

## Resiliência, Enfrentamento e Autoeficácia: Intervenção em Grupo com Pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2

Resilience, Coping and Self-efficacy:  
Group Intervention with People with Diabetes Mellitus Type 2

Rosanna Jacobina Ribeiro\* / Eliane Maria Fleury Seidl

Universidade de Brasília

---

**Resumo:** Estudos sobre resiliência tem aumentado partir dos avanços da psicologia positiva, bem como sobre enfrentamento e autoeficácia no contexto de doenças crônicas. O objetivo do estudo foi avaliar os efeitos de uma intervenção em grupo para o desenvolvimento de resiliência, estratégias de enfrentamento e autoeficácia em pessoas adultas com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, divididas em grupos experimental (GE) e controle (GC). Participaram quatro pessoas adultas no GE e quatro no GC. A intervenção consistiu de oito encontros, com duas horas de duração. Os resultados indicaram que a intervenção propiciou resultados positivos no enfrentamento no problema e na autoeficácia, fatores importantes no gerenciamento de condições adversas. Apesar da diferença entre as médias das variáveis enfrentamento focalizado no problema, busca de suporte social e autoeficácia, a comparação dos momentos pré e pós intervenção do GE não revelou significância estatística. Não se observou diferença estatística nas análises dos momentos 1 e 2 do GC, bem como nas comparações intergrupos. O número pequeno de participantes foi uma limitação da pesquisa. O estudo da resiliência, do enfrentamento e da autoeficácia visaram contribuir com pesquisas acerca de aspectos humanos positivos e sua utilização no contexto da diabetes mellitus.

**Palavras-chave:** diabetes mellitus; resiliência; enfrentamento; autoeficácia.

**Abstract:** Studies on resilience have increased based on advances in positive psychology, as well as on coping behavior and self-efficacy in the context of chronic diseases. The objective of the study was to evaluate a group intervention for the development of resilience, coping and self-efficacy skills in people diagnosed type 2 diabetes mellitus, divided into experimental (EG) and control (CG) groups. Four patients formed the experimental group (EG) and four the control group (CG). The intervention was realized in eight meetings, two hours long. The results indicated that the intervention provided positive results, especially in coping behavior and in self-efficacy, important factors in the management of adverse conditions. Despite the difference between the averages of problem focused-coping, search for social support and self-efficacy, the comparison of the EG pre and post intervention moments did not reveal statistical significance. No significant difference was observed in moment 1 and 2 of CG, as well as intergroup comparisons. The small number of participants was a limitation of the study. The resilience, coping behavior and self-efficacy study aimed

---

\* Correspondência para: AE 4, Mod E, Residencial Isla Life Style, Bloco C, Ap 1705, Guará II, Brasília/DF, CEP: 71070-654. E-mail: rosannajribeiro@gmail.com

to contribute to research on positive human aspects and their use in the context of diabetes mellitus.

**Keywords:** diabetes mellitus; resilience; coping behavior; self-efficacy.

---

## Introdução

O diabetes mellitus (DM) apresenta-se como uma condição crônica que requer grande atenção pela sua gravidade e seu estabelecimento como um problema de saúde pública (Sociedade Brasileira de Diabetes [SBD] 2017). A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2016) descreve o diabetes mellitus (DM) como uma doença causada pela deficiência na produção de insulina pelo pâncreas ou pela ineficácia da insulina produzida. Estas deficiências, que resultam no aumento da concentração de glicose no sangue, causam prejuízos a sistemas do corpo, particularmente vasos sanguíneos e nervos.

Informações recentes, reveladas no Global Report on Diabetes (WHO, 2016), confirmam que se trata de uma das doenças crônicas mais frequentes atualmente: a maior parte desse crescimento ocorre em países em desenvolvimento, afetando principalmente a população mais idosa, pessoas com dietas pouco saudáveis, com obesidade e sedentarismo. Um desafio deve-se ao fato da DM ser considerada uma condição "autotratada", tendo em vista a complexidade referente ao seu controle e tratamento no dia a dia: a pessoa precisa tomar decisões e adotar condutas acerca da dieta alimentar, prática de atividade física, adesão ao tratamento, ajuste nas doses de insulina (se fizer uso), mensuração de glicemia, entre outras ações (SBD, 2017).

A psicologia, ao longo de sua história, tem dado maior ênfase a pesquisas sobre aspectos psicopatológicos, com menor destaque a condições e características saudáveis dos indivíduos, apesar do aumento, nos últimos anos, de pesquisas sobre aspectos positivos das cognições, afetos, emoções e comportamento humano, na perspectiva da psicologia positiva (Oliveira & Nakano, 2018; Yi-Frazier, Hilliard, Cochrane, & Hood, 2012), fato que tem levado ao maior interesse no construto resiliência. Compreender e

explicar como as pessoas lidam e se adaptam a contextos adversos - como conviver com uma condição crônica ao longo da vida - têm despertado o interesse da comunidade científica, em especial porque muitas delas ressignificam os desafios e superam o sofrimento psíquico, com menos prejuízo nas relações interpessoais, atividades laborativas e de vida diária. É nesse contexto que emerge o interesse em conceitos como resiliência, estratégias de enfrentamento e autoeficácia no contexto de pessoas com diabetes tipo 2.

Um dos pioneiros no estudo da resiliência, Rutter (2006) destaca que esta não constitui um traço ou característica estável, adquirindo configurações distintas de acordo com o tipo de adversidade vivenciada. Assim, resiliência envolve uma sucessão de processos que desencadeiam mecanismos que operam antes, durante e após a vivência de uma condição estressora ou adversa. Li, Yang, Liu e Wang (2016), por sua vez, sugerem que resiliência é um mecanismo particular de adaptação positiva, passível de mudanças ao longo do tempo, incluindo a capacidade de manter o bem-estar psicológico e físico frente a situações adversas, com base em estudos que a relacionam a níveis mais baixos de estresse, melhor ajustamento e qualidade de vida percebida entre pacientes com câncer.

O estudo da resiliência decorre da possibilidade de sua contribuição na adoção do autocuidado, aspecto relevante em qualquer doença crônica (Call, de Sá, Glustak, & Santiago, 2015). Araújo, Teva e Bermudez (2015) reuniram estudos que associaram enfrentamento adaptativo a níveis mais altos de resiliência em pacientes com DM: os autores observaram que a resiliência influenciou novas habilidades para lidar com as dificuldades do tratamento e propiciou os requisitos para um estilo de vida mais saudável. Nessa perspectiva, Boell et al. (2016) investigaram a relação entre resiliência e autocuidado em pessoas com DM. A associação de resiliência com comportamentos de autocuidado relacionados à alimentação - adotar uma alimentação saudável e ingestão reduzida de doces - foi estatisticamente significativa.

A Associação Americana de Psicologia [APA] (2009) conceitua resiliência como um processo de adaptação frente a traumas, tragédias, ameaças ou eventos que propiciam estresse, de modo que resiliência consiste em “se recuperar (bouncing back) de experiências difíceis” (p.1), envolve comportamentos e pensamentos que podem ser aprendidos. Em estudos pesquisados para este trabalho, enfrentamento e autoeficácia foram construtos frequentes associados ao desenvolvimento de resiliência, como na pesquisa de Quiceño, Vinaccia e Remor (2011), na qual os autores implementaram uma intervenção para resiliência em pacientes com artrite reumatóide. Foram dois estudos do tipo quase experimental, ambos com amostras não aleatórias, com pré e pós teste: o primeiro era um estudo piloto, com grupo controle e com seguimento de três meses para avaliar os efeitos da intervenção. Participaram do primeiro estudo 26 mulheres e, do segundo, 50 pessoas das quais cinco eram homens. Os dois estudos avaliaram os efeitos do programa de intervenção para o aumento da resiliência, ao lado de outras variáveis dependentes: autotranscendência, estado emocional, qualidade de vida relacionada à saúde, percepção de doença e indicadores de apoio social.

Os autores definiram resiliência como a capacidade de manter a saúde e o bem-estar psicológico em situações desafiantes, e trabalharam o construto a partir de três dimensões: autoeficácia, autoestima e autocontrole emocional. O programa foi desenvolvido em seis sessões de duas horas e meia de duração. A análise dos efeitos da intervenção no estudo piloto confirmou duas hipóteses do estudo: H1 – os participantes que receberam a intervenção aumentaram significativamente os níveis de resiliência, autotranscendência, estado emocional, qualidade de vida relacionada à saúde, percepção da enfermidade e indicadores de apoio social ao finalizar o tratamento em comparação ao grupo controle; H2 – as variáveis resiliência, autotranscendência, estado emocional, qualidade de vida relacionada à saúde, percepção de enfermidade e indicadores de apoio social tiveram seus níveis melhorados ou mantidos na avaliação pós-teste, após três meses da intervenção. Os autores afirmaram que a eficácia do

programa se deu pelas técnicas e exercícios empregados porque focalizaram a reavaliação positiva das situações da vida. A segunda pesquisa (n=50) replicou o estudo piloto para analisar os níveis de generalização dos resultados com base em uma amostra mais ampla de pessoas com diagnóstico de artrite reumatóide, sendo que os resultados obtidos foram corroborados, confirmando a eficácia da intervenção para o desenvolvimento da resiliência e o impacto sobre indicadores de saúde física e mental.

De acordo com Bandura (1994), autoeficácia percebida refere-se às crenças pessoais sobre a capacidade de produzir determinados níveis de performance que influenciam variados eventos na vida. Convergindo com esses resultados, Santos e Faro (2018) reforçam a importância de intervenções para o desenvolvimento da autoeficácia em pacientes com DM, visto que comportamentos de autocuidado são influenciados pelas crenças individuais acerca das capacidades pessoais quanto a obter determinado resultado. Somada à percepção de autoeficácia, estratégias de enfrentamento focalizadas no problema, aceitação da doença e autoestima contribuem para o cuidado em doenças crônicas, em especial o diabetes mellitus, pois favorecem um bom gerenciamento da condição a longo prazo.

Ao lado de estudos sobre resiliência e autoeficácia, estão os que investigaram estratégias de enfrentamento e o seu desenvolvimento para auxiliar pessoas a lidarem de forma adaptativa em contextos como adoecimento crônico. Enfrentamento é definido como um conjunto de esforços cognitivos e/ou comportamentais utilizados para manejar exigências internas ou externas, que são interpretadas como sobrecargas aos recursos pessoais, de acordo com o modelo de estresse-enfrentamento proposto por Lazarus e Folkman (Folkman, Lazarus, Gruen, & DeLongis, 1986; Dias & Pais-Ribeiro, 2019). Nesse modelo, a resposta à situação estressante é mediada por uma avaliação cognitiva, em que a pessoa avalia se a situação tem potencial para ser desafiadora ou para prejudicá-la/ameaçá-la para, em seguida, haver a avaliação dos recursos (pessoais, socioambientais entre outros) disponíveis para enfrentá-la. Uma avaliação menos

ameaçadora da situação estressora tende a associar-se à adoção de estratégias de enfrentamento mais adaptativas, em especial as focalizadas no problema, ou seja, estratégias de aproximação em relação ao estressor, voltadas para o seu manejo como busca de informações, resolução de problemas, planejamento e reavaliação positiva (Dias & Pais-Ribeiro, 2019).

Por outro lado, a adoção de estratégias de enfrentamento adaptativas, em contextos estressores e difíceis, pode favorecer a resiliência. Paula Júnior e Zanini (2011) investigaram a influência do tipo de enfrentamento, utilizado por homens e mulheres submetidos a radioterapia para tratamento de enfermidades oncológicas, em sintomas de estresse, percepção de bem-estar subjetivo e resiliência. Os autores revelaram que estratégias de enfrentamento com foco no problema associaram-se a níveis mais elevados de resiliência.

Por sua vez, Bandura e Adams (1977) afirmaram que as estratégias de enfrentamento podem ser mais adaptativas à medida que a percepção de autoeficácia aumentar. Luthar, Sawyer e Brown (2006) indicam que a percepção de autoeficácia é uma variável importante em estudos sobre resiliência e enfrentamento. Barreira e Nakamura (2006) apontam que a percepção de autoeficácia influencia o desenvolvimento da resiliência porque a confiança na capacidade de execução de ações requeridas tem efeitos na forma como a pessoa lidará com situações adversas e desafiantes. Ademais, a crença em suas capacidades pode contribuir para a escolha de estratégias de enfrentamento mais eficazes e adaptativas. Em suma, pode-se afirmar que, tanto estratégias de enfrentamento adaptativas como autoeficácia são fatores de proteção e promotores de resiliência, justificando a relevância desse estudo pela necessidade de acumular evidências acerca da utilização de intervenções em grupo no contexto de condições crônicas, em especial quanto ao autocuidado.

Duas questões de pesquisa que nortearam este estudo foram: uma intervenção em grupo com duração de oito semanas é eficaz para promover a resiliência em pessoas

adultas com diabetes? E quanto a promover habilidades de enfrentamento e autoeficácia percebida em relação ao autocuidado em diabetes? Diante disto, o objetivo do estudo foi avaliar os efeitos de uma intervenção em grupo para o desenvolvimento de resiliência, estratégias de enfrentamento e autoeficácia em pessoas adultas com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, divididas em grupos experimental e controle.

## **Método**

Trata-se de estudo quase experimental de natureza quantitativa, com pré e pós teste e grupo controle.

### ***Participantes***

Os critérios para inclusão dos participantes no estudo foram: (a) ter diagnóstico de diabetes tipo 2 há pelo menos seis meses; (b) ter condições de responder aos instrumentos de autorrelato sozinho ou com auxílio da pesquisadora; (c) ter disponibilidade para participar das sessões do grupo no GE; (d) participação voluntária com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O critério de exclusão foi apresentar diabetes mellitus tipo 1. Para discorrer mais didaticamente, optou-se por dar nomes fictícios aos participantes com as iniciais do seu grupo: os participantes do GE começam com a letra "e", enquanto os do GC iniciam com "c".

### ***Participantes do grupo experimental***

Os participantes foram selecionados por conveniência: quatro adultos, sendo dois homens e duas mulheres. Participaram do grupo experimental (GE) Eduardo, Evandro, Ester e Elisa. O primeiro possuía 60 anos, casado e ensino superior completo, com formação em Educação Física. Dos três, era quem possuía melhor renda, mais de cinco salários mínimos. O participante tinha a doença há oito anos e procurou o grupo

para melhorar seus cuidados com o diabetes. Evandro, 62 anos, casado, diabético há 19 anos, se interessou pelo grupo para dar continuidade ao seu tratamento. Possuía renda de até dois salários e ensino fundamental completo. Ester, 68 anos, possuía diabetes há 35, descoberto numa gravidez. Viúva, possuía o ensino fundamental completo e renda na faixa de dois a cinco salários. A participante procurou o grupo com o intuito de trocar informações e ter um espaço de compartilhamento de suas experiências. Elisa também teve diabetes gestacional, tinha 48 anos, era casada e possuía ensino médio incompleto, com renda de um salário mínimo. Por sua vez, relatou que seu interesse no grupo se referia ao apoio psicológico que precisava para estar mais tranquila.

Evandro, Ester e Elisa eram acompanhados no Hospital Universitário de Brasília (HUB) e Eduardo no ambulatório de diabetes do Centro de Saúde 1 da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal.

### *Participantes do grupo controle*

Os participantes do grupo controle (GC) foram convidados a participar em sala de espera da unidade de saúde onde eram acompanhados. As pessoas forneceram seus contatos para que fossem procurados posteriormente pela pesquisadora para a avaliação final, que foi feita sincronicamente ao encerramento do GE. Na avaliação inicial, integraram o GC, voluntariamente, oito pessoas, que responderam aos instrumentos no momento 1. Na avaliação final participaram quatro pessoas, pois duas não foram localizadas e duas não tiveram interesse na continuidade da pesquisa. Assim, quatro pacientes com idades entre 35 e 74 anos constituíram o GC. Carla tinha 35 anos, ensino médio completo e havia descoberto a doença há um ano, era casada e possuía renda de cinco salários mínimos. Carina, 74 anos, vivia há 17 com o diabetes, tinha ensino superior completo, era viúva e aposentada. César, 72 anos, tinha ensino superior completo e vivia há 37 anos com a doença; era casado e possuía renda de um salário



mínimo. Cristina, 65 anos, possuía a doença há 10, era viúva e também tinha ensino superior completo, com renda de cinco salários mínimos.

### *Instrumentos*

Questionário sociodemográfico e médico-clínico. O questionário, elaborado para o estudo, visou a caracterização da amostra quanto a sexo, escolaridade, situação conjugal, número de filhos, renda, tempo de diagnóstico e tempo de tratamento.

Escala de Resiliência de Connor-Davidson (CD-RISC) para brasileiros. Validada por Solano et al. (2010), com 25 itens agrupados em quatro fatores: tenacidade, adaptabilidade-tolerância, amparo e intuição, cujos alfas de Cronbach variaram de 0,91 a 0,49; a escala na modalidade unifatorial, tal como usada neste estudo, tem alfa de Cronbach igual a 0,93. A escala de respostas varia de 0 a 4 (0= nem um pouco verdadeiro; 4= quase sempre verdadeiro). Os escores são obtidos pela soma dos valores das respostas aos 25 itens, variando de 0 a 100: quanto mais elevado, maiores os níveis de resiliência. O uso da escala foi solicitado, autorizado e disponibilizado pelos pesquisadores norte-americanos Connor e Davidson. Mesmo com tradução e validação de pesquisadores brasileiros, o acesso à escala ocorre após pedido de autorização aos autores do instrumento original. Exemplos de itens: (1) Eu consigo me adaptar quando mudanças acontecem; (2) Eu tenho pelo menos um relacionamento próximo e seguro com alguém que me ajuda quando estou nervoso.

Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP). Validada para a população brasileira por Seidl, Zannon e Tróccoli (2001), possui 45 itens distribuídos em quatro fatores: (1) estratégias focalizadas no problema (18 itens,  $\alpha = 0,84$ ), representam ações de aproximação em relação ao evento estressor com o objetivo de solucionar e/ou manejar a situação e itens que expressam esforços cognitivos para reavaliação do problema; exemplo de item: encontro diferentes soluções para o meu problema; (2) estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção (15 itens,  $\alpha = 0,81$ )

volta-se para a regulação da resposta emocional, com itens que expressam negação, esquiva, autculpa e culpabilização de outros como estratégias para lidar com problema, de cunho paliativo; exemplo de item: eu brigo comigo mesmo, eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer; (3) busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso (7 itens,  $\alpha = 0,74$ ) é formado por itens que indicam pensamentos e comportamentos religiosos voltados para o enfrentamento da situação estressora; exemplo de item: eu rezo/oro; (4) busca de suporte social (5 itens,  $\alpha = 0,70$ ) engloba itens que representam a procura de apoio instrumental ou emocional; exemplo de item: peço conselho a um parente ou amigo que eu respeite. As respostas são dadas em uma escala Likert de cinco pontos (1 = Eu nunca faço isso; 5 = Eu faço isso sempre). Os escores, calculados mediante média aritmética, variam de um a cinco e os mais elevados indicam maior utilização de determinada modalidade de enfrentamento.

Escala sobre Confiança no Cuidado em Diabetes. Aplicada para avaliar a percepção de autoeficácia no cuidado com o diabetes, possui 20 itens e foi adaptada da versão inglesa Confidence in Diabetes Self-care Scale (CIDS). O instrumento não foi validado para a população brasileira, mas houve tradução reversa e análise semântica (Fleury, 2006). No estudo de validação nos Estados Unidos obteve alpha de Cronbach igual a 0,90. As respostas são dadas em escala Likert, variando de 1 a 5, em que 1 representa “não tenho certeza que consigo” e 5 “tenho certeza que consigo”; exemplo de item: eu acredito que consigo planejar minhas refeições e lanches de acordo com as orientações dietéticas. Os escores, calculados mediante média aritmética, variam de um a cinco; os mais elevados indicam maior autoeficácia percebida no autocuidado em diabetes.

### ***Procedimentos de coleta de dados***

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Sociais e Humanas da Universidade de Brasília (Parecer 1812427). A

divulgação do estudo foi feita em salas de espera de duas unidades públicas do Sistema Único de Saúde de Brasília com atendimento em diabetes, mediante cartazes e disponibilidade de contato da pesquisadora.

As pessoas que demonstraram interesse em participar do grupo foram contatadas individualmente para uma entrevista inicial. Após o aceite, foi solicitado que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Primeiramente, os candidatos preencheram os questionários sociodemográfico e médico-clínico. Em seguida, foi aplicado o CD-RISC, a EMEP e a Escala de Confiança no Cuidado em Diabetes. As oito sessões foram realizadas no Hospital Universitário de Brasília (HUB), às terças-feiras de 8h30 a 10h30 nos meses de março e abril de 2017.

Os instrumentos do GC foram aplicados em sala de espera do Centro de Saúde 1 da SES - DF, seguindo a mesma ordem de aplicação dos instrumentos no GE. Após a intervenção, os questionários foram reaplicados no GE. A pesquisadora entrou em contato com as pessoas do GC para que os instrumentos fossem aplicados novamente no momento 2, em tempo equivalente ao término da intervenção no GE (8 semanas).

### ***A intervenção***

As sessões focalizaram variáveis que, de acordo com estudos (Quiceno et al., 2011), estão relacionadas à resiliência: estratégias de enfrentamento e autoeficácia. Temas associados como aceitação da doença, autoestima, apoio social e assertividade também foram trabalhados na intervenção. O grupo foi conduzido com base em metodologia participativa (Polejack & Seidl, 2015), a partir de técnicas como psicoeducação, dinâmicas de grupo, exposição dialogada e a solicitação de tarefas para serem realizadas em casa, entre as sessões. O grupo foi conduzido pela primeira autora do presente artigo, que tem experiência na condução de grupos e em psicologia clínica da saúde. A adesão ao grupo foi muito elevada, sendo que apenas um integrante faltou a uma das oito sessões. O desenvolvimento das sessões está descrito de forma sucinta.

### *Sessão 1*

Foi realizada para explicar o funcionamento e o objetivo do grupo e abrir espaço para dúvidas em relação ao diabetes ainda presentes para os participantes. Foi esclarecido que o grupo construiria um espaço de trocas e aprendizados e os participantes poderiam expor todas as dificuldades referentes ao diabetes. Foi perguntado como cada um gostaria de estar ao final das oito sessões. Para encerrar o encontro, cada um deixou uma palavra sobre o que o encontro tinha significado naquele momento inicial.

### *Sessão 2*

O tema foi aceitação da doença, com o objetivo de promover o reconhecimento dos sentimentos evocados pelo diagnóstico e seu tratamento. Visando construir o contexto grupal como nova rede de apoio aos integrantes, foi feita uma dinâmica de apresentação utilizando figuras de animais, na qual cada um escolheu aquele que mais o representava, explicando a similaridade que identificava entre si e o animal escolhido. As características apontadas pelos participantes foram utilizadas como ponto inicial para buscar comportamentos de autocuidado em relação ao diabetes. Para trabalhar a aceitação da doença, foi realizada uma dinâmica sobre sentimentos de uma personagem fictícia, mediante o relato da história que agregava temas comuns de uma pessoa que acabara de receber o diagnóstico de diabetes. No encerramento, houve o treinamento da respiração diafragmática como técnica para auxiliar no controle do estresse, fator colocado pelo grupo como grande obstáculo ao controle glicêmico.

### *Sessão 3*

O tema foi O que é ter saúde? e teve como objetivo a discussão do conceito de saúde e o entendimento sobre o significado de ter saúde para cada participante. A

pesquisadora abriu uma discussão sobre as dúvidas acerca do diabetes e do tratamento, levantadas pelo grupo no primeiro encontro, quando foram esclarecidos alguns aspectos; foi investigado como se dava a relação dos participantes com a equipe de saúde que os acompanhava, visando que esses questionamentos fossem feitos para as equipes, na medida em que muitas dúvidas eram de ordem médica. Foram entregues frases sobre o conceito de saúde de filósofos, profissionais de saúde e artistas, quando puderam associar os conceitos apresentados às suas próprias noções de saúde e estilo de vida. Como parte da psicoeducação, a pesquisadora expôs a evolução do conceito de saúde e apresentou fatos científicos que fizeram parte da modificação desse conceito e do cuidado de si, enfatizando que a eficácia do tratamento está relacionada à qualidade do autocuidado despendidos a eles próprios. Posteriormente, a discussão foi direcionada pelas perguntas: O que é saúde para você? Mudou alguma coisa desde o início do encontro? Como você pode viver de forma saudável? Dentre as coisas que você listou na pergunta anterior, o que você pode fazer de hoje até a semana que vem que pode trazer mais saúde?

#### *Sessão 4*

Com o tema estratégias de enfrentamento a sessão teve como objetivo explicar o que é enfrentamento e apresentar estratégias diversas para integrar o repertório de respostas dos participantes. A pesquisadora questionou sobre o que cada participante fazia quando tinha um problema: a partir das respostas, teve um momento psicoeducativo no qual estratégias de enfrentamento foram definidas. Foram abordadas as estratégias de enfrentamento focadas no problema (planejamento, busca de informações, reavaliação positiva, solução de problemas, resignificação do estressor etc) e estratégias de enfrentamento focadas na emoção (fuga, esquiva, negação, culpabilização etc), além de busca de apoio social e práticas religiosas. Para trabalhar o que foi discutido, a pesquisadora levou uma carta fictícia de um paciente com diabetes

tipo 2, na qual a pessoa expunha suas dificuldades em lidar com a doença e mostrava-se sem esperanças quanto ao seguimento do tratamento e à qualidade de vida. A tarefa do grupo foi redigir uma carta resposta com sugestões de como a pessoa poderia enfrentar sua situação. Foi sugerido, como atividade para casa, que os participantes utilizassem alguma estratégia de enfrentamento diferente dos habituais, mas que fosse compatível com sua forma de lidar com as situações adversas e que anotassem para compartilhar com o grupo na sessão seguinte.

### *Sessão 5*

Autoestima foi o tema e teve como objetivo promover uma avaliação positiva em relação a eles mesmos e generalizar essa avaliação para a capacidade que eles teriam ao implementar o cuidado diário do diabetes. Foi pedido que cada um contasse uma história passada da qual se orgulhasse. Das histórias foram identificados pontos positivos, generalizados para a experiência com o diabetes e estimulada a reflexão sobre como esses pontos poderiam ser usados no cuidado de si. Houve psicoeducação sobre os conceitos de autoestima e autoeficácia. Em seguida foi feita a prática do relaxamento progressivo de Jacobson. Cada participante recebeu um CD gravado que instruía sobre a prática do relaxamento, indicado como atividade para casa. Finalizando a sessão, cada participante deixou uma palavra que sintetizava o que houve de mais relevante durante o encontro.

### *Sessão 6*

Foi direcionado pelo tema autoeficácia e teve como objetivo reforçar as forças pessoais, promover o conhecimento e a reflexão acerca das fraquezas de cada integrante, bem como identificar fatores ambientais que agiriam como facilitadores ou obstáculos às suas ações. O encontro foi direcionado para trabalhar as questões e desafios relacionados à alimentação, trazidos pelos participantes nas sessões anteriores. A

atividade seguinte seguiu o modelo da ferramenta SWOT, utilizada no planejamento estratégico de organizações para avaliar os ambientes externo e interno das empresas por meio da análise das forças (strengths), fraquezas (weaknesses), oportunidades (opportunities) e ameaças (threats) (Appio, Scharmach, Silva, Carvalho, & Sampaio, 2009). Essa ferramenta pode ser usada em contextos como o da saúde e foi adaptada para avaliar forças, fraquezas, oportunidades e ameaças ligadas a características pessoais e a dimensões da vida dos participantes. As perguntas que nortearam a discussão foram: como uma pessoa com essas forças consegue organizar a alimentação de forma adequada?; como você pode usar essas forças para minimizar as fraquezas pessoais e ambientais e ter uma alimentação como você gostaria? Ao final, a pesquisadora perguntou o que poderia ser implementado mais facilmente no dia a dia de cada participante. As respostas foram sugeridas como atividades para casa.

### *Sessão 7*

Foram trabalhadas as redes de apoio social e noções de assertividade. Cada participante recebeu uma folha em branco e foi instruído a mapear as quatro pessoas mais próximas; em seguida, compartilharam como essas pessoas se comportavam com eles, diante da existência do diabetes. A pesquisadora promoveu um momento de psicoeducação, explicando sobre rede de apoio e seus benefícios, estimulando-os a perceberem o tipo de suporte e cuidado que recebiam de familiares/pessoas próximas e a necessidade que teriam de se posicionar em relação à sua rede. A pesquisadora expôs algumas considerações sobre assertividade e investigou como seria adotar o comportamento assertivo, não agressivo, nem passivo, nos seus relacionamentos. Ao final, o grupo debateu sobre mudanças positivas que poderiam ser obtidas em seus relacionamentos interpessoais e fizeram considerações sobre como as mudanças seriam benéficas e se dispuseram a experimentar novas formas de se expressar e ouvir pessoas de sua rede de apoio social.

### **Sessão 8**

A última sessão foi destinada a fazer uma avaliação geral do trabalho do grupo e a preparar um material como parte do suporte à continuidade dos comportamentos de autocuidado adquiridos durante as sessões. Para iniciar o encontro, houve retomada dos pontos discutidos na sessão anterior e a pesquisadora questionou quais atitudes foram diferentes no decorrer da semana após o conhecimento acerca das redes de apoio e assertividade. Posteriormente, cada participante foi instruído a preencher fichas simples e objetivas, com intenção de relembrar diariamente os motivos pessoais que os levariam a fazer escolhas que priorizassem o cuidado de si. Para finalizar, foi feita a dinâmica do barbante: cada participante deixou uma mensagem ou palavra ao grupo e jogou a outro integrante o rolo de barbante, que continua o processo. Essa atividade permitiu a construção de uma "rede" ou "teia", representando a união e coesão entre os participantes. Após a dinâmica, houve um momento de confraternização do grupo.

### **Análise de dados**

Os dados foram analisados pelo programa SPSS versão 20.0, utilizando estatística descritiva e os testes não paramétricos: coeficiente de Spearman, Wilcoxon para amostras pareadas e Mann-Whitney para amostras independentes (nível de significância  $\leq 0,05$ ).

## **Resultados**

### **Resiliência e autoeficácia**

A avaliação da resiliência apresentou escore médio de 64,75 (DP=19,98) no momento 1 do GE e, após a intervenção (momento 2), média de 67,50 (DP=27,06), indicando aumento discreto. O GC, na avaliação inicial, apresentou escore médio igual a 83,25 (DP=10,31) e, no momento 2, a média foi igual a 87,75 (DP=12,12), também



revelando aumento discreto. Os participantes do GC apresentaram escores mais altos desde a primeira avaliação da resiliência. As diferenças de médias entre o momento 1 e 2 foram semelhantes para os dois grupos.

O escore médio de autoeficácia no GE, no primeiro momento, foi igual a 3,87 (DP=0,37) e na pós-intervenção verificou-se média igual a 4,48 (DP=0,40), mostrando que o grupo melhorou a autoeficácia percebida no momento 2. O GC, no momento 1, apresentou média de 4,31 (DP=0,58) em autoeficácia e, no momento 2, 4,42 (DP=0,52), revelando aumento discreto no escore médio. Notou-se que os escores dos quatro participantes do GE aumentaram nessa variável, assim como o escore médio (diferença igual a 0,61), aspecto não observado no GC, que aumentou em 0,11 (Tabela 1).

**Tabela 1**

Escore de resiliência e autoeficácia dos grupos experimental e controle.

		Autoeficácia	
Grupos	Participantes	Momento 1	Momento 2
GE	Escore médio (DP)	3,87 (0,37)	4,48 (0,40)
	Evandro	4,35	5,00
	Elisa	4,00	4,30
	Eduardo	3,55	4,05
	Ester	3,60	4,60
GC	Escore médio (DP)	4,31 (0,58)	4,42 (0,52)
	Carla	3,65	3,75
	Carina	4,90	5,00
	César	4,70	4,60
	Cristina	4,00	4,35
		Resiliência	
Grupos	Participantes	Momento 1	Momento 2
GE	Escore médio (DP)	64,75 (19,98)	67,50 (27,06)
	Evandro	78	89
	Elisa	74	74
	Eduardo	35	28
	Ester	72	79
GC	Escore médio (DP)	83,25 (10,31)	87,75 (12,12)
	Carla	77	90
	Carina	92	100
	César	92	90
	Cristina	72	71

### *Estratégias de enfrentamento*

O escore médio do fator enfrentamento com foco no problema no primeiro momento do GE foi igual a 3,56 (DP=1,10); no segundo momento, subiu para 4,20 (DP=1,20), indicando aumento de utilização dessa modalidade de enfrentamento após a intervenção. Em relação ao enfrentamento com foco na emoção, a média apresentada antes da intervenção foi igual a 2,90 (DP=0,42) e, no segundo momento, foi de 2,38 (DP=0,30), mostrando sua redução, o que é positivo em termos de maior funcionalidade do enfrentamento. Quanto ao suporte social, a média do GE na primeira avaliação foi 3,00 (DP=0,40) e, após a intervenção, subiu para 3,70 (DP=0,58), indicando que o grupo passou a usar mais a busca de apoio social. O enfrentamento religioso no GE teve média de 3,25 (DP=1,30) no primeiro momento e 3,50 (DP=1,48) após a intervenção, indicativo de aumento discreto.

O escore médio do enfrentamento com foco no problema do GC no momento 1 foi igual a 4,05 (DP=1,30) e, no segundo, passou para 4,15 (DP=1,30), com aumento discreto, ainda que já tivesse escore alto na avaliação inicial. O enfrentamento com foco na emoção passou de 2,40 no primeiro momento (DP=1,30) a 2,13 no segundo (DP=1,30), revelando leve queda; o fator busca de suporte social inicialmente teve média de 3,45 (DP=1,30) e passou a 3,50 na segunda avaliação (DP=1,30), praticamente sem alteração. O enfrentamento religioso mudou de 4,07 (DP=1,30) para 4,32 (DP=1,30). A Tabela 2 resume os escores dos participantes nos dois momentos, bem como os escores médios dos dois grupos.

**Tabela 2**

Escores dos fatores das estratégias de enfrentamento dos grupos experimental e controle no pré e pós teste.

Avaliações	Enfrentamento focalizado no problema		Enfrentamento focalizado na emoção		Busca de práticas religiosas/pensam. fantasioso		Busca de suporte social	
	M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2
Escore médio GE	3,56	4,20	2,90	2,38	3,25	3,50	3,00	3,70
Evandro	4,56	5,00	2,33	2,47	3,29	4,43	3,40	4,20
Elisa	3,89	4,67	3,33	2,33	3,86	4,14	3,40	3,20
Eduardo	2,00	2,28	2,87	2,73	1,43	1,29	2,20	3,20
Ester	3,78	4,72	3,07	2,00	4,43	4,14	3,00	4,20
Escore médio GC	4,05	4,15	2,40	2,13	4,07	4,32	3,45	3,50
Carla	3,50	4,00	1,73	2,20	3,86	4,29	3,20	2,80
Carina	4,61	4,61	2,13	2,40	4,86	4,29	4,20	3,80
César	4,72	4,28	2,93	1,53	4,00	4,14	4,00	3,80
Cristina	3,39	3,72	2,80	2,40	3,57	3,57	2,40	3,60

Nota. M1= Momento 1; M2= Momento 2

### *Comparação das variáveis intragrupos e intergrupos*

Na variável resiliência, o escore médio do GE variou 0,11 entre os dois momentos ( $p=0,73$ ). O GC iniciou com uma média maior ( $M=3,33$ ), teve uma variação de 0,18 e nível de significância de 0,41, sendo que ambas as diferenças de médias não foram significativas, indicando que os níveis de resiliência não se modificaram no momento 2 para os dois grupos (Tabela 3). A comparação entre os dois momentos não mostrou significância estatística na variável enfrentamento focalizado no problema do GE: diferença de 0,61 entre as médias ( $p=0,06$ ), valor que ficou próximo de  $p=0,05$ . A mesma variável não sofreu alteração significativa no GC, com uma diferença de 0,10 entre as médias ( $p = 0,59$ ). Destaca-se que os escores dos quatro integrantes do GE aumentaram nessa variável, reflexo de maior utilização de enfrentamento focalizado no problema depois da intervenção, ocasionando diferença no escore médio, aspecto não verificado no GC.

As diferenças dos escores médios das demais estratégias de enfrentamento não tiveram significância estatística (Tabela 3). No entanto, busca de suporte social teve aumento de escore na pós-intervenção para três pacientes, e o escore médio do grupo

aumentou em 0,70, enquanto no GC houve aumento apenas de 0,05 do escore médio no momento 2.

A análise demonstrou diferença não significativa da variável autoeficácia no GE: a diferença entre as médias foi igual a 0,61 ( $p=0,06$ ), tangenciando valor significativo (0,05). O GC não obteve diferença significativa nessa variável, com diferença de médias igual a 0,11 ( $p=0,26$ ). A análise intergrupos com resultados pré e pós intervenção, mediante o teste não paramétrico de Mann-Whitney, revelou diferenças não significativas entre os escores médios do GE e do GC nas variáveis pesquisadas (Tabela 3).

**Tabela 3**

Escores médios das variáveis do estudo e valores dos Testes Wilcoxon (Z) e Mann-Whitney (U) para amostras independentes dos grupos experimental e controle.

Variáveis	Momento 1	Momento 2	Z (p)	U (p)
	Média (DP)	Média (DP)		
Resiliência				-1,31 (0,19)*
Grupo experimental	64,75 (19,98)	67,50 (27,06)	-0,82 (0,41)	-1,45 (0,15)**
Grupo controle	83,25 (10,31)	87,75 (12,12)	-0,73 (0,46)	
Enfrentamento no problema				-0,58 (0,56)*
Grupo experimental	3,56 (1,10)	4,20 (1,20)	-1,83 (0,06)	-1,15 (0,25)**
Grupo controle	4,05 (0,71)	4,15 (0,38)	-0,53 (0,59)	
Enfrentamento na emoção				-1,44 (0,15)*
Grupo experimental	2,90 (0,42)	2,38 (0,30)	-1,29 (0,19)	-0,87 (0,38)**
Grupo controle	2,40 (0,56)	2,13 (0,41)	-0,36 (0,71)	
Busca de apoio social				-0,87 (0,38)*
Grupo experimental	3,00 (0,56)	3,70 (0,58)	-1,46 (0,14)	-0,59 (0,56)**
Grupo controle	4,45 (0,82)	3,50 (0,47)	-0,37 (0,71)	
Busca de práticas religiosas				-1,02 (0,31)*
Grupo experimental	3,25 (1,30)	3,50 (1,48)	-0,55 (0,58)	-0,30 (0,77)**
Grupo controle	4,07 (0,55)	4,32 (0,34)	0,00 (1,00)	
Autoeficácia				-1,31(0,19)*
Grupo experimental	3,87 (0,37)	4,48 (0,40)	-1,83 (0,06)	0 (1,00)**
Grupo controle	4,31 (0,58)	4,42 (0,52)	-1,13 (0,26)	

Nota. \* Resultado da 1ª avaliação intergrupos: Momento 1

\*\* Resultado da 2ª avaliação intergrupos: Momento 2

## Discussão

Os resultados indicaram que a intervenção propiciou mudanças positivas, em especial no enfrentamento focalizado no problema e na autoeficácia percebida, fatores importantes no gerenciamento de condições adversas, o que parece ter propiciado melhora nos comportamentos de autocuidado dos participantes do GE, indo ao encontro de resultados de outros estudos (Barreira & Nakamura, 2006; Santos & Faro, 2018). Quanto aos resultados da EMEP, além do aumento nos escores das estratégias com foco no problema, houve diminuição das estratégias focalizadas na emoção, o que é um resultado positivo na escala utilizada, pois esta circunscreve este segundo fator a comportamentos desadaptativos (Seidl et al., 2001). Em suma, a redução dos escores médios (e de alguns participantes do enfrentamento focalizado na emoção) foi positiva, ainda que a diferença não tenha alcançado significância estatística.

No presente estudo, autoeficácia teve escore médio mais alto na fase pós-intervenção, diferentemente da variação observada no GC. Tal resultado indica a melhora da percepção de autoeficácia do GE, o que pode ser observado também nos escores individuais dos participantes. Vale lembrar que a percepção de autoeficácia se refere às crenças dos indivíduos em sua capacidade de resolução de problemas e constitui um processo necessário na superação de situações difíceis e adversas. Bandura (1994) discute a percepção de autoeficácia como um dos fatores para se compreender a agência humana, conceito utilizado para explicar adaptação e mudanças. Nessa perspectiva, a crença na capacidade de gerenciar as situações desempenha papel preponderante nos mecanismos de autodesenvolvimento.

Yi-Frazier et al. (2012) indicaram que a autoeficácia foi o construto mais presente nos estudos com diabetes mellitus e foi associado a melhores resultados da medida glicêmica de jovens e adultos, sendo considerada, por vezes, o melhor preditor de autogerenciamento dos comportamentos de autocuidado relacionados à doença.

Rodrigues e Polidori (2012) desenvolveram um estudo sobre resiliência e enfrentamento de três pacientes em quimioterapia. As autoras sugeriram que as estratégias de enfrentamento focalizadas no problema e na emoção contribuíram para o aumento da capacidade de resiliência, visto que os participantes adquiriram aprendizados com a situação. As autoras consideraram também que a capacidade de reorganização da vida e de planejamento futuro foram indicadores da resiliência dos participantes. Na mesma direção, há indícios que a intervenção em grupo no presente estudo proporcionou a ampliação das estratégias de enfrentamento com foco no problema ao trabalhar o manejo de situações difíceis, planejamento e ressignificação do estressor.

Nessa perspectiva, infere-se que a intervenção em grupo propiciou a reavaliação dos recursos pessoais dos participantes para gerenciar de outras maneiras sua relação com a doença, em especial as condutas referentes à alimentação, trabalhada em uma das sessões. Pode-se considerar ainda que outros aspectos trabalhados no grupo - aceitação da doença, autoestima, assertividade, busca de apoio social - favoreceram o aumento de estratégias de enfrentamento que contribuíram para a ressignificação de eventos estressores. Além disso, foram ensinadas técnicas de relaxamento (respiração diafragmática e relaxamento progressivo de Jacobson) com a orientação de serem utilizadas para lidar com contextos de estresse.

Destaca-se que o número pequeno de participantes - que afetou negativamente os níveis de significância estatística - é uma limitação do estudo, assim como a não utilização dos valores do índice glicêmico como variável dependente para verificar de forma objetiva a influência da intervenção nos comportamentos de autocuidado. Outras limitações se referem à ausência de seguimento de médio ou de longo prazo e o relativo curto período de tempo em que a intervenção foi realizada, aspectos que podem ser incorporados em estudos futuros. Pode-se mencionar ainda que a pesquisadora atuou nas diferentes etapas do estudo - avaliação inicial, intervenção, fase pós-intervenção -

de modo que efeitos da desejabilidade social podem ter influenciado a resposta dos participantes. Propõe-se, para estudos futuros, que tais aspectos sejam levados em consideração, além da inclusão de um seguimento longitudinal após o término das intervenções. Cabe mencionar ainda a alta relevância dos instrumentos utilizados. Sugere-se que a validação da Escala de Confiança no Cuidado em Diabetes seja implementada, já que a mesma demonstrou utilidade na apreensão dos dados sobre a variável autoeficácia.

O estudo da resiliência, do enfrentamento e da autoeficácia foram uma tentativa de contribuir com pesquisas acerca de aspectos humanos positivos e da sua utilização no contexto de cronicidades. Dessa forma, e por se tratar de um estudo de intervenção, esta pesquisa traz contribuições à prática profissional do psicólogo, com potencial de melhoria da qualidade da atenção prestada a pessoas adultas com diabetes tipo 2.

## Referências

- American Psychological Association [APA]. (2009). *The road to resilience*. Retrived from: [http://content/uploads/sites/87/2013/04the\\_road\\_to\\_resilience.pdf](http://content/uploads/sites/87/2013/04the_road_to_resilience.pdf)
- Appio, J., Scharmach, A. L. R., Silva, A. K. L., Carvalho, L. C., & Sampaio, C. A. C. (2009). Análise SWOT como diferencial competitivo: um estudo exploratório na Cooperativa Muza Brasil. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, 3(3), 1-18.
- Araújo, L. F., Teva, I., & Bermúdez, M. P. (2015). Resiliencia en adultos: una revisión teorica. *Terapia Psicológica*, 33(3), 257-276.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (pp. 71-81). New York: Academic Press. Retrived from: <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1994EHB.pdf>
- Bandura, A., & Adams, N. E. (1977). Analysis of self-efficacy theory of behavioral change. *Cognitive Therapy and Research*, 1(4), 287-310.
- Barreira, D. D., & Nakamura, A. P. (2006). Resiliência e a autoeficácia percebida: articulação entre conceitos. *Aletheia*, 23, 75-80.
- Boell, J. E. W., Silva, D. M. G. V., & Hegadoren, K. M. (2016). Fatores sociodemográficos e condicionantes de saúde associados à resiliência de pessoas com doenças crônicas: um estudo transversal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24(e2786). <https://doi.org/10.1590/15188345.1205.2786>

- Call, S. F., de Sá, L. R. Glustak, M. E., & Santiago, M. B. (2015). Resilience in chronic diseases: A systematic review. *Cogent Psychology*, 2. <https://doi.org/10.1080/23311908.2015.1024928>.
- Dias, E. N., & Pais-Ribeiro, J. L. (2019). O modelo de coping de Folkman e Lazarus: aspectos históricos e conceituais. *Revista Psicologia e Saúde*, 11(2), 55-66. <https://doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642>
- Fleury, M. S. (2006). *Comportamento de autocuidado em diabetes tipo 1: estratégias para a promoção da adesão*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Brasília, Brasília,DF.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R.J., & De Longis, A. (1986). Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571-579.
- Li, M.Y, Yang, Y.L., Liu, L., & Wang L. (2016) Effects of social support, hope and resilience on quality of life among chinese bladder cancer patients: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(73), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0481-z>
- Luthar, S. S., Sawyer, J. A., & Brown, P. J. (2006). Conceptual issues in studies of resilience: Past, present, and future research. *Annals of the New York Academic of Sciences*, 1094 (1), 105-115. <https://doi.org/10.1196/annals.1376.009>
- Oliveira, K. S., & Nakano, T. C. (2018). Avaliação da resiliência em psicologia: revisão do cenário científico brasileiro. *Psicologia e Pesquisa*. 12(1), 1-11. <https://doi.org/10.24879/201800120010028>
- Paula Júnior, W., & Zanini, D. S. (2011). Estratégias de coping de pacientes oncológicos em tratamento radioterápico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(4), 491-497. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722011000400013>
- Polejack, L., & Seidl, E. M. F. (2015). Oficinas baseadas em metodologias participativas. In S. G. Murta, C. Leandro-França, K. B. dos Santos & L. Polejack (Eds.), *Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos planejamento e estratégias de intervenção* (pp. 264-283). Porto Alegre: Sinopsys.
- Quiceno, J., Vinaccia, S., & Remor, E. (2011). Programa de potenciación de la resiliencia para pacientes con artritis reumatoides. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 16(1), 27-47. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.16.num.1.2011>
- Rodrigues, F. S. S., & Poliodri, M. M. (2012). Enfrentamento e resiliência de pacientes em tratamento quimioterápico e seus familiares. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 58 (4), 619-627.
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 1-12. <https://doi.org/10.1196/annals.1376.002>
- Santos, C. M. J., & Faro, A. (2018). Autoeficácia, locus de controle e adesão ao tratamento em pacientes com diabetes tipo 2. *Revista da SBPH*, 21(1),74-91.



- Seidl, E. M. F., Zannon, C. M. L. C., & Tróccoli, B. T. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 17*, 225-234. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722001000300004>
- Sociedade Brasileira de Diabetes [SBD]. (2017). *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018*. São Paulo: Clannad.
- Solano, J. P., Bracher, E., Faisal-Cury, A., Ashmawi, H., Carmona, M. J., Lotufo-Neto, F., & Vieira, J. (2010). Factor structure and psychometric properties of the Connor-Davidson resilience scale among Brazilian adult patients. *São Paulo Medical Journal*. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2015.02290512>
- World Health Organization [WHO]. (2016). *Global Report on Diabetes*. Geneva. Retrieved from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf)
- Yi-Frazier, J. P., Hilliard, M., Cochrane, K., & Hood, K. K. (2012). The impact of positive psychology on diabetes outcomes: A review. *Psychology, 3*(12A), 1116-1124. <https://doi.org/10.4236/psych.2012.312A165>

Submetido em: 22.09.2020

Aceito em: 21.04.2021