ao limitado acesso a recursos de suporte na doença (McLachlan & Gale, 2018; Young et al., 2019). Estes resultados, além de serem justificados pela homogeneidade da amostra, podem também refletir a questão da experiência a longo prazo com essa condição, que de certa forma reduz a presença do distresse, seja pela habituação, ou pelo conhecimento sobre como lidar com as circunstâncias e complicações da doença.

No que se refere à qualidade dos níveis glicêmicos, é evidenciado pela literatura a correlação entre maiores níveis de distresse psicológico e piores níveis de glicemia (Bo et al., 2020; Fisher et al., 2022; Kamrul-Hasan et al., 2022). Os resultados deste estudo não confirmam a literatura, uma vez não se encontraram diferenças significativas nas médias entre os diferentes níveis de qualidade percebida da glicemia. Em relação aos níveis de distresse psicológico em função do tempo de diagnóstico, também não houve diferenças significativas na amostra, enquanto que a literatura destaca que quanto maior o tempo de diagnóstico, maiores serão os níveis de distresse devido à sobrecarga na gestão da doença a longo prazo e da frustração diante das complicações envolvidas na mesma (Bernini et al., 2017; Goes et al., 2020).

Além disso, os resultados indicaram uma correlação significativa entre o distresse psicológico relacionado com a diabetes e o otimismo disposicional, alinhando-se com a literatura que referencia o impacto emocional da diabetes tipo 2 na saúde mental dos pacientes e ressalta a influência do otimismo disposicional nos melhores resultados clínicos, menor distresse psicológico e melhor adaptação às exigências da doença (Carver et al., 2010; Puig Pérez et al., 2021). Os resultados deste estudo destacam que, embora o distresse psicológico seja uma consequência habitual entre pacientes com diabetes tipo 2, o otimismo disposicional pode atuar como um fator protetor, minimizando o impacto emocional da doença. Este achado é consistente com pesquisas que evidenciam que pacientes otimistas tendem a utilizar estratégias de enfrentamento mais eficazes, resultando em menores níveis de distresse e melhor qualidade de vida (Carver et al., 2010; Wrosch & Scheier, 2003)

Por outro lado, o distresse psicológico tem sido consistentemente associado a piores resultados de saúde em pacientes com diabetes tipo 2. Altos níveis de distresse psicológico podem comprometer a adesão ao tratamento, reduzir a eficácia do autocuidado e aumentar o risco de complicações associadas à diabetes, como o controle glicêmico inadequado (Fisher et

al., 2022). Este estudo, no entanto, não confirma os dados da literatura, uma vez que não se encontrou uma correlação significativa que confirme uma relação direta entre o autocuidado e o distresse psicológico, e conseqüentemente, os níveis de distresse psicológico não se mostraram um preditor significativo em relação ao autocuidado nesta amostra.

Apesar da importância do autocuidado, os resultados mostram que a sua relação com o otimismo disposicional não foi significativa. Embora estudos anteriores tenham sugerido que o otimismo pode influenciar positivamente os comportamentos de autocuidado (de Ridder et al., 2004), os resultados indicam que essa relação pode ser mais complexa, possivelmente mediada por outros fatores, como o suporte social, a gravidade da doença ou a presença de outras comorbidades (He et al., 2013; Lobel et al., 2002). Esses dados sugerem que, enquanto o otimismo pode intervir diretamente no nível de distresse psicológico dos pacientes, ele por si só pode não ser suficiente para melhorar diretamente os comportamentos de autocuidado, ou influenciar os níveis de adesão ao tratamento.

A literatura também sugere que intervenções focadas em reduzir o distresse psicológico podem ser benéficas para melhorar os resultados de saúde em pacientes com diabetes tipo 2. Fisher e colaboradores (2013) propõem que programas que visam especificamente reduzir o distresse psicológico relacionado com a diabetes podem aumentar a adesão ao tratamento e melhorar o controle glicêmico, resultando em uma melhor qualidade de vida para esses pacientes, o que reforça a necessidade de uma abordagem multidisciplinar na gestão da diabetes tipo 2, que inclua não apenas o controle médico da doença, mas também o apoio psicológico para reduzir o distresse e promover o otimismo disposicional nesses pacientes.

## **Limitações e Implicações futuras**

Considerando importante refletir sobre algumas limitações deste estudo, ressaltam-se alguns pontos principais. A primeira questão reside no número reduzido de participantes na amostra, e por ser uma amostra de conveniência, o que limita a generalização dos resultados para outras populações de pacientes com DM2, devido à falta de aleatoriedade na escolha dos participantes. Ressalta-se nessa situação a dificuldade na recolha de mais dados, devido à recolha ter sido realizada presencialmente e durante o período de verão.

Quanto às características sociodemográficas da amostra, a predominância de participantes idosos e com baixo nível de escolaridade resultou, por um lado, em maior dificuldade na compreensão das perguntas e, por outro, em um processo de administração dos questionários mais demorado e exigente. Ainda em relação a essa questão, resalta-se a recolha de dados por meio de questionários de autorrelato, que apesar de se caracterizam como um método de fácil recolha, capaz de fornecer respostas subjetivas acerca do estado emocional e comportamental dos pacientes, acabam por limitar as respostas dos participantes pela sua resposta depender de uma escala likert, por muitas vezes as afirmações carecerem de clareza, causando dificuldades na interpretação e resultando em respostas inconsistentes ou imprecisas, ou ainda pelo influencia da desajabilidade social nas respostas dos participantes.

Algumas sugestões para pesquisas futuras, residem na exploração mais detalhada dos mecanismos pelos quais o otimismo disposicional pode influenciar o autocuidado, possivelmente investigando o papel de fatores mediadores nesta relação, bem como, buscar compreender, por meio do método de entrevistas, de que forma fatores como o histórico familiar ou a vivência a longo prazo com a doença, podem influenciar significativamente os níveis de Distresse Psicológico relacionado com a diabetes nesta população.

Em conclusão, podemos verificar que os níveis totais encontrados na Escala de Atividades de Autocuidado identificam, em média, uma população com bons níveis de autocuidado, refletindo-se numa população que apresenta níveis elevados de adesão ao tratamento, principalmente no que se refere à toma da medicação, ao cuidado com os pés e à monitorização da glicemia. Por outro lado, encontraram-se níveis muito baixos de atividade física regular entre os participantes. Em relação ao Otimismo Disposicional, os níveis revelam um otimismo generalizado na amostra, onde a média total apresenta valores elevados em relação às afirmações propostas. Estes dados sugerem que o Otimismo Disposicional é relativamente estável entre diferentes subgrupos dentro da amostra deste estudo. Relativamente ao nível total de distresse psicológico relacionado com a diabetes na amostra, foram encontrados valores medianos, demonstrando que, apesar de os níveis não se apresentarem exacerbados nesta amostra, a sua presença não pode ser ignorada nesta população, uma vez que, apesar dos pacientes em sua maioria estarem habituados às exigências da doença, a presença das mesmas e suas complicações ainda se constituem como um fator relevante.

Este estudo contribuiu, pois, para a compreensão da inter-relação entre o distresse psicológico, o otimismo disposicional e o autocuidado em pacientes com diabetes tipo 2, destacando a importância de intervenções integradas que abordem tanto os aspetos emocionais, quanto comportamentais, dos pacientes, para a gestão efetiva da doença e a promoção de uma melhor adaptação à vivência com a doença.

## Referências

- Almomani, M. H., & Al-Tawalbeh, S. (2022). Glycemic control and its relationship with diabetes self-care behaviors among patients with type 2 diabetes in northern Jordan: A cross-sectional study. *Patient Preference and Adherence*, *16*, 449-465. <https://doi.org/10.2147/PPA.S359993>
- American Association of Diabetes Educators (2008). AADE7 Self-Care Behaviors. *The Diabetes Educator*, *34*(3), 445-449. <https://doi.org/10.1177/0145721708316625>
- American Diabetes Association (2020). Classification and diagnosis of Diabetes: Standards of medical care in Diabetes 2020. *Diabetes Care*, *43*(Suppl. 1), S14-S31. <https://doi.org/10.2337/dc20-S002>.
- 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>.
- Annor, F., Roblin, D., Okosun, I. & Goodman, M. (2015). Work-related Psychosocial Stress and Glycemic Control Among Working Adults with Diabetes Mellitus. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, *9*, 85-90. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2015.04.015>
- Avvenuti, G., Baiardini, I., & Giardini, A. (2016). Optimism's explicative role for chronic diseases. *Frontiers in Psychology*, *7*, 171718. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.02958>
- Azadbakht, M., Tanjani, P. T., Fadayevatan, R., Froughan, M., & Zanjari, N. (2020). The prevalence and predictors of Diabetes distress in elderly with type 2 Diabetes mellitus. *Diabetes Research and Clinical Practice*, *163*, 108133. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2020.108133>
- Bernini, L. S., Barrile, S. R., Mangili, A. F., Arca, E. A., Correr, R., Ximenes, M. A., Neves, D., & Gimenes, C. (2017). O impacto do diabetes mellitus na qualidade de vida de pacientes da Unidade Básica de Saúde. *Cadernos Brasileiros De Terapia Ocupacional*, *25*(3), 533-541. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO0899>
- Bo, A., Pouwer, F., Juul, L., Nicolaisen, S. K., & Maindal, H. T. (2020). Prevalence and correlates of Diabetes distress, perceived stress and depressive symptoms among adults with early-onset type 2 Diabetes: Cross-sectional survey results from the Danish DD2 study. *Diabetic Medicine*, *37*(10), 1679-1687. <https://doi.org/10.1111/dme.14298>
- Boas, L. C. G. V., Foss, M. C., Foss-Freitas, M. C., Torres, H. D. C., Monteiro, L. Z., & Pace, A. E. (2011). Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. *Texto & Contexto-Enfermagem*, *20*, 272-279.

- Boehm, J. K., Trudel-Fitzgerald, C., Kivimaki, M., & Kubzansky, L. D. (2015). The prospective association between positive psychological well-being and diabetes. *Health Psychology, 34*(10), 1013–1021. <https://doi.org/10.1037/hea0000200>
- 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>.
- Braz, L., Figueiredo, L., & Fonseca, F. (2013). A influência da obesidade e ganho ponderal no peso do recém-nascido num grupo de grávidas com diabetes gestacional. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, 8*(2), 70–76. 10.1016/j.rpedm.2013.10.001
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.07.002>
- Carrier, M. A., & Beverly, E. A. (2021). Focus on the positive: a qualitative study of positive experiences living with type 1 or type 2 diabetes. *Clinical Diabetes, 39*(2), 176–187. <https://doi.org/10.2337/cd20-0082>
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2014). Dispositional optimism. *Trends in Cognitive Sciences, 18*(6), 293–299. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2014.02.003>
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review, 30*(7), 879–889. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.01.006>
- Chatterjee, S., Khunti, K., & Davies, M. J. (2017). Type 2 diabetes. *Lancet, 389*(10085), 2239–2251. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30058-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30058-2).
- Chew, B. H., Vos, R., Mohd-Sidik, S., & Rutten, G. E. (2016). Diabetes-related distress, depression and distress-depression among adults with type 2 diabetes mellitus in Malaysia. *PloS one, 11*(3), e0152095. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152095>
- Chlebowy D. O. (2021). The Complexity of Diabetes Self-Care. *Western Journal of Nursing Research, 43*(4), 287. <https://doi.org/10.1177/0193945920976602>.
- Cho, N. H., Shaw, J. E., Karuranga, S., Huang, Y., da Rocha Fernandes, J. D., Ohlrogge, A. W., & Malanda, B. I. D. F. (2018). IDF Diabetes Atlas: Global estimates of Diabetes prevalence for 2017 and projections for 2045. *Diabetes Research and Clinical Practice, 138*, 271–281. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2018.02.023>
- Conversano, C., Rotondo, A., Lensi, E., Della Vista, O., Arpone, F., & Reda, M. A. (2010). Optimism and its impact on mental and physical well-being. *Clinical Practice and*

*Epidemiology in Mental Health: CP & EMH*, 6, 25–29.  
<https://doi.org/10.2174/1745017901006010025>

Corrêa, K., Gouvêa, G. R., Silva, M. A. V. D., Possobon, R. D. F., Barbosa, L. F. D. L. N., Pereira, A. C. & Cortellazzi, K. L. (2017). Qualidade de vida e características dos pacientes diabéticos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 921-930. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.24452015>

Cromer, S. J., Lakhani, C. M., Mercader, J. M., Majarian, T. D., Schroeder, P., Cole, J. B., Florez, J. C., Patel, C. J., Manning, A. K., Burnett-Bowie, S. M., Merino, J., & Udler, M. S. (2023). Association and Interaction of Genetics and Area-Level Socioeconomic Factors on the Prevalence of Type 2 Diabetes and Obesity. *Diabetes care*, 46(5), 944–952. <https://doi.org/10.2337/dc22-1954>

DaSantos, A., Goddard, C., & Ragoobirsingh, D. (2021). Self-care adherence and affective disorders in Barbadian adults with type 2 Diabetes. *AIMS Public Health*, 9(1), 62–72. <https://doi.org/10.3934/publichealth.2022006>

Dean, K., & Kickbusch, I. (1995). Health related behavior in health promotion: Utilizing the concept of self care. *Health Promotion International*, 10(1), 35–40. <https://doi.org/10.1093/heapro/10.1.35>

Dennick, K., Sturt, J., & Speight, J. (2017). What is Diabetes Distress and how can we measure it? A narrative review and conceptual model. *Journal of Diabetes and its Complications*, 31(5), 898-911. <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2016.12.018>

de Ridder, D., Fournier, M., & Bensing, J. (2004). Does optimism affect symptom report in chronic disease? What are its consequences for self-care behaviour and physical functioning?. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(3), 341–350. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00034-5](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00034-5)

Dias, E. G., Pardim, A. C. S., Antunes, L. P., Silva, I. O., Alves, J. C. S., & Jorge, S. A. (2017). Desafios da prática do autocuidado do idoso portador de diabetes mellitus tipo 2. *Revista Sustinere*, 5(1), 38-53. <https://doi.org/10.12957/sustinere.2017.26483>

Drapeau, A., Marchand, A., & Beaulieu-Prevost, D. (2012). Epidemiology of psychological distress. In L. LAbate (Ed.), *Mental illnesses: understanding, prediction and control* (pp. 105-136). BoD–Books on Demand.

Faria, H. T. G., Rodrigues, F. F. L., Zanetti, M. L., Araújo, M. F. M. D., & Damasceno, M. M. C. (2013). Fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26, 231-237. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000300005>

Ferreira, N., Bavaresco, D., Ceretta, L., Tuon, L., Gomes, K. & Amboni, G. (2015). Estresse em Pacientes com Diabetes Tipo 2. *Revista Inova Saúde*, 4(1), 88-98. <https://doi.org/10.18616/is.v4i1.1949>

Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (4th ed.). Sage Publications.

Fisher, L., Hessler, D., Glasgow, R. E., Arean, P. A., Masharani, U., Naranjo, D., & Strycker, L. A. (2013). REDEEM: a pragmatic trial to reduce Diabetes distress. *Diabetes Care*, 36(9), 2551-2558.

Fisher, L., Polonsky, W. H., Perez-Nieves, M., Desai, U., Strycker, L., & Hessler, D. (2022). A new perspective on Diabetes distress using the type 2 Diabetes distress assessment system (T2-DDAS): Prevalence and change over time. *Journal of Diabetes and its Complications*, 36(8), 108256. <https://doi.org/10.1111/dme.12428>

Ford, I. W., Eklund, R. C., & Gordon, S. (2000). An examination of psychosocial variables moderating the relationship between life stress and injury time-loss among athletes of a high standard. *Journal of Sports Sciences*, 18(5), 301-312. <https://doi.org/10.1080/026404100402368>

Fournier, M., de Ridder, D., & Bensing, J. (2002). How optimism contributes to the adaptation of chronic illness. A prospective study into the enduring effects of optimism on adaptation moderated by the controllability of chronic illness. *Personality and Individual Differences*, 33(7), 1163-1183. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00006-5](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00006-5)

Galicia-Garcia, U., Benito-Vicente, A., Jebari, S., Larrea-Sebal, A., Siddiqi, H., Uribe, K. B., Ostolaza, H., & Martín, C. (2020). Pathophysiology of Type 2 Diabetes Mellitus. *International Journal of Molecular Sciences*, 21(17), 6275. <https://doi.org/10.3390/ijms21176275>

Gao, J., Wang, J., Zheng, P., Haardörfer, R., Kegler, M. C., Zhu, Y., & Fu, H. (2013). Effects of self-care, self-efficacy, and social support on glycemic control in adults with type 2 diabetes. *BMC Family Practice*, 14, 66. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-66>

Gherman, A., Schnur, J., Montgomery, G., Sassu, R., Veresiu, I., & David, D. (2011). How are adherent people more likely to think? A meta-analysis of health beliefs and diabetes self-care. *The Diabetes Educator*, 37(3), 392-408. <https://doi.org/10.1177/0145721711403012>

Giltay, E. J., Kamphuis, M. H., Kalmijn, S., Zitman, F. G., & Kromhout, D. (2006). Dispositional optimism and the risk of cardiovascular death: the Zutphen Elderly Study. *Archives of Internal Medicine*, 166(4), 431-436. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.4.431>

Godfrey, C. M., Harrison, M. B., Lysaght, R., Lamb, M., Graham, I. D., & Oakley, P. (2010). The experience of self-care: a systematic review. *JBI Evidence Synthesis*, 8(34), 1351-1460. [10.11124/01938924-201008340-00001](https://doi.org/10.11124/01938924-201008340-00001)

Goes, J. A., Rodrigues, K. F., de Avila, A. C., Geisler, A., Maieski, A., de Oliveira Nunes, C. R. & de Santa Helena, E. T. (2020). Frequência de sofrimento emocional é elevada em pessoas com diabetes assistidas na atenção primária. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 15(42), 2078-2078.

Gonçalves, A., Ribas, A., Araújo, A., Silva, M., Caldeira, R. & Guedes, A. (2008). Mensuração do Nível de Estresse em Indivíduos Portadores de Diabetes Mellitus. *Revista do Instituto de Ciências da Saúde*, 26 (2), 173-176.

Gonzalez, J. S., Shreck, E., Psaros, C., & Safren, S. (2014). Distress and Diabetes treatment adherence: A mediating role for perceived control in adults with type 2 Diabetes. *Diabetes*, 63, A209–A210. <https://doi.org/10.2337/db14-665-832>

Gupta, S. K., Lakshmi, P. V. M., Chakrapani, V., Rastogi, A., & Kaur, M. (2024). Understanding the Diabetes self-care behaviour in rural areas: Perspective of patients with type 2 Diabetes mellitus and healthcare professionals. *PloS One*, 19(2), e0297132. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0297132>

Harvey, J. N., & Lawson, V. L. (2009). The importance of health belief models in determining self-care behaviour in Diabetes. *Diabetic Medicine: a Journal of the British Diabetic Association*, 26(1), 5–13. <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2008.02628.x>

He, F., Cao, R., Feng, Z., Guan, H., & Peng, J. (2013). The impacts of dispositional optimism and psychological resilience on the subjective well-being of burn patients: A structural equation modelling analysis. *PloS One*, 8(12), e82939. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0082939>

Ho, P. M., Rumsfeld, J. S., Masoudi, F. A., McClure, D. L., Plomondon, M. E., Steiner, J. F., & Magid, D. J. (2006). Effect of medication nonadherence on hospitalization and mortality among patients with diabetes mellitus. *Archives of Internal Medicine*, 166(17), 1836–1841. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.17.1836>

Hoogendoorn, C. J., Schechter, C. B., Llabre, M. M., Walker, E. A., & Gonzalez, J. S. (2021). Distress and Type 2 Diabetes Self-Care: Putting the Pieces Together. *Annals of Behavioral Medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 55(10), 938–948. <https://doi.org/10.1093/abm/kaa070>

Iturralde, E., Rausch, J. R., Weissberg-Benchell, J., & Hood, K. K. (2019). Diabetes-Related Emotional Distress Over Time. *Pediatrics*, 143(6), e20183011. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-3011>

Kamrul-Hasan, A. B. M., Hannan, M. A., Asaduzzaman, M., Rahman, M. M., Alam, M. S., Amin, M. N., ... & Selim, S. (2022). Prevalence and predictors of Diabetes distress among adults with type 2 Diabetes mellitus: a facility-based cross-sectional study of Bangladesh. *BMC Endocrine Disorders*, 22(1), 28. [10.1186/s12902-022-00938-3](https://doi.org/10.1186/s12902-022-00938-3)

- Krzemińska, S., & Bąk, E. (2023). Health locus of control, self-efficacy, and dispositional optimism in patients with diabetes mellitus 2: A review of the literature. *Journal of Education, Health and Sport*, *13*(3), 175-180. <https://doi.org/10.12775/JEHS.2023.13.03.017>
- Levy, S., Heruti, I., & Avitsur, R. (2019). Physical injury, stress, and health: Protective role of dispositional optimism. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, *35*(3), 267–276. <https://doi.org/10.1002/smi.2859>
- Lobel, M., Yali, A. M., Zhu, W., Vincent, C. D. E., & Meyer, B. (2002). Beneficial associations between optimistic disposition and emotional distress in high-risk pregnancy. *Psychology and Health*, *17*(1), 77-95. <https://doi.org/10.1080/08870440290001548>
- McLachlan, K. J., & Gale, C. R. (2018). The effects of psychological distress and its interaction with socioeconomic position on risk of developing four chronic diseases. *Journal of Psychosomatic Research*, *109*, 79-85. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.04.004>
- Mc Sharry, J., Moss-Morris, R., & Kendrick, T. (2011). Illness perceptions and glycaemic control in Diabetes: a systematic review with meta-analysis. *Diabetic Medicine*, *28*(11), 1300-1310. [10.1111/j.1464-5491.2011.03298.x](https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2011.03298.x)
- Merabet, N., Lucassen, P. J., Crielaard, L., Stronks, K., Quax, R., Sloot, P. M. A., la Fleur, S. E., & Nicolaou, M. (2022). How exposure to chronic stress contributes to the development of type 2 diabetes: A complexity science approach. *Frontiers in Neuroendocrinology*, *65*, 100972. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2021.100972>
- Nguyen, V. B., Tran, T. T., Dang, T. L., Nguyen, V. V. H., Tran, B. T., Le, C. V., & Toan, N. D. (2020). Diabetes-related distress and its associated factors among patients with diabetes in Vietnam. *Psychology Research and Behavior Management*, *13*, 1181-1189.
- Nunes, L. B., Santos, J. C. D., Reis, I. A., & Torres, H. D. C. (2021). Atitudes para o autocuidado em Diabetes mellitus tipo 2 na Atenção Primária. *Acta Paulista de Enfermagem*, *34*. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO001765>
- Ogbera, A., & Adeyemi-Doro, A. (2011). Emotional distress is associated with poor self care in type 2 diabetes mellitus. *Journal of Diabetes*, *3*(4), 348–352. <https://doi.org/10.1111/j.1753-0407.2011.00156.x>
- Omran, A. (2005). The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Quarterly*, *83*(4), 731-757. [10.1111/j.1468-0009.2005.00398.x](https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00398.x)
- Ong, W. M., Chua, S. S., & Ng, C. J. (2014). Barriers and facilitators to self-monitoring of blood glucose in people with type 2 diabetes using insulin: a qualitative study. *Patient Preference and Adherence*, *8*, 237–246. <https://doi.org/10.2147/PPA.S57567>

Owens-Gary, M. D., Zhang, X., Jawanda, S., Bullard, K. M., Allweiss, P., & Smith, B. D. (2019). The Importance of Addressing Depression and Diabetes Distress in Adults with Type 2 Diabetes. *Journal of General Internal Medicine*, *34*(2), 320–324. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4705-2>

Pavez, P., Mena, L., & Vera-Villaruel, P. (2012). El rol de la felicidad y el optimismo como factor protector de la ansiedad. *Universitas Psychologica*, *11*(2), 369-380.

Perrin, N. E., Davies, M. J., Robertson, N., Snoek, F. J., & Khunti, K. (2017). The prevalence of Diabetes-specific emotional distress in people with Type 2 Diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetic Medicine*, *34*(11), 1508-1520. [10.1111/dme.13448](https://doi.org/10.1111/dme.13448).

Puig Pérez, S., Aliño Costa, M., Duque Moreno, A., Cano López, I., Martínez López, P., Almela Zamorano, M., & García Rubio, M. J. (2021). Optimismo disposicional y estrés: claves para promover el bienestar psicológico. *Papeles del Psicólogo*, *42*(2), 135-142. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2021.2953>

Puig-Perez, S., Hackett, R. A., Salvador, A., & Steptoe, A. (2017). Optimism moderates psychophysiological responses to stress in older people with Type 2 Diabetes. *Psychophysiology*, *54*(4), 536–543. <https://doi.org/10.1111/psyp.12806>

Pupko, V. B., & Azzollin, S. (2012). Actitudes, afrontamiento y autocuidado en pacientes con diabetes tipo 2. *Revista Argentina de Salud Pública*, *3*(10), 15-23.

Ravindran, O. S., Shanmugasundaram, N., & Madhusudhan, S. (2022). Optimism, Quality of Life, and Psychological Distress in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: A Case–Control Study. *Indian Journal of Psychiatric Nursing*, *19*(1), 35-42. [10.4103/iopn.iopn\\_50\\_21](https://doi.org/10.4103/iopn.iopn_50_21)

Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, *4*(3), 219–247. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.4.3.219>

Schöllgen, I. (2011). *Socioeconomic status, psychosocial factors, and health in the second half of life* (Doctoral dissertation). University of Zurich. <https://doi.org/10.5167/uzh-56234>

Shrivastava, S. R., Shrivastava, P. S., & Ramasamy, J. (2013). Role of self-care in the management of Diabetes mellitus. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, *12*(1), 1-5. [10.1186/2251-6581-12-14](https://doi.org/10.1186/2251-6581-12-14)

Silva, I. (2010). *Psicologia da Diabetes*. Placebo Editora.

Singh D. (2008) *How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers?* Copenhagen: Regional Office for Europe of the World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies.

- Sittner, K. J., Greenfield, B. L., & Walls, M. L. (2018). Microaggressions, Diabetes distress, and self-care behaviors in a sample of American Indian adults with type 2 Diabetes. *Journal of Behavioral Medicine*, 41(1), 122–129. <https://doi.org/10.1007/s10865-017-9898-z>
- Skinner, T. C., Joensen, L., & Parkin, T. (2020). Twenty-five years of Diabetes distress research. *Diabetic Medicine*, 37(3), 393-400. 10.1111/dme.14157.
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2018). *Educação Terapêutica na Diabetes- Competências dos Profissionais de Saúde e das Pessoas com Diabetes*. Disponível: [https://spd.pt/images/booklet\\_educacao\\_terapeutica.pdf](https://spd.pt/images/booklet_educacao_terapeutica.pdf)
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2023). *Relatório Anual do Observatório Nacional de Diabetes. Diabetes: Factos e Números*. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. <https://apdp.pt/3d-flip-book/relatorio-do-observatorio-nacional-da-Diabetes/>.
- Sumida, D. G. (2024). *The association of optimism with type 2 diabetes by age among African American men and women in the Jackson Heart Study* (Doctoral dissertation). University of Mississippi.
- Summers-Gibson L. (2021). The Relationships Between Diabetes Self-Care, Diabetes Time Management, and Diabetes Distress in Women with Type 2 Diabetes Mellitus. *The Science of Diabetes Self-management and Care*, 47(4), 245–254. <https://doi.org/10.1177/26350106211014438>
- Świątoniowska-Lonc, N., Tański, W., Polański, J., Jankowska-Polańska, B., & Mazur, G. (2021). Psychosocial Determinants of Treatment Adherence in Patients with Type 2 Diabetes - A Review. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 14, 2701–2715. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S308322>
- Vargas, E., Cecilio, S. G., Brasil, C. L. G. B., & de Carvalho Torres, H. (2015). Identificando barreiras e cumprimento de metas para prática de autocuidado em pessoa com Diabetes tipo 2. *Cogitare Enfermagem*, 20(4), 846-850. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i4.42572>
- Walls, M. L., Sittner, K. J., Aronson, B. D., Forsberg, A. K., Whitbeck, L. B., & Al’Absi, M. (2017). Stress exposure and physical, mental, and behavioral health among American Indian adults with type 2 Diabetes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(9), 1074. 10.3390/ijerph14091074
- Weisz, G. (2014). *Chronic disease in the twentieth century: A history*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Whitebird, R. R., Kreitzer, M. J., Vazquez-Benitez, G., & Enstad, C. J. (2018). Reducing Diabetes distress and improving self-management with mindfulness. *Social Work in Health Care*, 57(1), 48–65. <https://doi.org/10.1080/00981389.2017.1388898>

Winchester, R. J., Williams, J. S., Wolfman, T. E., & Egede, L. E. (2016). Depressive symptoms, serious psychological distress, Diabetes distress and cardiovascular risk factor control in patients with type 2 Diabetes. *Journal of Diabetes and its Complications*, 30(2), 312–317. <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2015.11.010>.

World Health Organization. (2003). *Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action*. World Health Organization.

World Health Organization. (2016). *Global Report on Diabetes*. World Health Organization.

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>

Wrosch, C., & Scheier, M. F. (2003). Personality and quality of life: The importance of optimism and goal adjustment. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 12(Suppl1), 59–72. <https://doi.org/10.1023/A:1023529606137>

Xavier, A. T. D. F., Bittar, D. B., & Ataíde, M. B. C. D. (2009). Crenças no autocuidado em diabetes: implicações para a prática. *Texto & Contexto-enfermagem*, 18, 124-130.

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>

Young, C. F., Cheng, J., & McCarter, G. (2019). Associations between diabetes-related distress and cardiovascular complication risks in patients with type 2 diabetes and lower socioeconomic status: A pilot study. *Diabetes Spectrum*, 32(3), 257-263. <https://doi.org/10.2337/ds18-0092>

Zhao, F., Suhonen, R., Katajisto, J., & Leino-Kilpi, H. (2019). Factors associated with subsequent diabetes-related self-care activities: The role of social support and optimism. *Nursing Open*, 7(1), 195–205. <https://doi.org/10.1002/nop2.379>

Zheng, Y., Ley, S. H., & Hu, F. B. (2018). Global aetiology and epidemiology of type 2 Diabetes mellitus and its complications. *Nature reviews. Endocrinology*, 14(2), 88–98. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2017.151>

## **Anexos**

## **Anexo Teórico**

### *A Diabetes Mellitus*

#### *As Doenças Crônicas*

No século XIX, o desenvolvimento da patologia e da microbiologia levou à identificação de causas específicas para algumas doenças crônicas, como a tuberculose e a diabetes. A origem das doenças crônicas, ou melhor, da sua designação científica está intrinsecamente ligada à evolução do conhecimento médico ao longo da história, à medida que a medicina evoluiu, a compreensão dessas doenças passou de interpretações místicas na antiguidade para uma base científica sólida na era moderna (Weisz, 2014). Além disso, a emergência das doenças crônicas como problema de grande impacto epidemiológico, também são compreendidas como resultado direto da mudança contextual demográfica e epidemiológica global. O desenvolvimento médico-científico e o processo de modernização e urbanização promoveram mudanças definitivas no mundo todo (Omran, 2005).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define as doenças crônicas como doenças de longa duração e geralmente de lenta progressão (Singh, 2008). Considerando que esse diagnóstico acarreta uma condição em que não existe cura e, na maioria dos casos, é exigido um tratamento prolongado que requer mudanças no estilo de vida, o diagnóstico geralmente causa angústia e afeta significativamente a pessoa que o detém (Silva, 2010). Segundo dados oficiais divulgados pela OMS, a problemática das doenças crônicas constitui um desafio global, representando cerca de um terço da percentagem mundial de doenças (World Health Organization, 2016). Essas doenças podem ter origem genética, comportamental ou ambiental e estão frequentemente relacionadas a fatores de risco, como tabagismo, dieta inadequada, sedentarismo, exposição a poluentes.

#### *Caracterização e classificação da Diabetes Mellitus*

Segundo a OMS, a Diabetes Mellitus (DM) é uma doença metabólica crônica essencialmente caracterizada pela produção de insulina suficiente, ou quando o corpo não consegue utilizar efetivamente a insulina que produz, o que acarreta o desenvolvimento de complicações crônicas ao longo do tempo (World Health Organization, 2016; Borovcanin et al., 2023). Conhecida há pelo menos 3.500 anos, a DM passou de uma doença incomum para uma doença com frequência exacerbada no mundo todo, sendo atualmente uma das causas mais frequentes nos serviços de saúde, onde as taxas de incidência mostram-nos a desmedida epidemia dessa patologia (Silva et al., 2010).

A diabetes consiste numa das causas mais incidentes de morte em Portugal, por isso faz-se necessário o diagnóstico precoce, uma vez que o mesmo pode aumentar o limiar da esperança média de vida para essa população, por meio da gestão eficaz da doença e suas demandas desde

o seu surgimento (Silva, 2010). Relativamente ao limiar da esperança média de vida, sugere-se segundo os estudos da área que este se encontra reduzido na população com diabetes, de 5 a 10 anos a menos que a população em geral (American Diabetes Association, 2000, as cited in Silva, 2010).

Além disso, a diabetes compreende um grupo de diferentes classificações da mesma patologia que, no entanto, distinguem-se na sua patogénese, etiologia e resposta ao tratamento. A *Diabetes Mellitus tipo 2* (DM2) resulta do uso ineficaz de insulina pelo corpo, os sintomas geralmente são menos pronunciados ou ausentes e, como resultado, a doença pode permanecer sem diagnóstico durante vários anos, até que surjam complicações relacionadas (World Health Organization, 2016). A patogénese da DM2 é multifatorial e apresenta uma combinação de diversos fatores em simultâneo, como resistência à insulina, deterioração das células  $\beta$ , disbiose intestinal e presença de metainflamação (Borovcanin et al., 2023).

Segundo o Relatório do Observatório Nacional da Diabetes (SPD, 2023) a cada 100.00 mil habitantes, estimam-se 670 novos casos de diabetes diagnosticados anualmente, esses dados evidenciam uma prevalência estimada de 14,1 % da população portuguesa com idades compreendidas entre 20 a 79 anos com diabetes, ou seja, cerca de 1,1 milhões de portugueses pertencentes a essa faixa etária detêm o diagnóstico dessa doença crónica. De acordo com a Federação Internacional da Diabetes (IDF), Portugal apresenta a segunda maior prevalência padronizada de diabetes da União Europeia (SPD, 2023).

Segundo pesquisas mais atuais, a representação dominante de pacientes diabéticos se insere nos indivíduos portadores do diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, sendo uma prevalência de 90% a 95% considerando todos os pacientes com diabetes mundialmente (American Diabetes Association, 2020). A prevalência aumentou exponencialmente desde o início do século XXI, onde o crescimento da doença e especificamente da DM2 resulta do crescente envelhecimento da população, do sedentarismo cada vez mais presente, da dieta pouco saudável e da presença da obesidade (Cho et al., 2018).

De forma mais detalhada, o desenvolvimento da DM2 é causado pela junção de duas características principais: secreção defeituosa de insulina pelas células  $\beta$  pancreáticas e incapacidade dos tecidos sensíveis à insulina de responder à insulina. A liberação e a ação da insulina devem atender precisamente à exigência metabólica, mas uma vez que os mecanismos moleculares envolvidos na síntese e liberação de insulina, bem como a resposta à insulina nos tecidos, não se encontram regulados por alguma alteração em qualquer um dos mecanismos envolvidos, poderá ocasionar-se um desequilíbrio metabólico que faz com que a liberação de insulina seja incapaz de manter o nível esperado da glicose no sangue, produzindo hiperglicemia (Galicia-Garcia et al., 2020).

A respeito da fisiopatologia e influência no surgimento e progresso da DM2, a heterogeneidade está presente, dando lugar a desregulação dos sistemas metabólicos, imunológicos, cardiovasculares e neuroendócrinos dos pacientes (Merabet et al., 2021). O que acarreta diversas complicações crónicas macrovasculares como a doença cardiovascular, que constitui a maior causa de comorbilidade e mortalidade associada a DM2 (Chatterjee et al., 2017).

As lesões nos tecidos causados pela persistência do elevado nível de glicose no sangue, são as causas das chamadas complicações microvasculares nos diversos órgãos, e principalmente dão origem a um impacto significativo nos rins, nervos periféricos e no sistema vascular (Zheng et al., 2018). Algumas consequências que estão implicadas frente a essas complicações são: a cegueira, insuficiência renal, acidente vascular cerebral e amputação de membros inferiores. Além disso, a diabetes constitui-se como um fator significativo de letalidade, segundo a Federação Internacional de Diabetes (IDF), em 2019, a diabetes causou 4,2 milhões de mortes, bem como, em 2020 3,3% dos óbitos ocorridos em Portugal foram por Diabetes mellitus (Galicia-Garcia et al., 2020; SPD, 2023).

Alguns dos principais riscos que estão associados ao desenvolvimento da DM2 são a obesidade, estilo de vida sedentário, dietas hipercalóricas e o envelhecimento da população, que aumentam a incidência e prevalência de DM2 em até quatro vezes (Chatterjee et al., 2017 as cited in Galicia-Garcia et al., 2020). No entanto, como uma doença heterogênea, os fatores que se constituem como impulsionadores do aparecimento da DM2 não são únicos ou iguais para todos os doentes, antes englobam uma complexa gama de condições genéticas, metabólicas e ambientais e que juntas contribuem significativamente para o aparecimento dessa patologia.

Embora a predisposição genética e a história familiar sejam identificadas como um fator de risco não modificável, a prevenção da DM2 poderá ser efetiva atuando sobre fatores modificáveis como por exemplo a baixa atividade física e o consumo alimentar pouco saudável (Galicia-Garcia et al., 2020). Em termos de diagnóstico, a Diabetes Mellitus tipo 2 é detectada a partir da realização de testes de glicose no sangue durante o período de jejum e após a ingestão de glicose, além da análise dos níveis de hemoglobina glicada, assim os valores que se encontram acima do padrão normal indicam a presença da doença (American Diabetes Association, 2022).

## *O autocuidado na diabetes*

### *Conceito e prática de autocuidado*

O autocuidado é um conceito que representa as decisões e cuidados que uma pessoa realiza para si mesma (Godfrey et al., 2010). Caracteriza-se como a capacidade das pessoas em promover e manter a sua saúde, prevenindo doenças e futuras incapacidades, por meio da prática de exercício físico, a dieta equilibrada, a boa higiene diária, a automedicação diligente, bem como a prática de diversos comportamentos que buscam a prevenção de riscos para a saúde e promovem o bem-estar saudável (WHO, 2009).

O autocuidado na diabetes é descrito como um processo em constante evolução, envolvendo o desenvolvimento de conhecimento e consciência para enfrentar a complexidade das demandas da doença nos diversos contextos específicos onde a pessoa se insere e no seu estilo de vida (Paterson & Thorne, 2000, as cited in Shrivastava, 2013). Dado que a maioria dos cuidados diários são realizados pelos próprios pacientes ou seus familiares, há uma necessidade crucial de atividades recomendadas que sejam efetivas para o controlo da diabetes (SPD, 2018).

As atividades de autocuidado relacionadas com a diabetes são comportamentos realizados visando controlar a doença de forma independente, ou seja, realizar medidas de tratamento e cuidado em casa de acordo com as suas circunstâncias e necessidades. Quando é proposta uma recomendação de comportamentos de autocuidado na diabetes, deparamo-nos com a complexidade dessa doença e conseqüentemente com a sua variedade de recomendações, logo exclui-se o tratamento padronizado que servirá para qualquer paciente e assume-se as intervenções com maior centralidade no indivíduo e suas idiossincrasias, bem como no significado que este atribui à doença e no seu estilo de vida (Cardoso et al., 2015).

Uma vez que o autocuidado como medida de tratamento é um processo dinâmico e diverso, e necessita da sua realização autónoma, ou seja, fora do contexto das unidades de saúde, as suas recomendações são propostas no sentido de controlo e melhoria do quadro clínico, o que acaba por implicar que a sua prática dependa da decisão do paciente. Essas medidas ou comportamentos essenciais de autocuidado foram identificados como: alimentação saudável, atividade física, monitorização do açúcar no sangue, adesão à medicação, habilidades de resolução de problemas, estratégias de enfrentamento saudáveis e comportamentos de redução de risco (American Association of Diabetes Educators, 2008).

Além disso, destaca-se que o autocuidado não se limita à realização dessas atividades, mas também engloba as interrelações entre elas, o que realça o comprometimento e as implicações associadas a tais demandas (American Diabetes Association, 2022). Portanto, o autocuidado na diabetes requer ajustes significativos na dieta e no estilo de vida, complementados pelo suporte da família e da equipe de saúde para fortalecer a autoconfiança e promover mudanças comportamentais bem-sucedidas na pessoa com diabetes (Shrivastava et al., 2013).

A literatura descreve várias formas de não adesão, podendo esta ser intencional (quando o paciente decide interromper deliberadamente o tratamento) ou não intencional (devido, por exemplo, a esquecimento) ou uma combinação de ambos. A não adesão não intencional normalmente envolve faltar doses individuais de medicamentos, enquanto a não adesão intencional pode consistir em atrasar ou pular doses e, em casos extremos, interromper completamente o tratamento (Świątoniowska-Lonc et al., 2021).

A falta de adesão ao tratamento é vista como um problema multidimensional pela interação de diversos fatores, incluindo fatores demográficos, fatores de condição ou doença, fatores psicológicos, crenças de saúde, fatores sociais, relação médico-paciente, regime de tratamento e suas configurações (DaSantos et al., 2021). As conseqüências da não adesão estão associadas ao mau controlo da hemoglobina glicada, dieta, exercício, estilo de vida, uso de substâncias, medicamentos, automonitorização e aumento do risco de hospitalização e mortalidade (Ho et al., 2006). A identificação desses fatores associados à não adesão ao tratamento da diabetes torna-se primordial no processo de tratamento dos indivíduos diabéticos e pode orientar intervenções acerca desses fatores com melhor precisão para o aumento da adesão e conseqüentemente a melhora dos resultados clínicos implicados acerca dessas dimensões (Gonzalez et al., 2014).

## *Barreiras e Facilitadores do Autocuidado*

De facto existem inúmeras variáveis que podem influenciar a gestão da doença e os comportamentos de autocuidado nela envolvidos, partindo do princípio de que a prática de autocuidado envolve não somente a ação em si, mas os conhecimentos, atitudes, habilidades, o ambiente em que o indivíduo se insere e a capacidade emocional do mesmo (Vargas et al., 2015). Isto deve-se à natureza das ações de autocuidado, visto que implicam uma multifatorialidade de barreiras relacionadas com os aspectos comportamentais e psicossociais do indivíduo, assim como condições que vão além do controlo das unidades de cuidado, tornando o processo de intervenção terapêutica mais complexo do que se espera (Vargas et al., 2015).

O indivíduo e seu contexto de vida são, dessa maneira, os fatores centrais no planeamento e sistematização do tratamento, desse modo, buscar compreender as barreiras do mesmo e conjugá-las com as necessidades do tratamento são a base que constituem uma prática de autocuidado efetiva. Além disso, responsabilizar e promover o envolvimento do paciente no seu tratamento consiste num prognóstico mais positivo e realista, uma vez que o próprio paciente “ajusta” suas metas e responsabilidades (Vargas et al., 2015).

A partir da noção de correlação entre o paciente e o seu tratamento, o modo como cada paciente convive com a diabetes depende invariavelmente das experiências individuais de cada um, o que implicará a desconstrução de crenças erróneas, bem como valores e costumes que influenciam de forma negativa a vida quotidiana do mesmo, buscando alcançar um ajustamento emocional e social que esteja em consonância com a sua forma de viver, mas que o capacite para o enfrentamento da doença crónica ao longo de toda a vida (Nunes et al., 2021). As áreas da saúde que intervêm no tratamento dos diabéticos estão cada vez mais integrando nas propostas terapêuticas elementos que considerem além dos aspectos somáticos, os aspectos psicológicos, sociais, culturais e espirituais dos seus pacientes. E assim, a concepção da doença crónica e o seu tratamento vão se alargando, consoante a abrangência da integralidade da pessoa que sofre da mesma seja expandida e oriente a noção de saúde e tratamento nos âmbitos de cuidados de saúde (Xavier et al., 2009).

Em relação a variáveis incluídas nos âmbitos de influência para a baixa adesão aos comportamentos de autocuidado, são apontadas pela literatura: a idade avançada, o baixo nível de escolaridade, baixo estatuto socioeconómico, dieta restritiva e falta de apoio familiar, bem como os fatores emocionais como pensamentos angustiantes, desânimo, ansiedade e frustração perante o tratamento (Vargas et al., 2015; Ong et al., 2014). Relativamente aos pacientes com idade mais avançada, a diminuição significativa da autonomia e funcionalidade habitual da vida por consequência das exigências de autocuidado implicadas no tratamento, bem como as dificuldades relacionadas à locomoção e a maior incidência de doenças não associadas à diabetes, sugerem ser as razões para a faixa etária ser considerada um fator de influência significativa nas práticas de autocuidado. Além disso, a dificuldade relacionada à mudança de hábitos nesse estágio da vida torna-se superior, visto que carregam consigo uma habituação a longo prazo do seu modo de viver (Dias et al., 2017).

Em relação à mudança alimentar, para as sociedades em geral, a comida não tem apenas o seu papel diretivo de nutrição, mas assume uma relação intrínseca com os aspectos sociais, religiosos e económicos, uma vez que o ser humano associa por meio das refeições aspectos como qualidade de vida, respeito a tradições e momentos de relação social principalmente relacionados com a família (Xavier et al., 2009). Sendo assim, a dieta restritiva surge como um aspecto que influencia diretamente as práticas de autocuidado, visto que a sua adesão compreende renunciar a fatores que são definidos como prioridades para os pacientes, e não somente isso, a dieta restritiva implica encargos económicos que podem não ser oportunos para os pacientes, fazendo com que essa indicação terapêutica seja desconsiderada pelos pacientes (Dias et al., 2017).

Além disso, o apoio social caracteriza-se como um forte componente de motivação para as práticas de autocuidado, uma vez que a família poderá assumir um papel de incentivadora dos comportamentos e ser a fonte percebida de solidariedade e afeto. Sendo a família um fator de manutenção da saúde dos seus membros, o controlo da doença, assim como o progresso terapêutico está totalmente ligado à forma como o contexto familiar do paciente lida com as exigências da doença. Estudos comprovam que indivíduos com DM2 que recebem um maior apoio social demonstram melhores níveis de controlo da doença, e que fontes de apoio seguras são o principal fator no que se refere a diminuição do stress psicológico acarretado pela doença (Xavier et al., 2009; Pupko & Azzollin, 2012).

Outra variável refere-se ao nível de escolaridade e ao estatuto socioeconómico dos doentes, visto que a avaliação da situação iminente depende dos recursos que os mesmos dispõem. Doentes com um baixo nível de recursos tendem a avaliar a situação de modo irrelevante, visto que se veem como passivos na mesma, e buscam utilizar estratégias de *coping* de evitamento (Pupko & Azzollin, 2012).

Por fim, os fatores emocionais, como o distresse psicológico relacionado com a diabetes, têm sido cada vez mais evidenciados como influenciadores do progresso da doença, dado a crescente prevalência dos pacientes com DM. Isso se deve ao facto da percepção de se ter uma condição crónica, que por vezes exige recursos como resiliência, paciência, otimismo e que acabam por serem escassos nos pacientes, e diretamente acarretam pensamentos angustiantes, medo acerca do futuro e a frustração de ter que lidar com uma doença de risco por toda a vida (Iturralde et al., 2019). Deste modo torna-se nítido que a adesão aos comportamentos de autocuidado exige abordar aspectos cognitivos, comportamentais e afetivos para o bom desempenho e aplicabilidade efetiva aos doentes (Pupko & Azzollin, 2012).

## *O Distresse Psicológico relacionado com a Diabetes Mellitus*

### *Conceitos de Stress e Distresse Psicológico*

A caracterização do stress corresponde a um estado de tensão que é ocasionado pela percepção de ameaças internas ou externas que são os chamados “fatores de stress” (Annor et

al, 2015). Intrinsecamente, este estado de tensão traduzido pela sensação de “luta ou fuga” produz uma reação no organismo que acaba por ativar o estado psicofisiológico do ser humano e produzir consequentemente sintomas específicos como o aumento dos batimentos cardíacos, da pressão sanguínea, e que resultam em estados de irritabilidade, medo ou excitação (Gonçalves et al, 2008). Enquanto o stresse é considerado uma resposta natural, que pode ter um papel positivo no funcionamento e na vivência do ser humano, o ajudando em situações de perigo ou de novidade, o distresse é conhecido como a forma negativa do stresse que tem como consequências: mal-estar e sofrimento da pessoa.

O distresse psicológico define-se pela exposição a uma situação estressante onde existe uma incapacidade de lidar eficazmente com o fator stressor ou uma percepção de que não há recursos suficientes para enfrentar a situação e que acaba por causar danos à saúde mental ou física (Drapeau et al, 2012). Esse estado de sofrimento emocional é caracterizado por sintomas como a irritabilidade, ansiedade, angústia, desânimo e desinteresse, por vezes associados a queixas somáticas. Muitas vezes o distresse psicológico acaba por ser desvalorizado e negligenciado, no entanto, o rastreio e intervenção precoce nessa condição emocional é crucial no que diz respeito à saúde mental e física dos pacientes, bem como na adesão à terapêutica pelos mesmos (Fisher et al., 2013).

O distresse pode inclusive tornar-se crónico e ser identificado como fator de risco para o desenvolvimento de comorbidades e influenciar de forma negativa o progresso da doença (Ferreira et al., 2015). Ou seja, uma vez que a exposição a fatores de stresse seja aumentada, consequentemente os níveis de saúde revelam-se piores devidos à redução da capacidade de autogestão da doença e ao aumento do risco de complicações e comorbidades relacionadas com a diabetes (Walls et al., 2017).

### *Impacto do diagnóstico*

Uma vez que a pessoa é diagnosticada com diabetes, as implicações do próprio diagnóstico e da autogestão da doença acarretam consequências psicológicas que estão diretamente ligadas à saúde mental e ao comprometimento do bem-estar das pessoas afetadas com o diagnóstico. Diversos estudos realçam que ser diagnosticado com DM é um fator stressor que por si só gera complicações significativas tanto a nível físico como mental (Ferreira et al., 2015). As preocupações com medicação, alimentação, possíveis complicações e a mudança do próprio estilo de vida podem provocar elevados níveis de stresse e ansiedade, desenvolvendo assim o Distresse Psicológico relacionado à convivência com a doença crônica (Polonsky et al., 1995).

Compreender e identificar o distresse psicológico e os fatores envolvidos no mesmo, torna-se indispensável no processo de intervenção na DM, uma vez que o seu impacto atinge diversos fatores na vida das pessoas com o diagnóstico, como a sua própria saúde física, bem-estar emocional, seus relacionamentos interpessoais, sua situação financeira e seu ambiente de trabalho (Winchester et al., 2016). Torna-se ainda mais essencial ter em atenção aspectos que incidem sobre o distresse psicológico no progresso da doença, visto que a presença do distresse

relacionado à diabetes poderá acarretar conseqüentemente má adesão ao tratamento, baixo autocuidado e depressão (Perrin et al, 2017). Bem como, contribuir para que os níveis de ansiedade encontrados nessa população sejam superiores ao da população em geral, o que abarca um pior prognóstico e qualidade de vida (Ferreira et al., 2015). Pesquisas recentes têm realçado a importância que reside em controlar o bem-estar físico e psicológico dos doentes, uma vez que o tipo de enfrentamento da pessoa frente ao stress inerente ao processo da doença pode influenciar significativamente o progresso e os resultados terapêuticos referentes à sua saúde (Chiu et al., 2014).

### *Conceito de Distresse relacionado com a Diabetes*

Relacionando os termos Distresse e Diabetes surge o conceito de “*distresse relacionado com a Diabetes*” (DD), que foi integrado na área científica por meio de psicólogos e psiquiatras do Joslin Diabetes Center em 1995, e tem como sucinta definição um estado de sofrimento emocional associado à vivência e autogestão da patologia e das suas potenciais complicações (Polonsky et al., 1995, as cited in Skinner, 2020). O distresse relacionado com a diabetes não é oriundo de uma psicopatologia, mas surge a partir do distresse psicológico enfrentado em um contexto stressante específico, caracterizado como uma resposta emocional expectável aos vários stressores da situação, e que acaba por influenciar o paciente e suas ações, incluindo o declínio do autocuidado na diabetes, que poderá implicar a falta de adesão ao tratamento (Hoogendoorn et al., 2021). Sendo assim, o Distresse Psicológico relacionado com a diabetes é divergente das perturbações psicológicas, uma vez que este remete para os encargos emocionais e preocupações referentes especificamente ao gerenciamento da diabetes e suas exigências específicas, e não a um transtorno psicológico que integra múltiplos fatores na origem da mesma (American Diabetes Association, 2022; Iturralde et al., 2019).

Estudos demonstraram que, especialmente os efeitos do distresse relacionado com a diabetes e não outras comorbidades psicológicas, se encontram mais difundidos nessa população, o que torna ainda mais necessário o rastreio relativamente aos sintomas psicológicos associados a essa condição, para conseqüentemente, um controlo mais efetivo da progressão da diabetes (Perrin et al., 2017). A literatura sobre a prevalência mundial do distresse relacionado com a diabetes em pessoas com diabetes tipo 2, relata uma elevada incidência da condição em diversos países, como nos Estados Unidos de 51%, 42.5% na China e 39% no Canadá (Fisher et al., 2010; Wong et al., 2017; Zhou et al., 2017 as cited in Azadbakht et al., 2020). Além disso, resultados de um estudo internacional conduzido em 17 países revelou que 44. 6% dos pacientes com diabetes tipo 2 acima dos 30 anos sofrem deste tipo de distresse (Nicolucci et al., 2013, as cited in Azadbakht et al., 2020).

Segundo Perrin (2017), em média 36% dos pacientes adultos com diabetes convivem com o distresse relacionado com a diabetes relativamente ao total dos adultos diagnosticados, e aproximadamente um em cada três indivíduos com diabetes tipo 2 relata um alto nível deste distresse. Uma das causas da negligência no rastreio do distresse poderá ser o foco na depressão e ansiedade dos pacientes e menos no distresse psicológico na maioria das unidades de cuidado

de saúde, outras razões deverão estar associadas ao facto de que o Distresse relacionado com a Diabetes e seus fatores têm sido menos alvo de investigação e assim a condição não tem critérios ou fatores indicativos específicos cientificamente, mas indicativos gerais, referentes ao sofrimento psicológico relacionado a vivência com a diabetes (Islam et al., 2013, as cited in Azadbakht et al., 2020).

Por outro lado, a definição dos fatores para identificação do distresse relacionado com a Diabetes estão ultrapassadas, uma vez que não refletem as transformações recentes nos padrões sociais, nos medicamentos e tratamentos, nem explora as complexidades atuais relacionadas com o acesso aos cuidados de saúde e ao estigma (Fisher et al., 2022). Outro fator reside na disparidade das definições e na identificação do distresse relacionado com a Diabetes, uma vez que não existe uma única definição ou critérios diagnósticos específicos para essa condição, o que acaba por resultar em obstáculos na identificação e tratamento das pessoas com diabetes que apresentam essa condição psicológica (Iturralde et al., 2019).

Elevados níveis de distresse relacionado com a Diabetes têm sido associados a um nível de hemoglobina glicada (HbA1c) mais alto, comportamentos inadequados de autocuidado, como adesão à medicação reduzida, fraca gestão da dieta e baixa atividade física, menor autoeficácia, e ainda, tem sido encontrado em entre aqueles com complicações no uso e controlo de insulina, demonstrando seu impacto clínico significativo (Fisher et al., 2022; Bo et al., 2020). A incapacidade de alcançar o controle glicémico ou de cumprir as orientações médicas parece associada ao sentimento de esgotamento ao lidar com as exigências da patologia e à angústia causada pela diabetes, acabando por contribuir para o desenvolvimento do distresse relacionado com a Diabetes (Kamrul-Hasan et al., 2022).

Os estudos na área do distresse relacionado com a Diabetes têm evidenciado a elevada prevalência do distresse psicológico nos participantes do género feminino em comparação ao masculino, essa associação tem sido sinalizada como um fator de risco significativa (Iturralde et al., 2019). Bem como, a menor idade aquando do diagnóstico de diabetes, a presença de alguma complicação diabética, o uso de insulina e a diabetes não controlada foram identificados como fatores de risco para o desenvolvimento de distresse relacionado com a Diabetes (Kamrul-Hasan et al., 2022).

A percepção e o conhecimento sobre a taxa de prevalência do distresse relacionado com a Diabetes e seus fatores relacionados ajudam de forma direta as unidades de saúde e os seus cuidadores a tomarem decisões acerca da sua melhor identificação, a maior atenção e reconhecimento dos grupos de risco e a aplicação de intervenções médicas mais apropriadas para essa população (Azadbakht et al., 2020). A prevalência evidenciada nos diversos estudos da área expressa a proeminência do problema que o distresse relacionado com a Diabetes tem revelado ser nas pessoas com diabetes tipo 2, e a importância da identificação e do tratamento do mesmo para uma melhora efetiva no que diz respeito ao sofrimento e complicações que o diagnóstico da doença acarreta (Iturralde et al., 2019).

### *Impacto do Distresse Psicológico nos comportamentos de autocuidado*

Pacientes com doenças crônicas estão vulneráveis à ameaça constante de progressão da doença, e sujeitos às demandas que incluem a mudança comportamental para enfrentar os desafios da recomendação terapêutica. Em relação à diabetes, o pesado custo psicológico de conviver com ela, pode muitas vezes afetar o comportamento de autocuidado e a adesão ao tratamento comportamental e medicamentoso, e eventualmente, levar a complicações a longo prazo, uma vez que segundo as evidências, as questões psicológicas são cruciais para o tratamento da diabetes (DaSantos et al., 2021).

A relação entre o distresse psicológico e os comportamentos de autocuidado na diabetes entende-se a partir da análise da interferência oposta que estes dois conceitos proporcionam ao desenvolvimento dessa doença. Essa influência oposta pode ser designada como um vínculo bidirecional, uma vez que o distresse psicológico enquanto resposta emocional frente a uma situação stressante, de facto influencia no grau de realização dos comportamentos de autocuidado como tarefas do regime diário que o indivíduo executa para gerir a diabetes; mas que existe igualmente uma influência dessas demandas dos comportamentos de autocuidado que incide sobre o aumento do distresse psicológico nestes doentes, e que acabam por diminuir a motivação do doente e prejudicar a sua autoregulação emocional e comportamental (Hoogendoorn et al., 2021; Ogbera & Adeyemi-Doro, 2011). Logo, para realizar uma prática efetiva de autocuidado, o doente e sua rede de apoio precisam ter consciência de como o distresse acarretado nesse processo poderá afetar no processo de adesão ao autocuidado do doente, e em como as exigências e demandas desse processo podem igualmente acarretar impacto emocional significativos no doente (Gupta et al., 2024).

Em relação as exigências que envolvem a gestão da diabetes, estas são uma parte essencial no processo de controlo da doença e da manutenção de saúde dos indivíduos que a detêm, mas para a efetiva realização dessas demandas, os indivíduos precisam estar motivados para concretizá-las, logo, uma vez que estes poderão também encontrar-se em sofrimento emocional, o sentimento de impotência perante a sua doença provindo do stresse crónico poderá ter um impacto significativo no autocuidado e nos resultados clínicos deste indivíduo (Ogbera & Adeyemi-Doro, 2011). Estas conjugações estão estritamente correlacionadas com o progresso negativo da doença e seus resultados clínicos, que poderão levar ao aumento de comorbidades e inclusivamente a mortalidade (Owens-Gary et al., 2019; Ho et al., 2006).

Diversos estudos da área têm evidenciado que existe uma correlação negativa entre o aumento do distresse psicológico e a diminuição do autocuidado nos pacientes com Diabetes do tipo 2, onde de forma mais específica, o estresse crónico associado a diabetes contribui significativamente para a redução dos comportamentos de autocuidado prescritos como parte da intervenção terapêutica na doença, e conseqüentemente refletem na diminuição do controlo da diabetes (Hoogendoorn et al., 2021; Gupta et al., 2024; Summers-Gibson, 2021; Whitebird et al., 2018; Sittner et al., 2018). Assim, podemos dizer que o distresse relacionado com a Diabetes está diretamente implicado no processo de não adesão ao tratamento ou práticas de autocuidado e vice e versa, e esta associação nos piores resultados acerca do tratamento da diabetes (Gonzalez et al., 2014; Hoogendoorn et al., 2021).

Perante a literatura, esse impacto está associado não somente à redução do autocuidado e o aumento dos níveis de glicose e de pressão sanguínea, mas também incide sobre o maior risco de desenvolvimento de psicopatologias como depressão e ansiedade, bem como sobre a piora da qualidade de vida desses indivíduos (Whitebird et al., 2018; Kamrul-Hasan et al., 2022). Neste sentido, torna-se necessário não meramente intervenções centradas em questões unidimensionais de risco ao paciente, mas que conjuguem os aspectos comportamentais e psicológicos desse processo para uma abordagem efetiva de gestão e controlo da diabetes.

De acordo com a OMS (2003) as melhorias na eficácia das intervenções para promover a adesão podem ter um impacto muito maior na saúde da população do que os avanços no tratamento. É, portanto, necessária uma compreensão integral dos mecanismos por detrás da não adesão, onde quaisquer esforços destinados a reduzir as barreiras de uma gestão eficaz da diabetes poderiam beneficiar da inclusão do rastreio do Distresse relacionado com a Diabetes, e de um maior reconhecimento de que mesmo os sintomas subclínicos dessa condição podem ter um impacto negativo nos cuidados e na adesão a intervenção da diabetes (DaSantos et al., 2021).

## *Otimismo Disposicional*

### *Otimismo Disposicional e suas classificações*

O Otimismo em sua definição mais habitual é assinalado como a expectativa de coisas boas, ou seja, a antecipação de algum acontecimento de forma positiva, logo, podemos dizer que o otimista é aquele que espera que coisas boas aconteçam para si, ou que vê todas as coisas pelo seu lado bom (Carver et al., 2010). A pessoa que detém tal postura irá basear o seu comportamento associado aos eventuais acontecimentos de vida de forma esperançosa, bem como, a sua forma de confrontar a adversidade partirá de um posicionamento positivo (Carver et al., 2010).

Em relação aos eventos stressantes e inesperados da vida, como um diagnóstico de diabetes, o otimismo surge como um fator que confere recursos cognitivos e de enfrentamento que promovem melhores níveis saúde mental para o paciente e melhores resultados terapêuticos, visto que os otimistas tendem a ser mais confiantes e persistentes diante das adversidades que enfrentam (Yi et al., 2008). Scheier and Carver (1985), referem que a disposição para o otimismo ou o otimismo disposicional é um traço de personalidade ou uma característica estável e generalizada que influencia diretamente a maneira que o indivíduo perspectiva positivamente o seu passado, presente e futuro em relação diretamente referente à sua pessoa, ao seu comportamento ou saúde.

## *Influência do otimismo frente a uma doença crónica*

Podemos caracterizar o otimismo como um recurso de enfrentamento, o qual desempenha um papel relevante no que chamamos de adaptação à doença (Avvenuti et al., 2016). O otimismo como uma disposição comportamental frente ao enfrentamento de uma doença, pode-se caracterizar como irrealista frente aos riscos inerentes aos pacientes, porém o otimista ao invés de sucumbir às possibilidades negativas da situação, tende a focar nas ameaças significativas do seu quadro clínico e no que lhe compete fazer de forma efetiva, ou seja, seleciona comportamentos que podem de facto minimizar os riscos para a sua saúde, o que podemos chamar de autocuidado ou autogestão frente às exigências do seu diagnóstico, e assim desempenha um papel fulcral no sucesso da sua evolução terapêutica e resultados clínicos (Carver et al., 2010).

De forma mais aprofundada, o otimismo possui três disposições para o enfrentamento da doença: a primeira refere-se às expectativas de resultados positivos, que refletem a crença de que alcançará bons resultados (Scheier & Carver, 1985, as cited in Fournier et al., 2002). A segunda é descrita como expectativas positivas de eficácia que se resumem na convicção de que será capaz de lidar com as exigências do seu percurso de vida (Schwarzer, 1994, as cited in Fournier et al., 2002). E a terceira é o pensamento irrealista positivo que é refletido na crença de que eventos agradáveis têm maior probabilidade de acontecer e que eventos negativos são menos prováveis de acontecer consigo (Taylor, 1989; Weinstein, 1980, as cited in Fournier et al., 2002).

Estas três disposições otimistas, segundo Fournier e colaboradores (2002), relacionam-se com diferentes funções no processo adaptativo à doença. As expectativas de resultados positivos são caracterizadas como cruciais do ponto de vista da teoria da autorregulação comportamental (Carver & Scheier, 1998 as cited in Fournier et al., 2002) uma vez que impulsionam os comportamentos de autocuidado e fornecem um intenso grau de envolvimento aplicado aos resultados desejados, ou seja, pacientes com expectativas de resultados positivos tendem a envolver-se no processo terapêutico, mesmo quando confrontados com adversidades.

Em relação às expectativas de eficácia positivas, e segundo a teoria social cognitiva de Bandura (1988, as cited in Fournier et al., 2002), compreende-se que o comportamento voltado para um fim é motivado e mantido pelas expectativas em relação aos resultados esperados das ações e pela percepção de autoeficácia para executar aquelas ações, assim pacientes com expectativas positivas de eficácia lidarão com a doença de forma mais competente. A terceira disposição refere-se ao pensamento positivo irrealista que pode ser explicado como um componente da teoria da adaptação cognitiva (Taylor, 1989, as cited in Fournier et al., 2002) que explica que os pacientes são protegidos contra a assimilação de emoções negativas, uma vez que o pensamento positivo e irrealista ajuda os pacientes frente a uma adversidade da sua doença, a acentuar os elementos positivos de sua saúde e minimizar os negativos. Essa última disposição em específico é sinalizada como uma intervenção de prevenção do distresse psicológico relativamente ao enfrentamento da doença.

Considerando a tríade de crenças otimizistas expostas, podemos dizer que o otimismo enquanto preditor da disposição mental e comportamental do paciente torna-se uma variável relevante para o curso e controlabilidade da diabetes, uma vez que poderá determinar comportamentos, pensamentos e emoções que estão na base do sucesso terapêutico, e diminuir aspectos negativos como o distresse e a ansiedade advindos das situações stressantes que a doença crónica impõe. Ou seja, os pacientes otimizistas tendem a ter formas de enfrentamento mais positivas que os pacientes pessimistas, uma vez que os otimizistas, como já exposto, tendem a esperar resultados positivos e por esse motivo, persistem em realizar o enfrentamento buscando a resolução de problemas, a interpretação positiva, a aceitação e buscando apoio social (Lobel et al., 2002).

Além disso, os pacientes otimizistas detêm expectativas positivas sobre os resultados destes, mesmo quando são confrontados com situações incontroláveis, nesse caso os pacientes permanecem envolvidos e reestabelecem novos objetivos alcançáveis adaptando-se emocionalmente e comportamentalmente para lidar com a sua doença (Folkman & Moskowitz, 2000 as cited in Fournier, 2002). De facto, os estudos mostram uma correlação positiva entre o otimismo e o bem-estar físico e mental, uma vez que os pacientes otimizistas tendem a ter frequentemente estes comportamentos protetores (Conversano et al., 2010). A literatura ressalta o pressuposto de que o otimismo ajuda as pessoas com DM2 a dispor de uma melhor adaptação ao stress implicado pela doença, e que estes doentes são menos propensos a desenvolver comorbidades (Puig- Perez et al., 2017).

### *A associação entre o Distresse psicológico e o Otimismo Disposicional na vivência com Diabetes*

O conceito do otimismo disposicional, como já explicitado, está diretamente ligado ao comportamento humano e suas expectativas, uma vez que as ações dirigidas dos indivíduos vão ao encontro das percepções e objetivos estabelecidos com base nessa disposição mental (Carver et al., 2010). Logo, esse traço psicológico desempenha um papel crucial no que diz respeito à saúde física e mental dos indivíduos que o detém (Puig Pérez et al., 2021).

Estudos desse âmbito tem demonstrado cada vez mais a influência do otimismo nas perspectivas de saúde dos pacientes, onde índices mais elevados de otimismo demonstram estar relacionados com melhores resultados clínicos, tanto em relação ao nível físico e funcional do doente, mas inclusive na percepção de saúde e de qualidade de vida dos mesmos, contribuindo para uma progressão mais lenta da doença e menores índices de mortalidade (Carver et al., 2010; Wrosch & Scheier, 2003). Em relação às doenças crónicas como a diabetes, Fournier e colaboradores (2002) destacam o otimismo como um fator significativo para o ajustamento psicológico dos doentes relativamente às novas disposições quotidianas que a doença acarreta, bem como, ressaltam uma diminuição da sintomatologia psicopatológica nestes pacientes.

Uma vez explicitada a influência do otimismo disposicional no funcionamento dos indivíduos e nas suas respectivas progressões clínicas, estudos apontam para uma correlação negativa deste com o Distresse Psicológico nos pacientes (Pavez et al., 2012). Visto que o

otimismo disposicional tem sido associado a um melhor bem-estar psicológico e físico, especialmente em períodos de stresse, e tem sido indicado como um fator protetor significativo em situações stressantes adversas, como o diagnóstico e a convivência com uma doença crónica (Carver et al., 2010; Puig Pérez et al., 2021; Ravindran et al., 2022). E o distresse psicológico relacionado com a diabetes tem sido particularmente associado às complicações da doença, bem como, estudos evidenciam a sua presença como um fator de risco para o desenvolvimento do pensamento pessimista, para a redução dos comportamentos de saúde e inclusivamente para o aumento da sintomatologia depressiva e ansiosa como consequências do mesmo (Ferreira et al., 2015; Ravindran et al., 2022).

Numa perspectiva bidimensional, podemos correlacionar o otimismo disposicional e o distresse relacionado com a Diabetes como fatores opostos nos resultados clínicos de saúde dos pacientes, atuando de forma geral como indicadores de melhoria ou agravamento da doença crónica. Assim, podemos pressupor que o aumento de um poderá incidir diretamente na diminuição do outro. Tendo como base as evidências da área, ressalta-se que indivíduos em situações adversas com índices mais elevados de otimismo tendem a reduzir significativamente os índices de stresse e tendem a ter uma menor vulnerabilidade aos riscos pertinentes aos mesmos, uma vez que utilizam de estratégias de enfrentamento mais adaptativas (Ford et al., 2000; Carver & Scheier, 2014; Levy & Avitsur, 2019). Ainda, segundo os estudos de He e colaboradores (2013) verifica-se uma associação positiva entre o otimismo e o bem-estar subjetivo, postulando que os doentes com maiores níveis de otimismo lidam de forma mais eficiente em situações stressantes.

### *Otimismo Disposicional e sua relação com as práticas de autocuidado na Diabetes*

A presença de uma disposição otimista assume um papel significativo para a adesão aos comportamentos de autocuidado, especialmente num contexto associado à promoção de saúde. A literatura revela que não há consenso acerca de como diferentes formas de otimismo podem influenciar a gestão da doença e consequentemente nos comportamentos de saúde associados à mesma, assim compreendem-se duas dimensões acerca do otimismo; o otimismo realista caracterizado como impulsionador dos esforços contínuos de enfrentamento da doença e promotor dos comportamentos de autocuidado; e o otimismo irrealista, enquanto perceção displicente da doença e suas consequências, que resultará na diminuição dos esforços motivados para o controlo da doença (de Ridder et al., 2004).

Alguns estudos sugerem que de facto a disposição otimista realista impacta o estado de saúde dos indivíduos, e que a partir da sua perceção da doença o indivíduo é encorajado a aderir efetivamente os comportamentos de autocuidado, como intervenções contínuas para a gestão e controlo da doença (Harvey & Lawson, 2009; Mc Sharry et al., 2011). No entanto, outras evidências afirmam que, para a adoção dos comportamentos de autocuidado, o indivíduo necessita de uma compreensão precisa sobre o seu quadro clínico, e que embora tenha um viés

positivo acerca das circunstâncias, este não poderá ser irrealista e negar os fatores de risco que irá enfrentar, acabando por não adotar intervenções para a sua saúde.

É importante ressaltar que o otimismo não é na sua maioria uma perspectiva irrealista das circunstâncias, mas sim que a perspectiva otimista pode ajudar os indivíduos a lidar com informações negativas sobre sua saúde de forma eficaz, mantendo uma visão positiva sobre sua capacidade de lidar com distresse decorrente da vivência da doença. Portanto, o otimismo possibilita não apenas o aumento dos comportamentos de autocuidado, mas também permite que os indivíduos enfrentem os desafios de saúde de forma realista e eficaz (Aspinwall & Brunhart, 1996 as cited in de Ridder et al., 2004).

Por isso torna-se crucial a distinção do tipo de otimismo utilizado no âmbito dos comportamentos de autocuidado, uma vez que este torna-se um fator significativo na forma como os indivíduos percebem, interpretam e gerem a sua saúde. De facto, de acordo com as evidências dos estudos da área, é inegável a influência da disposição otimista para o aumento dos comportamentos de autocuidado relativos a prescrição de tratamento médico (de Ridder et al., 2004; Giltay et al., 2006).

## Tabelas Complementares

**Tabela I**

*Frequências das Variáveis Sociodemográficas e Clínicas*

		<i>n</i>	%
<b>Género</b>	Masculino	41	57.7
	Feminino	30	42.3
<b>Estado Civil</b>	Casado/a ou União de facto	49	69.0
	Viúvo/a	13	18.3
	Divorciado/a	7	9.9
	Solteiro/a	2	2.8
<b>Habilitações Literárias</b>	Até o 4 <sup>o</sup> ano	36	50.7
	Até o 6 <sup>o</sup> ano	20	28.2
	Até o 9 <sup>o</sup> ano	6	8.5
	Até o 12 <sup>o</sup> ano	5	7.0
	Licenciatura	3	4.2
	Mestrado	1	1.4
<b>Situação Profissional</b>	Empregado/a	13	18.3
	Reformado/a	51	71.8
<b>Familiar com Diabetes</b>	Sim	39	54.9
	Não	32	45.1
<b>Controlo regular da Glicemia</b>	Sim	65	91.5
	Não	6	8.5
<b>Níveis da Glicemia</b>	Mais ou menos	45	63.4
	Bons	22	31.0
	Maus	4	5.6

**Tabela II***Frequências das Dimensões do EAAC*

		<i>n</i>	%
<b>Alimentação</b>	1 Dia	1	1.4
<b>Específica</b>	2 Dias	5	7.0
	3 Dias	6	8.5
	4 Dias	18	25.4
	5 Dias	15	21.1
	6 Dias	19	26.8
	7 Dias	7	9.9
<b>Alimentação</b>	Nenhum Dia	1	1.4
<b>Geral</b>	1 Dia	3	4.2
	2 Dias	9	12.7
	3 Dias	3	4.2
	4 Dias	21	29.6
	5 Dias	16	22.5
	6 Dias	7	9.9
	7 Dias	11	15.5
<b>Monitorização</b>	2 Dias	1	1.4
<b>da glicemia</b>	3 Dias	1	1.4
	4 Dias	10	14.1
	5 Dias	11	15.5
	6 Dias	2	2.8
	7 Dias	46	64.8
<b>Adesão ao uso</b>	Nenhum Dia	1	1.4
<b>de</b>	2 Dias	3	4.2
<b>medicamentos</b>	3 Dias	1	1.4
	4 Dias	1	1.4
	5 Dias	11	15.5
	6 Dias	1	1.4
	7 Dias	53	74.6
<b>Atividade Física</b>	Nenhum Dia	26	36.6
	1 Dia	11	15.5
	2 Dias	12	16.9
	3 Dias	6	8.5
	4 Dias	9	12.7
	5 Dias	3	4.2
	6 Dias	2	2.8
	7 Dias	2	2.8
<b>Cuidado dos Pés</b>	Nenhum Dia	1	1.4
	2 Dias	1	1.4
	5 Dias	7	9.9
	6 Dias	3	4.2
	7 Dias	59	83.1

**Tabela III***Frequências dos Itens do LOT-R*

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Item 1</b>	Discordo Bastante	2	2.8
	Discordo	5	7.0
	Neutro	5	7.0
	Concordo	16	22.5
	Concordo Bastante	43	60.6
<b>Item 3</b>	Discordo Bastante	20	28.2
	Discordo	10	14.1
	Neutro	15	21.1
	Concordo	15	21.1
	Concordo Bastante	11	15.5
<b>Item 4</b>	Discordo Bastante	2	2.8
	Discordo	11	15.5
	Neutro	7	9.9
	Concordo	10	14.1
	Concordo Bastante	41	57.7
<b>Item 7</b>	Discordo Bastante	5	7.0
	Discordo	11	15.5
	Neutro	6	8.5
	Concordo	30	42.3
	Concordo Bastante	19	26.8
<b>Item 9</b>	Discordo Bastante	5	7.0
	Discordo	9	12.7
	Neutro	7	9.9
	Concordo	27	38.0
	Concordo Bastante	23	32.4
<b>Item 10</b>	Discordo	5	7.0
	Neutro	10	14.1
	Concordo	25	35.2
	Concordo Bastante	31	43.7

**Tabela IV***Frequências dos Itens do PAID5*

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Item 1</b>	Problema pequeno	36	50.7
	Problema moderado	11	15.5
	Problema com alguma gravidade	11	15.5
	Problema grave	13	18.3
<b>Item 2</b>	Problema pequeno	44	62.0
	Problema moderado	12	16.9
	Problema com alguma gravidade	9	12.7
	Problema grave	6	8.5
<b>Item 3</b>	Problema pequeno	23	32.4
	Problema moderado	24	33.8
	Problema com alguma gravidade	12	16.9
	Problema grave	12	16.9
<b>Item 4</b>	Problema pequeno	25	35.2
	Problema moderado	16	22.5
	Problema com alguma gravidade	18	25.4
	Problema grave	12	16.9
<b>Item 5</b>	Problema pequeno	27	38.0
	Problema moderado	22	31.0
	Problema com alguma gravidade	15	21.1
	Problema grave	7	9.9

**Tabela V***Coefficientes e Estatísticas dos Modelos de Regressão Linear Simples*

Modelo 1	<i>B</i>	<i>EP</i>	95% IC		<i>P</i>
			LI	LS	
(Constante)	4.784	.230	4.326	5.242	.000
Distresse psicológico relacionado com a Diabetes	.024	.021	-.017	.065	.252
<i>R</i> <sup>2</sup> = .138					
Variável dependente: Autocuidado					
Modelo 2	<i>B</i>	<i>EP</i>	95% IC		<i>P</i>
			LI	LS	
(Constante)	5.164	.317	4.532	5.796	.000*
Otimismo Disposicional	-.049	.108	-.265	.167	.651
<i>R</i> <sup>2</sup> = .003					
Variável dependente: Autocuidado					