









---

## **Dedicatória**

A todos os que já não se encontram no plano terreno mas que foram fundamentais para o meu crescimento como ser humano... ao meu pai.

---

---

---

## Agradecimentos

O espaço limitado desta seção de agradecimentos, seguramente, não me permite agradecer devidamente, a todas as pessoas que, ao longo desta minha etapa académica me ajudaram, direta ou indiretamente a cumprir esta tarefa. Desta forma, deixo algumas palavras, menos do que o desejado, e o meu mais profundo reconhecimento e agradecimento.

Início os meus agradecimentos à minha Orientadora, Professora Doutora Cristina Albuquerque, pelo apoio incondicional, por acreditar nas minhas capacidades, por me permitir avançar com a minha ideia inicial e por todo o trabalho que teve ao ajudar-me, sem o seu auxílio esta tarefa não teria sido possível.

A todos os Professores do Mestrado em Intervenção Social, Inovação e Empreendedorismo que contribuíram de forma inequívoca, a pensar “fora da caixa” e a acreditar que é possível sermos intervenientes ativos na mudança social.

A todos os participantes neste estudo pela amabilidade e simpatia com que aceitaram participar.

À minha família, mãe Fátima, irmã Teresa e sobrinhos Margarida, Daniel e Pedro pelo apoio, pelo amor incondicional, por me ouvirem durante horas infinitas nas minhas dúvidas e angústias e nas minhas alegrias durante esta tarefa.

Aos colegas deste mestrado que contribuíram de diferentes formas para que eu aprendesse um pouco mais e pela partilha de conhecimentos.

À Lina Serejo que com o seu carinho incondicional me ajudou a cumprir as metas que tinha traçado inicialmente e que sempre acreditou que era possível, por todo o seu apoio, pela amizade.

---

À Carla Antunes e Fernando Brito, sem eles este caminho não teria sido percorrido, pela sua amizade e por terem acreditado que era possível empreender esta tarefa.

À Ana Malhado por me ajudar neste meu caminho, a importância da amizade é indiscutível.

A todos os amigos e amigas que ficando aqui anónimos, direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

Por último, mas não menos importante, ao meu marido, Paulo Leal por tudo o que tem sido para mim nestes anos, pelo companheirismo, pelo Amor, pelo incentivo nos momentos mais difíceis, nas horas sem dormir a ouvir as minhas inquietações, na partilha das alegrias e das pequenas conquistas, pela compreensão das muitas horas que nos fez ficarmos distantes um do outro, por tudo.

Muito Obrigada.

---

## Resumo

A Diabetes Mellitus (DM) destaca-se, em Portugal e no mundo, devido às proporções que assume enquanto problema de saúde pública. Viver com a doença modifica o próprio estilo de vida dos doentes, uma vez que interfere com todos os aspetos do seu quotidiano, por causa dos cuidados que exige. A incidência da DM tem aumentado consideravelmente nos últimos anos, o que se traduz num elevado número de incapacidades, bem como em avultados custos no seu controlo e tratamento. Este trabalho pretende apresentar a DM, contextualizando as dificuldades, perspetivas e necessidades dos doentes e seus familiares, tendo em conta as suas vivências. É, pois, objetivo deste estudo, compreender e identificar o impacte que a doença tem a nível pessoal, familiar e social, bem como o tipo de apoios necessários e a respetiva avaliação por parte do diabético e dos seus familiares, de forma a trazer à reflexão sobre o problema respostas inovadoras. Para a prossecução destes objetivos, desenvolveu-se um estudo qualitativo, tendo participado na pesquisa que lhe deu origem 21 indivíduos do sexo masculino e feminino, sendo 12 diabéticos do tipo 1 e 2 e 10 dos seus familiares, com idades compreendidas entre os 11 e os 95 anos, residentes nos Concelhos de Leiria, Lisboa e Guarda. Para a recolha dos dados foi utilizada a técnica de entrevista semiestruturada. Os resultados sugerem que se deve dar especial atenção ao modo como se faz a divulgação da doença; que a informação prestada pela equipa médica não satisfaz nem diabéticos nem familiares; que o envolvimento que os técnicos de saúde permitem aos familiares dos diabéticos é deficitário; que as mudanças perspetivadas pelos diabéticos e familiares passem por maior apoio económico do Estado, assim como por mais informação, bem como pela formação de equipas multidisciplinares para o combate e prevenção da Diabetes. Os principais resultados deste estudo salientam a importância de compreender e realizar uma profunda análise para que se encontrem respostas inovadoras tanto para o apoio aos diabéticos e seus familiares como para uma eficaz prevenção da Diabetes na população em geral.

**Palavras-chave:** Diabetes Mellitus, apoio social, família, inovação, equipas multidisciplinares.

---

---

---

## Abstract

In Portugal and around the world, Diabetes Mellitus (DM) stands out due to the proportions that it takes as a public health problem. Living with disease modifies the life style of the patients, since it interferes with all the aspects of their daily lives, because of the care it requires. The incidence of DM has considerably increased in recent years, which results in a high number disabilities, as well as high costs for its control and treatment. This study intends to present DM, contextualizing the issues, prospects and the patients' and their families' needs, taking into account their living experiences. Therefore, the goal of this study is to understand and identify the impact that the disease has at the personal, household and social level, as well as the types of support needed and the respective assessment by the diabetic and his/her family, in order to bring innovative responses to reflection on the topic. To pursue these goals, a qualitative study was developed, and 21 individuals, male and female, participated in the research that gave rise to it, where 12 were diabetic type 1 and 2 and 10 of their relatives, aged between 11 and 95 years old, residents in the municipalities of Leiria, Lisbon and Guarda. The semi-structured interview technique was used for data collection. The results suggest that one should pay special attention to how the disease is disclosed; that the information provided by the medical team satisfies neither the diabetic patients nor their relatives; that the involvement allowed by caregivers to the relatives of diabetic patients is deficient; that the changes foreseen by the diabetics and their families involve further economic support from the Government, as well as more information, including the training of multidisciplinary teams for addressing and preventing the diabetes. The main results of this study highlight the importance of understanding and carrying out a deep analysis in order to find innovative responses to support the patients and their families and to an efficient prevention of diabetes in the general population.

**Keywords:** Diabetes Mellitus, social support, family, innovation, multidisciplinary teams.

---

---

## Résumé

La Diabète Mellitus (DM) se distingue, au Portugal et dans le monde, dû aux proportions qu'elle assume tant que problème de santé publique. Vivre avec cette maladie modifie le propre style de vie des malades, puisqu'elle interfère dans tout leur quotidien, à cause des soins qu'elle exige. L'incidence de la DM a augmenté considérablement ces dernières années, ce qui traduit un nombre élevé d'incapacités, bien comme des coûts considérables dans son contrôle et traitement. Ce travail prétend présenter la DM, en contextualisant les difficultés, perspectives et nécessités des malades et leur famille, en tenant compte de leurs expériences. C'est donc, l'objectif de cette étude, comprendre et identifier l'impact que la maladie a à niveau personnel, familial et social, bien comme le genre de soutiens nécessaires et la respective évaluation de la part du diabétique et sa famille, à fin de mener à la réflexion sur le problème des réponses novatrices. Pour la poursuite de ces objectifs, on a développé une étude qualitative, ayant participé dans la recherche qui lui a donné origine 21 individus du sexe masculin et féminin, étant 12 diabétiques du type 1 et 2 et 10 de de leur famille, âgés entre 11 et 95 ans, résidents dans les Communes de Leiria, Lisboa et Guarda. Pour la collecte des données on a utilisé la technique d'interview semi structurée. Les résultats suggèrent qu'on doit donner une spéciale attention à la façon comme on fait la divulgation de la maladie ; que l'information donnée par l'équipe médicale ne satisfait pas ni les diabétiques ni leur famille ; que la participation que les professionnels de santé permettent à la famille des diabétiques est déficitaire ; que les changements espérés par les diabétiques et leur famille devraient avoir plus d'aide économique de la part l'État ainsi comme plus d'information, bien comme par la formation d'équipes multidisciplinaires pour le combat et prévention de la diabète. Les principaux résultats de cette étude soulignent l'importance de comprendre et de réaliser une profonde analyse pour trouver des réponses innovatrices aussi bien pour l'e soutien des diabétiques et de leur famille bien comme pour une prévention efficace sur la population en générale.

**Mots-clef :** Diabète Mellitus, soutient social, famille, innovation, équipes multidisciplinaires

---

---

## Lista de Siglas, Abreviaturas, Símbolos

**AFA** - Atividade Física Adaptada

**APDP** - Associação Protetora dos Diabéticos em Portugal

**DM** – Diabetes Mellitus

**ED** - Entrevista com Diabético

**EF** – Entrevista com o Familiar

**IMC** – Índice de Massa Corporal

**INSNA** - *International Network for Social Network Analysis*

**n** – Número

**OCDE** - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**QV** - Qualidade de Vida

**QVRS** - Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

**RAOND** - Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes

**SNS** - Serviço Nacional de Saúde

$\bar{x}$  – Média

---

---

## Índice de Quadros

QUADRO 1 - DADOS DOS DIABÉTICOS E FAMILIARES.....	42
---	----

**Nota:** A fotografia da capa deste trabalho foi realizada por Margarida Castro Leal

---

---

## Índice Geral

<i>Dedicatória</i> .....	v
<i>Agradecimentos</i> .....	vii
<i>Resumo</i> .....	ix
<i>Abstract</i> .....	xi
<i>Résumé</i> .....	xiii
<i>Lista de Siglas, Abreviaturas, Símbolos</i> .....	xv
<i>Índice de Quadros</i> .....	xvii
<i>Índice Geral</i> .....	xix
<i>Introdução</i> .....	1
<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	<b>5</b>
1.1. A Diabetes, um Problema Mundial.....	5
1.1.1. A Diabetes em Portugal.....	7
1.2. A Diabetes, Impacte de uma Doença Crónica.....	8
1.2.1. A Diabetes e Apoio Social.....	9
1.2.2. A Diabetes e as Redes Sociais.....	13
1.2.3. A Diabetes e o Cuidador.....	17
1.2.4. A Diabetes, Qualidade de Vida e Saúde.....	23
1.3. A Diabetes e a Importância de Adotar Hábitos de Vida Saudável.....	27
<b>PARTE II – METODOLOGIA</b> .....	<b>31</b>
2.1. Objetivos do Estudo.....	31
2.1.1. Objetivos Gerais.....	33
2.1.2. Objetivos Específicos.....	33
2.2. Método.....	34
2.2.1. Desenho do Estudo.....	34
2.2.2. Procedimentos.....	36
2.2.3. Caracterização e Seleção da Amostra.....	36
2.2.4. Material.....	37
2.2.5. Tratamento dos Dados.....	38

---

2.2.6. Técnicas de Análise de Dados .....	39
<b>PARTE III – RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>41</b>
3.1. Resultados .....	41
3.1.1. Descrição Global da Amostra .....	41
3.1.2. Dimensão Pessoal: Impacte da Doença no Diabético.....	43
3.1.3. Dimensão Familiar: Impacte da Doença na Família do Diabético ..	44
3.1.4. Dimensão Social: Impacte da Doença no Enquadramento Sociolaboral do Diabético .....	45
3.1.5. Dimensão Tipo de Apoios Prestados ao Diabético.....	46
3.1.6. Dimensão Avaliação dos Apoios ao Diabético.....	47
3.1.7. Dimensão Pessoal: Impacte da Doença nos Familiares dos Diabéticos.....	49
3.1.8. Dimensão Familiar: Impacte da Doença nos Familiares dos Diabéticos.....	50
3.1.9. Dimensão Social dos Familiares dos Diabéticos .....	51
3.1.10. Dimensão Tipo de Apoios aos Familiares dos Diabéticos .....	52
3.1.11. Dimensão Avaliação dos Apoios aos Familiares dos Diabéticos ..	53
3.2. Discussão dos Dados .....	55
3.2.1. O Diabético e o Tipo de Impacte na Vida Pessoal .....	56
3.2.2. O Diabético e o Tipo de Impacte na Vida Familiar .....	60
3.2.3. O Diabético e o Tipo de Impacte na Vida Social .....	61
3.2.4. Tipo de Apoios Prestados aos Diabéticos.....	63
3.2.5. Avaliação dos Apoios Prestados ao Diabético .....	67
3.2.6. O Familiar do Diabético e o Tipo de Impacte na Vida Pessoal .....	70
3.2.7. O Familiar do Diabético e o Tipo de Impacte na Vida Familiar .....	72
3.2.8. O Familiar do Diabético e o Tipo de Impacte na Vida Social .....	74
3.2.9. Tipo de Apoios Prestados aos Familiares dos Diabéticos .....	75
3.2.10. Avaliação dos Apoios Prestados aos Familiares do Diabético .....	78
<b>PARTE IV – CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>85</b>
4.1. Conclusões .....	85
4.2. Considerações Finais .....	89

---

---

<i>Referências Bibliográficas</i> .....	<b>93</b>
<i>Apêndices</i> .....	<b>117</b>
<i>Anexos</i> .....	<b>211</b>

---

## **Introdução**

A Diabetes Mellitus (DM) é, atualmente, um dos principais problemas de saúde pública. Este facto deve-se, por um lado, ao número de pessoas acometidas por esta doença, muitas vezes incapacitante e até mortal, e, por outro, aos elevados custos que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) tem de suportar no tratamento de indivíduos com Diabetes.

Viver com a DM é um grande desafio para muitas pessoas, uma vez que se trata de uma situação permanente com a qual é, muitas vezes, difícil de lidar porque interfere com todos os aspetos da sua vida quotidiana. Com efeito, a DM é uma doença que implica muitos cuidados, que acabam por modificar o estilo de vida dos pacientes, na medida em que é imperioso manter controlados os índices da glicémia e prevenir e retardar as possíveis complicações que debilitam e ameaçam a sua própria vida. Para Moreira et al. (2003), a vivência com a DM caracteriza-se pelas inúmeras alterações e estados de desequilíbrio relacionados com as alterações fisiológicas e psicológicas, alterações essas que têm impacte não só na vida do doente como na dos seus familiares.

Quando um indivíduo se confronta com a situação de DM crónica torna-se importante compreender os processos pelos quais passa para que, desta forma, não só os técnicos de saúde, como os profissionais das mais diversas áreas a que tem de recorrer sejam capazes de ajudar o doente a lidar de forma positiva com a sua doença, pois é importante um enfoque não só nos índices da glicémica como também no bem-estar psicológico, no lado emocional do portador de Diabetes, uma vez que, muitas vezes, estes doentes passam pela frustração e raiva de ter uma doença crónica, assim como pelo medo das complicações que daí podem advir.

Estudos demonstram que a família e os amigos desempenham um papel importante no controlo e submissão ao tratamento, no respeito por uma dieta alimentar, assim como na sua participação em programas regulares de atividade física. Segundo um estudo, indivíduos com DM quando apoiados devidamente pelos familiares e amigos, aderiram de forma mais eficaz ao autocuidado. Para Wang e Fenske (1996), a avaliação dos meios de apoio ao paciente é importante porque ajuda a identificar as suas necessidades de assistência, no intuito de evitar complicações a longo prazo.

O apoio social é considerado um processo complexo e dinâmico que envolve as pessoas e as suas redes sociais, com vista a satisfazer as suas necessidades, dotá-las de

---

recursos assim como a complementar os recursos que já têm, para que, desta forma possam enfrentar novas situações, sendo aconselhável que os seus aliados principais sejam a família, os amigos e os profissionais de saúde. Certos estudos apontam o apoio social como fundamental para a adesão ao tratamento por parte do diabético, o que corrobora outros estudos que demonstram que adultos com a DM e com baixa percepção de apoio social apresentam um controlo da glicémia inferior, quando submetidos a situações de muito *stress* (López, 2004; Martins, 2005; Miller & Davis, 2005).

As redes sociais ajudam a fornecer aos pacientes com DM os recursos emocionais e práticos de que elas necessitam. Receber afeto, assistência, cuidados e informação da família, amigos e técnicos fazem com que o indivíduo com DM se sinta amado, cuidado e seguro contribuindo, deste modo, para o seu bem-estar.

A família é, regra geral, quem cuida do paciente acometido por uma doença crónica. Esse cuidado é influenciado não só pelo meio cultural, como pelo sistema de crenças e valores morais compartilhados mas também pelas condições socioeconómicas e educacionais em que se encontra inserida. Relativamente à família, o cuidado normalmente é prestado por um dos membros, sendo frequentemente o membro feminino a desempenhar esse papel, e as decisões tomadas de acordo com os hábitos de vida, embora sujeita a modificações ao longo dos diferentes estágios do ciclo de vida familiar (Alvarez & Gonçalves, 2001; Yuaso, 2002).

O diabético necessita de se adaptar de maneira bem sucedida à doença crónica e, para isso, a qualidade de vida faz parte desse processo. A qualidade de vida é uma noção relacionada com a satisfação encontrada na vida familiar, amorosa, social, ambiental, o que encerra, obviamente, um forte grau de subjetividade, pois, relaciona-se com os elementos que a sociedade considera como padrão de conforto e bem-estar, o que varia ao longo dos tempos.

A qualidade de vida não é um conceito estanque. Conforme refere Ann Bowling (1991, como citado por Minayo, 2000), as escalas de qualidade de vida relacionadas com a saúde incluem medidas de capacidade funcional, do estado de saúde, de bem-estar psicológico, de redes de apoio social e de satisfação e estado de ânimo dos pacientes. Nesta medida, não basta apenas considerar o bem-estar do diabético de acordo com os índices regulados da glicémia, importa compreender toda a dinâmica da sua vida e dos que o

rodeiam para que seja possível proporcionar um bem-estar permanente a um indivíduo com uma doença crónica que vem alterar o seu quotidiano.

Para que o diabético sinta bem-estar em todas as componentes da sua vida, é fundamental o apoio de várias áreas pelo que a interdisciplinariedade tem sido apontada como modelo essencial para o trabalho em saúde, tanto para a satisfação e motivação do trabalhador, como para uma assistência de maior qualidade para quem procura o sistema de saúde (Matos, 2002).

Um aspeto que o diabético tem de ter em conta é a alteração de hábitos essenciais para a promoção da qualidade de vida. Assim, ajustamentos na dieta alimentar de acordo com a sua condição são fundamentais, e aqui, mais uma vez, o apoio da família é importante. Outro aspeto é a sua condição física. É fundamental que o diabético pratique atividade física, pois este é um fator importante no tratamento da DM, contribuindo de modo significativo para melhorar a sua qualidade de vida. Efetivamente, a atividade física aliada a uma dieta equilibrada reduz a incidência da Diabetes do tipo 2. Helmrich et al. (1991) refere que o risco da Diabetes do tipo 2 sobe, quando aumenta o índice de massa corporal, sublinhando a prática intensiva e/ou prolongamento da duração da atividade física, que se traduz num consumo calórico semanal, o que faz com que o risco da DM diminua, especialmente se esses indivíduos pertencerem a um grupo de risco. A Diabetes pode limitar a nível físico, mas não ao impedimento de praticar exercício, uma vez que a atividade física adaptada (AFA) aceita as diferenças individuais e proporciona o acesso a estilos ativos e ao desporto.

A proposta de pesquisa que se apresenta pretende abordar a DM do ponto de vista do doente e dos seus familiares, tendo em conta as dificuldades que sentem no quotidiano e as perspetivas que têm em relação à doença, para que, desta forma, se possam perspetivar novas respostas de intervenção social a fim de melhorar o bem-estar deste grupo da população, pois só compreendendo as diferentes vivências dos diabéticos e dos seus familiares se pode refletir e encontrar não só formas de dar resposta às necessidades de todos os envolvidos, como repensar novas e inovadoras respostas para a prevenção da Diabetes.

Importa ainda referir que o presente trabalho está estruturado da seguinte forma: em primeiro lugar, de forma a promover um maior conhecimento sobre o tema faz-se uma contextualização da problemática em estudo em que se abordam aspetos relacionados com

---

a Diabetes. A DM embora sendo um problema mundial, é apresentando aqui de acordo com a realidade portuguesa, pelo que se irá referir o impacte decorrente de uma doença crónica, mencionar os apoios sociais e as redes sociais disponíveis, identificar o papel do cuidador na vida do diabético, a qualidade de vida que este deve ter para um melhor controlo da doença e ainda alertar para a importância de adotar hábitos de vida saudável.

Em segundo lugar, apresentamos a metodologia adotada, onde são explicitados os objetivos propostos, o desenho de estudo escolhido para esta pesquisa, os procedimentos realizados, a caracterização da amostra, e apresentados tanto o material como o tratamento de dados que permitiram o desenvolvimento deste trabalho.

Em terceiro lugar, expõe-se os resultados, de acordo com as dimensões que foram definidas para os diabéticos e seus familiares e discussão desses mesmos resultados, aferindo, através das falas dos entrevistados as suas dificuldades após o surgimento da doença, como lidam com ela a nível pessoal, familiar e social, bem como compreender o tipo de apoios que recebem e o que gostariam de ver mudado e qual as necessidades que gostariam de ver respondidas futuramente.

Por fim, apresentam-se as conclusões do estudo, uma reflexão crítica acerca dos procedimentos metodológicos adotados e as suas limitações e ainda as considerações finais desta pesquisa.

## PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 1.1. A Diabetes, um Problema Mundial

A Diabetes *Mellitus*<sup>1</sup> vem sendo reconhecida como um sério problema de saúde pública, independentemente do grau de desenvolvimento socioeconómico. Considerando o seu potencial de morbilidade e o grande número de pessoas afetadas, a Diabetes constitui-se, atualmente, como um dos mais importantes problemas de saúde da população, o que a reveste, de grande complexidade social, pelos conflitos que se estabelecem na interação do paciente diabético com o universo circundante e, também, consigo próprio.

Xavier, Bittar e Ataíde (2009) referem que a DM é uma doença crónica e as suas complicações levam a que o indivíduo possa ficar impossibilitado de concretizar as suas atividades do quotidiano, provocando uma diminuição da sua autoestima o que, por consequência, afeta a sua qualidade de vida.

É importante que o diabético conheça bem o seu tipo de Diabetes, pois só dessa forma pode cumprir e melhorar o tratamento. A maneira como lida com a sua doença será o principal fator de sucesso no seu tratamento. Existem Diabetes tipo1, Diabetes tipo 2, Diabetes Gestacional e ainda Diabetes mais raros como a Diabetes tipo LADA, Diabetes tipo MODY, (anexo 1) Diabetes Secundário ao Aumento de Função das Glândulas Endócrinas, Diabetes Secundário a Doenças Pancreáticas e à Resistência Congénita ou Adquirida à Insulina, Diabetes associado a poliendocrinopatias auto-imunes, Diabetes relacionados à anormalidade da insulina (Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, APDP, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2011) tem como objetivo estimular e apoiar a adoção de medidas eficazes para a vigilância, prevenção e controlo da Diabetes e suas complicações. A estratégia global da OMS sobre dieta, atividade física e saúde complementam as atividades da OMS Diabetes, centrando-se em diversas abordagens a fim de promover a alimentação saudável e atividade física regular junto da população, reduzindo assim o crescente problema global de sobrepeso e obesidade.

---

<sup>1</sup> A Diabetes é uma doença crónica que se caracteriza pelo aumento dos níveis de açúcar (glicose) no sangue e pela incapacidade do organismo em transformar toda a glicose proveniente dos alimentos. À quantidade de glicose no sangue chama-se glicemia e quando esta aumenta diz-se que o doente está com hiperglicemia.

---

---

O Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (RAOND, 2013), refere que

A Diabetes atinge mais de 382 milhões de pessoas em todo o mundo, correspondendo a 8,3% da população mundial e continua a aumentar em todos os países. Em 46% destas pessoas, a Diabetes não foi ainda diagnosticada, prosseguindo a sua evolução silenciosa. Em 2013 a Diabetes matou 5,1 milhões de pessoas. Estima-se que em 2035 o número de pessoas com Diabetes no mundo atinja os 592 milhões, o que representa um aumento de 55% da população atingida pela doença (RAOND, 2013, p.9).

Para Ortiz e Zanetti (2001), o problema da Diabetes ganhou maior importância nas últimas décadas devido a fatores como o aumento da expectativa de vida, a industrialização, um maior consumo de dietas hipercalóricas e ricas em hidratos de carbono de absorção rápida, inatividade da população, principalmente nas zonas urbanas, a mudança de estilos de vida, à inatividade física e à obesidade. O impacto social e económico, tanto no que se refere à produtividade quanto aos custos que a doença acarreta para o SNS levaram a que vários países reconhecessem que a DM é um problema de saúde pública com reflexos sociais importantes. Uma vez que é uma doença crónica pode levar a repetidas faltas no trabalho bem como hospitalizações ou ainda incapacidade para o trabalho devido às consequências da DM, como por exemplo, doenças oculares, renais e vasculares. Para estas autoras, é importante não só o controlo da Diabetes como também a existência de programas contendo ações individuais e de assistência, e ações populacionais que tenham uma abrangência coletiva, direcionadas à melhoria da saúde, de modo a que exista um impacto educacional. Nessa medida, as intervenções em saúde devem ocorrer antes que os fenómenos patológicos se manifestem, com vista a promover práticas de saúde mais abrangentes, a fim de minimizar o aparecimento dos fatores de risco ou reduzir a exposição das pessoas a esses fatores.

A Diabetes é considerada pela Organização Mundial da Saúde como uma epidemia global, pelo que é importante tomar medidas e adotar estratégias a nível mundial de combate à doença. Como exemplo deste flagelo, Portugal ocupa o terceiro lugar, num total de 33 dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) com maior prevalência da Diabetes surgindo logo a seguir ao México e aos Estados Unidos, com uma incidência de 9,7%, bastante acima da média da OCDE que é de

6,5%. Este problema tem um custo anual de 90 mil milhões de Euros só na Europa (Jornal Sol, 2012).

O facto de ainda não existir uma cura para a Diabetes reforça a importância da promoção da saúde e da prevenção da doença e suas complicações, por isso, é de extrema importância repensar novas formas de intervir junto da população para minimizar este problema social, agregando novos parceiros e agir de forma inovadora.

### ***1.1.1. A Diabetes em Portugal***

A Diabetes é uma doença crónica que pode causar consideráveis restrições físicas, emocionais e sociais, que levam a uma modificação profunda nas várias dimensões da vida do diabético. Neste contexto, é fundamental encontrar apoios que possam mitigar este problema envolvendo toda a sociedade para contribuir para a melhoria da qualidade de vida não só dos diabéticos mas também dos seus familiares.

Em Portugal, o ano de 1926 foi um marco importante na história da Diabetes devido ao médico português Ernesto Neves, reconhecido especialista em Diabetes – carreira académica que realizou principalmente em Boston aquando da descoberta da insulina – ter criado a Associação Protetora dos Diabéticos Pobres, presentemente com a designação de Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (Duarte, 2002).

De acordo com o RAOND (2013), no ano de 2012, a população portuguesa teve uma prevalência da diabetes de 12,9% em pessoas com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos, o que corresponde a um valor estimado de um milhão de indivíduos, sendo que 90% da população com Diabetes apresentava excesso de peso ou mesmo obesidade. O número de óbitos em Portugal devido à DM em 2011 foi de 4536 e em 2012 foi de 4867. Este relatório salienta que 2012 foi o ano em que se registou o maior número de óbitos por DM desde que existem registos informatizados da mortalidade no Instituto Nacional de Estatística. Outro dado a ter em conta refere-se aos reinternamentos<sup>2</sup>, que aumentaram de 2011 para 2012, de 21,8% para 27,4%, respetivamente. Por último, as despesas de saúde com a Diabetes correspondem entre 50 a 60% do total dessas mesmas despesas de saúde, representando no ano de 2012 um custo estimado entre 1250 a 1500 milhões de Euros (um

---

<sup>2</sup> “Entende-se por reinternamentos a readmissão de um mesmo utente num estabelecimento de saúde com internamento do Serviço Nacional de Saúde após ter tido um primeiro episódio de internamento registado nesse estabelecimento de saúde com internamento do Serviço Nacional de Saúde no mesmo ano” (RAOND, 2013, p.28).

---

acréscimo de 50 milhões de Euros face ao ano de 2011), representando deste modo 0,9% do Produto Interno Bruto Português em 2012.

As sequelas da DM constituem um flagelo no mundo atual e ainda que não seja uma doença contagiosa e não associada a estigmas sociais particulares, as complicações crónicas da Diabetes podem conduzir a uma “corrosão” progressiva e irreparável do corpo humano e, conseqüentemente, a uma perda gradual da dignidade da pessoa doente.

A Diabetes por ser uma doença crónica afeta milhões de indivíduos em todo o mundo, por isso, faz com que as entidades estatais tenham tomado medidas com vista à promoção da qualidade de vida destes doentes. Em Portugal, o Programa Nacional de Controlo da Diabetes existe desde a década de setenta, o que faz dele um dos programas mais antigos de saúde pública a nível nacional, tendo sofrido uma atualização no ano de 1992 pela Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários e novamente revisto em 1995, a par da reformulação das Administrações Regionais de Saúde e à luz de uma visão integradora de cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares.

A Diabetes, por ser uma doença crónica, levou a que as entidades estatais tivessem tomado medidas, com vista a minimizar o impacte social e económico tais como legislar (anexo 2) sobre os apoios prestados.

## **1.2. A Diabetes, Impacte de uma Doença Crónica**

O incremento da prevalência da Diabetes é atribuído às rápidas alterações sociais e culturais que se têm verificado nas últimas décadas, em parte devido ao envelhecimento populacional mas também devido à adoção de determinados estilos de vida.

Para além do impacte que uma doença crónica provoca tanto a nível pessoal, familiar como social, ao afetar pessoas no mundo inteiro, o choque do diagnóstico da Diabetes é sentido principalmente pelo indivíduo atingido pela DM, embora cada pessoa encare o diagnóstico de diferentes formas dependendo do seu carácter emocional, da sua atitude perante a vida e conseqüentes comportamentos. É comum, numa primeira fase de confronto com a doença, o indivíduo ficar em choque ou em estado de negação. O facto de se ver confrontado com a obrigatoriedade de mudança de hábitos quotidianos bem como de um controlo metabólico rigoroso pode ser penoso para o indivíduo. Por vezes, o diabético prefere acreditar que nada de grave se passou na sua vida, como se simplesmente eliminasse o episódio da descoberta da sua Diabetes e construísse uma realidade alternativa

com vista a contradizê-lo. Este processo acaba por funcionar como um refúgio, pois quando o diabético começa a consciencializa-se da sua doença, surgem na grande maioria dos casos, sentimentos de revolta num tumulto interior profundo. Pensamentos derrotistas e sentimentos de impotência são comuns e, por vezes, transformam-se em raiva.

Para a Associação Protetora dos Diabéticos em Portugal (APDP) (2004) quando as ideias de derrota surgem no diabético e assumem dimensões assustadoras que os levam a sentir, perante o medo, uma impotência que se transforma em raiva, estas emoções não são tão negativas como podem parecer, pois, de facto, são o início da resolução do conflito que o diagnóstico da Diabetes implica. O medo equivale ao primeiro momento da consciencialização das modificações operadas. A APDP afirma que a agressividade, se bem canalizada, pode tornar-se o motor da motivação para a mudança.

Todo o processo de aceitação da Diabetes enquanto doença crónica é doloroso e difícil uma vez que entra em conflito com a própria identidade do indivíduo bem como com a maneira como ele próprio se vê e se dá a mostrar ao mundo. Dá-se, portanto, um completo processo de reconstrução da própria identidade, na qual a Diabetes será apenas mais um atributo a acrescentar. Todavia, toda a convivência com a DM transforma-se numa aprendizagem diária, pois o corpo reage de maneira diferente aos mais variados acontecimentos.

### ***1.2.1. A Diabetes e Apoio Social***

A definição de apoio social está longe de ser um conceito estanque ou mesmo consensual. É complexa, dinâmica e envolve tanto indivíduos como os contactos sociais, com o desígnio de satisfazer as suas necessidades, dotar e até complementar os recursos que possuem e, desta forma, ajudá-los a enfrentar novas situações.

Contudo, parece existir algum consenso em ver o apoio social como uma experiência pessoal e não como um conjunto objetivo de reciprocidades e trocas, aceitando-se que é fundamental que se reconheça o quanto o indivíduo se deve sentir desejado, respeitado e envolvido. Nesta medida, uma definição que apoia este argumento é a de que o apoio social percebido refere-se à avaliação generalizada que o individuo faz dos vários domínios da sua vida em relação aos quais tem a perceção de que é amado, querido, desejado e, que lhe reconhecem valor; é uma avaliação que faz da disponibilidade

---

dos que lhe estão próximo e da possibilidade de conseguir recorrer a eles caso seja necessário (Ornelas, 1994; Cramer, Henderson & Scott, 1997; Ribeiro, 1999).

Alguns autores referem que Cassel, Caplan e Cobb, em 1974 e 1976 respetivamente, foram os impulsionadores no que se refere à investigação sobre apoio social, abrindo deste modo, caminho à concetualização e desenvolvimento sobre o conceito, cimentando o argumento de que o apoio social proporcionado pelas relações sociais ajuda no bem-estar do indivíduo, minimizando o efeito que as situações menos boas da vida geralmente provocam (Vaux, 1988; Barrón, 1996; Paixão & Oliveira, 1996).

O apoio social deve ser entendido não como um conceito vazio, mas antes como uma interação entre indivíduos, nas relações que são estabelecidas entre si, na confiança, na perspectiva de ajuda quando assim é necessário. Nesta medida, o apoio social é sinónimo de assistência facilitando, deste modo a ajuda necessária à sobrevivência dos indivíduos. Assim, apoio social deve ser entendido como um conceito dinâmico, que torna coesas as relações sociais que são estabelecidas pelos indivíduos, promovendo deste modo o seu bem-estar físico e psicológico (Barrón, 1996; Serra, 1999).

Alguns autores afirmam que os efeitos do apoio social na saúde e nas doenças têm vindo a ser estudadas e discutidas, podendo ser um indicador de que o apoio social diminui a ansiedade e, por isso, a tensão muscular, refletindo-se ainda na autoestima aumentando-a. Por outro lado, pode diminuir a depressão, levando o indivíduo a avaliar os momentos mais dolorosos da sua vida de forma menos gravosa, levando assim a menos ansiedade e aumentando a capacidade de saber lidar melhor com situações causadoras de ansiedade (Seeman & McEwen, 1996; Salovey, Rothman, Detweiler, & Steward, 2000).

Barrón (1996) aponta três funções ao apoio social. A primeira, o apoio emocional, que consiste na disponibilidade do outro para ouvir e proporcionar bem-estar afetivo, de forma a que o indivíduo se sinta respeitado, amado, desejado, numa reciprocidade de carinho, simpatia, empatia, estima e respeito. A segunda, o apoio material ou instrumental, refletido nas ações proporcionadas por outras pessoas para a resolução de problemas e para a ajuda do indivíduo em tarefas do seu dia-a-dia. Esta ajuda visa diminuir o fardo das tarefas e deixar que o indivíduo tenha tempo livre para atividades lúdicas. Este apoio só é real quando o indivíduo que recebe a ajuda o percebe como tal e o percebe como ajustado, caso não seja assim, a avaliação do indivíduo é que essa ajuda não é adequada, e que a sua liberdade está em causa ou ainda que se sente em dívida para quem o ajuda. A

terceira função refere-se ao apoio informativo, ou seja, o indivíduo que recebe as orientações ou informações importantes vai ajustar o seu mundo às alterações que foram surgindo e compreendê-las.

Os efeitos do apoio social têm sido matéria de muita investigação. Alguns autores destacam o efeito protetor ou indireto e o efeito do apoio social direto. Relativamente ao efeito protetor ou indireto pressupõe que o indivíduo beneficie de ajuda quando passa por um processo doloroso na sua vida com efeitos stressantes e negativos na sua saúde e bem-estar. Nos indivíduos com forte apoio social esses efeitos negativos tendem a diminuir só se fazendo notar fortemente em pessoas com um apoio social muito baixo. No caso do efeito social direto, as relações sociais promovem o bem-estar e a saúde do indivíduo, independentemente do nível de *stress* pelo qual está a passar. Deste modo, quanto maior o apoio social direto menor será o mal-estar psicológico experimentado (Vilhjalmsson, 1994; Barrón, 1996; Salovey, Rothman, Detweiler, & Steward, 2000).

Littlefield, Rodin, Murray, e Craven (1990) constataram, num dos seus trabalhos, que nos diabéticos com insuficiência renal, desde que a gravidade da doença esteja controlada, os sinais de depressão são maiores naqueles que não se sentem apoiados do que os que têm um bom apoio social.

Segundo Barrón (1996), as medidas de apoio social inserem-se em duas vertentes, a estrutural e a funcional:

Medidas Estruturais - os instrumentos utilizados focam-se nos aspetos quantitativos de apoio, avaliando com um alto grau de objetividade a disponibilidade de apoio. Com a avaliação desta vertente é possível aferir a integração social do indivíduo através de indicadores como os sociodemográficos (estado civil e número de amigos), as relações mais próximas, a relação e tamanho da rede de apoio e a durabilidade, frequência e intensidade do contato que o indivíduo mantém.

Medidas Funcionais – os dados aferidos são qualitativos do apoio social, avaliando, deste modo, a satisfação do apoio recebido, e a medida de felicidade que o indivíduo tem em determinada relação.

No que se refere às medidas estruturais, Sarason, Sasaron e Pierce (1990) distinguem dois tipos de medidas, as de apoio social recebido e as de apoio social percebido. No apoio social recebido, avalia-se a quantidade de ajuda que realmente o indivíduo recebeu dos outros, num determinado período de tempo. Através de perguntas

---

que visam saber quais os momentos mais stressantes da sua vida e que tipo de apoio recebeu para o superar. Uma vez que se avalia através do próprio indivíduo que recebeu essa ajuda, foca-se mais na sua perceção em relação a acontecimentos passados do que à perceção do apoio disponível real. No apoio social percebido, os indicadores são baseados no que o indivíduo pensa sobre a sua rede social, na perceção que teve sobre ajuda para determinada situação e, por isso, pode ajudar a aferir o seu estado psicológico, independentemente da condição real do indivíduo.

Alguns estudos relatam que os efeitos positivos diretos entre apoio social e saúde, no caso de populações com doenças crónicas, como é o caso da Diabetes, em que a disponibilidade e a satisfação do apoio social percebido estão associadas a indicadores fisiológicos e de adaptação metabólico, mas os efeitos indiretos têm um papel importante na diminuição do *stress* psicológico que a doença acarreta, pela redução do risco de depressão e ansiedade (Rasclé et al., 1997).

Griffiths, Field, e Lustman (1990) concluíram que os indivíduos diabéticos com elevado nível de *stress*, mas com um bom apoio social conseguem um melhor controlo glicémico do que os indivíduos com menor apoio social. Ainda sobre *stress*, um outro estudo realizado por Griffiths, Field e Lustman (1990), sobre apoio social e o *stress*, conclui que os diabéticos com um maior apoio social tinham um maior controlo glicémico mesmo com *stress* elevado do que os que não tinham esse apoio social.

Autores como Fukunishi, Akimoto, Horikawa, Shirasaka, & Yamazaki (1998) referem que pessoas com Diabetes que percecionam um fraco apoio social auspiciam um mau controlo glicémico e, conseqüentemente, uma pior adesão ao tratamento e aos autocuidados da Diabetes. O apoio social percebido e o apoio social disponível têm relevância no comportamento e nos resultados relacionados com o tratamento da Diabetes. Este facto aponta para a complexidade do apoio social e para o facto de este ser muito importante nas relações interpessoais para uma melhoria dos sentimentos negativos associados ao *stress* da doença, protegendo a autoestima e aumentando a perceção do controlo da situação.

A investigação tem demonstrado que o apoio da família representa, num modo geral, um grande contributo para os diabéticos lidarem com a doença. Ribeiro (1994) refere que o apoio social mais importante para os jovens com a Diabetes é a família. Também

Hauser et al. (1990) salienta, no seu estudo, que os pais que apoiam os filhos diabéticos contribuem significativamente para que estes tenham uma melhor adesão ao tratamento.

De um modo geral, parece ser unânime que o apoio social é benéfico para a saúde e para a adesão ao tratamento. As crianças, segundo Miller-Johnson et al. (1994), têm uma baixa adesão ao tratamento bem como da sua compreensão e controlo da glicémia quando existem conflitos familiares. Para os idosos com Diabetes, Cheng e Boey (2000) referem que o apoio social geral é mais benéfico para eles do que o apoio específico para a doença e que o apoio social que os amigos disponibilizam é mais importante no processo da adaptação à doença do que o apoio social recebido pela rede familiar.

### ***1.2.2. A Diabetes e as Redes Sociais***

A análise das redes sociais veio estabelecer um novo paradigma ao nível da estrutura social. Para Meneses e Sarriera (2005), a discussão sobre redes é enorme e por isso, está presentemente no palco dos mais variados campos das ciências, como forma interdisciplinar de compreender como se organizam e funcionam as redes sociais nas mais diversas áreas da vida.

As redes sociais, para Marteleto (2001, p.72) representam “(...) *um conjunto de participantes autónomos, unindo ideias e recursos em torno de valores e interesses partilhados*”. Nas redes sociais, cada indivíduo tem uma função e identidade cultural. A relação que desenvolve com os outros vai formando um todo coeso que representa a rede.

As redes sociais são como

[...] um sistema aberto em permanente construção, que se constroem individual e coletivamente. Utilizam o conjunto de relações que possuem uma pessoa e um grupo, e são fontes de reconhecimento, de sentimento de identidade, do ser, da competência, da ação. Estão relacionadas com os papéis desempenhados nas relações com outras pessoas e grupos sociais constituindo-se nas práticas sociais que no quotidiano não se aproveitam na sua totalidade (Montero & Rangel, 2003, como citado em Menezes & Sarriera, 2005, p.54)

Poderemos dizer que as redes sociais são como uma estratégia implicitamente usada pela sociedade para partilhar a informação e o conhecimento, mediante relações entre os atores que delas fazem parte.

---

A *International Network for Social Network Analysis* (INSNA), criada em 1978 e sediada nos Estados Unidos, serve para que os investigadores que estiverem interessados em analisar as redes sociais o possam fazer. A INSNA, informa regularmente os seus associados através do seu boletim oficial, *Connections*, sobre os assuntos relacionados com as redes, os quais abrangem os mais variados temas, como sejam, sociológicos, religiosos, educativos, médicos e tecnológicos. A INSNA foi fundada pelo ainda presidente, Barry Wellman.

As redes sociais na família também são objeto de estudo. Sluzki (1997 como citado em Meneses e Sarriera, 2005, p.58), “[...] propõe uma nova forma de conceituar as redes sociais e relata vários casos de clínica familiar em que trabalhou junto com as redes sociais e familiares. As contribuições principais consistem em propor um gráfico com quatro quadrantes: família, amigos, trabalho-escola e comunidade”. O estudo é um enorme contributo para que se consigam compreender melhor os contornos de relações das famílias, possibilitando deste modo uma intervenção mais específica num determinado contexto ou mesmo em vários a fim de otimizar o funcionamento da rede. Outro ponto que pode ser analisado é a possibilidade de, através da construção de mapas com três círculos concêntricos, analisar quem está mais próximo e quem está mais afastado da relação familiar. Outro estudo de Sluzki, teve como objetivo perceber a importância do funcionamento das redes para a saúde da família, concluindo que as famílias que pertencem a redes funcionais prestam uma grande variedade de funções e são um facilitador pois ajudam o doente a aderir mais rapidamente ao tratamento e a cuidar mais da sua saúde.

A forma de rede é característica do ser humano, porque ele agrupa-se com os seus semelhantes e, inevitavelmente, cria relações, sejam elas, de trabalho, de amizade ou familiares, no fundo, relações de interesses que se desenvolvem e se modificam conforme o seu percurso de vida. Deste modo, o indivíduo vai delineando e propagando a sua rede conforme a sua introdução na realidade social.

Num estudo sobre as redes sociais e a satisfação com a vida, Resende, Bones, Souza e Guimarães (2006) constataram que os participantes que se sentiam mais satisfeitos com a sua rede social eram aqueles que também tinham maior suporte afetivo.

As redes sociais também desempenham um papel importante na saúde. Uma pesquisa desenvolvida por Perrone, Civiletto, Webb & Fitch. (2004 como citado em

Meneses e Sarriera, 2005, p.60) mostra como são importantes as redes tanto no processo de adesão como no êxito do tratamento. Por isso, Meneses e Sarriera (2005) pensam “[...] *que do mesmo modo em que um grupo pode influenciar uma família, um indivíduo ou até um grupo, este por sua vez vai ser influído por todos os outros membros da rede, criando-se, desta forma, redes facilitadoras e promotoras da saúde, ou pelo contrário perturbadoras do funcionamento*” (Idem, pp.60-61).

Silva et al. (2011, p.23) referem que “*a caminhada da análise de redes sociais foi sempre pautada por aplicações e incursões pelo campo da saúde*”, por isso

O mapeamento das redes de acesso à saúde é um campo que se reveste de um enorme potencial de investigação. A nova configuração do Sistema Nacional de Saúde (SNS) português e as suas implicações nos utentes dos serviços públicos de saúde configuram uma reorganização das redes de acesso, cujo recurso à análise de redes sociais tornará evidentes os potenciais buracos estruturais da rede, bem como os laços fortes e fracos no acesso ao Sistema (Idem, p.23).

A rede social estabelece um campo de pertença, cujos laços sociais constituem um recurso, num processo de apoio aos que dele fazem parte. Para Guadalupe (2009), as redes sociais dividem-se em redes primárias e redes secundárias. A primeira diz respeito a relações pessoais, ou seja, aos laços de natureza afetiva que ligam os indivíduos, sem obrigações nem formalidades, mas que se mantêm dinâmicas pois podem mudar com o passar do tempo e com a evolução de qualquer relação. É nas redes primárias que se encontra mais suporte social e onde se procura maior apoio emocional. Relativamente às redes secundárias, pode dizer-se que estas estão inseridas em âmbitos mais formais, com os objetivos de prestar um serviço ou de criar recursos. Esta autora refere ainda que as redes informais são todas aquelas que não tem um cariz oficial, nem têm papéis pré-definidos, surgindo apenas para colmatar uma necessidade específica. Por outro lado, as redes formais estão devidamente estruturadas, são de cariz oficial e destinam-se a cumprir uma função ou a fornecer uma prestação de serviços, encontrando-se os papéis bem definidos, segundo determinadas normas inerentes a essa tarefa.

Como refere Broadhead et al. (1983, como citado em Andrade & Vaitsman, 2002), existem investigações que demonstram que a insuficiência nas relações sociais constitui um fator de risco para a saúde comparável a outros, como o consumo de tabaco, a

---

pressão arterial elevada, a obesidade e a ausência de atividade física, os quais têm graves implicações clínicas para a saúde pública.

Para Minkler (1985, como citado em Andrade & Vaitsman, 2002), os aspetos positivos das redes sociais são a partilha de informações, o apoio em momentos de necessidade ou de crise e a presença em eventos sociais. Uma comunidade envolvida pode contribuir fortemente para o aumento da satisfação com a vida e para a capacidade de enfrentar problemas, por isso, numa situação de doença, a disponibilidade do apoio social amplia a vontade de viver e a autoestima do paciente, cooperando, assim, para o sucesso no tratamento. Outro resultado do apoio social prende-se com a contribuição que este pode facultar de modo a que se crie uma sensação de coerência e controlo da vida do doente, o que contribui para melhorar o estado de saúde dos indivíduos (Cassel, 1974, como citado em Andrade & Vaitsman, 2002).

Outro aspeto muito importante que Labonte (1994, como citado em Andrade & Vaitsman, 2002) refere sobre redes, é que o apoio social e *empowerment* levam a que os próprios pacientes, uma vez organizados em comunidades e movimentos, podem influenciar as várias dimensões da sua saúde, desde a interferência sobre as próprias condições individuais da sua saúde, até às condições de funcionamento e atendimento dos serviços de saúde.

Silva et al. (2011, p.23) referem que *“a descrição da morfologia das redes, através da utilização da teoria dos laços fortes e fracos de Granovetter veio desencadear, em Portugal, uma investigação sobre o papel das redes sociais no acesso aos cuidados de saúde”*. Por outro lado, a investigação que teve como mote *“quem tem amigos tem saúde”* Portugal (como citado em Silva et al., 2011, pp.23-24) *“ (...) veio evidenciar que o acesso à saúde, a escolha entre os serviços oferecidos pelo Estado e pelo mercado resulta duma clivagem”*. Segundo a autora, o acesso aos serviços público ou privado, estrutura-se em prol de três variáveis: *“(...) a proximidade geográfica dos serviços ao nível da disponibilidade da oferta pública; o nível de rendimento familiar; as características da rede relacional da família”*.

Todos nós nos encontramos inseridos na sociedade através das relações que desenvolvemos ao longo da vida, primeiro no seio familiar, depois na escola, na comunidade e no trabalho, por isso, as relações que as pessoas desenvolvem e mantêm é

que vão fortalecer a rede social. É a natureza humana que nos liga aos outros e organiza a sociedade em rede.

### *1.2.3. A Diabetes e o Cuidador*

A Diabetes é uma doença crónica e, como tal, afeta os doentes não só a nível físico como também, psicológico. Desta forma, acaba igualmente por afetar o nível de qualidade de vida dos doentes e, por conseguinte, ter repercussões a nível familiar e social.

No meio familiar nem todos os elementos são afetados da mesma forma, pois cada um sente e vivencia as situações de maneira diferente. No entanto, quando um dos membros é afetado pela Diabetes há todo um grau de gravidade que gera um sentimento de incapacidade perante a situação. Numa fase inicial, o conhecimento da existência da doença no seio familiar tem um impacte na rotina diária da família, que leva cada membro a fazer certos ajustes, de maneira a conseguir lidar com a situação. Quando o doente inicia o tratamento, este pode interferir no quotidiano da vida familiar. O desconforto causado pelos exames e tratamentos médicos provoca, por vezes, algum transtorno que gera no doente necessidade de se apoiar emocionalmente nos membros da família que, perante novas emoções, se vê obrigada a alterar atitudes, estilos de vida e rotinas. Todo o esforço psicológico dos próprios membros da família acaba, muitas vezes, por cansar e inclusive, enfraquecer emocionalmente os envolvidos na nova situação.

Assim, depois do transtorno inicial provocado pelo aparecimento da Diabetes num membro da família, é necessário alcançar a fase da aceitação, o que constitui, um objetivo muitas vezes, difícil de alcançar. Após esta etapa, é importante aprender a lidar com a doença para que todos os envolvidos tenham uma boa qualidade de vida. Para que isto se verifique, é de extrema relevância que sejam prestados cuidados básicos necessários ao paciente, nunca negligenciando a própria vida. Deve ter-se em conta que a família precisa de tempo para se adaptar à nova condição de vida do diabético, para se adaptar aos seus papéis e para reorganizar as suas funções.

Segundo Altholff, Rinaldi, Ingrid, e Alessandra (1998), a família tem um papel fundamental, pois os seus comportamentos, ações e hábitos influenciam todos os elementos, por isso, também influencia o estado de saúde de cada indivíduo e este, inevitavelmente, influencia o modo como toda a família se estrutura. Deste modo, a família representa uma unidade de cuidado ao doente, que, no caso da Diabetes, vive uma

---

condição de doença crónica. O cuidado prestado pela família é influenciado pelo meio cultural na qual está inserida, pelo sistema de crenças, valores e significados compartilhados, bem como pelas condições educacionais e socioeconómicas.

O conceito de cuidar é complexo e multidisciplinar uma vez que abarca diversas vertentes, entre elas, a relacional, a afetiva, a ética, a sociocultural, a terapêutica e a técnica. Este conceito visa satisfazer um variado número de necessidades indispensáveis à pessoa cuidada. Esta dinâmica entre cuidador e o indivíduo cuidado insere-se numa complexa teia de interações sociais, no respeito pela dignidade do dependente, com fim de lhe proporcionar uma maior qualidade de vida, num processo de dedicação e de abnegação, muitas vezes inconsciente por parte do cuidador. O ato de cuidar implica diversas manifestações, por isso, deve-se garantir a satisfação das necessidades que são indispensáveis à pessoa cuidada. Neste ato de cuidar estão sempre implícitos a entrega, o amor, o empenho, porque a maior parte das vezes o cuidador é um membro da família, que o faz pelo sentimento que nutre pelo cuidador e pela pessoa cuidada (Collière, 1999; Sennet, 2004; Zimerman, 2000).

Sendo a DM uma doença crónica implica uma longa duração do tratamento e, por isso, poderá levar a limitações tanto do doente como dos seus familiares. Nesta medida, é necessário que se compreenda a dinâmica de toda a família, percebendo que existem mudanças ao longo do tempo, sendo necessário proceder a adaptações. No que diz respeito ao diabético, o apoio familiar é muito importante, pois é, muitas vezes, com o apoio da família que o doente consegue enfrentar as dificuldades e compreende a importância da adesão ao tratamento tanto para o seu bem-estar como para o bem-estar geral de toda a família. Desta forma, todo o processo educativo, que englobe tanto o doente como a família, deve ter em conta as experiências, os conhecimentos antecedentes, os valores e as crenças tanto do diabético como de toda a família acerca da própria doença. O apoio que a família disponibiliza ao doente é muito importante pois está relacionado ao autocuidado do diabético, englobando nesta dinâmica, a adesão não só à toma da medicação, mas também à dieta e ao exercício físico. A família que apoia e compreende a evolução da doença e os condicionamentos do diabético, torna-se mais permeável aos ajustamentos necessários para garantir a qualidade de vida e a total adesão ao tratamento por parte do doente (Albright, Parchman & Burge, 2001; Moreira, Araújo & Pagliuca, 2001).

Imaginário (2004) aponta algumas razões para que o cuidador se motive para realizar tamanha tarefa, como por exemplo, a relação com a pessoa cuidada, que pode passar pela relação, por laços de sangue ou de amizade, pela solidariedade e consciência de dever, ou pelo respeito que existe pelo indivíduo cuidado.

A literatura sobre o assunto é unânime em apontar o envolvimento da família no apoio como um dos requisitos indispensáveis para que o diabético aceite e compreenda a importância do autocuidado. Assim, a educação em saúde aos diabéticos tem um papel fundamental num melhor controlo do próprio paciente em relação à sua glicémia e para que os familiares também participem com vista a uma boa qualidade de vida de todos os envolvidos (Cazarini, Zanetti, Ribeiro, Pace, & Foss, 2002).

O cuidador dispõe de cuidados de várias ordens. Em primeiro lugar, poderemos falar dos cuidados instrumentais que podem ser de natureza física, como é a ajuda na alimentação, na higiene, na mobilização. Em segundo lugar, os cuidados expressivos, que são essencialmente de caráter afetivo e relacional, como sejam, o carinho, o companheirismo, o convívio, a comunicação, o estímulo social. Por outro lado, podemos referir o cuidar informal e o cuidar formal. No primeiro, o apoio é maioritariamente prestado pela família, mas também por amigos ou mesmo vizinhos, sem que deste apoio advinha qualquer retribuição económica. O serviço prestado pelo cuidador não é realizado através de qualquer negociação ou formalidade mas antes pelo respeito, carinho e generosidade por parte de quem cuida. No segundo, o apoio é facultado pelos serviços de saúde e de solidariedade social, aos indivíduos que dele necessitam. Neste caso o apoio é estruturado, planeado e organizado pelas entidades responsáveis, apresentando-se sob a forma de prestação de serviços, regendo-se pelas regras do mercado, pressupondo um custo pela prestação do serviço (Imaginário, 2004; Portugal, 2006; Lopes, 2007).

Relativamente ao cuidado de idosos, Gonçalves et al. (2006) referem no seu estudo que a maioria dos cuidadores são mulheres e que estas têm como principal dificuldade a parte económica porque foram obrigadas a abandonar o seu emprego ou a reduzir as horas de trabalho para cuidar do seu familiar doente. Pensamos ser importante detetar rapidamente estes casos para que se possam desenvolver programas de apoio adequados a estas famílias.

Quando existe um qualquer tipo de dependência é inevitável referir o impacto causado, tanto em quem cuida como em quem recebe os cuidados, e embora esse impacto

---

possa ser positivo ou negativo. Para quem depende dos cuidados está implícito o respeito (reconhecimento individual, prestígio alcançado, dignidade e honra) e a dignidade (bem-estar, qualidade de vida, perspectivas psicológicas, culturais, religiosas e sociais), pois o que se destaca mais na pessoa cuidada é a perda da autonomia, alterações da imagem corporal, a perda de sentido da vida, as alterações no estatuto social, de regalias económicas, as mudanças que relações podem sofrer, o sentimento de isolamento ou solidão e até mesmo de abandono. A intensidade desse sofrimento depende da vivência, das crenças, dos valores e dos recursos de cada indivíduo (Sennet, 2004; Neto, Aitken, Paldron, 2004).

Segundo Carpenito (2009) para o cuidador, o impacto pode assumir repercussões que podem afetar todo o núcleo familiar, porque cuidar de uma pessoa dependente pode gerar desgaste no cuidador, o que terá consequências no desempenho físico e social, levando a sentimentos de frustração, culpa, raiva e em última instância pode levar o cuidador a duvidar da sua capacidade para desempenhar essa tarefa na sua plenitude.

Os aspetos referidos anteriormente são referidos na literatura como sobrecarga porque o cuidador pode passar para segundo plano ou mesmo negligenciar as suas necessidades, vivendo em função das necessidades da pessoa que cuida, conduzindo a pressões emocionais que combinadas com o trabalho físico, restrições sociais e encargos económicos acrescidos podem traduzir-se em problemas de saúde para o cuidador. As consequências que advêm do cuidar de um indivíduo dependente variam ao longo do processo de cuidar, uma vez que no geral, o *stress* é mais frequente no início da relação e tende a diminuir à medida que o cuidador se adapta e até ganha mais competências inerentes à condição de cuidador (Spar e La Rue, 1998; Andreasen, 2003; Oliveira, Queirós & Guerra, 2007).

Existem dois tipos de sobrecarga, a objetiva e a subjetiva. A sobrecarga objetiva constitui uma alteração que é possível observar, logo, possível de ser verificada. Esta sobrecarga está diretamente relacionada com o desempenho do cuidador, e refere-se a aspetos como sejam, um maior desgaste físico, um menor bem-estar, a restrição do seu tempo, mas também alterações psicológicas, fisiológicas, sociais e também económicas. Relativamente à sobrecarga subjetiva, podemos dizer que está ligada à perceção ou mesmo à avaliação que o próprio cuidador faz da situação que vive, abarcando a reação emocional e o sentimento de sofrimento pelo qual está a passar, atribuída ao dependente na família ou

seja, refere-se aos sentimentos e às atitudes que estão ligadas ao ato de cuidar (Bandeira & Barroso, 2005; Ferreira, 2009).

Relativamente ao nível de educação em saúde dos cuidadores, Martins et al. (2007) apresentam um trabalho realizado com seis cuidadores no qual concluíram que as principais necessidades educativas dos cuidadores estavam relacionadas com o tipo de doença e o seu nível de gravidade, à terapia medicamentosa, à dieta e aos exercícios físicos. Destacam ainda que as redes de suporte são escassas e mencionam que é necessária uma melhor educação em saúde bem como um bom diálogo com os profissionais de saúde com vista a possibilitar uma melhor qualidade dos serviços prestados ao familiar do doente.

No seu quotidiano, o cuidador depara-se com inúmeras dificuldades e necessidades decorrentes do ato de cuidar, que variam de acordo com o grau de dependência da pessoa a cuidar, das condições financeiras de que dispõe e do apoio existente na comunidade. Uma das maiores necessidades sentidas pelo cuidador prende-se com a informação sobre os cuidados que deve prestar, bem como com o estado de saúde e a maneira como deve atuar junto da pessoa cuidada, mas outras preocupações, assolam, nomeadamente, o tempo de que dispõe para ajudar, sem negligenciar o resto da família nem descurar a sua atividade profissional, assim como poder dispor do apoio das entidades competentes como os serviços de saúde (Quaresma, 1996; Cordo, 2003; Ferreira, 2009).

Por outro lado também podem existir aspetos positivos do ato de cuidar, como, por exemplo, o desenvolvimento de novas competências e capacidades, o sentimento de realização ou de cumprimento de um dever moral, o aumento da intimidade e do afeto no que concerne à pessoa cuidada. O cuidador pode sentir prazer no ato de cuidar, e poderá tirar satisfação pessoal desta tarefa, ao ter a perceção de que proporciona melhor qualidade de vida ao seu familiar (Brito, 2002; Ferreira, 2009).

Para além de terem preocupações e de sentirem necessidades, os cuidadores também estão sujeitos a alguns riscos, pois a sua saúde pode ser afetada direta ou indiretamente devido ao *stress* a que estão sujeitos. Os riscos a que poderemos chamar psicossociais referem-se a sentimentos como a frustração, a culpa, a preocupação, o *stress* constante, dificuldades em socializar, mudanças no núcleo familiar, receio da mudança e conflitos que possam existir devido ao seu novo papel como cuidador. Relativamente aos riscos fisiológicos, o cuidador está sujeito a problemas de sono, fragilidade do sistema

---

imunitário, problemas do sistema digestivo, alterações cardiovasculares e hipertensão. Por último, os riscos económicos devem-se ao impacte financeiro que uma pessoa dependente pode acarretar, a possibilidade de ficar desempregado ou mesmo a conflitos laborais, devido a uma maior ausência no emprego devido à necessidade de dar apoio familiar com mais regularidade (Brito, 2002; Imaginário, 2004; Ferreira, 2009).

Tendo em conta os riscos a que o cuidador está sujeito, segundo Bandeira e Barroso (2005), é necessário desenvolver estratégias de apoio que passam por conseguir não só um bom suporte social, quer aos familiares, quer aos amigos ou até aos colegas de trabalho como também apoio profissional. Para Imaginário (2004) existem três tipos de apoio: o formal, o informal e até a inexistência de apoio. Os apoios formais são facultados por profissionais e instituições que prestam um serviço de natureza social ou ao nível da saúde, como a Segurança Social, a Santa Casa de Misericórdia e os Centros de Saúde. Os apoios informais remetem para o apoio que é prestado pela família que contribui para a ajuda prestada à pessoa cuidada incluindo ajuda económica, e ainda a ajuda dos vizinhos ou amigos, esta última incidindo mais no apoio emocional e na companhia que pode proporcionar ao cuidador. Por último, a inexistência de apoio consiste na sua ausência embora possa ser uma opção.

Em Portugal, Fazenda (2006) refere que existe uma cooperação entre o Ministério da Saúde e a Segurança Social para a criação de estruturas na comunidade, (Despacho Conjunto 407/98<sup>3</sup>), o que constitui, do ponto de vista deste autor, um progresso inovador nas políticas de cuidados, uma vez que estabelece um modelo de intervenção articulada com o Estado, incluindo nesta dinâmica os cuidadores formais e informais. Os cuidados médicos, de enfermagem, preventivos e curativos e apoio social na vertente psicossocial, ocupacional e de pequenos serviços estão englobados no Apoio Domiciliário Integrado. O apoio 24h está inserido nas Unidades de Apoio Integrado e presta auxílio temporário e integrado a indivíduos que por se encontrarem dependentes não podem permanecer nas suas residências. Por outro lado, tanto Bandurra, Santos e Santos (2010) referem as Políticas Públicas Saudáveis, que apontam como importantes para o bem-estar das populações, ao criarem ambientes favoráveis para que as pessoas possam ter hábitos de vida saudável e, conseqüentemente, um aumento da saúde pública. Estas políticas

---

<sup>3</sup> Despacho Conjunto 407/98 – Orientações reguladoras da intervenção articulada do apoio social e dos cuidados de saúde continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência.

favorecem o empreendedorismo dos jovens facultando mais informação, propondo estilos de vida saudáveis, medidas de sensibilização para a população em geral relativamente aos fatores de risco de doenças crónicas, promovendo mais rastreios e uma consciencialização da importância de uma vida saudável. Para o cuidador é proposto, através destas políticas, apoio a nível social e de emprego com medidas pecuniárias, unidades de vida de suporte em situações extremas e ainda Políticas Ativas de Emprego direcionadas para populações vulneráveis e para que os indivíduos possam permanecer mais tempo na sua atividade profissional, é também, neste sentido, como medida para idosos, que a União Europeia<sup>4</sup> trabalha para atender às necessidades sociais existentes.

É primordial que para além das políticas existentes, se individualizem os cuidados prestados àqueles que necessitem de cuidados de acordo com a sua condição, para que estes não se sintam um fardo. Para a sua família ou comunidade o apoio social tem um enorme impacto no que respeita a doenças crónicas pois não só é um auxílio imprescindível na melhoria da qualidade de vida dos doentes como também previne casos de sofrimento, depressão a até de mortalidade prematura.

#### ***1.2.4. A Diabetes, Qualidade de Vida e Saúde***

O conceito “Qualidade de Vida” (QV) é de difícil definição, até porque não existem certezas sobre a origem desta expressão. Contudo, parece que foram os economistas americanos Samuel Ordway em 1953 e Fairfield Osborn em 1954, os que primeiro a utilizaram, quando teorizavam sobre os perigos ecológicos do desmesurado crescimento económico. Posteriormente deixou de pertencer apenas ao âmbito da Economia e passou também para o das Ciências Humanas, despertando, deste modo, o interesse acerca quer da relação entre indicadores económicos e sociais da QV, quer da avaliação subjetiva dessas mesmas condições (Snoek, 2000; Botell, 2002).

---

<sup>4</sup> Exemplo disso é a Proposta de decisão do Parlamento Europeu e do Conselho relativa ao ano europeu do envelhecimento ativo – 2012. “*O envelhecimento ativo é tido em conta em diversos programas da União, como o Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional, o programa PROGRESS, o Programa de Aprendizagem ao Longo da Vida, o Programa no domínio da Saúde Pública, os programas específicos sobre as tecnologias da informação e da comunicação (...) o Plano de Ação «Envelhecer bem na sociedade da informação», o programa conjunto de investigação e inovação dedicado à Assistência à Autonomia no Domicílio (AAL), o Programa «Competitividade e Inovação», com projetos-piloto de implantação no domínio da TIC para envelhecer bem, e o Plano de Ação para a Mobilidade Urbana.*” (Comissão Europeia, 2010. p.9).

---

---

Para alguns autores o termo QV é usado de forma vaga e, como é considerado um conceito do senso comum, parece que todos conhecem o seu significado. Contudo, é difícil clarificar o que é QV, porque isso depende da escala de valores por que cada um se rege e dos recursos emocionais e pessoais de cada indivíduo (Capitan, 1996; Esteve & Rocca, 1997; Meneses, Ribeiro & Silva, 2002).

O conceito QV é utilizado tanto no contexto da linguagem comum como no da pesquisa científica, de áreas como a Enfermagem, a Economia, a Educação, a Sociologia, a Psicologia, a Educação Física. Por ser utilizado em tantas áreas, Leal (2008) refere que não é fácil definir o conceito de QV porque é complexo, lato, ambíguo e vai necessariamente ser diferente consoante a cultura, época e mesmo indivíduo. A QV, como é entendida presentemente, é naturalmente, diferente de como os nossos antepassados a percecionavam e, provavelmente, o seu sentido sofrerá alterações no futuro. Nessa medida, a QV está diretamente relacionada com a perceção que cada um tem de si e dos que o rodeiam, associando à perceção do mundo, para poder ser avaliada mediante critérios como a atividade profissional, a educação, o otimismo, as necessidades pessoais e também as de saúde. Assim, estes critérios vão ser valorizados de maneira diferente por cada um conforme as suas condições, tanto culturais, psicológicas, sociais, físicas, espirituais ou ainda económicas em que cada indivíduo se encontra.

Vários autores destacam que a QV inclui componentes sociais, mentais, espirituais e físicas e, por isso, é uma resposta subjetiva e pessoal, não absoluta. A QV consiste no grau de satisfação com a vida nos seus vários aspetos, como sejam, a habitação, a alimentação, a realização pessoal e profissional, o lazer, a vida sexual e amorosa, o relacionamento com os outros e ainda a segurança financeira (Sharley, 1998; Ghorayeb & Barros, 1999; Howley, 2000).

Independentemente de o conceito QV ter sofrido alterações ao longo dos tempos, Fleck & Colaboradores (2008) referem que até agora não deixou de ser complexa a sua avaliação porque alguns parâmetros são mais biológicos e funcionais e outros mais ligados à saúde e ainda existem outros que são mais sociais e psicológicos, como o bem-estar, a satisfação e a felicidade. Apesar da dificuldade em definir concretamente o significado de QV, é inegável a importância da sua introdução na área da saúde porque a QV, por ter uma conceção mais abrangente e ligada ao que o indivíduo sente e percebe, tem um valor

intrínseco e intuitivo, estando diretamente relacionada com os aspetos mais básicos do ser humano, como é o viver bem e sentir-se bem.

Um estudo realizado por Souza, Santini, Wada, Vasco e Kimura (1997), onde participaram 56 diabéticos, demonstrou que, para estes indivíduos a qualidade de vida estava relacionada com o bem-estar físico, a estabilidade socioeconómica e bem-estar emocional e espiritual. Também o estudo realizado por Miranzi, Ferreira, Iwamoto, Perreira e Miranzi (2008) vai na mesma direção pois, para aferir a qualidade de vida dos DM com hipertensão, os autores concluíram que houve uma avaliação positiva da qualidade de vida geral. Os domínios que mais contribuíram para uma boa QV foram nos seguintes domínios: relações sociais, aspeto físico, psicológico e meio ambiente.

Na área da saúde, passou, portanto, a existir um interesse pelo conceito de QV, em parte devido ao novo paradigma que influencia atualmente tanto as políticas como as práticas do setor da saúde, uma vez que a QV passou a ser um dos resultados esperados na promoção da saúde e prevenção da doença. A exclusividade da melhoria da saúde unicamente realizada através dos fármacos tem, presentemente, vindo a diminuir, dando lugar a abordagens centradas em volta de uma saúde integral que realce e reforce avaliações positivas do ambiente que rodeia o doente e que permita dar conteúdo ao respeito pela dignidade humana e pela necessidade de incluir nas avaliações de saúde a perceção dos doentes a respeito do seu bem-estar (Llanes, 2001; Botell, 2002).

Segundo Seidl e Zannon (2004), o termo QV pode ser encarado através de dois prismas: no âmbito a utilização quotidiana pelo indivíduo em geral, políticos, jornalistas, profissionais de várias áreas; ou no âmbito da pesquisa científica em diferentes campos do conhecimento, como a Sociologia, a Economia, a Psicologia entre outras.

Como já foi referido, ainda não existe consenso em relação ao termo QV. Contudo, muitos investigadores aceitam que QV é um termo multidimensional que abarca dimensões como o bem-estar psicológico, social e físico, não incluindo apenas aspetos da saúde e tratamento médico mas englobando o crescimento das solicitações de todas as ordens. Além de aceitarem que QV é multidimensional, os investigadores concordam ainda que esta deve basear-se, fundamentalmente, nas perceções e expetativas do indivíduo. Assim, a avaliação incide na subjetividade do bem-estar, sem esquecer que é este um processo dinâmico porque sofre mudanças e reflete as práticas da vida de cada indivíduo (Lopes, Mejia & Espinar, 1996; Muldoon, Flory & Manuck, 1998).

---

Nos jovens, quanto maior a qualidade de vida, menor o impacto da doença nas atividades diárias e maior a satisfação com o tratamento e qualidade de vida em geral, tal como afirmam Oliveira, Santos, Laranjo, Luís e Campos (2013) num estudo realizado com 30 adolescentes com DM tipo 1. Referem ainda que a autorresponsabilização e a auto percepção sobre a diabetes e o seu tratamento, em sintonia com o envolvimento de todo o núcleo familiar na ajuda ao doente, parecem ser aspetos essenciais para a otimização do controlo metabólico e da qualidade de vida nos adolescentes com DM do tipo 1.

Na área médica é, muitas vezes utilizada a referência “Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde” (QVRS). Quando utilizado desta maneira, o conceito abarca os problemas relacionados com a saúde, englobando o impacto que a doença exerce sobre o doente, as crenças que este tem sobre o seu problema de saúde e o seu bem-estar subjetivo (Ribeiro, 1994; Snoek, 2000).

Segundo Testa e Simonson (1996), o conceito de QVRS faz parte dos domínios físico, psicológico e social de saúde, entendidos como matérias distintas que são influenciadas pelas experiências, as crenças, as expectativas e percepções de cada indivíduo e, coletivamente, são utilizadas pela especialidade como “percepção de saúde”. A extensão da gravidade da doença não pode ser um medidor do impacto que ela exerce sobre o indivíduo. É necessário ter em conta fatores como a dificuldade de mobilidade, a dificuldade que o doente tem em cumprir as suas obrigações tanto pessoais como profissionais, a carga que isso acarreta para o seu núcleo familiar, a sobrecarga financeira, entre outros aspetos. Tudo isso deve ser tomado em conta e é por isso, que esta área é denominada como QVRS, analisando os vários efeitos que a doença e o respetivo tratamento têm sobre a vida do paciente (Muldoon, Barger, Flory & Manuck, 1998).

Verifica-se, deste modo, que a QV é subjetiva uma vez que, o bem-estar é individual e, por isso, a sua avaliação só poderá ser aferida através da autoinformação. A literatura mostra-nos que o número de dimensões é variável dependendo do autor, bem como a designação utilizada, independentemente de se encontrarem semelhanças ou equivalências. Contudo, é importante salientar que, independentemente de ser um termo subjetivo, não significa que se deva desvalorizar o seu conteúdo, pois são os valores e crenças que o indivíduo tem que determinam a avaliação. Deste modo, poder aferir a percepção do indivíduo sobre o seu estado de bem-estar tanto psíquico, como físico e social pode tornar mais eficaz o tratamento da doença. Associado a tudo isto está o contexto

cultural e o modo de vida pessoal para perceber as expectativas de cada indivíduo (Spilker, 1990; Schwartzmann, 2003).

A medição da QV nos estudos representa um novo paradigma, uma vez que a multidimensionalidade é, fundamentalmente, assente na perceção e expectativa de cada indivíduo. Com o crescente número de doenças crónicas para as quais ainda não existe uma cura total, deve ter-se em conta que o objetivo do tratamento é, além de reduzir sintomas e evitar complicações, promover o bem-estar dos doentes. Por tudo isto, é que importa dar ênfase a métodos de avaliação que, para além de avaliar a gravidade dos sintomas da doença, possam avaliar também de que forma é que o doente perspetiva e experimenta esse mesmo tratamento (Garrat, Schmidt, Mackintosh & Fitzpatrick, 2002).

Atualmente, os instrumentos disponíveis para a avaliação da QV são maioritariamente apresentadas sob a forma de Perfis de Saúde (anexo 3).

O interesse pela QV advém da necessidade da avaliação do impacto, tanto físico como psicossocial, que as doenças, como é o caso da Diabetes, ou as respetivas incapacidades que dela surgem, provocam, para além de proporcionar um melhor conhecimento do indivíduo, ajudem o técnico de saúde a realizar uma intervenção mais eficaz junto deste, ou seja, permitam ao técnico ajudar o doente tanto a aceitar a doença como a adaptar-se nessa nova fase da sua vida.

### **1.3. A Diabetes e a Importância de Adotar Hábitos de Vida Saudável**

A Diabetes pode trazer diversas complicações decorrentes da falta de cuidados de saúde por parte do doente. O crescente avanço na urbanização, a globalização, bem como o aumento da expectativa de vida, associados a hábitos como o sedentarismo e uma alimentação desadequada adquiridos ao longo do tempo pela população, contribuem para tornar a DM uma epidemia mundial e um problema de saúde pública (Whiting, Guariguata, Weil & Shaw, 2011).

Outro fator que contribui para o aparecimento da Diabetes do tipo 2 é a obesidade, indivíduos com sobrepeso ou obesidade apresentam um risco de desenvolverem DM, três vezes superior ao da população com peso considerado normal. Para os portadores de Diabetes do tipo 2, uma redução de 11% no peso corporal pode significar uma diminuição de 28% do risco de morte causada por Diabetes (Cnop et al., 2002).

---

De acordo com a *American Diabetes Association* (2011), várias são as complicações, sendo a principal as doenças cardiovasculares, mas outras são também de ter em atenção, como sejam as retinopatias que podem levar à cegueira, a nefropatia diabética que provoca problemas renais, a neuropatia, que pode provocar problemas graves nos membros inferiores, sendo a mais comum o pé diabético. Estas complicações podem levar a problemas psicológicos, por isso é importante que se adquira hábitos de vida saudável.

Nesta medida e face às mudanças que são necessárias após o diagnóstico da Diabetes, é urgente que se encontrem estratégias eficazes na educação em saúde a fim de efetivar a adesão dos doentes ao tratamento bem como a um novo estilo de vida tendo como objetivo a melhor qualidade de vida tanto dos doentes com Diabetes como dos que os rodeiam.

Um dos aspetos importantes para o tratamento da Diabetes é cumprir uma dieta equilibrada e adequada. Vários estudos de acordo com Cabrera et al. (1991) apontam no sentido de que estes doentes não seguem a dieta recomendada. Comer não significa somente a ingestão de nutrientes, envolve também emoções e sentimentos. Por isso, muitas vezes a ingestão de alimentos está associada ao nervosismo, à ansiedade e às frustrações do dia-a-dia, mas também a valores culturais. O comportamento alimentar está relacionado com aspetos técnicos e objetivos, ou seja, quando e onde se come, mas também com aspetos socioculturais e psicológicos. Existe um sistema de valores, de símbolos e significados que estão ligados à dimensão do ato de comer e que necessitam de ser compreendidos pelos profissionais de saúde, para que, desta forma, se consiga uma maior eficácia nas ações com os doentes que têm que estar submetidos a um rigoroso controlo alimentar (Cabrera Pivaral et al., 1996; Williamson, Hunt, Pope & Tolman, 2000).

Outro aspeto a ter em conta é que atividade física regular pode dar um contributo positivo na prevenção e no tratamento de doenças, entre elas a Diabetes, além de facultar uma maior qualidade de vida. Cientistas da atividade física e profissionais da saúde afirmam que a prática de exercício frequente constitui a melhor defesa contra o desenvolvimento de muitas doenças crónicas, distúrbios e indisposições. Para o indivíduo sedentário existe um risco maior de desenvolver doenças crónicas como a Diabetes, a Cardiopatia Coronária, Hipertensão, Obesidade e Distúrbios Músculo-Esqueléticos (Arena, 2009).

A aptidão física sendo a capacidade de realizar atividade física, segundo Nahas (2001), pode ser distinguida de duas formas: a aptidão física relacionada com a *performance* motora e a aptidão física relacionada com a saúde, que associa características que, em níveis adequados, possibilitam uma boa energia para o trabalho e o lazer, diminuindo também o risco de desenvolver doenças ou condições crónico-degenerativas associadas a baixos níveis de atividade física. A atividade física tem um impacte na prevenção e o restabelecimento funcional das doenças crónico-degenerativas e alivia as sintomatologias dolorosas (Nieman, 1999; Verderi, 2004).

Para Netto (2000) existe uma interação da insulina com a atividade física o que beneficia o tratamento da Diabetes. Nesta tríade, constituída pelos medicamentos, a dieta e o exercício, fundamentados num processo de boa informação para o doente diabético, formam o princípio do tratamento da doença. A maioria dos efeitos diretos da atividade física ocorre porque a prática do exercício normaliza a glicose sanguínea, diminuindo a resistência de insulina e melhorando a sua sensibilidade. A prática regular de exercício físico pode levar a uma diminuição da dose de insulina administrada e, a sua importância é crucial nas terapias onde o objetivo é reduzir ao mínimo a dose de insulina a ser administrada ao paciente insulino-dependente.

Muitas vezes os diabéticos já apresentam alguma limitação para poderem realizar atividade física em pleno. Contudo a Atividade Física Adaptada (AFA) salienta e reúne todas as formas de participação desportiva de qualquer individuo, mesmo com fortes limitações da capacidade de movimento e, independentemente do objetivo dessa atividade (educativo, competitivo ou terapêutico). O termo “adaptada” alude a algo que é suscetível de ser modificado, mudado ou alterado, surge como um corpo de conhecimentos que ajudam a reconhecer e resolver os problemas psicomotores ao longo da vida de um indivíduo. A AFA aceita as diferenças individuais, propiciando, deste modo, estilos de vida ativos (Freire 2010; Madureira 2011).

A AFA faz parte da educação física, cujo os objetivos são o estudo e a interferência do profissional da área no universo dos indivíduos que apresentam diferentes e particulares condições para a prática desportiva. O que importa é que se desenvolva a componente da cultura corporal de movimento, pelo que atividades como a ginástica, dança, jogos, entre outros, que fazem parte de qualquer programa de atividade física,

---

devem ter em conta o potencial de desenvolvimento pessoal e não a diferença que o indivíduo apresenta (Gorgatti & Costa, 2005).

Quando se afirma que deve existir paridade entre os indivíduos que praticam atividade física adaptada, é preciso ter algum cuidado, pois a igualdade não pode ser entendida como sinónimo de normalização absoluta, mas antes ser construída através da afirmação do direito à diferença. É por isso que as sociedades contemporâneas se distinguem das anteriores, pela afirmação do respeito pela dignidade humana e pela garantia de que será permitido ao indivíduo com necessidades especiais integrar-se na sociedade sem qualquer barreira social, psicológica ou física (Marques, Castro & Silva, 2001). A AFA deve manter a integridade das atividades e promover a maximização do potencial individual. Depois de se conhecerem as limitações e as metas a serem alcançadas por cada indivíduo só se devem alterar as atividades na medida do estritamente necessário, para que, deste modo, se mantenha a atividade física como um desafio para todos os que nelas participam e, sobretudo, se valorize a diferença (Winnick, 2004; Gorgatti & Costa, 2005).

Face às muitas dificuldades de educar para a mudança efetiva de comportamento, não basta ampliar conhecimentos e desenvolver habilidades, é preciso que a pessoa diabética acredite que existe a necessidade de mudança, para preservar o bem-estar, prevenir ou reverter descompensações, percebendo que as vantagens em modificar determinados comportamentos são maiores do que as desvantagens.

## **PARTE II – METODOLOGIA**

### **2.1. Objetivos do Estudo**

Como já referimos anteriormente, a DM é uma doença crónica e, como tal, tem um impacte no indivíduo, na família e conseqüentemente na comunidade. O impacte emocional e social, bem como as exigências que o tratamento da DM coloca, tanto no paciente como nos seus familiares, podem levar – a maioria das vezes assim acontece – a alterações psicossociais significativas.

Vivemos numa era em que a sociedade sofre constantes alterações, as instituições, e neste caso o SNS depara-se com inúmeros problemas que muitas vezes vão para lá da enfermidade em si. Deparam-se com desafios a que muitas das vezes não conseguem dar resposta ou casos em que as respostas tradicionais já não são eficazes e, por isso, é urgente a mudança. Assim, a inovação surge, não como uma coisa radical, que rompe com todo o passado mas como uma evolução incremental, porque se acrescentam elementos novos com significado a realidades já existentes ou porque se produzem novas soluções a partir de elementos que até ao momento eram utilizados separadamente. A inovação social, em nosso entender, procura novas respostas para problemas económicos e sociais, reconhecendo e assegurando novos serviços, que melhoram a qualidade de vida dos indivíduos. Para que possamos inovar é necessário conhecermos o problema existente de modo a intervir eficazmente.

A inovação social segundo André e Abreu (2006), é como

(...) Uma resposta nova e socialmente reconhecida que visa e gera mudança social, ligando simultaneamente três atributos: (i) satisfação de necessidades humanas não satisfeitas por via do mercado; (ii) promoção da inclusão social; e (iii) capacitação de agentes ou atores sujeitos, potencial ou efetivamente, a processos de exclusão/marginalização social, desencadeando, por essa via, uma mudança, mais ou menos intensa, das relações de poder (André, Isabel & Abreu, Alexandre, 2006, p.124).

As doenças crónicas obrigam a uma gestão que depende de vários sistemas de regulação e adaptação. Raposo et al. (2004) referem que o ser humano é o subsistema mais complexo do sistema biológico que, para além disso, engloba um mundo psicossocial, onde se integra a família, o grupo, a cultura, o meio ambiente. Por isso, é fundamental que

---

exista uma compreensão global do doente, tendo em conta a sua inserção no meio psicossocial.

Pensamos que a inovação social pode também ser feita através de intervenções do Estado na realidade social, sendo que as políticas devem ser dirigidas à qualidade de vida e inclusão de pessoas nos vários domínios da sociedade, desde o meio social ao meio económico. Tem que existir abertura para novas abordagens a problemas antigos que continuam a perdurar no tempo, para que com uma participação de todos, numa afirmação de cidadania, se possa dar respostas eficazes a um problema com consequências tanto sociais como económicas em Portugal, como é o caso da Diabetes.

A DM é um problema grave de saúde, porque tem uma elevada taxa de mortalidade a ela associada, fazendo com que os custos humanos, sociais e económicos sejam grandes. Estes custos não são só os diretos, como sejam, os medicamentos, material utilizado para o controlo da glicémia, internamentos hospitalares, exames e consultas, mas também os custos indiretos que são, por exemplo, a incapacidade para o trabalho ou as permanentes faltas, a diminuição da produtividade, as adaptações tanto pessoais como profissionais que as famílias têm que fazer para prestar apoio a estes doentes, ou até mesmo a morte precoce dos mesmos que acarreta consequências ainda mais graves.

Visto que a DM é uma doença com inúmeras consequências tanto para o doente como para os familiares, após a pesquisa documental que foi possível realizar para dar corpo à primeira parte deste trabalho, colocam-se as seguintes questões:

- De que forma os diabéticos e suas famílias sofrem o impacto pessoal, social e profissional com o surgimento da diabetes?

- Que tipo de apoios sociais recebem os diabéticos e seus familiares e quais as dificuldades e expectativas que têm em relação a esses apoios?

- De que modo podem ser perspectivadas novas intervenções sociais ou políticas de apoio aos diabéticos e seus familiares?

- De que modo podem ser construídas alternativas inovadoras às respostas atuais para que os diabéticos e os seus familiares tenham uma melhor qualidade de vida em todas as vertentes da vida?

### ***2.1.1. Objetivos Gerais***

Esta investigação tem como objetivo geral compreender as necessidades, dificuldades e expetativas dos diabéticos e respetivas famílias entrevistadas, de modo a que possam ser perspetivadas possíveis readequações das respostas existentes, bem como a ponderação de propostas inovadoras de intervenção social e política para esta população específica.

### ***2.1.2. Objetivos Específicos***

Considerando a perspetiva da pessoa com Diabetes:

- Identificar se os cuidados prestados a nível de saúde são suficientes do ponto de vista do diabético;
- Identificar e compreender quais as maiores dificuldades que os diabéticos têm no seu quotidiano;
- Identificar se existem dificuldades de integração social e no mercado de trabalho por parte do doente diabético;
- Compreender a importância das redes de suporte para a ajuda do diabético;
- Compreender os tipos de apoio (emocional, social, económico, psicofisiológico) considerados pelos diabéticos mais relevantes e os efeitos da sua existência/ausência;
- Identificar o impacto que a doença provoca a nível económico, social e familiar nos diabéticos;

Considerando a perspetiva da família:

- Identificar quais os apoios que os familiares dos diabéticos dispõem para os ajudar;
- Identificar quais as maiores dificuldades que os familiares têm na ajuda aos diabéticos;
- Identificar se os familiares dos diabéticos recorrem à ajuda de diferentes entidades para prossecução de respostas;
- Identificar o impacto no dia-a-dia dos familiares dos diabéticos;
- Compreender que tipo de respostas/apoios os familiares de pessoas com Diabetes necessitariam e que não possuem.

---

## **2.2. Método**

Uma vez realizada a componente teórica e expostos os objetivos de estudo, passa a ser necessário que se decida quanto à metodologia mais adequada para que a recolha de informação seja precisa, objetiva e que, naturalmente, possa ser suscetível de interpretação.

### ***2.2.1. Desenho do Estudo***

Numa investigação, os aspetos metodológicos são importantes, pois permitem questionar "como fazer". Como nem todas as investigações são iguais, também os métodos a utilizar são distintos, isto é, o investigador no seu projeto tem vários métodos possíveis de utilizar em função dos objetivos da investigação.

Segundo Quivy (1998), a investigação deve responder a alguns princípios básicos, estáveis e idênticos, mesmo tendo diferentes percursos. Esses princípios são: a rutura, a construção e a verificação, sendo necessário rasgar com ideias pré-definidas, erguendo proposições explicativas do que se quer estudar, prevendo qual o plano de pesquisa e as operações a aplicar e por último verificar se a proposição inicial se comprova.

Se considerarmos que a pesquisa é um processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico e que o seu objetivo é descobrir respostas para um problema, então poderemos dizer que a pesquisa social é um processo que, utilizando a metodologia científica, permite obter novos conhecimentos no campo da realidade social.

O nível de pesquisa desta investigação, podemos considerar este estudo como sendo um estudo descritivo uma vez que pretendemos conhecer fatores ou perceções ligadas a um determinado fenómeno. De forma a orientar a pesquisa, são utilizados os métodos que pensamos serem os mais adequados para que a objetividade e a precisão sejam garantidas. Por isso, e tendo em linha de conta os objetivos deste trabalho, privilegia-se o método qualitativo. A pesquisa qualitativa exige que o investigador adote uma postura de abertura, flexibilidade, capacidade de observação e de interação com o grupo pesquisado, aproximando os pesquisadores das comunidades envolvidas com o estudo. Uma das características da pesquisa qualitativa é precisamente a aproximação daquilo que desejamos conhecer mas também criar conhecimento novo partindo, naturalmente, da realidade em estudo (Minayo, 2000).

Neste estudo, privilegiou-se a utilização do método das entrevistas semiestruturadas, pois permite-nos ter um guião para nos orientarmos ao longo das entrevistas, dando-nos também alguma margem para podermos introduzir outras questões.

Costa, Rocha e Acúrcio (2005) referem que uma entrevista semiestruturada se caracteriza pela existência de um guião que está previamente preparado e que vai servir de eixo orientador no decorrer da entrevista, tentando garantir que os diversos entrevistados respondam às mesmas questões, não impondo uma ordem rígida nas questões, podendo deste modo adaptar-se a entrevista de acordo com o participante. Os pontos fortes deste tipo de entrevista são a otimização do tempo disponível, o tratamento dos dados de forma mais sistémica, permite selecionar temáticas para aprofundamento e também possibilita a introdução de novas questões. Relativamente aos pontos fracos a apontar tem a ver com uma maior exigência na preparação por parte do entrevistador.

Relativamente ao recrutamento dos entrevistados a serem alvo de pesquisa, optámos pela técnica metodológica da bola de neve (*Snowball*), uma vez que esta técnica é uma forma de amostra não probabilística<sup>5</sup> utilizada em pesquisas sociais, os primeiros participantes do estudo indicam outros indivíduos que por sua vez indicam novos participantes e assim sucessivamente, até que seja alcançado o objetivo proposto.

Um dos inconvenientes é que os inquiridos tendem a indicar o nome de amigos ou pessoas de relação mais próxima, o que pode originar uma amostra de pessoas que pensam e se comportam de modo similar àquele que as indica. Da mesma forma são aqueles socialmente mais visíveis os que têm mais possibilidade de serem selecionados (Alves, 2006, p.12).

No sentido de elaborar o guião de forma clara e informada, procurámos conhecer melhor esta realidade através de informadores privilegiados que nos pudessem disponibilizar elementos sobre como a pessoa diabética sente a doença. Para isso, solicitámos uma reunião a um diretor de um hospital da especialidade, para que pudséssemos conversar sobre o tema e nos esclarecesse dúvidas que iam surgindo na elaboração do presente estudo. Também pedimos uma reunião com uma enfermeira da especialidade, de modo a poder recolher outros dados e outra(s) forma(s) de perceber a doença e conhecer as dificuldades dos técnicos de saúde para ajudar estes doentes. Outra

---

<sup>5</sup> A amostra não probabilística é adquirida através de alguns critérios de inclusão, o que leva a que nem todos os elementos da população alvo sejam selecionados para participar da amostra. Este procedimento torna os resultados passíveis da não generalização (Bickman & Rog, 1998).

---

questão que nos pareceu importante foi entrar em contato com uma Associação de Apoio aos Diabéticos de modo a poder recolher informações acerca da forma como os que lá trabalham olham para a doença, como lidam com as pessoas que os procuram e também procurar saber, por seu intermédio, quais as maiores dificuldades desses diabéticos.

Uma vez que conseguimos entrevistar alguns utentes diabéticos de um Lar de Idosos, no Concelho da Guarda, achámos importante entrevistar também o Diretor para percebermos como perceciona a doença e quais as dificuldades que sente perante este assunto. A entrevista foi integralmente transcrita e encontra-se no apêndice 1.

### ***2.2.2. Procedimentos***

O primeiro procedimento a ser levado a cabo foi a elaboração do termo de consentimento que se encontra nos apêndices 2 e 3. O consentimento esclarecido por parte dos participantes foi condição imprescindível para a obtenção dos dados, salvaguardando assim os interesses dos mesmos e garantindo o anonimato, consentimento esse que foi obtido só após ter sido facultada informação acerca dos objetivos do trabalho bem como informação sobre os intervenientes na investigação.

Os participantes foram ainda devidamente informados do direito de recusar a participação ou desistir durante a mesma, sem que isso trouxesse qualquer implicação ou consequência para eles. Como referido anteriormente, foi salientada a garantia do anonimato, privacidade e confidencialidade da informação recolhida.

### ***2.2.3. Caracterização e Seleção da Amostra***

Este trabalho teve como população alvo os doentes diabéticos do tipo 1 e 2 bem como os seus familiares, de ambos os sexos que se disponibilizaram para participar na entrevista semiestruturada.

Estipularam-se alguns critérios de inclusão no estudo para os diabéticos, nomeadamente:

- Apresentarem um diagnóstico de Diabetes Mellitus;
- Estarem informados sobre o seu diagnóstico;
- Não terem perturbação da sua consciência.

Relativamente aos familiares desses diabéticos os critérios de inclusão no estudo foram:

- Terem um laço familiar com o diabético;
- Estarem informados sobre o diagnóstico do seu familiar;
- Terem algum contato (apoio emocional ou económico) com o diabético;
- Não terem perturbação da sua consciência.

A nossa amostra compreendeu 21 entrevistas, distribuídas por 12 entrevistas a doentes diabéticos e 10 entrevistas a familiares, com idades compreendidas entre os 11 e os 95 anos, residentes no Concelho de Leiria, Lisboa e Guarda, no período que decorreu entre abril e setembro de 2013. Todos os dados pessoais que nos pareceram relevantes encontram-se nos apêndices 4 e 5. Devemos ressaltar que os nomes que se encontram nos dados pessoais são fictícios, salvaguardando deste modo o anonimato dos entrevistados.

#### ***2.2.4. Material***

Para a elaboração deste estudo optámos por realizar entrevistas semiestruturadas, uma vez que estas permitem uma listagem das questões ou tópicos a serem cobertos por um guião, permitindo uma certa flexibilidade. Esta escolha não obriga a que a entrevista seja realizada por uma ordem rígida, permitindo que as questões sejam colocadas por outra ordem que não aquela que se encontra no guião e ainda o fato de permitir que sejam colocadas outras questões que não se encontram no mesmo. Nessa medida, é possível uma relativa liberdade para seguir a direção que é considerada mais adequada, podendo explorar de uma maneira mais aprofundada os aspetos que são considerados mais relevantes no decorrer da entrevista.

Face aos objetivos do presente estudo, foi necessário criar um guião para a entrevista semiestruturada (apêndices 6 e 7) onde se encontram questões e tópicos direcionados tanto para os diabéticos como para os familiares, de forma a permitir um melhor conhecimento dos participantes em relação à Diabetes e as suas perspetivas. Este guião foi elaborado e estruturado de forma a facilitar a resposta por parte tanto dos doentes diabéticos como dos seus familiares. Para que a informação fosse o mais exata possível recorreu-se à gravação de todas as entrevistas com o respetivo consentimento dos entrevistados.

---

Relativamente à validade interna desta investigação, pretende-se rigor no trabalho, pois as observações efetuadas e toda a recolha de dados constituem representações “autênticas” da realidade e ainda uma atitude autorreflexiva para que desta forma exista a possibilidade de questionamento e reavaliação constante do trabalho a realizar.

É necessário garantir que os participantes no momento da entrevista estejam num ambiente tranquilo e acolhedor para que não se sintam constrangidos a responder às questões colocadas, nem se sintam intimidados por quem está a entrevistar.

### ***2.2.5. Tratamento dos Dados***

Relativamente ao tratamento da informação recolhida, é importante ter em conta os discursos dos entrevistados e a forma como os produzem, as opiniões e justificações que são dadas, se recorrem muito a metáforas para ilustrar aspetos do seu mundo cognitivo, o tom de voz e a linguagem corporal. Assim sendo, as entrevistas são gravadas após o consentimento dos entrevistados, salvaguardando naturalmente o anonimato e confidencialidade dos dados.

Neste estudo, é importante a forma como os dados são analisados, por isso, o modo como é realizada a codificação e organização dos dados é essencial para permitir uma boa interpretação dos testemunhos dados pelos vários participantes. Será também importante tentar saber quais as semelhanças que existem entre os diferentes intervenientes e as suas expectativas para chegar a uma descrição final com as reflexões dos vários pontos de vista dos participantes e conseqüentemente levar a um processo de análise reflexiva para a construção de novas respostas para o problema.

As entrevistas gravadas são transcritas e analisadas pela autora do presente estudo. Todos os dados que se mostrem relevantes para a investigação são analisados pelo programa *Microsoft Office Word e Excel 2007*.

### ***2.2.6. Técnicas de Análise de Dados***

Após a recolha dos depoimentos dos entrevistados (doentes diabéticos e familiares), procedeu-se a uma análise do conteúdo das entrevistas, fundamentalmente através de três tipos de técnicas.

Em primeiro lugar, a transcrição integral da entrevista. Este procedimento permitiu, desde logo, a identificação de falhas na formulação e compreensão das questões, ou o nível da organização do guião, omissão de questões pertinentes, entre outros aspetos.

Posteriormente, numa segunda etapa e, para uma melhor compreensão das considerações de todos os entrevistados, à luz dos assuntos em apreço, foi efetuada a sinopse (apêndices 8 e 9) de cada uma das entrevistas. Para o efeito, procedeu-se a uma divisão do discurso por eixos, tornando-se, a partir deste processo, mais claras as respostas/perspetivas dos intervenientes face a cada uma das questões centrais deste trabalho.

Terminada esta tarefa, tornou-se possível iniciar a terceira técnica, a construção das diferentes dimensões e categorias (apêndices 10 e 11), e posterior inclusão dos discursos nessas mesmas dimensões e categorias (apêndices 12 e 13), definidas com base nas perceções dos entrevistados.

Relativamente ao tratamento dado às entrevistas realizadas aos doentes diabéticos, o primeiro eixo tem como título, “*A Diabetes e o tipo de impacte na vida pessoal, familiar e social do diabético*”. Com estas dimensões referidas nos eixos, pretende-se perceber o impacte a nível emocional (sentimentos associados à diabetes), físico (nível de atividade), relacional (na relação com o conjuge, com os filhos, com os pais ou outros familiares), laboral (se teve impacte negativo ou se não interferiu com o trabalho) e relacional (sentimentos associados). O segundo eixo, intitulado “*O tipo de apoios político-económicos prestados ao diabético e respetiva avaliação*”. Neste segundo eixo, pretende-se saber qual a perceção que os entrevistados têm sobre o tipo de apoios (da equipa médica, da família e das redes de suporte) e como avaliam os apoios (a nível de informação se é suficiente ou não, sobre os níveis de apoio bem como as necessidades futuras).

No que se refere ao tratamento de dados às entrevistas aos familiares dos diabéticos, o primeiro eixo tem como título “*O tipo de impacte na vida pessoal, familiar e social de um familiar do doente diabético*”. Este eixo permite-nos compreender o impacte

---

pessoal (sentimentos associados à descoberta da doença do familiar), o impacte relacional com o familiar, e o impacte laboral (se teve dificuldade em conciliar o trabalho com o apoio prestado ao familiar diabético ou se por outro lado, conseguiu conciliar as duas tarefas sem dificuldades). O segundo eixo intitula-se “*O tipo de apoios político-económicos prestados ao diabético e seus familiares e a sua respetiva avaliação*”. Neste eixo, o que se pretende saber é qual o tipo de apoios (relativamente à equipa médica se incluiu o familiar no tratamento, se o familiar o acompanha nas consultas, se têm redes de suporte), qual a avaliação que fazem dos apoios (ao nível da informação, às necessidades futuras).

## **PARTE III – RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **3.1. Resultados**

Nesta fase do trabalho, são apresentadas as entrevistas de acordo com os eixos anteriormente definidos, bem como os resultados obtidos dessas mesmas entrevistas, no sentido de ir ao encontro dos objetivos anteriormente propostos.

Os eixos escolhidos para os diabéticos entrevistados são: *eixo 1 – A Diabetes e o tipo de impacte na vida pessoal, familiar e social do diabético; eixo 2 – O tipo de apoios político-económicos prestados ao diabético e respetiva avaliação.*

Relativamente aos eixos que optámos incluir para os familiares entrevistados são: *eixo 1 - O tipo de impacte na vida pessoal, familiar e social de ter um familiar diabético; eixo 2 – O tipo de apoios político-económicos prestados ao diabético e seus familiares e respetiva avaliação.* Dentro destes eixos encontram-se as dimensões, sub-dimensões, categorias e subcategorias como se encontram nos apêndices 12 e 13.

#### ***3.1.1. Descrição Global da Amostra***

A amostra é constituída por 21 indivíduos de ambos os sexos, repartidos por 12 diabéticos tanto do tipo 1 como do tipo 2 e 10 familiares, com idades compreendidas entre os 11 e os 95 anos.

Para uma melhor caracterização passamos a apresentar o quadro 1, no qual se encontram os dados de caracterização dos diabéticos e familiares mais relevantes.

**Quadro 1 - Dados dos Diabéticos e Familiares**

		<b>Diabéticos</b>	<b>Familiares</b>	<b>Total de Sujeitos (n)</b>
	<b>Sujeitos (n)</b>	12	10	22
	<b>Idades (anos)</b>	11-95	37-77	
	<b><math>\bar{x}</math> das Idades (anos)</b>	57,5	74,4	
	<b>Sexo Feminino</b>	9	7	
	<b>Sexo Masculino</b>	3	3	
<b>Concelho de Residência</b>	<b>Leiria</b>	1	1	
	<b>Lisboa</b>	3	4	
	<b>Guarda</b>	8	5	
<b>Escolaridade</b>	<b>Nunca frequentou a escola</b>	3	0	
	<b>Primária não concluída</b>	4	0	
	<b>4º ano</b>	2	2	
	<b>6º ano</b>	1	0	
	<b>Escola Industrial</b>	0	1	
	<b>Frequência Universitária</b>	1	0	
	<b>Licenciatura</b>	1	7	
<b>Grau de parentesco com o diabético</b>	<b>Conjuge</b>		2	
	<b>Pai</b>		1	
	<b>Mãe</b>		1	
	<b>Filho/a</b>		2	
	<b>Irmã</b>		1	
	<b>Neta/o</b>		2	
	<b>Sobrinha</b>		1	

**Fonte:** Elaborado pela própria

Pela análise do quadro podemos observar que a média de idades dos diabéticos é de 57,5 anos e a dos familiares é de 74,4 anos. No grupo dos diabéticos temos 9 mulheres e 3 homens e no grupo dos familiares encontram-se 7 mulheres e 3 homens. Os diabéticos e familiares são residentes no Concelho de Leiria (1 diabético e 1 familiar), Lisboa (3 diabéticos e 4 familiares) e Guarda (8 diabéticos e 5 familiares).

Relativamente à escolaridade dos participantes, podemos observar que não existe homogeneidade, ou seja, os entrevistados vão desde a não frequência em nenhum grau de ensino até à licenciatura.

No que concerne aos diabéticos residirem com os familiares, verificámos que apenas 4 diabéticos viviam com os familiares e os restantes 8 diabéticos residem num Lar de Idosos.

Relativamente à situação profissional dos diabéticos entrevistados, 1 está em situação de desemprego, 1 é estudante, 1 ainda trabalha mas já é reformada e os restantes 9 estão reformados. A situação profissional dos familiares entrevistados são: 4 estão já reformados e os restantes 6 trabalham fora de casa em diferentes profissões, de acordo com o que se encontra nos apêndices 4 e 5.

### ***3.1.2. Dimensão Pessoal: Impacte da Doença no Diabético***

No sentido de descrever de uma forma mais clara os discursos dos entrevistados relativamente à dimensão pessoal, sentimos necessidade de pormenorizar ainda mais esta dimensão. Assim, dentro da dimensão pessoal, introduzimos as sub-dimensões, impacte emocional e impacte físico. Na primeira, incluímos os sentimentos associados ao aparecimento da doença e na segunda, o nível de atividade física praticada pelos diabéticos (apêndice 12).

Relativamente à dimensão pessoal, na sub-dimensão impacte emocional, os sentimentos dos diabéticos entrevistados passaram pelo medo de ficarem dependentes devido à doença, e pela preocupação com a alimentação, *“Para mim foi realmente as comidas (...). E o mau é que eu às vezes vou comendo entre as refeições, esse é que é o meu problema”* (ED2)<sup>6</sup>. Por outro lado, cinco dos entrevistados referiram que nada mudou após terem conhecimento da doença, *“Não me senti revoltada, nada. Aceitei sim. (...) É uma coisa normal (...) e não estou assim muito preocupada”* (ED4). No caso de um dos diabéticos o discurso centrou-se em não dar importância à doença, *“(...)Se eu lhe disser que não mudou mais nada, poderão (...) pensar que eu sou inconsciente, (...) nunca me preocupei até hoje. (...) Em casa não temos muitos cuidados, não há essa sensibilidade.*

---

<sup>6</sup> Nesta etapa do trabalho optámos por não colocar os nomes fictícios dos entrevistados, mas para maior conveniência nossa, colocámos Entrevista com o Diabético (ED) e o número que correspondia à entrevista que estávamos a transcrever. A mesma opção foi tomada para referir a entrevista com os familiares (EF) seguido do número correspondente.

---

*Neste momento para mim, a Diabetes ainda está na prateleira, tomo os comprimidos e estou feliz da minha vida” (ED1).*

No que se refere ao impacto físico, quando perguntado aos diabéticos se realizavam atividade física, quatro responderam que nunca o fizeram, enquanto outros quatro referiram que sempre praticaram exercício físico *“Já fazia, nunca deixei de praticar. Ainda hoje pratico Jeet kune Do e, e faço meia hora de rampa de manhã e meia hora à noite, agora estou só com esses dois aparelhos porque os tenho em casa” (ED3).* De salientar que a entrevistada ED4 refere que a sua atividade física não é aquela estruturada e planeada mas sim aquela que realiza através de algumas atividades do seu quotidiano como cavar a terra (uma vez que tem plantação de produtos para consumo próprio), *“Atividade física faço muita, porque eu cavo no quintal, eu planto, eu tenho essas coisas todas. (...) Pessoas que já têm os Diabetes muito avançados e que necessitam é natural” (ED4).*

### ***3.1.3. Dimensão Familiar: Impacte da Doença na Família do Diabético***

Na dimensão familiar do diabético, optámos por criar uma sub-dimensão referente ao impacto relacional com os familiares. Posteriormente, adicionámos categorias e subcategorias para um melhor esclarecimento dos discursos produzidos. Assim, na categoria relação com o cônjuge, temos por um lado uma relação baseada no carinho, *“Nós pelo menos somos, como direi, “unha com carne, em casa e no trabalho” (ED3),* por outro lado, existe uma relação de tensão *“ (...) ou que em função da martirização que ela me faz eu tenha que modificar o meu comportamento. Portanto, (ahhh) em termos familiares (ahh) depois da Diabetes é nada, é nada, é nada, é nada” (ED1).*

Na relação que se estabelece com os filhos, o sentimento é de que existe um cuidado para que o diabético se sinta o melhor possível. O filho perceciona a sua relação com os pais como de proteção até porque ainda é um diabético menor de idade e necessita ainda desses cuidados, *“Houve maior ligação principalmente com o meu pai que era o que me ajudava mais. Quando eu tive no hospital ele dormia lá e ajudava-me” (ED2).*

Para duas das entrevistadas, a relação que estabelece com o familiar é de afastamento, *“Eu tenho duas irmãs mas ainda cá não vieram. Mas eu também não me importo, quer dizer, aceito tudo de boa vontade” (ED12),* ou uma relação conflituosa,

De vez em quando vem cá a minha sobrinha... mas senhora, quando apanham tudo... quem se deserda antes que morra... sabe o que dizem os espanhóis, não é?! Aparece aí de vez em quando... Ela está a pagar com o meu dinheiro! Aparece aí de vez em quando, quando lhe dá na cabeça. Se ela me desse apoio eu não tinha vindo para o lar, estava na minha casinha porque a vivenda também é minha, toda mobilada por mim... ele é roupas, louças, máquinas, é tudo meu.... (...) tudo isto ajuda os diabetes a subir! (ED9).

### ***3.1.4. Dimensão Social: Impacte da Doença no Enquadramento Sociolaboral do Diabético***

Nesta dimensão foram incluídos duas sub-dimensões: o impacte laboral e o impacte relacional. Na primeira sub-dimensão, impacte laboral, fizemos ainda uma divisão em categorias: sem impacte e abandono do trabalho. Para a categoria do impacte, foram identificadas subcategorias: nunca trabalhou fora de casa e nada mudou no trabalho/escola. Relativamente à sub-dimensão impacte relacional, incluímos a categoria sentimentos associados e conseqüentemente, na sub-categoria introduzimos a componente da solidão.

Quando perguntámos se houve impacte a nível laboral, para cinco dos entrevistados nada mudou porque nunca trabalharam fora de casa, enquanto para outros cinco diabéticos nada mudou no trabalho ou na escola, “*Não mudou nada (...) não me condicionou absolutamente nada*” (ED1), “*Receberam-me muito bem e ajudaram-me e tudo. Que continue a ser como tem sido*” (ED2). Para uma das entrevistadas, o surgimento da diabetes fez com que tivesse dificuldades em conciliar a doença com o trabalho, pois teve alguns internamentos devido à doença e sentia-se sempre fraca e por isso, teve que tomar a decisão de deixar de trabalhar fora de casa, “*Quer dizer havia dificuldade mas depois (...) fazia só a vida de casa. Deixei de trabalhar. Aquilo apareceu-me ainda eu trabalhava mas quando fui internada e tudo deixei de trabalhar, fazia só a vida de casa*” (ED10).

Para duas das diabéticas, a nível social, o impacte relacional teve muita importância traduzindo-se num sentimento de solidão, “*Sinto (solidão). (...) olhe, gostava de ter calma*” (ED9), “*Sinto-me sozinha*” (ED10).

---

### 3.1.5. Dimensão Tipo de Apoios Prestados ao Diabético

Na dimensão tipo de apoios, criámos, para melhor análise das mesmas, três categorias que são: equipa médica, familiares e redes de suporte. Dentro da categoria equipa médica surgem três subcategorias: informação prestada, relacionamento e acompanhamento. Relativamente à informação prestada incluímos duas sub-subcategorias: suficiente e insuficiente. Na subcategoria relacionamento, construímos duas sub-subcategorias: conflituoso e cordial. Por último, na subcategoria acompanhamento, incluímos duas sub-subcategorias: consultas e internamento.

Quando perguntado aos diabéticos se a informação prestada pela equipa médica é suficiente, dois responderam afirmativamente, enquanto quatro referiram que não estavam satisfeitos com a informação prestada: *“O médico nunca me disse nada”* (ED8), *“Não, nunca me explicaram nada”* (ED9). Por outro lado, foi também questionado qual o tipo de relacionamento que mantinham com a equipa médica e dois entrevistados referiram claramente que era cordial, contudo, para dois outros entrevistados a relação com a equipa médica é conflituosa, por um lado o doente não gosta do médico e *“(…) não gosto nada da minha médica de família (...). A senhora é muito fria, a senhora é muito fria...é se calhar, politicamente correta, mas não é mulher que sensibilize qualquer doente para fazer algo em prol de”* (ED1), por outro, a doente não consegue conversar com o seu médico nem consegue que ele a informe sobre a doença: *“Não ajudou em nada, não ajudou em nada (...) disse que era uma coisa simples e que eu... que não estava muito... quer dizer, muito adiantada! Depois é que a minha filha se preocupou e foi comigo a outro médico... e é que explicou o que era!”* (ED4), o que fez com que tivesse que recorrer a um médico particular para obter a informação que necessitava sobre a Diabetes.

Relativamente ao acompanhamento que a equipa médica faz devido à Diabetes, apenas dois entrevistados referiram que iam a consultas. Uma entrevistada ressaltou que a Associação de Apoio aos Diabéticos prestava melhor serviço: *“Sim. Embora que... ache... que a Associação está mais, mais inclinada para esse campo”* (ED3). Salientamos que, uma das entrevistadas referiu que permaneceu internada 3 meses, sobretudo devido ao fato de estar a aprender a administrar a insulina a ela própria: *“Fiquei lá 3 meses internada, na Guarda. (...) Por causa dos Diabetes... Depois, enquanto eu não soube dar a insulina e fazer tudo, não sai! (...) Já não tem conta!!!... [o número de internamentos por causa da diabetes] ”* (ED10).

Quando perguntado aos diabéticos qual o apoio que o(s) familiar(es) lhes facultava(m), apenas sete falaram sobre o assunto, dois referiram que o familiar os acompanhava às consultas médicas e quatro referiram que mesmo estando a viver no Lar de Idosos, os familiares faziam visitas regulares enquanto que apenas uma mencionou que os familiares não a visitavam, mas que telefonavam: “*Telefonam. Não, ir ver não... que não tenho cá ninguém!*” (ED10).

Uma vez que oito dos entrevistados estavam a viver no Lar de Idosos foi questionado se dentro da instituição tinham apoio no que se refere à Diabetes. Três dos entrevistados responderam que a enfermeira era uma boa ajuda: “*A senhora enfermeira está a par de tudo e o médico que cá vem de vez em quando também está a par disso tudo*” (ED9), “*Falo com a senhora enfermeira [sobre a Diabetes]. Pergunto à senhora enfermeira*” (ED12).

No que se refere às redes de suporte dos doze entrevistados diabéticos apenas um respondeu que recorria à Associação de Apoio aos Diabéticos, tanto para falar com a equipa médica como para tirar alguma dúvida que tinha.

**ED3** – (...) há uma Doutora Ana Luísa, que é a minha por sinal... que é... eu direi... dada de corpo e alma à Associação [acolhimento na Associação]. Há pelo menos uma nutricionista e uma enfermeira, principalmente uma enfermeira que dá o primeiro apoio a quem chega lá, que quem quiser pode renovar. Aquelas pessoas que não metem tão bem na cabeça, podem ir ouvir sempre que queiram as primeiras pessoas que vão [obtenção da informação sobre a Diabetes]. Para resolver, sim!... Procuo, embora que, eu sou uma pessoa que estou bastante informada [procura a Associação para a resolução de problemas relativos à doença].

### ***3.1.6. Dimensão Avaliação dos Apoios ao Diabético***

Nesta dimensão foram incluídos três categorias: ao nível da informação, ao nível dos apoios e necessidades futuras. Relativamente ao nível da informação introduzimos duas subcategorias: sobre a doença e sobre cuidados a ter. Destas duas subcategorias surgem ainda as sub-subcategorias. Sobre a doença surgem as sub-subcategorias: suficiente e insuficiente. Sobre os cuidados a ter incluímos a sub-subcategoria: alimentar.

Na categoria ao nível dos apoios, temos a subcategoria económico e a sub-subcategoria insuficiente participação monetária.

---

---

Relativamente à categoria necessidades futuras foram introduzidas três subcategorias: mudanças de comportamentos, apoio económico e colocação de equipas médicas. Na subcategoria mudanças de comportamento introduzimos ainda a sub-subcategoria: mais informação sobre a doença. Na subcategoria apoio económico a sub-subcategoria é: maior participação monetária.

Quando foi perguntado aos inquiridos se a informação que existe sobre a Diabetes é suficiente, dois responderam afirmativamente, enquanto três dos entrevistados responderam que a informação que existe sobre a DM não é suficiente. Sabem que têm a doença, mas desconhecem as suas consequências. Temos ainda uma das entrevistadas que sabe que toma a medicação, mas não sabe para o que serve nem o que está a combater: *“Eu não sei nada sobre a minha doença, só sei que é uma doença chata, não dói e a gente não pode pronto”* (ED5).

Para três dos entrevistados, o mais importante na Diabetes (se não a única coisa importante) é ter cuidado com a alimentação. Para estas pessoas, se tiverem cuidado com o que comem, a Diabetes não tem consequências, *“(...) não como figos, nem bananas, nem melão, nem figos, nem uvas, as bananas até comia mas agora não as como e assim certas coisas doces evito um bocadinho, mas se for bolos e isso... também não como muito. (...) tem que se ter muito cuidado com a boca, isso é o principal!”* (ED12).

Dos doze entrevistados, quatro referiram que os apoios são insuficientes, que deveriam ter uma ajuda monetária para os encargos inerentes à doença: *“(...) fica muito caro as fitas... só nos dão a insulina, não nos dão mais nada [apoios institucionais] (...) é preciso pagar as agulhas, é preciso pagar as fitas. Os medicamentos são muito caros e eu gasto muito medicamento”* (ED5).

Uma das questões colocadas aos diabéticos foi: “O que gostaria de ver no futuro?”, ou seja, o que perspectivavam no futuro em relação à doença. Três dos entrevistados referiram que queriam mais informação sobre a Diabetes, *“Eu gostava de saber coisas mais sobre a doença. Só sei o que os Diabetes fazem às pessoas, que eu vi a minha cunhada, não é!? O resto não sei mais nada, não é!?”* (ED9), *“Eu gostava de saber, porque eles dizem que são perigosos... uma cegueira nunca mais se volta a ver, não sei...”* (ED12).

Por outro lado, para duas das entrevistadas, as suas necessidades futuras em relação à doença têm que passar por uma maior participação nas ajudas, ou em

dinheiro ou em medicação gratuita: *“Darem-me a medicação, o que é preciso!... Tudo... É o que nós merecíamos!... tanto eu como os outros diabéticos, que é uma doença que não tem cura e havíamos de ser mais ajudados.”* (ED4).

Uma das entrevistadas referiu que o mais importante a fazer seria colocar médicos e ajuda necessária nas zonas mais afastadas dos grandes centros, para que dessa forma, todos fossem apoiados: *“Muita gente precisa muito de apoio (...) quem reside na província, certas zonas que não há médicos (...) não têm ninguém, nem as famílias, nem compreendem (...) era normal que houvesse mais apoios!... Porque quem está na cidade tem outros privilégios do que têm nas províncias”* (ED4).

### ***3.1.7. Dimensão Pessoal: Impacte da Doença nos Familiares dos Diabéticos***

Na dimensão pessoal dos familiares dos diabéticos foi incluído a sub-dimensão impacte emocional à qual também foi acrescentada uma categoria: sentimentos associados à descoberta da doença do familiar. Para uma melhor clarificação dos discursos foi também incluída a subcategoria: preocupação, sem dificuldades de adaptação, frustração, medo, com dificuldades de adaptação e preocupação alimentar.

Quando foi perguntado aos familiares dos diabéticos qual o impacte emocional que a descoberta da doença lhes tinha provocado, os sentimentos manifestados pelos mesmos foram de várias índoles. Para um dos familiares, o sentimento mais evidente é a preocupação que a doença suscita, os cuidados que tem que ter para que não haja agravamento da doença, enquanto para dois outros familiares não houve dificuldade nenhuma de adaptação até porque o familiar diabético encontra-se a viver no Lar de Idosos. Contudo, duas das familiares entrevistadas, revelaram dificuldades na adaptação à doença dos seus familiares doentes diabéticos, de tal forma que tiveram que tomar a decisão de colocar o familiar no Lar de Idosos, *“ (...) se não fosse o Lar eu teria que me dedicar inteiramente à minha irmã e, então, a minha vida parava!”* (EF6), juntamente com a perceção de que não podia dar o devido apoio ao familiar, *“Tanto que tive que tomar o passo de a colocar aqui, não é. (...) apanhei-a algumas vezes caída no chão, que tive que a levar para o Centro de Saúde e Hospital... tudo isso foram fatores que fizeram com que, se calhar, esta mudança surgisse até mais rapidamente.”* (EF9).

De destacar que a entrevistada que manifestou preocupação com o cônjuge pelo surgimento da Diabetes, também manifestou claramente que se sentia frustrada pelo

---

---

marido não a ouvir e não deixar que ela o ajudasse, “(...) *não chegamos a determinado acordo, entre nós. Não ficamos bem um com o outro porque ele... não... não respeita aquilo que eu lhe peço. É um sentimento... (...) Fico muito frustrada, porque acho que se ele me ouvisse, se calhar, até a nossa relação, se calhar, estava um bocadinho melhor em determinadas alturas*” (EF1).

Para um dos familiares o sentimento mais pungente foi o medo relativamente às consequências que poderiam surgir devido à Diabetes.

Dos familiares entrevistados, cinco mencionaram que o que mais os preocupava era a alimentação. A alimentação foi alterada para todos de acordo com as necessidades do diabético, “*Alterou-se a alimentação, eu acho que foi bom, uma alimentação melhor. Sim, acabaram-se, por exemplo, com os gelados cheios de açúcar, não é, e todas essas porcarias de doces.*” (EF2), “*Sim, alguns ajustes de alimentação sim, portanto, passou-se a evitar o açúcar, a evitar o sal em demasia portanto, fazer uma dieta equilibrada*” (EF3)

### ***3.1.8. Dimensão Familiar: Impacte da Doença nos Familiares dos Diabéticos***

Para uma melhor descrição dos discursos dos entrevistados relativamente à dimensão familiar, foi introduzido uma sub-dimensão, impacte relacional. De seguida, introduzimos as categorias: na relação com o cônjuge, em que incluimos duas subcategorias, a carinhosa e a tensão; na relação com o pai ou a mãe, que é acompanhada pela subcategoria carinhosa; na relação com o filho, onde introduzimos a subcategoria controladora; na relação com outros familiares, onde surgem duas subcategorias, a preocupação e sem preocupação.

O impacte relacional que os familiares tiveram com o seu familiar doente diabético, vai de encontro ao que foi sentido por parte dos diabéticos. Relativamente aos cônjuges, a relação é de carinho “*Pois, eu procuro ajudá-la em todos os pormenores (...) somos muito carinhosos um para o outro*” (EF3), ou uma relação de tensão, devido ao fato do marido não aceitar a doença, “*Eu gostaria de ajudar mais se ele me ouvisse (ahhh)... Acho que o grande problema é esse é! Ele, por vezes, não quer ouvir (...). Ele não é uma pessoa que fale sobre o assunto, tenta sempre fugir do assunto*” (EF1).

Uma das entrevistadas fez questão de esclarecer que a relação que tem com a mãe é boa, que é uma relação carinhosa e que a única coisa que faz com que discordem é na forma como a mãe se deve cuidar devido à Diabetes.

Para um dos familiares do diabético, a única preocupação é controlar os índices de insulina do filho, se isso estiver controlado não tem mais nenhuma preocupação, “*A dificuldade foi mais antes de se descobrir, uma vez descoberto deixou de ser dificuldade. (...) a preocupação é os números, se os números estão bem não há preocupação nenhuma*” (EF2).

Dos familiares entrevistados, dois, embora não vivam juntos, têm um sentimento de preocupação devido à doença, muito devido à teimosia do familiar diabético, “*(...) fazia o que queria, não controlava como devia ser... (...) Apesar da idade, eu fui sempre mais para a minha irmã como uma mãe do que ela para mim*” (EF6).

Uma das entrevistadas referiu que não foi difícil lidar com a diabetes do familiar, pois após o internamento da tia no Lar de Idosos, deixou totalmente de se preocupar uma vez que isso passou a ser a função dos que lá cuidam dela “*(...) Depois que veio aqui para o lar, sinceramente, também me abstrai dessa parte, porque penso que tem aqui pessoas, tem aqui a enfermeira, que é responsável e vai-me transmitindo que ela toma a medicação, cuidados com a alimentação inclusive*”(EF9).

### **3.1.9. Dimensão Social dos Familiares dos Diabéticos**

Na dimensão social do familiar, optámos por incluir uma sub-dimensão intitulado *impacte laboral*, que foi ainda dividida, por sua vez, em duas categorias: *dificuldade em conciliar o trabalho com o apoio familiar* e *conciliação do trabalho com o apoio familiar*.

Para dois dos familiares entrevistados, a conciliação do trabalho com o apoio ao familiar diabético não foi fácil. A familiar entrevistada EF9, devido às dificuldades que tinha em conciliar o trabalho e apoiar a tia, tomou a decisão de a deixar ir para o Lar de Idosos, “*Sim, porque não é fácil, não é fácil pelos horários, às vezes a gente tem que ficar mais, eles estão habituados aquelas rotinas, ao tipo de alimentação que têm que fazer e as horas que também têm que comer*” (EF9). Por outro lado, a familiar entrevistada EF2, embora tenha uma carga horária laboral excessiva, tem o marido que ajuda nesse apoio ao filho diabético, “*(...) eu passo o dia todo na escola e ele sabe, passamos o dia todo na escola e não podemos, ainda vimos para casa com trabalho é muito difícil estarmos a fazer um controlo a 100%*” (EF2).

Para cinco dos familiares entrevistados, foi fácil conciliar o trabalho com o apoio prestado ao diabético.

---

---

### ***3.1.10. Dimensão Tipo de Apoios aos Familiares dos Diabéticos***

Para que os discursos dos familiares dos diabéticos se tornem claros relativamente à dimensão do tipo de apoios, houve necessidade de introduzir as categorias: equipa médica, familiares e redes de suporte. Assim, dentro da categoria da equipa médica, inseriu-se a subcategoria: informação e envolvimento dos familiares, incluindo ainda duas sub-subcategorias: suficiente e insuficiente. Relativamente à categoria familiares, ficou com a subcategoria: acompanhamento, que se dividiu em duas sub-subcategorias: consultas médicas e visitas. Na categoria redes de suporte, colocou-se a subcategoria: institucional, que foi dividida em duas sub-subcategorias: Instituição de Apoio Social (Lar de Idosos) e Associação de Apoio aos Diabéticos.

Quando perguntado aos familiares dos diabéticos se a equipa médica os envolvia no tratamento da doença, quatro dos entrevistados responderam afirmativamente, enquanto para três dos familiares, a equipa médica não os envolve o suficiente. De salientar que o casal entrevistado EF2 (mãe e pai de um menino diabético) estão em polos diferentes, isto é, enquanto o pai respondeu que se sentia suficientemente envolvido pela equipa médica, a mãe refere que os médicos são “muito frios” no tratamento, principalmente com os familiares.

Das dez entrevistas realizadas aos familiares dos diabéticos, três deles referiram que acompanhavam o familiar às consultas médicas. De referir que o entrevistado EF2 não mencionou explicitamente que acompanhava o filho às consultas médicas, mas que está implícito uma vez que o filho é menor de idade.

Uma vez que oito dos diabéticos vivem no Lar de Idosos foi questionado aos familiares se faziam visitas regulares, ao que três responderam afirmativamente.

Três dos familiares dos diabéticos sentiram necessidade de pedir ajuda e fizeram-no através do internamento do familiar no Lar de Idosos por lhes parecer que estariam melhor, que seriam mais bem acompanhados e que teriam maior apoio, tanto no que se refere às necessidades pessoais como relativamente às necessidades que poderiam vir a ter inerentes da doença, *“Eu, com a minha mãe, estou descansado, porque a temos aqui no Lar e estamos tranquilos. Se houver alguma coisa socorrem logo!”* (EF8).

De todos os entrevistados, apenas um familiar recorreu em conjunto com o diabético à ajuda de uma Associação, por pensarem que aí poderiam obter a ajuda

necessária, “*Depois decidimos, então, que ela fosse realmente para a Associação dos Diabéticos*” (EF3).

### ***3.1.11. Dimensão Avaliação dos Apoios aos Familiares dos Diabéticos***

Nesta dimensão, foram criadas duas categorias: ao nível da informação e das necessidades futuras.

Na categoria: ao nível da informação, foi introduzido uma subcategoria: sobre a doença que, por sua vez, se dividiu em duas sub-subcategorias: suficiente e insuficiente.

Relativamente à categoria: necessidades futuras, incluímos três subcategorias: mudança de comportamentos, equipas multidisciplinares e apoio do Estado. Relativamente à subcategoria mudança de comportamento, dividimos em duas sub-subcategorias: maior envolvimento dos familiares com as equipas médicas e mais informação sobre a doença. Na subcategoria apoio do Estado optámos por colocar uma sub-subcategoria: medidas eficazes para o combate à doença.

No que se refere à informação que existe sobre a doença, três entrevistados referiram que a informação sobre o assunto é suficiente, enquanto quatro dos familiares dos diabéticos mencionaram que a informação não era suficiente. Embora tenham uma vaga noção sobre o assunto não se sentem devidamente informados, “*Aliás, acho que a informação sobre a Diabetes não é suficiente*” (EF4), e ainda, de acordo com uma das entrevistas, não se pode apenas reduzir a informação acerca do que se pode ou não comer quando se tem Diabetes,

**EF9** – Não é... até porque quando nós falamos da Diabetes é: “Olha não podes comer açúcar” (risos) mas todos nós sabemos que não é o açúcar... aliás, quantas vezes eles têm de comer açúcar, não é!?... E pronto!... Mas isso é o que está preconcebido, é o que toda a gente acha, é que não! Mas a Diabetes não envolve só comer açúcar, não é!?... É preciso cuidados na alimentação, a todos os níveis, e andar e tudo o mais!...

Um dos entrevistados referiu que gostaria de ver um maior envolvimento dos familiares com as equipas médicas, “*(...) Eu acho que a família deve estar envolvida, deve participar em tudo*” (EF1).

Das dez entrevistas realizadas aos familiares dos diabéticos, quatro referiram que gostariam que existisse mais informação sobre a doença, não só para eles, mas também

---

para toda a população, até como forma de prevenção: “(...) devia fazer parte do currículo de um dos cursos, talvez de Biologia. (...) que o Ministério devia fazer uma norma, não só para esta doença, mas como para as outras, haver alguém responsável dentro das escolas” (EF2). Maior envolvimento por parte do Ministério da Saúde para utilizar os meios disponíveis para a divulgação: “(...) o Ministério da Saúde não usa os meios de informação que tem ao seu dispor, nomeadamente, o facto de nós termos um canal de televisão, que é supostamente de serviço público, como é a RTP 1, em que poderiam ser tratados estes assuntos, de uma forma clara, com uma linguagem que todos entendessem” (EF4).

Para três dos entrevistados a multidisciplinaridade, ou seja, a intervenção de vários técnicos, como sejam, médicos, enfermeiros, psicólogos, preparadores físicos, entre outros, para a ajuda dos diabéticos, seria indispensável, até para que os diabéticos tenham consciência de que as consequências da doença são manifestamente nefastas e que podem levar à dependência ou até à morte prematura.

**EF1** – Eu sempre defendi as equipas multidisciplinares. Acho que há uma taxa de sucesso muito razoável, maior do que se esperaria se tivessem várias especialidades a tentar realmente ajudar, nem que seja só pela ajuda, pelo apoio... Que essas pessoas, sejam de que doença for, se forem multidisciplinares, sim. Estou a falar de psicólogos, assistente social inclusive, preparadores físicos, educadores, professores, sei lá! Depende das idades que as pessoas tenham, faz parte de um leque variadíssimo de profissionais. (...) criar condições, programas (...) programas específicos em que... em que pudessem recrutar todos os técnicos que se disponibilizassem para formar mais equipas e que fossem para o terreno, não se deixassem estar só em sede, mas que partissem muito para o exterior e chegassem a pontos onde ainda não existem.

**EF4** – (...) penso que devia haver um acompanhamento que envolvesse todos os técnicos de saúde, não só o médico, como o auxiliar, como psicólogo, enfim todas as pessoas ligadas ao tratamento do doente

**EF9** – (...) era muito interessante haver esse tipo de coordenação de todas, de todas as especialidades que um diabético necessita, mas estar implementado no terreno, não é!? Que a gente vá a um Centro de Saúde ou que haja uma Clínica, que haja um acordo... Também não é necessário ser no Centro de Saúde... que haja uma coordenação e que o diabético, pelo menos uma vez por semana, eu já não digo mais, até para ele sair do espaço onde está e se movimentar e ver que há um bocadinho mais para além da Diabetes, fazia muito

bem, e acho que era essencial!... (...) E é o que eu digo, os Diabetes trazem montes de coisas, inclusive Parkinson.

Dos dez familiares de diabéticos entrevistados, seis referiram que o Estado tem o dever de ajudar estes doentes e os seus familiares. Referem que seria uma boa ajuda, principalmente para quem necessita de apoio económico para os medicamentos e tudo o que está diretamente ligado à doença, como sejam, as agulhas, palhetas e os exames complementares de diagnóstico, que deveriam ser gratuitos. A entrevistada EF9, refere que no interior, onde não existe tanta oferta, seria de muita utilidade que a ajuda se traduzisse em recursos humanos, isto é, que existissem pessoas que fossem ao domicílio, não só para ajudar, mas para dar uma palavra de conforto, porque muitas vezes estas pessoas estão sozinhas, *“Se calhar até é preferível haver mais apoio pessoal do que propriamente mais monetário” (EF9).*

### **3.2. Discussão dos Dados**

O diagnóstico da Diabetes pode ser motivo de ansiedade no núcleo familiar por se tratar de uma doença crónica e com complicações futuras. A experiência de ter DM, envolve uma alteração permanente no modo de vida de um indivíduo, que constantemente se depara com a necessidade de estar envolvido com novos comportamentos para estabilizar a sua condição, numa procura constante de encontrar um equilíbrio nas suas funções e, naturalmente, o bem-estar na sua vida.

Esta é uma doença que necessita de modificações de hábitos de vida, muitas vezes alterações exigidas pelo tratamento da mesma, que por sua vez podem desencadear fatores de *stress*, ameaçando a sua qualidade de vida e bem-estar físico e psicossocial, mas que se pode alastrar ao núcleo familiar por não saberem ou não conseguirem dar o apoio necessário a este tipo de doentes. A DM não só pode afetar o doente, tanto na sua vida pessoal como profissional, como envolve e altera os que o rodeiam, tanto familiares como amigos. A partir desta perspetiva e de acordo com o objetivo deste trabalho, é necessário perceber as necessidades, dificuldades e expectativas, tanto dos diabéticos como dos familiares.

Neste subcapítulo, discutir-se-ão os aspetos que se evidenciaram da análise dos resultados apresentados no subcapítulo anterior, tendo em conta os objetivos estabelecidos neste trabalho. A ter em conta que os resultados obtidos e que serão discutidos, não

---

poderão ser encarados como representativos da população portuguesa com DM, tendo em conta todo o processo de seleção dos participantes do estudo.

### ***3.2.1. O Diabético e o Tipo de Impacte na Vida Pessoal***

A DM é uma das principais síndromes de evolução crónica que acomete a população atualmente. Esta doença representa um grande problema de saúde pública com alta morbilidade, mortalidade e tem repercussões económicas significativas. Os diabéticos, segundo Polonsky (2000), muitas vezes sentem-se frustrados, desgastados, como que acorrentados pela rotina diária da gestão da doença e pela constante e difícil exigência de autocuidado, levando muitas vezes, a sentimentos de culpa, medo, raiva, preocupação pela ameaça de complicações, tanto a curto como a longo prazo, fazendo com que a doença seja um peso nas suas vidas. Assim sendo, não é difícil encontrar em vários estudos científicos a diminuição da qualidade de vida dos diabéticos.

Num estudo de Souza et al. (1997), que teve como objetivo identificar o significado de qualidade de vida para as pessoas com Diabetes, onde participaram 46 pacientes diabéticos, adultos e de ambos os sexos. Os resultados que estes autores obtiveram demonstram que, maioritariamente, ter qualidade de vida significava ter bem-estar físico (54,5%), ter estabilidade socioeconómica (26%), ter bem-estar psico-emocional e espiritual (16,9%). Neste estudo chegou-se à conclusão de que o que afetava mais os doentes com Diabetes é o trabalho/estudo/atividades do lar (38,5%), capacidade física (25,6%) e o relacionamento familiar (10,3%).

Ao pedirmos que os diabéticos falassem do impacte que a doença teve nas suas vidas, concretamente dos sentimentos associados à doença, constatámos que cinco dos indivíduos referiram que não tiveram qualquer alteração na sua vida após a descoberta da doença, *“Não me senti revoltada, nada. Aceitei, sim. (...) É uma coisa normal (...) e não estou assim muito preocupada”* (ED4). *“Não fiquei, nem estou muito preocupada”* (ED12).

Por outro lado, a alimentação, para alguns dos entrevistados, foi a maior alteração que empreenderam a nível pessoal, *“Para mim foi realmente as comidas, o resto fui-me habituando [as maiores dificuldades devido à doença]. E o mau é que eu às vezes vou comendo entre as refeições, esse é que é o meu problema”* (ED2).

Alguns autores, como Ferraz et al. (2000) referem que, o enfoque da abordagem educativa para o doente diabético deve incluir os aspetos subjetivos e emocionais que influenciam na adesão ao tratamento, indo além dos processos cognitivos, sendo primordial que a educação em saúde tenha em consideração a realidade e a vivência dos pacientes para que desta forma, os diabéticos assumam uma participação ativa no seu tratamento.

No estudo realizado por Péres et al. (2007), onde participaram 24 diabéticos acompanhados no Centro Educativo de Enfermagem para adultos e idosos, os resultados (através de entrevistas) mostraram que uma das dificuldades apontadas era a alimentação, porque a dificuldade de seguir uma dieta adequada à sua condição de diabético está muitas vezes relacionada aos hábitos adquiridos, aos horários para se alimentar, ao valor cultural do alimento, às condições socioeconómicas e à dimensão psicológica envolvida.

Para algumas pessoas portadoras de Diabetes, o início da doença é acompanhado por sentimentos de negação, pois sabe que tem a doença, mas o melhor é não dar importância, ou até mesmo duvidar que a doença acarrete qualquer consequência ou dano à sua pessoa. Um dos nossos entrevistados mostrou esse sentimento ao longo de toda a entrevista, “ (...) nunca me preocupei até hoje. (...) Em casa não temos muitos cuidados, não há essa sensibilidade. Neste momento para mim, a Diabetes ainda está na prateleira, tomo os comprimidos e estou feliz da minha vida” (ED1).

É importante que o diabético seja acompanhado, receba informações sobre a doença e também que compreenda a necessidade de controlar a glicémia, recebendo orientações de prevenção e autocuidado para evitar deste modo complicações. Contudo, em casos como este, que o doente não quer dar qualquer importância à sua condição, é difícil até para a familiar, prestar qualquer tipo de ajuda, tal como relata a esposa deste diabético: “Eu quero ajudar, quero acompanhar, quero perceber (...) mas, acho que ele ainda não está na fase... Está na fase se calhar da negação e não está realmente com vontade de me ouvir e de ser ajudado (...) eu acho que ele vive em negação” (EF1).

Alguns dos indivíduos que participaram no nosso estudo demonstraram alguma dificuldade em falar dos sentimentos relacionados com a Diabetes, preferindo não dar importância à doença como é o caso da ED7, “Eu não estou preocupada (...) Há tanta gente que os tem, por isso é que eu ando mais aliviada”.

---

---

Assim sendo, não basta enumerar ao diabético o que pode ou não fazer e o que pode ou não comer para que não sofra alterações da glicémia e não venha a ter complicações mais graves devido à doença, é necessário envolver o doente em todo o processo do tratamento, compreendendo as necessidades específicas do indivíduo para que seja um participante ativo na sociedade e adquira hábitos de vida saudável.

Outro aspeto a nível pessoal que pretendemos abordar com os entrevistados, prendeu-se com o impacto do exercício físico nas suas vidas.

O exercício físico como parte do tratamento do diabético colhe consenso na comunidade científica, bem como a dieta e a medicação. Infelizmente, essa prática não está globalizada na vida dos doentes. Uma das razões de não ser prática comum, deve-se, possivelmente, à falta de compreensão e/ou motivação por parte dos diabéticos e dos que o rodeiam. A recomendação de praticar atividade física por parte dos profissionais de saúde também é deficitária (Vancea et al, 2008).

Num estudo realizado por Zanetti e Mendes (2001), através de entrevistas realizadas a 30 mães de jovens e adolescentes com Diabetes, as dificuldades que as mães apresentaram para que os seus filhos praticassem atividade física diária foram: reuniões de convivência social, motivá-los a realizar atividade física, dieta, adaptação escolar, relacionamento com a equipa de saúde e comportamento do filho frente aos demais irmãos.

Não foi o caso do nosso entrevistado menor, pois este referiu que praticava atividade física antes e que não deixou de o fazer devido à doença: *“Sim, continua sempre o meu dia-a-dia como antes de ter os Diabetes. Fazia Judo, e continuo a fazer (...) depois, às vezes, vou andar de bicicleta com os meus irmãos e com os meus amigos e com o meu pai”* (ED2).

Por outro lado, uma das entrevistadas referiu que praticava muito exercício físico, embora não fosse estruturado: *“Atividade física faço muita, porque eu covo no quintal, eu planto, eu tenho essas coisas todas. (...) Pessoas que já têm os Diabetes muito avançados é que necessitam é natural”*. (ED4). Contudo, parece-nos falta de informação sobre a importância da atividade física estruturada e adaptada à sua condição de diabético.

A atividade física é benéfica para todos, mas reveste-se de uma maior importância quando nos referimos aos diabéticos, pode produzir importantes benefícios<sup>7</sup> a curto, médio

---

<sup>7</sup> Os benefícios da atividade física a curto, médio e longo prazo são:  
- Aumento do consumo da glicose;  
- Diminuição da concentração basal e pós-prandial da insulina;

e longo prazo. O risco da diabetes do tipo 2 aumenta, segundo Helmrich et al. (1991, como citado em Mercuri & Arrechea, 2001), à medida que aumenta o Índice de Massa Corporal (IMC), por outro lado, quando aumenta a intensidade e ou a duração da atividade física, que se traduz num gasto calórico semanal, esse risco de contrair a Diabetes tipo 2 diminui, especialmente em indivíduos com risco elevado de contrair a Diabetes.

Quatro dos participantes deste estudo nunca fizeram atividade física nem mesmo depois do aparecimento da Diabetes e também não tinham sido informados, acerca da importância da mesma, por nenhum profissional de saúde. Esta constatação, corrobora a nossa ideia de que a atividade física ainda não é indicada pelos médicos aos seus pacientes com Diabetes e também não lhes é explicado os benefícios que esta acarreta. A reforçar esta ideia, encontramos um estudo realizado por Guimarães e Takayanagui (2002), no qual foram entrevistados 29 diabéticos que se encontravam inseridos no Programa de Assistência ao Diabético de uma Unidade Básica e Distrital de Saúde de Ribeirão Preto, Brasil, onde foi constatado que 96,5% da informação recebida era por um profissional de saúde e destes apenas 17,2% abrangiam recomendações para a prática de atividade física. Além disso, 82,8% dos diabéticos mencionaram que apenas eram orientados para o tratamento com dieta e/ou medicação, sem qualquer indicação para a prática de atividade física.

Tal como estas autoras referem, parece-nos importante que as equipas de saúde revejam as suas práticas de educação de saúde no tratamento da Diabetes, para que possam indicar aos pacientes a importância da mudança de estilo de vida através da atividade física. Para isso, seria importante destacar a relevância de uma equipa multidisciplinar, para uma melhor qualidade de assistência prestada a estes doentes, uma vez que está demonstrado que a prática regular do exercício físico para os diabéticos faz com que: diminua os níveis de glicose no sangue, estimule a produção de insulina, aumente a

- 
- Melhoria dos níveis da hemoglobina glicosilada;
  - Melhoria do perfil lípido (diminuição dos triglicérideos; Aumento da concentração de HDL-colesterol; diminuição da concentração de LDL-colesterol);
  - Diminuição da pressão arterial;
  - Aumenta o gasto energético (redução do peso corporal; diminuição da massa total de gordura; preservação e aumento da massa muscular);
  - Aumento da força e elasticidade muscular;
  - Promoção da sensação de bem-estar e melhora a qualidade de vida Helmrich et al. (1991, como citado em Mercuri & Arrechea, 2001).
-

---

sensibilidade celular à insulina, aumente a capacidade de captação de glicose pelos músculos e diminua a gordura corporal, que está relacionada com a Diabetes do tipo 2.

### ***3.2.2. O Diabético e o Tipo de Impacte na Vida Familiar***

A importância da família pode ser nuclear. Os comportamentos, ações e hábitos de vida sofrem alterações devido ao surgimento da Diabetes num dos membros da família. Deste modo, o contexto familiar influencia o estado de saúde de cada indivíduo e este por sua vez, influencia o modo como a unidade familiar funciona. Por isso, a família representa uma unidade de cuidado ao doente diabético e este cuidado é influenciado pelo meio cultural no qual está inserido, pelos sistemas de crenças, valores e significados compartilhados bem como pelas condições socioeconómicas e educacionais. Como referem Martins, Fernandes e Gonçalves (2012), no contexto dos cuidados em saúde, a família por norma toma decisões baseadas nos seus hábitos de vida, crenças e valores relacionados com o processo saúde-doença e que sejam conciliáveis com a sua condição económica.

Para o diabético, o suporte familiar é fundamental, pois pode ser um aliado para a aprendizagem e orientações de saúde adequadas e no processo de aceitação da doença. No nosso estudo, procurámos saber através das entrevistas aos diabéticos, qual o relacionamento que tinham com o familiar após a descoberta da doença. Para dois dos indivíduos a relação ou era de tensão: *“A família resume-se única e exclusivamente à minha esposa que me faz sempre aquelas observações que todas as esposas fazem aos maridos. Não quer dizer que eu (...) em função da martirização que ela me faz, eu tenha que modificar o meu comportamento”*. (ED1), ou conflituosa: *“Aparece aí de vez em quando (a sobrinha), quando lhe dá na cabeça. Se ela me desse apoio, eu não tinha vindo para o lar, estava na minha casinha, porque a vivenda também é minha, toda mobilada por mim, ele é roupas, louças, máquinas, é tudo meu! (...) Tudo isto ajuda os diabetes a subir”*.(ED9).

No seio familiar, o aparecimento de conflitos surge como um dos maiores impedimentos à adesão ao tratamento e até mesmo à aceitação da doença. A capacidade da família para resolver tensões e conflitos fornece suporte emocional para que o doente aceite a adesão ao tratamento mais facilmente, bem como o controlo metabólico da

Diabetes, afirma Martin Miller Johnson, Kitzmann and Emery; Pinar et al (1998; 2003, como citado em Almeida, Pereira & Fontoura, 2012).

A entrevistada ED12, o que mais referiu ao longo da entrevista, foi o afastamento da família: *“Eu tenho duas irmãs, mas ainda cá não vieram. Mas eu também não me importo, quer dizer, aceito tudo de boa vontade”*. Quando refere que aceita de boa vontade, remete esta condição à vontade de Deus, *“tenho alguém lá em cima que me ajuda”*.

Como refere Barsaglini (2011), o recurso religioso, do ponto de vista do doente, também pode desempenhar um papel importante no modo como a doença é percecionada e de como se aceita o sofrimento, podendo ser útil – do ponto de vista do doente – a nível terapêutico, embora se ressalve que não consista necessariamente na eliminação da doença.

Para alguns dos nossos participantes neste trabalho, a relação com os familiares mais diretos é boa. A entrevistada ED3 referiu que a relação com o marido era carinhosa: *“Nós pelo menos somos, como direi “unha com carne”, em casa e no trabalho”*. Enquanto, a entrevistada ED4 referiu que a filha cuidava dela: *“Ela também está sempre presente e preocupada”*.

Parece-nos importante que exista um bom relacionamento entre o diabético e o núcleo familiar, pois facilita a aceitação da doença e ajuda na adesão ao tratamento. Por isso, a educação em saúde aos diabéticos tem que ter não só a preocupação de que estes controlem metabolicamente a doença, mas também deve envolver a família para uma melhor qualidade de vida de todos.

### ***3.2.3. O Diabético e o Tipo de Impacte na Vida Social***

Quando, no presente estudo, se analisa o impacte laboral que a doença teve na vida dos diabéticos, verificaram-se dois tipos de respostas: ou nunca trabalhou fora de casa ou nada mudou no trabalho/escola. De ressaltar que, a maioria das entrevistas realizadas foram a pessoas com mais de 65 anos e que já estavam na situação de reformadas. Outro fator importante a ter em conta é que quatro dos entrevistados responderam que nunca trabalharam fora de casa. Estes resultados prendem-se, talvez, com o fato das entrevistas terem sido maioritariamente realizadas no interior do país, pois era comum, antigamente, a mulher não trabalhar fora do lar, para poder dar mais assistência ao marido e aos filhos e

---

até mesmo trabalhar nas terras ou pequenas hortas, que cultivavam, para a sua subsistência e, ainda, criarem alguns animais para o mesmo efeito.

O trabalho tem um efeito importante na vida dos indivíduos, uma vez que o estar a trabalhar confere noções importantes a uma pessoa como o senso de identidade, a autoestima e o bem-estar psicológico. O trabalho tem também a função de prover as necessidades da vida e, por consequência, serve também para mostrar os talentos, as habilidades e os conhecimentos de cada um.

No presente estudo, cinco dos entrevistados referiram que não tiveram problemas no local de trabalho nem sentiram nenhuma mudança: “*Não mudou nada (...) não me condicionou absolutamente nada*” (ED1); “*Sim trabalhava. Não, nunca (problemas com colegas ou entidade patronal). Aceitaram*” (ED6).

A necessidade de todos darem importância às doenças crónicas é fundamental, uma vez que estas são resultado de absentismo no trabalho. Estas doenças, entre elas a Diabetes, têm impacto não só nos próprios, como em todos os que rodeiam esse doente crónico, desde familiares até aos colegas de trabalho. Uma vez que as doenças crónicas representam uma ameaça e também um desafio que todos temos que enfrentar, desde a simples comunidade às instâncias governamentais, é necessário reunir esforços conjuntos para reverter este cenário.

Como refere Mendes (1995), a responsabilidade social das empresas deve ser a aplicação da teoria da ação social, abrangendo princípios, processos e políticas voltadas para a saúde e, por isso, as empresas devem implementar, não apenas campanhas esporádicas, mas também programas preventivos contínuos, com o objetivo de alcançar resultados quanto à morbidade e mortalidade geral e específica. Além disso, seria importante ajudar e incentivar a realização de estudos epidemiológicos sistematizados, mensais e anuais, adotando, quando necessário, medidas corretivas.

A Diabetes como doença crónica pode impossibilitar o indivíduo de exercer a sua profissão na sua plenitude e pode levar ao abandono do trabalho, como é o caso da nossa entrevistada ED10: “*Quer dizer, havia dificuldade... mas depois (...) fazia só a vida de casa. Deixei de trabalhar. Aquilo apareceu-me ainda eu trabalhava, mas quando fui internada e tudo... deixei de trabalhar. Fazia só a vida de casa*”.

Desde a descoberta da DM, já muitos avanços ocorreram em relação à terapêutica, contudo, segundo Almeida et al (1997), o maior desafio no controlo da doença deve-se à

pouca adesão do trabalhador/doente ao tratamento. A maioria das vezes, este tem medo de perder o emprego, uma vez que é a sua garantia imediata de sobrevivência, associados a muitos outros constrangimentos que marcam estes trabalhadores, acabando por inibir e protelar o diabético a um tratamento inadequado, comprometendo deste modo a sua saúde e, conseqüentemente, levar ao abandono do trabalho.

Relativamente, ao impacte relacional, o sentimento que duas das entrevistadas referiram foi a solidão. Independentemente de estarem rodeadas de pessoas, uma vez que estavam a viver no Lar de Idosos, o sentimento que mais referiram ao longo da entrevista foi o sentirem-se sós: “*Sinto (solidão). (...) olhe... gostava de ter calma*” (ED9); “*Sinto-me sozinha*” (ED10).

A solidão para Neto (2000, p.322) é “*...uma experiência comum e é um sentimento penoso que se tem quando há discrepância entre o tipo de relações sociais que desejamos e o tipo de relações sociais que temos*”. Acrescentamos que outro fator a contribuir para a solidão prende-se com a chegada da terceira idade, quando o individuo deixa a vida ativa e começa a sentir-se menos útil à sociedade e à família.

No que respeita à solidão, existem outros fatores que concorrem com o que foi dito anteriormente, são eles: a diminuição da natalidade e o aumento da esperança de vida. Como refere Monk (1988, como citado por Paúl, 1997), os indivíduos vivem até mais tarde, por regra são as mulheres que ficam viúvas e sentem mais a solidão. Ainda outro fator a ter em conta, o sentimento de solidão deve-se ao facto da pessoa mais velha perder os amigos de longa data, com quem estavam habituados a partilhar o seu quotidiano.

Concordando com este raciocínio, acrescentamos que muitas pessoas idosas recorrem à institucionalização para que possam ter a ajuda que a família não pode ou não consegue garantir, ou pior, valerem-se dos Lares de Idosos, porque não têm família a quem possam pedir ajuda.

#### ***3.2.4. Tipo de Apoios Prestados aos Diabéticos***

Desde as últimas décadas, muito se tem feito para o combate contra a diabetes. Em 1992 surgiu o Programa Nacional de Controlo de Diabetes Mellitus, criado pela Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários que, em 1998, voltou a ser palco de novo folego ao reconhecerem que necessitava de uma revisão. De todos os trabalhos realizados, o Programa sofreu modificações que, em 11 de Novembro de 2007, foi objeto de uma

---

circular normativa da Direção-Geral de Saúde que se encontra em vigor até aos dias de hoje (Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes, 2008).

Nas entrevistas que realizámos com os diabéticos, foi pedido para que falassem sobre a equipa médica, relativamente à informação prestada, o relacionamento com a equipa médica e o acompanhamento que os técnicos de saúde prestavam. No que se refere à informação prestada, dois entrevistados mencionaram que achavam suficiente a informação prestada, enquanto quatro dos diabéticos que participaram neste estudo referiram que a informação prestada era insuficiente: “*Não, não, nunca* [diálogo com o médico de família] ” (ED5); “*Ela disse-me... não me disse nada* [a informação que o médico disponibilizou] ” (ED7); “*O médico nunca me disse nada*” (ED8); “*Não, nunca me explicaram nada*” (ED9).

Quando perguntado aos participantes que tipo de relacionamento tinham com a equipa médica, foram dados dois tipos de respostas: conflituoso - “*E aqui faço já uma ressalva, não gosto nada da minha médica de família (...). A senhora é muito fria*”. (ED1); “*Fui à médica de família (...) e não me receitou a máquina para medir cá, tinha que ir todos os dias à Farmácia. Não ajudou em nada*” (ED4) e cordial: “*Eu converso com ela. Sim tenho feito alterações, quando erro ela diz-me logo para fazer aquilo, aqueloutro*” (ED2); “*O médico disse-me logo tudo explicou-me. É bom. Disse-me logo, cuidado com a boca*” (ED12).

Relativamente ao acompanhamento, dois dos entrevistados referiram que estiveram internados e dois outros que iam a consultas da especialidade. De salientar que a entrevistada ED3 mencionou claramente que tinha consultas da especialidade num hospital, mas que a Associação de Apoio aos Diabéticos tinha mais sensibilidade para atender estes doentes, “*Sim. Embora que, ache que a Associação está mais... mais inclinada para esse campo*” (ED3).

Num estudo realizado por Paiva, Bersusa e Escuder (2006), indivíduos inseridos no Programa de Saúde de Família, do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil, foram entrevistados 72 pacientes divididos da seguinte forma: 14 com Diabetes, 30 com Hipertensão e 28 portadores das duas patologias. Relativamente ao acesso ao serviço de saúde 26,6% mencionaram que não tinham nenhum tipo de acesso ao serviço de saúde antes de estarem integrados no programa acima referido, 53,2% deslocavam-se a Unidades Básicas de Saúde ou Hospitais de outros municípios e 31,9% recebiam atendimento nos

Programas de Atenção Básica local. O recomendado seria que 60 a 80% dos casos de Diabetes e hipertensos fossem tratados na Rede Básica Municipal, contudo, é necessário que o atendimento resolva o problema e ainda que seja de qualidade. Contudo, não basta divulgar o nome e endereço dos serviços e da equipa médica, é necessário um esforço para aumentar a utilização dos serviços por parte de quem necessita.

Muito se tem avançado no sentido de melhorar o conhecimento sobre a Diabetes e consequente combate à mesma de forma a que se minimizem as complicações inerentes à Diabetes. No entanto, parece-nos importante referir que não se pode apenas ficar pelos gabinetes dos consultórios. É necessário ir para o terreno, falar com as pessoas, informar e esclarecer para que estas passem a ter um papel mais participativo na promoção da sua saúde.

No presente estudo, pretendeu-se saber se os familiares acompanhavam os doentes diabéticos ou se os visitavam (nos casos dos entrevistados que estavam a residir no Lar de Idosos) e apenas dois referiram que os familiares os acompanhavam às consultas: “*É o meu pai que me acompanha mais vezes ao médico*” (ED2); “*(...) se eu estivesse bem ia sozinha se tivesse pior tinham de ir, o meu filho comigo*” (ED5).

Nas entrevistas que realizámos aos diabéticos que estavam institucionalizados, percebemos que tinham alguma dificuldade em falar sobre a família. Quando abordados diretamente, ou não respondiam ou mudavam de assunto. Por respeito para com quem estava a ser entrevistado, optámos por não insistir em alguns temas mais sensíveis, mesmo correndo o risco da entrevista não ficar tão rica relativamente aos assuntos que pretendíamos ver aprofundados.

A dificuldade de falar sobre a família ficou clara quando perguntado aos diabéticos se eram visitados pela mesma no Lar de Idosos. Foram respostas quase telegráficas sem que falassem mais do que o perguntado. Três entrevistados responderam que eram visitados pelos seus familiares, mas duas das entrevistadas referiram que não tinham visitas, no caso da doente ED10: “*Telefonam, não ir ver não, que não tenho cá ninguém*”, enquanto a doente ED12 foi muito clara ao dizer que não tinha visitas por parte da família: “*As minha irmãs não vêm cá*”.

Num trabalho realizado por Fisher, Delamater, Bertelson, e Kirkley (1982), constatou-se que quanto menos conflitos existirem no seio familiar, maior é a estabilidade, maior a coesão, maior é o controlo glicémico por parte dos doentes diabéticos.

---

O apoio dos familiares é importante para os diabéticos, mas também pode despertar sentimentos ambíguos. Um exemplo disso, é-nos dado num estudo realizado no Centro Universitário do interior Paulista, Brasil, em 2007, pelos autores Santos et al (2011), onde participaram 41 diabéticos. Uma das conclusões a que chegaram foi que os participantes reconhecem que o apoio da família é importante, contudo relataram que o excesso de controlo por parte dos familiares restringe a sua autonomia e desperta sentimentos ambíguos.

A família tem uma reserva de apoios disponíveis em caso de necessidade, esses recursos são diversos, mas os de maior relevo prendem-se com os recursos psicológicos ou psicossociais, os quais são definidos como os modos característicos da família perceber e interagir com o mundo social intra e extrafamiliar. A coesão familiar é fundamental para uma melhor adaptação da criança com a doença crónica [nós acrescentamos para todas as idades], usando estratégias eficazes de ajuda. (Reiss, Gonzalez & Cramer, 1986; Wallander & col., 1989).

Consideramos que é importante que a rede de apoio familiar seja um dos pilares, que seja uma âncora, para o cuidado em doenças crónicas. Muitas vezes o doente com Diabetes tem sentimentos de abandono, desamparo e falta de apoio para o ajudar na adesão ao tratamento. Por outro lado, o familiar pode sentir-se impotente, sem capacidades para o ajudar, pois não dispõe de informação ou apoio suficiente para prestar os cuidados. Por isso, parece-nos importante que a família seja parte participativa no tratamento do doente diabético e, para isso, é importante que as equipas médicas as incluam, ou seja, que o discurso não seja apenas virado para o doente, mas também para os que o rodeiam, para que em conjunto seja possível proporcionar um melhor bem-estar para o diabético.

Relativamente às redes de suporte, por razões lógicas, uma vez que muitos dos entrevistados estavam institucionalizados, pretendeu-se saber se recebiam apoio dos técnicos de saúde que trabalhavam no Lar de Idosos. Três dos entrevistados relataram que se apoiavam muito na ajuda que a senhora enfermeira disponibilizava: *“A senhora enfermeira está a par de tudo e o médico que cá vem de vez em quando também está a par disso tudo. Uma vez já estive a falar com ele, mas nunca me falaram dos Diabetes”* (ED9); *“Falo com a senhora enfermeira”* (ED12).

Parece-nos importante que as instituições disponibilizem técnicos de saúde para apoiar e informar os seus utentes, para uma melhor adesão ao tratamento e uma maior

prevenção das consequências graves que a Diabetes acarreta. O estudo de Gomes-Villas Boas et al. (2009), com uma amostra constituída por 161 pessoas com Diabetes, no Brasil, concluiu que os participantes tinham uma elevada perceção de apoio social, sendo a primeira fonte de apoio os familiares seguidos pelos profissionais de saúde.

O Diretor do Lar de Idosos, do Concelho da Guarda, refere que o apoio existe: “ (...) *Temos enfermeira a tempo inteiro e temos o médico que vem cá uma ou duas vezes por semana. Também temos aqui um Centro de Saúde muito próximo, e é fácil, às vezes, nós entrarmos em contato com o nosso médico, mas a enfermeira está sempre presente*”.

Por outro lado, uma entrevistada referiu que recorre ao apoio de uma Associação de Apoio aos Diabéticos e que está muito satisfeita com o que lá encontra para colmatar as suas necessidades, “ (...) *Há uma Doutora Ana Luísa, que é a minha, por sinal... que é... eu direi... dada de corpo e alma à Associação. Há pelo menos uma nutricionista e uma enfermeira, principalmente uma enfermeira que dá o primeiro apoio a quem chega lá*” (ED3).

Consideramos que o trabalho das Associações de Apoio aos Diabéticos é um bom promotor da educação para a saúde dos diabéticos, familiares e comunidade, favorecendo assim uma melhor qualidade de vida para todos os envolvidos. Estas associações são um bom complemento a todas as outras ajudas, pois oferecem um trabalho integrado, realizado por equipas multidisciplinares, tais como, psicólogos, nutricionistas, enfermeiros, médicos e voluntários. Contudo, percebemos que dos doze entrevistados no nosso estudo, apenas um recorreu a esse tipo de apoio e que os outros nunca pensaram sequer nisso. Não quiseram desenvolver o tema, apenas foi relatado que não tinham recorrido a nenhuma associação porque não precisavam.

### ***3.2.5. Avaliação dos Apoios Prestados ao Diabético***

Nesta pesquisa pretendemos saber qual a avaliação dos apoios que os diabéticos faziam ao nível da informação, ao nível dos apoios económicos e das necessidades futuras.

Relativamente ao nível da informação sobre a Diabetes, um dos entrevistados declarou que o que sabia sobre o tema era suficiente: “*É o suficiente. Chega*” (ED6). Por outro lado, três dos entrevistados manifestaram que o que sabiam sobre a Diabetes não era suficiente. A falta de conhecimento por parte da entrevistada ED6 sobre a doença foi alarmante: “*Eu não sei nada sobre a minha doença, só sei que é uma doença chata*”.

---

Quando perguntado à entrevistada ED10 se tinha pé de diabético, a resposta foi, “*Não, não sei o que é isso!*”. Perguntámos se o médico nunca lhe tinha falado sobre o assunto e a resposta foi: “*Não, o médico de família já me esteve a ver foi as unhas e deu-me comprimidos, ando a tomá-los*”. Pensamos que esta falta de informação nunca poderá ser benéfica, uma vez que se a pessoa não está informada sobre as graves complicações que a Diabetes pode acarretar, também não poderá ter maiores cuidados com o seu estado de saúde, nem saber como se proteger dessas consequências.

A reforçar esta ideia da falta de informação que os diabéticos têm sobre a sua doença está um trabalho de Modeneze (2004) realizado com 21 diabéticos do tipo 2, que teve como objetivo analisar as limitações físicas e culturais desse grupo. Após a aplicação dos protocolos de avaliação, concluíram que existia no grupo um baixo nível cultural, fazendo com que a informação sobre a doença fosse insuficiente para o controlo e tratamento da DM.

No nosso estudo, quando perguntado aos diabéticos quais os cuidados que tinham devido à doença, a maioria não declarou que tinha mais cuidado após descobrir a doença e os que tinham, apenas se preocupavam com a alimentação: “*Que não comesse doces, chocolates e certas bebidas e essas coisas assim, principalmente doces, muita doçaria*” (ED6); “*(...) certos farinhaços, coisas de doces nunca mais toquei em nada*” (ED10); “*(...) não como figos, mas o médico (risos) disse-me nem bananas, nem melão, nem figos, nem uvas*” (ED12).

Esta falta de preocupação com o estado de saúde e com os cuidados que devem ter para não terem complicações graves inerentes da doença (como os problemas nos pés, olhos, rins, transplantes e doenças macrovasculares) não é positivo. De acordo com o Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes 2013, o número de doentes saídos/internados nos hospitais do SNS em que a Diabetes se assume como diagnóstico principal, teve um aumento nos últimos três anos de 35% e o número de doentes saídos/internados em que a Diabetes surge como diagnóstico associado, tem vindo a aumentar, entre 2003 e 2012, o aumento foi de 78,5%.

Esta falta de cuidados acarreta custos elevados ao SNS, ainda de acordo com o relatório anteriormente referido, a Diabetes em Portugal em 2012 representou um custo direto estimado entre 1250-1500 milhões de Euros (um acréscimo de 50 milhões de euros

face ao ano anterior), ou seja, representa entre 0,8-0,9% do Produto Interno Bruto Português ou ainda 8-9% das despesas em saúde em 2012.

Relativamente à avaliação que os diabéticos fazem ao nível de apoio, só referiram o económico e ainda assim só quatro dos entrevistados o referem. O entrevistado ED1 menciona que, *“Houve, no custo do medicamento”*, enquanto que a entrevistada ED3 se foca nos custos dos exames *“(…)tive que fazer exames e paguei cento e tal euros para os fazer. Ora, se tiver que fazer amiudadamente estes exames e se eu lhe disser que a minha reforma são 303 euros... Imagine que se eu tivesse que comer da minha reforma, imagine!”*. Outra das preocupações é que a reforma é pequena para os gastos com a doença: *“(…) a reforma pequena e nem sou isenta, nem de ser diabética... Não tenho isenção nenhuma, pago tudo, tudo à minha custa”* (ED4). Para a entrevistada ED5 os gastos com os medicamentos para a Diabetes é excessivo, *“(…) fica muito caro... as fita... Só nos dão a insulina, não nos dão mais nada (...) É preciso pagar as agulhas, é preciso pagar as fitas. Os medicamentos são muito caros e eu gasto muito medicamento”* (ED5).

Por último, no que concerne às necessidades futuras, referiram que precisavam de mais informação sobre a doença: *“Eu gostava de saber coisas mais sobre a doença. Só sei o que os Diabetes fazem às pessoas... que eu vi a minha cunhada, não é!? O resto não sei mais nada, não é!?”* (ED9); *“Eu gostava de saber, porque eles dizem que são perigosos... uma cegueira nunca mais se volta a ver, não sei!”* (ED12). Outros relataram que o que seria necessário futuramente seria um maior apoio monetário para a ajuda da alimentação: *“Na Diabetes gostava que dessem até alguma coisa para alimentações e tudo, porque a gente não tem posses para isso”* (ED10). Enquanto, a entrevistada ED4 gostaria que futuramente os apoios fossem a gratuitidade da medicação: *“Darem-me a medicação, o que é preciso tudo, é o que nos merecíamos, tanto eu como os outros diabéticos, que é uma doença que não tem cura e havíamos de ser mais ajudados”*.

Para a entrevistada ED4, o que seria mais importante futuramente para ajudar os diabéticos seria colocar técnicos de saúde nos lugares mais remotos de Portugal: *“(…) quem reside na província, é preciso mais médicos, não têm ninguém nem as famílias. Muita gente não compreende essas doenças, era normal que houvesse mais apoios, porque quem está na cidade tem outros privilégios do que têm nas províncias”*.

Na análise dos dados recolhidos para o presente estudo, observa-se que dos doze entrevistados diabéticos, quando interpelados sobre as suas necessidades e perspetivas

---

futuras, apenas seis responderam sobre o tema. Mesmo, os que falaram sobre isso, foram muito poucos em comentários, uma vez que com a Diabetes são inúmeras as dificuldades, tais como, a rejeição e negação da doença, o sofrimento e revolta devido a todas as restrições a que se vêem sujeitos, como a alimentação, a atividade física e claro, tudo o que está relacionado com a medicação, como mostra o estudo de Péres et al. (2007), realizado com 24 diabéticos acompanhados no Centro Educativo de Enfermagem, em Ribeirão Preto, Brasil, para Adultos e Idosos, em 2003, onde concluiu essas mesmas dificuldades.

Mesmo o Diretor do Lar de Idosos, do Concelho da Guarda, teve alguma dificuldade em falar sobre o que gostaria de ver feito pelas entidades responsáveis para a ajuda aos diabéticos e seus familiares, *“Isso não sei explicar muito bem como é que havia de funcionar, antigamente os diabéticos tinham algumas regalias e neste momento foram-lhes retirada, não sei se é melhor apoio financeiro ou reformas mais altas ou eles irem aos Centros de Saúde e Hospitais e terem outros benefícios, não lhe posso explicar assim mais”*.

Por tudo isto, esperávamos que os diabéticos que participaram no nosso estudo, falassem sobre as suas necessidades futuras e que apontassem caminhos que gostariam de trilhar para uma melhor qualidade de vida, tanto para eles, como para os que os rodeiam e que falassem dos apoios que gostariam de ter para o combate à Diabetes por parte das entidades responsáveis mas assim não aconteceu com alguns dos entrevistados. Pensamos que uma melhor compreensão dos sentimentos e comportamentos dos indivíduos com Diabetes possa ajudar para encontrar novos modelos de cuidados integrais que incluam as dimensões de bem-estar biológico, psicológico, social, entre outros, em parceria com todas as equipas médicas.

### ***3.2.6. O Familiar do Diabético e o Tipo de Impacte na Vida Pessoal***

No presente estudo, um dos objetivos propostos foi perceber a nível pessoal qual o impacte emocional. Era importante que os familiares nos falassem sobre os sentimentos associados à descoberta de um familiar com a Diabetes. Dos sentimentos referidos, uns passaram pela preocupação: *“ (...) não conseguia que ele fosse a uma consulta (...) a Diabetes dele não está ainda num estado avançado, mas que é preciso ter os seus cuidados. E isso para mim já se tornou logo preocupante, quando soube isso”* (ED1). Para a entrevistada EF4 o sentimento inicial foi de medo: *“(...) fiquei com muito receio, (...) os*

*meus receios, quando soube que ela tinha Diabetes eram no sentido das consequências graves que a Diabetes poderia provocar se ela não tivesse os cuidados que lhe eram, enfim”* (ED4). Tal como referem os autores Leal et al (2009), o diagnóstico da Diabetes provoca sentimentos tais como o medo e a preocupação nos membros da família e que esta tem um papel relevante no controlo e na prevenção da Diabetes, podendo ter influência negativa ou positiva.

Por outro lado, duas entrevistadas manifestaram dificuldades de adaptação: “(...) eu não podia tratá-la, eu não tinha condições de tratar a minha irmã (...) se não fosse o Lar eu teria que me dedicar inteiramente à minha irmã e então, a minha vida parava” (FD6). A entrevistada EF9 referiu que a dificuldade foi grande ao ponto de ter que tomar a decisão de a colocar no Lar de Idosos, “(...) tive que tomar o passo de a colocar aqui, não é.?! (...) Ela não tinha medicação, apanhei-a algumas vezes caída no chão, que tive que a levar para o Centro de Saúde e Hospital” (ED9).

Num trabalho desenvolvido por Moreira et al. (2009) onde envolveram diabéticos e seus familiares, no Estado do Paraná, Brasil, com o objetivo de estudo: a identificação e as conceções de cuidado expressas por familiares de pessoas com DM, concluíram que os familiares se deparam, diariamente, com dificuldades para controlar a doença. Estas dificuldades estão relacionadas com a intensidade e com a gravidade dos sinais e sintomas e com os cuidados diários constantes, que inevitavelmente, sobrecarregam os familiares cuidadores. Estes autores sugerem que se deve conhecer as dificuldades com que as famílias dos DM se deparam diariamente para que se possam encontrar soluções para um cuidado individual e eficaz. Outro aspeto importante, prende-se com a necessidade de desenvolver trabalhos de apoio direcionados a estes familiares, para que desta forma, se possa alcançar um plano de ações de saúde voltadas para a assistência integral, capaz de atender às necessidades tanto dos familiares como dos diabéticos.

Em sentido contrário, um dos entrevistados não teve dificuldades de adaptação porque quando foi diagnosticado Diabetes ao seu familiar este já vivia no Lar de Idosos: “Só soube quando ela veio aqui para o Lar (...) a senhora enfermeira estão a tratar dela. Não senti grande coisa, porque eu tenho gente na família diabética já para aí há 30 anos... É uma doença que se tem que controlar como outra qualquer” (EF8).

A educação para a Diabetes não pode ficar apenas restrita aos próprios doentes, os familiares que vivem com o diabético também têm que participar, e para isso, é necessária

---

uma mudança perante a vida, é preciso motivação para que essa mudança aconteça. Para que essa transformação ocorra também é preciso que as equipas médicas estejam disponíveis. Não devem apenas estar preocupados com os níveis fisiológicos dos diabéticos, mas também com os níveis psicológicos e psicossociais e fazerem com que os familiares sejam parte ativa na aceitação e participação da doença.

Ainda na dimensão pessoal do familiar, um dos aspetos em que se sentiam preocupações por parte dos familiares, era em relação à alimentação do diabético. Da mesma forma que seis diabéticos mostraram que a maior preocupação era a nível alimentar também nos discursos dos familiares a maior preocupação se prendia com o que podia ou não comer o diabético.

No que se refere às dificuldades que os familiares apresentam face à Diabetes, a literatura aponta principalmente a alimentação e o medo do desconhecido. Nesse aspeto a família é importante para ajudar a reeducar o doente para uma alimentação adequada à sua condição. Por isso, as restrições alimentares são fatores de impacto, tanto para os diabéticos, como para os seus familiares (Soares et al., 2006; Góes, Vieira & Liberatore Junior, 2007).

Contudo, a preocupação não pode ser apenas direcionada para a alimentação, é necessário que todos os envolvidos estejam informados que a Diabetes pode causar danos graves se não se adotarem hábitos de vida saudáveis, entre muitos, a prática da atividade física. A diabetes pode causar danos nos olhos, nos rins, nos pés, entre outros, e por isso, a preocupação não pode estar apenas focada na alimentação. Uma das familiares entrevistadas focou isso mesmo dizendo que,

(...) Até porque quando nós falamos da Diabetes é: “Olha não podes comer açúcar” (risos)... mas todos nós sabemos que não é o açúcar... Aliás, quantas vezes eles têm de comer açúcar, não é!? E pronto, mas isso é o que está preconcebido... É o que toda a ente acha é que não, mas a Diabetes não envolve só comer açúcar não é?! É preciso cuidados na alimentação a todos os níveis e andar e tudo o mais” (ED9).

### ***3.2.7. O Familiar do Diabético e o Tipo de Impacte na Vida Familiar***

No presente estudo pretendemos identificar qual o impacto relacional no familiar após a descoberta da Diabetes, ou seja, se a relação que mantinham se alterou com o

aparecimento da doença. Com os dois entrevistados que eram cônjuges, não houve alterações, mas encontram-se em dois polos diferentes, isto é, um casal refere que a relação tem um carácter carinhoso: *“Pois, eu procuro ajudá-la em todos os pormenores (...) auxilia-la naquilo que posso (...) somos muito carinhosos um para o outro (...) tenho acompanhado sempre a coisa dela, vivemos portanto, juntos o dia todo”* (EF3). Enquanto, o outro casal, embora a relação não tenha sofrido alterações, é uma relação de tensão: *“(…) se ele me ouvisse (ahhh)… acho que o grande problema é esse... é ele por vezes não quer ouvir (...) Está na fase, se calhar, da negação e não está com vontade de me ouvir e de ser ajudado, pelo menos por mim. Ele não é uma pessoa que fale sobre o assunto, tenta sempre fugir do assunto”* (EF1).

Para a entrevistada EF4, a relação que mantem com a mãe é de carinho, mesmo após a descoberta da Diabetes: *“Inicialmente, fiquei bastante surpreendida na medida em que, não há diabéticos na família. (...) devo esclarecer que o meu relacionamento com a minha mãe é extraordinariamente bom”* (EF4).

O sistema familiar é complexo e dinâmico e por sua vez é influenciado pelo meio que o rodeia, social, cultural onde está inserido, sendo que as relações familiares, de alguma maneira, interferem no processo de saúde e doença dos seus membros, assim como na interpretação da experiência de cada pessoa da família. Para as equipas médicas a família deveria ser parte integrante dos cuidados de saúde do doente, uma vez que a família informada e participante dá melhor apoio aos seus membros doentes, é mais flexível a modificações no seu funcionamento para que desta forma, atenda às necessidades do doente e assim proporcione mais rapidamente a adesão ao tratamento, possibilitando deste modo um melhor bem-estar do doente (Angelo, 1999; Ensen, Althoff & Manfrini, 2001).

Para o pai do adolescente diabético que fez parte da nossa investigação, a preocupação é de controlo: *“A dificuldade foi mais antes de se descobrir, uma vez descoberto deixou de ser dificuldade. (...) A preocupação é os números, se os números estão bem, não há preocupação nenhuma!”* (EF2), ou seja, desde que os índices de glicemia se encontrem em valores aceitáveis, nada mais o preocupa.

Num estudo realizado por Almiro, Queiroz e Jorge (2009) através de entrevista semiestruturada a oito adolescentes diabéticos e às suas mães, num serviço público, Ceará, Brasil, concluíram que os sentimentos manifestados por ambos devido à doença refletiram a ideia do facto de deixar de ser saudável. Para os adolescentes a doença não tem um

---

caracter muito grave, embora acarrete algumas limitações ou adaptações à sua vida enquanto, para as mães têm sentimentos negativos em relação à doença, uma vez que muitas vezes se sentem incapazes de atender às demandas impostas pela doença, e ainda pelo medo das complicações graves que a Diabetes pode trazer.

Para dois dos nossos entrevistados, o sentimento mais presente na relação com o familiar diabético, é a preocupação: “(...) a médica receitava-lhe dois e ela só tomava um, era assim, fazia o que queria. (...) apesar da idade eu fui sempre mais para a minha irmã como uma mãe do que ela para mim” (EF6). Enquanto, para outra das nossas entrevistadas não tem qualquer preocupação nem sentimentos negativos para com a familiar diabética: “(...) não me foi tão difícil lidar com ela. (...) Depois que veio aqui para o Lar, sinceramente, também me abstrai dessa parte, porque penso que tem aqui pessoas, tem aqui a enfermeira, que é responsável” (EF9).

As doenças crônicas são caracterizadas pela duração do tratamento e inevitavelmente pela limitação que trazem ao estilo de vida, não só ao doente, mas também a todos os que o rodeiam, ao seu núcleo familiar, por isso, os técnicos de saúde desempenham um papel importante no apoio prestado também a esses familiares uma vez que, não raras as vezes são da responsabilidade desses mesmos familiares cuidar desses doentes. Contudo, é importante atender às variáveis ambientais, sociais, económicas, culturais, políticas e religiosas que determinam a composição de cada uma dessas famílias, pois também estas características têm que ser consideradas no atendimento à família por parte dos técnicos de saúde (Araújo et al., 1998).

### **3.2.8. O Familiar do Diabético e o Tipo de Impacte na Vida Social**

As alterações na vida do familiar diabético são incontornáveis e muitas vezes o cuidar desse familiar passa a ser prioritário na sua vida, o que trás inevitavelmente consequências no seu quotidiano e ainda mais com a sua atividade profissional.

No presente estudo, quando questionado o familiar sobre o impacte que teve na sua vida profissional por ter um familiar diabético, seis entrevistados responderam que conseguiram perfeitamente conciliar o trabalho com o apoio prestado ao familiar diabético: “(...) penso que ainda não cheguei a essa fase” (EF1); “(...) eu sempre me adaptei perfeitamente à situação dela” (EF2); “Não fiz qualquer alteração” (EF4).

Mas nem sempre se consegue conciliar a vida profissional com a ajuda que se tem que prestar ao familiar diabético, muitos são os fatores que contribuem para isso. Num estudo realizado por Cardoso, Rosalini e Pereira (2010), em que participaram sete cuidadoras, conclui-se que os familiares cuidadores recebem pouco apoio económico e psicossocial para desempenhar a função de cuidar, levando também a uma modificação no seu dia-a-dia. Outro aspeto que foi salientado prende-se com a falta de informação que não receberam por parte dos serviços de saúde.

Também na nossa pesquisa, duas das entrevistadas referiram que tiveram dificuldades em conciliar o trabalho com o apoio que tinham que prestar ao familiar diabético: “(...) *eu passo o dia todo na escola e ele sabe, passamos o dia todo na escola e não podemos... Ainda vimos para casa com trabalho, é muito difícil estarmos a fazer um controlo a 100%*” (EF2). As dificuldades podem ser de tal ordem que tenha que se tomar decisões difíceis: “(...) *eu precisei de ajuda, tive que meter a minha tia num Lar, não tive qualquer apoio, nem ninguém nunca se preocupou*” (EF9). Porque não era fácil ter que sair do trabalho para dar apoio à familiar: “(...) *não é fácil pelos horários, às vezes a gente tem que ficar mais, eles estão habituados aquelas rotinas, ao tipo de alimentação que têm que fazer e as horas que também têm que comer e claro que não é fácil*” (EF9).

A família é um importante apoio na aceitação e adesão do tratamento para o diabético e contribui para as alterações que são necessárias realizar para dar um melhor bem-estar ao doente mas, para isso, pensamos que é importante que todos estejam sensibilizados para essa importância. Seria importante se as entidades patronais pudessem flexibilizar o horário de trabalho dos familiares do diabético para estes poderem prestar a ajuda devida e não se sentirem pressionado nem terem que tomar a decisão por uma das partes, fazendo com que a estrutura da família sofra alterações negativas e consequentemente terem que deixar de prestar apoio aos seus doentes familiares.

### ***3.2.9. Tipo de Apoios Prestados aos Familiares dos Diabéticos***

No presente estudo, perguntámos aos familiares dos diabéticos se a informação e o envolvimento que a equipa médica proporcionava era ou não suficiente. Dos entrevistados, quatro referiram que era suficiente a informação prestada: “*A informação... são duas médicas, uma para a diabetes e outra para a nutrição, são duas médicas. Sim,*

---

*essas da nutrição ajudou bastante a percebermos” (EF2); “Sim, já falei com ele várias vezes” (EF6).*

A Diabetes obriga a mudanças tanto para o doente como para a família e para Péres et al (2007) é da responsabilidade da equipa médica desempenhar um papel de coordenação do cuidado, desenvolvendo e implementando estratégias de educação de saúde, para que deste modo, promova a adesão ao tratamento bem como contribuir para uma melhor qualidade de vida que tanto o doente como o familiar precisam.

Na nossa pesquisa, três das entrevistadas referiram claramente que esse apoio por parte da equipa médica não era facultado. De salientar que na segunda entrevista os pais do menor fizeram questão de serem os dois a participarem deste estudo e, nem sempre estavam de acordo. Isso foi notório nesta questão, pois para o pai o apoio e envolvimento que sente por parte da equipa médica é suficiente, enquanto a mãe pensa o oposto: *“(…) eu acho é que os profissionais de saúde hoje em dia, e porque a nível, talvez seja a nível de hospital, são muito frios” (EF2).*

Esta falta de envolvimento fica registado também em outras duas entrevistas: *“Não, a mim ainda não me senti envolvida (...) Pelo menos, ou não me envolve (...) ou porque, lá está, sei que há médicos que não envolvem, depende do médico ou da equipa médica” (EF1).* A entrevistada EF4, manifestou claramente que a médica não apoiou em nada, nem a ela nem ao próprio doente, *“(…) a médica (...) não teve qualquer cuidado (...) não explicou nada, que alimentos ela podia comer, que alimentos ela não podia comer (...) não fez bem o seu papel de médica pelo que, eu tive que ir a um médico particular”.*

A família e amigos influenciam no controlo da Diabetes relativamente a novos hábitos alimentares, adesão ao tratamento bem como a programas regulares de atividade física. Num estudo realizado por Wang e Fenske (1996), concluíram que o apoio adequado por parte de familiares e amigos resultaram numa melhor conduta de autocuidado.

Relativamente, ao acompanhamento que os familiares prestam aos diabéticos, os nossos participantes referiram o acompanhamento dos médicos e/ou as visitas que faziam aos seus familiares que estavam a viver no Lar de Idosos, *“Sim, a maioria das vezes vou” (EF3); “(...) quando ela vai à consulta vai sempre a filha” (EF5).*

A forma como a família se comporta perante o doente diabético em todas os aspetos do dia-a-dia é importante,

Concorda-se que a família constitui um sistema no qual o comportamento de cada um dos membros é interdependente ao dos outros. O grupo familiar pode ser visto como um conjunto que funciona como uma totalidade, em que as particularidades dos membros não bastam para explicar o comportamento de todos os outros membros. Desse modo, a análise de uma família não é a soma da análise de seus membros individuais (Cervený, 1994 como citado em Pace, Nunes & Ochoa-Vigo, 2003, p.313).

Relativamente às visitas realizadas aos diabéticos que se encontram a viver no Lar de Idosos, três familiares referiram que faziam visitas com regularidade, “*Venho e ela tem um telemóvel que está sempre a ligar e pronto, quando quer e lhe apetece*”(EF6); “*Venho domingos, quintas-feiras, nunca cá faltei*” (EF8).

Na análise das entrevistas realizadas no que se refere às redes de suporte que os familiares procuraram para os ajudar, identificámos que três dos participantes tiveram que institucionalizar (no Lar de Idosos) o seu familiar, pois não se sentiam preparados para os ajudar, não só pela Diabetes, mas porque estes também já tinham uma idade que requeria mais cuidados permanentes, “*Eu com a minha mãe estou descansado, porque temos aqui no Lar e estamos tranquilos, se houver alguma coisa socorrem logo*” (EF8); “*Depois teve que ser mesmo internada no Lar, porque eu não podia*” (EF6); “*Tive que tomar o passo de a colocar aqui*” (EF9).

Quando se fala que um indivíduo teve que ir viver para o Lar de Idosos, a ideia imediata é que o idoso é frágil, e por isso, este conceito de Lar está carregado de preconceitos. O Lar de Idosos é como se fosse visto como um depósito de idosos que já não são considerados úteis para a sociedade. Berger e Mailloux-Poirier (1995, como citado em Neves, 2012, p.7). Não é novidade a constatação de que tem vindo a enfraquecer os laços familiares e também existe uma carência de redes naturais de suporte dos idosos, sendo a instituição, a rede de suporte formal a prestar esses cuidados, porque muitas vezes a família não pode ou não consegue cuidar das necessidades do idoso e acabava inevitavelmente por internar o seu familiar numa instituição.

No presente estudo, perguntámos aos familiares dos diabéticos se tinham pedido ajuda ou procurado informação sobre a doença em associações para apoio aos diabéticos e apenas um respondeu afirmativamente: “*Depois decidimos então que ela fosse realmente para a Associação dos Diabéticos*” (EF3). Para o pai do menor diabético, as associações têm um papel importante apenas para quem fica traumatizado com a descoberta da

---

Diabetes, “(...) *nem conheço, porque não tenho necessidade delas, também não vejo necessidade de as conhecer. Agora, outras pessoas que podem ficar muito traumatizadas pois, as pessoas são diferentes e podem reagir de outra maneira portanto, para essas é capaz de ter alguma vantagem*” (EF2).

Para Martins (s/d, p.133), a rede social “(...) *refere-se às relações sociais e às suas características morfológicas e transacionais. A forma como as relações sociais estruturam os comportamentos quotidianos e são mobilizadas em cada circunstância específica, caracteriza a integração social da pessoa*” bem diferente para esta autora, de rede de suporte que “(...) *visa uma ajuda concreta às pessoas*”.

O apoio social é um processo complexo e dinâmico que envolve as pessoas e as redes sociais, com o objetivo de satisfazer as necessidades dos indivíduos bem como dotar e complementar os recursos que possuem para que possam ser capazes de enfrentar novas situações (Gomes et al, 2009).

### **3.2.10. Avaliação dos Apoios Prestados aos Familiares do Diabético**

No presente estudo, uma das dimensões que pretendíamos ver respondidas, era como os familiares avaliavam os apoios existentes. Na análise dos resultados e, relativamente ao nível da informação sobre a doença, as respostas enquadraram-se em duas vertentes: ou a informação era suficiente ou insuficiente. Para três dos participantes, a informação que existe sobre a diabetes é suficiente: “(...) *o que é mais importante é saber o que se pode ou não comer (...) ela é diabética, a gente tenta saber aquilo que se pode comer... o que não se pode comer... como é com a insulina...e a gente, pouco mais*” (EF5). Para o entrevistado EF8, a fonte da sua informação é através da televisão e do que vai ouvindo: “*Eu por mim acho que sim. Eu informado, quer dizer, eu vejo muitas vezes programas na televisão, uma coisa e outra e acho que sim (...) em contato com as pessoas diabéticas*” (EF8).

No que se refere à adesão do diabético a um grupo de informação, no seu estudo Cazarini et al. (2002) entrevistaram 66 diabéticos, utentes de um Hospital. Concluíram que, embora soubessem da existência da atividade educativa que o Hospital oferecia, muito poucos participavam dela. Os que não participavam no programa invocaram que a não participação se devia à falta de interesse, horário desajustado às suas vidas e dificuldades de deslocação para estarem no programa de informação. Nessa medida, os autores deste

estudo salientam a importância de coordenação e ampliação destes grupos de educação ajustados à realidade dos diabéticos.

Acrescentamos que só através de um bom conhecimento sobre a doença e respetivas complicações se pode estar preparado para a mudança e aceitar o tratamento, bem como alterar aspetos do seu quotidiano para uma melhor qualidade de vida, tanto do diabético como dos que os rodeiam.

Por outro lado, quatro familiares entrevistados referiram que a informação que dispõem e que existe sobre a Diabetes é insuficiente. Um dos aspetos focados é que quem sofre mais é quem vive em locais mais remotos do país, uma vez que a divulgação sobre a doença se concentra mais nos grandes centros: *“(…) se calhar ainda são insuficientes, não chegam a todos os locais (…) aquilo que tenho ouvido dizer que realmente ainda são insuficientes os acompanhamentos, que ainda haveria de haver mais”* (EF1), para a entrevistada EF4 é evidente que o que está disponível é claramente insuficiente: *“Aliás, acho que a informação sobre a Diabetes não é suficiente”*.

Para a entrevistada EF6, pode até não saber muito sobre a Diabetes, mas também não julga ser muito importante, uma vez que a sua familiar neste momento vive no Lar de Idosos e estão a tomar conta dela: *“Não estarei, agora ela está aqui entregue, está com uma enfermeira e está com um médico, eles são as pessoas indicadas para o poder fazer”*.

Por outro lado, a nossa entrevistada EF9, tem algum conhecimento sobre a Diabetes, porque a sua mãe também sofria da doença, mas mesmo assim pensa que a informação existente não é suficiente, até porque, na maioria dos casos, dão apenas relevância aos cuidados alimentares e a DM é mais do que isso: *“Não é, até porque, quando nós falamos da Diabetes é: “Olha não podes comer açúcar” mas todos nós sabemos que não é o açúcar... Aliás, quantas vezes eles têm de comer açúcar, (...) a Diabetes não envolve só comer açúcar, é preciso cuidados a todos os níveis e andar e tudo o mais”* (EF9).

As complicações crónicas da DM são responsáveis pela morbilidade e mortalidade dos diabéticos, de acordo com Natham, Meigs e Singer (1997, como citado em Gross & Nehme, 1999), sendo as doenças cardiovasculares a representarem a principal causa de morte em pacientes com Diabetes do tipo 2.

A informação não é inexistente, contudo, muitas vezes, não chega a todos os lados ou ainda é veiculada de forma que nem todos conseguem ter acesso. É o caso, por

---

exemplo, da informação que circula na *internet*<sup>8</sup> sobre o tema. Infelizmente, ainda hoje, nem todos têm acesso a ela, ou porque não dispõem de *internet* ou porque não sabem ler. Pensamos que é importante existirem equipas no terreno para que possam falar diretamente com a população e informar sobre as doenças e as suas complicações que podem levar não só à dependência mas também levar à morte prematura.

Parece reunir consenso que a Diabetes é considerada um problema de saúde pública, principalmente devido às complicações crónicas que esta doença acarreta, tal como referido por Rosa et al (2007, como citado em Pasqualotto, Alberton & Frigeri, 2012), levando muitas vezes à incapacidade dos doentes e à diminuição da qualidade de vida, além de exigir um tratamento oneroso ao sistema de saúde. Quando o diabético não controla os valores da glicémica, estes levam ao desenvolvimento de complicações crónicas da DM, por isso, a prevenção e o rápido acesso aos diversos tratamentos são fundamentais para que não se alcance essas mesmas complicações.

Uma outra categoria resultante da nossa análise das entrevistas, prende-se com as necessidades futuras, e um dos entrevistados referiu que na mudança de comportamentos deveria existir mais envolvimento dos familiares com as equipas de saúde: “(...) *Eu acho que a família deve estar envolvida, deve participar em tudo*” (EF1). Salienta a importância da partilha de conhecimentos através de conversas com pessoas que já têm DM, “(...) *a nível de internet vou ver algumas coisas que eu tenho dúvidas, nunca é a mesma coisa que é estar a ouvir alguém que tenha experiência, não só como doente ou até algum testemunho de alguém que vá falar do seu familiar (...) e, eu acho que essa é a parte que nos falta fazer*” (EF1).

Nesse mesmo sentido está um estudo realizado por Francioni e Silva (2007), com um grupo de 26 diabéticos que frequentavam um grupo de vivência, na Unidade Básica de Saúde, de Florianópolis, Brasil, e concluíram que com a partilha de conhecimento e experiências entre eles se contribuía para um viver mais saudável, sendo o papel do enfermeiro o de facilitador e suporte para a construção de novas possibilidades de viver com a DM. Outro aspeto que realçaram foi que, não existe uma forma correta de viver com

---

<sup>8</sup> Na internet é possível encontrar muita informação sobre a Diabetes, exemplo disso é um documento lançado pela Bial que podemos encontrar através de [http://www.bial.com/imagem/bial\\_controlodiabetes.pdf](http://www.bial.com/imagem/bial_controlodiabetes.pdf), é um guia prático para a gestão da Diabetes, com informação.

a DM, pois é um processo que vai sendo construído através do seu quotidiano e com a vivência e partilha com outros com a mesma doença.

No nosso estudo, outro aspeto que os familiares gostariam de ver na mudança de comportamentos, prende-se com a necessidade de mais informação sobre a doença. Quatro dos entrevistados referem essa mesma vontade de saber mais, apontando caminhos para isso: “(...) devia fazer parte do currículo de um dos cursos, talvez de Biologia. (...) que o Ministério devia fazer uma norma (...) haver alguém responsável dentro das escolas” (EF2). Uma outra preocupação por parte da entrevistada EF3 foi dar ênfase à divulgação das doenças e das suas complicações também para quem já tem a doença: “*Eu acho que havia necessidade de mais divulgação (...) eu tenho a impressão que se perguntar a uma pessoa qualquer, quais são as consequências da Diabetes, mais de uma percentagem enorme não sabe as consequências*”.

O Programa Nacional de Controlo da Diabetes existe, em Portugal desde a década de setenta, tendo vindo a ser atualizado ao longo dos anos. Para que se consiga inverter a tendência de crescimento da Diabetes e das suas complicações em Portugal são precisas estratégias eficazes. O programa anteriormente referido deve ser implementado numa perspetiva de interceção e complementaridade com outros programas (Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre os Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida, o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, o Programa Nacional de Combate à Obesidade e a Plataforma Nacional contra a Obesidade) com vista a prevenir as complicações da Diabetes (Portugal – Ministério da Saúde, 2008).

Para que estes programas surtam efeito é necessário que exista informação suficiente para a população saber a quem recorrer, para conseguirem reconhecer os sintomas da Diabetes e, para isso, todos os meios podem ser uteis para veicular essa mesma informação como salienta a nossa entrevistada EF4: “*(...) o Ministério da Saúde não usa os meios de informação que tem ao seu dispor, nomeadamente o facto de nós termos um canal de televisão (...) de serviço público, como é a RTP 1, em que poderiam ser tratados estes assuntos, de uma forma clara, com uma linguagem que todos entendessem*”.

Quando abordado o tema da importância da informação para a população portuguesa sobre a Diabetes, a entrevistada EF9, uma vez que mora no interior de Portugal, salienta que:

---

Se calhar umas campanhazinhas elucidativas, a nível de comunicação não era mau e nos Centros de Saúde acho que é muito importante...e eu já nem falo tanto em prospetos, nesse tipo de coisas, porque a nossa população e eu refiro-me aqui, é uma população idosa e o que é que faz estar ali um bonito cartaz ou nos darem um desdobrável e se a senhora leva para casa e não, pronto, se calhar nem vai ler ou outros nem sabem mesmo ler, porque a nossa população é bastante envelhecida e são esse tipo de pessoas que se ressentem mais portanto, se calhar apelar, informar, e depois também a nível da comunicação acho que era muito importante, nas Farmácias também, as Farmácias também falham um bocadinho, não chega estar lá o cartaozinho a dizer se é diabético “trará” não, acho também que podia passar por aí a informação (EF9).

Em Portugal, como já referimos, a informação sobre a Diabetes existe, pode ainda não chegar a todos ou ainda não ser suficiente, mas cabe-nos a todos, como comunidade, ajudar para uma boa divulgação e também contribuir na prevenção, desde as escolas, passando pelos clubes e coletividades, porque acreditamos que um jovem informado tem uma melhor consciência nas escolhas que toma ao longo do tempo para uma vida saudável.

No presente estudo, questionámos os familiares dos diabéticos sobre as equipas multidisciplinares, ou seja, se seria importante várias áreas estarem a trabalhar em conjunto para o combate da DM. Apenas três dos entrevistados falaram sobre esse tema. Para a entrevistada EF1, esta dinâmica da multidisciplinidade faz sentido: *“(...) eu sempre defendi as equipas multidisciplinares acho que há uma taxa de sucesso muito razoável, maior que se esperaria se tiverem várias especialidades a tentar realmente ajudar”*. Defende que a partilha de conhecimento de diferentes áreas teriam resultados mais positivos desde que fossem para o terreno,

Estou a falar de psicólogos, assistente social inclusive, preparadores físicos, educadores, professores, sei lá, depende das idades que as pessoas tenham, faz parte de um leque variadíssimo de profissionais. (...) criar condições, programas (...) programas específicos em que, em que pudessem recrutar todos os técnicos que se disponibilizassem para formar mais equipas e que fossem para o terreno, não se deixassem estar só em sede mas, que partissem muito para o exterior e chegassem a pontos onde ainda não existem (EF1)

Da mesma opinião encontra-se a entrevistada EF4: *“(...) penso que devia haver um acompanhamento que envolvesse todos os técnicos de saúde, não só o médico, como o auxiliar, como psicólogo, enfim todas as pessoas ligadas ao tratamento do doente”*.

Todos os contributos para a prevenção da DM são fundamentais, não só dentro da área da saúde, outros contributos como os preparadores físicos são fundamentais para ajudarem na prevenção ou na ajuda dos que já são diabéticos para controlar a glicemia através do exercício. Contudo, apesar dos benefícios da atividade física na saúde estar bem documentada, através de diversos estudos realizados, em todos os países, nas últimas décadas, o comportamento sedentário ainda permanece nos dias de hoje. Para Matsudo e Matsudo (2000), está amplamente difundida a associação entre a prática da atividade física e os benefícios para a saúde. Porém, somente nos últimos 30 a 40 anos, se pode certificar que não praticar nenhum exercício é fator de risco para o desenvolvimento de doenças crónicas não-transmissíveis.

Para a entrevistada EF9, era muito bom que existisse essa multidisciplinariedade para a ajuda da DM, mas estarem no terreno: *“(...) era muito interessante haver esse tipo de coordenação de todas as especialidades que um diabético necessita, mas estar implementado no terreno (...) acho que era essencial (...) e é o que eu digo, os Diabetes trazem montes de coisas, inclusive Parkinson”*.

Pela análise realizada às entrevistas dos familiares dos diabéticos, quando lhes foi perguntado que apoios do Estado gostariam de ver implementadas, seis familiares falaram sobre as medidas mais eficazes prestadas pelo Estado para o combate à doença. Para combater a Diabetes em Portugal, o que seria desejável era reforçar a capacidade de intervenção por todo o país e ainda apostar fortemente na prevenção.

A entrevistada EF4, defende campanhas utilizando os meios de comunicação que o Estado dispõe, *“Penso que, podíamos fazer campanhas de alerta usando os meios de informação, de comunicação que o Governo, o Estado tem ao seu dispor, nomeadamente o Ministério da Saúde”* (EF4). Parece-nos que poderia ser reforçada esta medida, com medidas implementadas no terreno, principalmente nas zonas mais remotas do país. Por outro lado, a entrevistada EF5, refere que, devido a cortes na saúde, os diabéticos ficaram sem alguns apoios que tinham: *“Eles já tiveram mais apoio do que o que têm porque lhe foi retirado portanto, quem era diabético não pagava as fitinhas e não sei quê, e agora pagam tudo (...) porque ela realmente gasta muito dinheiro na medicação”* (EF5).

O Presidente da Sociedade Portuguesa de Diabetologia defende que se devia reforçar a capacidade do programa de intervenção e controlo da doença através da criação de um sistema de informação global que permitisse monitorizar e mostrar o que os serviços

---

de cuidados primários fazem, além de criar uma rede de profissionais especializados na Diabetes.

Muito se discute de que forma se poderia poupar na medicação e, para a familiar EF6, uma solução para esse problema era poder ser possível comprar em doses reduzidas a medicação: “(...) *receitam um saco de medicamentos, toma-se ali uns dois ou três dias, o resto fica inutilizado, isso é dinheiro perdido, então que receitassem embalagens mais reduzidas e que não fosse esse desperdício*” (EF6). Enquanto, a entrevistada EF7, reforça a ideia de trabalhar em equipa para uma melhor resolução do problema,

Os recursos não estão a ser bem dirigidos para os locais certos, recursos de meios humanos. Trabalha-se muito individualmente e não em equipa ainda. Quando ele já é diabético, infelizmente, no nosso país não trabalhamos a prevenção (...) seria muito mais fácil trabalhar na prevenção e acho que os custos seriam muito mais reduzidos, porque depois, tanto insulinas, como medicamentos orais, como as fitas é tudo participado, a grande maioria pelo Estado, muito deles são gratuitos mas, os custos são elevadíssimos para o Estado, porque uma dose de insulina de 5 cartuchos custam na ordem dos 60 euros, eles não pagam mas paga o Estado (EF7).

Outros defendem que a ajuda seria melhor se reforçassem os meios humanos, “*Se calhar até é preferível haver mais apoio pessoal do que propriamente monetário*” (EF9).

A prevalência da Diabetes em Portugal é muito alta e ainda existem muitos diabéticos que ainda não sabem que o são, por isso, tal como defende o Presidente da Sociedade Portuguesa de Diabetologia, também nós reforçamos a ideia de que há necessidade urgente de intervenção nos serviços de saúde, mais ainda urgência em que se trabalhe em equipa, na partilha de conhecimentos e saberes para o combate a esta doença que custa muito dinheiro anualmente ao SNS.

## **PARTE IV – CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS**

### **4.1. Conclusões**

No presente estudo, pretendeu-se centrar a atenção nos discursos prestados pelos diabéticos e seus familiares, dando especial atenção às dificuldades com que se deparam no quotidiano, tanto uns como outros, bem como as perspetivas futuras.

Apesar do esforço realizado, fica a noção de que muitos outros aspetos poderão desempenhar um papel importante na dinâmica em estudo, principalmente no que se refere à compreensão das necessidades dos diabéticos e familiares.

Reconhece-se que a metodologia utilizada não obedece a um modelo ideal. Constrangimentos vários levaram à realização de um trabalho onde foi utilizada a metodologia bola de neve e como tal não poderemos, nem é esse o nosso objetivo, transpor para toda a realidade portuguesa. Contudo, através dos discursos, ficou demonstrado que a informação ainda não é suficiente e que o trabalho em equipa, a multidisciplinariedade, ainda não é uma realidade no nosso país. Percebemos ainda que nalguns casos de Diabetes em idade avançada, os diabéticos sabem que têm a doença, mas não sabem muito bem o que é e quais as complicações graves que podem vir a surgir, consequência da Diabetes e de um mau controlo da glicémia.

A limitação que se mostrou, talvez, mais significativa terá sido a impossibilidade de entrevistar mais diabéticos e familiares. Dos esforços realizados para a possibilidade de concretizar as entrevistas numa associação ou até mesmo em meio hospitalar foram infrutíferos por dificuldades várias. De salientar que não foi possível realizar todas as entrevistas às pessoas que foram contactadas, porque na fase da apresentação da pesquisa nove das pessoas contactadas mostraram-se com dificuldades de falar sobre a sua vida mais íntima nomeadamente, falar da relação com o familiar e das suas incapacidades e por isso pediram para não fazerem parte do estudo. Nalgumas dessas pessoas ficou subentendido que a dificuldade de mostrar as suas fragilidades se devia sobretudo às funções que desempenhavam profissionalmente, uma vez que ligadas ao desporto a imagem que pretendem passar é além de se mostrarem fortes, mentalmente têm que ser/parecer saudáveis.

Num estudo sobre sistemas de representações sociais, de Jodelet et al. (1992, como citado em Goetz et al., 2008), foram investigados os efeitos das mudanças culturais em relação ao corpo. Estas autoras definiram três categorias. A primeira, refere-se à

---

funcionalidade do corpo, ou seja, importa preservar a saúde, a juventude, a forma, prevenir a deterioração e manter o equilíbrio psíquico e a aparência estética conservada. A segunda categoria diz respeito à necessidade de não ser desleixado, ser disciplinado, ter boa vontade e controlo, manter a dignidade e respeito por si e pelos outros em conformidade com as normas sociais. Relativamente à terceira categoria, é definida por estas autoras como narcisista, ou seja, o mais importante é o próprio prazer e o do outro, através de uma apresentação impecável e manifestação de sedução.

Tentou-se todavia, colmatar algumas lacunas metodológicas. Assim, o presente estudo foi dirigido maioritariamente a idosos, que aceitaram participar e que cumprissem os critérios de inclusão na amostra previamente definidos. Houve a preocupação de uma abordagem clara, nunca deixando de seguir o guião da entrevista, mas que o participante compreendesse o que estava a ser questionado. Por outro lado, houve o cuidado de respeitar o indivíduo, caso não quisesse aprofundar algum tema. A seleção do material para a recolha de dados teve por base os objetivos definidos, tipo de estudo e a população a estudar.

As dificuldades de aceitação para alguns indivíduos com DM, o elevado *stress* que a doença pode acarretar e, tendo em linha de conta o que a literatura refere sobre o assunto, tomaram-se alguns cuidados ao realizar as entrevistas com os diabéticos bem como com os familiares e, independentemente de termos um guião para seguir, quando a pessoa se mostrou incomodada com o tema que estávamos a abordar, a nossa opção foi não insistir e deixar a pessoa o mais à vontade possível para nos falar sobre como é viver com a Diabetes. Outro aspeto importante foi a opção tomada de não respondermos a dúvidas que os entrevistados nos colocassem sobre a doença.

A pesquisa mostra, que existe sempre impacte na vida pessoal, familiar e social decorrente da DM, e que podem ser mais ou menos negativos, que podem conduzir a uma diminuição do bem-estar, e, eventualmente, não aderirem de forma efetiva ao tratamento. Relativamente, ao tipo de apoios que tinham, bem como a avaliação desses mesmos apoios, mostram, de facto, que de um modo geral, podiam ser melhores e mais eficazes, tanto para os diabéticos como para os familiares.

A informação, ou falta dela, sobre a DM, foi um dos aspetos mais referidos tanto pelos diabéticos como pelos familiares. Esta falta de informação pode, eventualmente, levar à diminuição da qualidade de vida, conduzindo a um mau controlo da doença e

consequentemente não saberem prevenir as complicações graves que ocorrem com a Diabetes. Esta evidência sugere que a informação pode e deve ser levada não só aos diabéticos e familiares, como à população em geral.

Outro aspeto referido, foi a necessidade de existirem equipas multidisciplinares para ajudar tanto os diabéticos como os familiares no controlo da doença e como lidar no quotidiano com ela. Parece-nos que melhores cuidados poderão ser conseguidos com o apoio não só das entidades estatais, mas de toda a comunidade, bem como de trabalho voluntário, na persecução de respostas às necessidades de quem já tem a DM e também na prevenção, aliviando deste modo os custos elevados para o SNS que esta doença causa.

Apresentam-se, de seguida, as principais conclusões do presente trabalho.

No que concerne ao impacte na vida pessoal do diabético, os sentimentos que são manifestados devido à Diabetes são: principalmente preocupação com a alimentação e medo da dependência, não se identificando, na sua grande maioria, preocupações com o cuidado que devem ter para minimizar as consequências inerentes da doença.

Por outro lado, os familiares dos diabéticos, além de se preocuparem com a alimentação, sentem-se frustrados e com medo devido ao surgimento da doença e alguns manifestaram dificuldades de se adaptarem à Diabetes do familiar e ao que ela obriga, a alterar a vida de todos os que rodeiam o doente e, por isso, duas das entrevistadas tomaram a decisão de colocar o seu familiar no Lar de Idosos, uma vez que não conseguiam dar resposta às necessidades do diabético.

Relativamente ao impacte familiar que a doença impôs na relação, embora tenhamos registado algumas relações sem grandes tumultos, algumas passam por ter relações conflituosas, de tensão e até de afastamento. Estas manifestações relativas aos sentimentos que nutrem sugerem que além de não conseguirem lidar com a doença, também não pediram ajuda em relação a isso, e por isso, por vezes, a solução é o afastamento para não criar mais atrito na relação.

A nível de impacte social, os diabéticos na sua maioria referiram que não sofreram com o surgimento da doença, porque a grande maioria nunca trabalhou fora de casa, e, por isso, só temos registado apenas um abandono do trabalho devido à doença. Também os familiares, na sua maioria referiram que não tiveram dificuldades em conciliar o trabalho com o apoio prestado ao diabético, contudo isso deve-se fundamentalmente ao fato da maioria não viver com o doente.

---

Na análise dos resultados dos discursos dos diabéticos referentes aos apoios prestados, os que falaram sobre o assunto, mencionam que a informação que a equipa médica proporciona é insuficiente e que por vezes o relacionamento não é o melhor. O mesmo se passa por parte dos familiares que referem que a equipa médica não os envolve no tratamento do seu familiar. Estes resultados sugerem que é necessário que as equipas médicas envolvam os familiares na adesão ao tratamento, que exista uma mudança de comportamentos, porque muitas vezes o cuidador familiar é o suporte e a força do doente para que este adira ao autocuidado. Talvez por essa razão, apenas três dos entrevistados familiares referiram que acompanhavam o diabético às consultas médicas.

Relativamente às redes de suporte, além da institucionalização do diabético, apenas um diabético e seu familiar procuraram ajuda e informação numa Associação de Apoio aos Diabéticos. Este resultado pode ter duas leituras, ou as Associações não estão a chegar de forma a explicar o que fazem à população ou os doentes e familiares não vêm a Associação como um aliado na ajuda ao diabético. Isto fica patente quando o pai do diabético menor nos refere que não procurou uma associação, porque não conhece nenhuma e pensa que só procuram este tipo de apoio quem está em choque com o surgimento da Diabetes no familiar. Parece-nos importante que exista sessões de esclarecimento por partes destas Associações, nas Escolas, nas Coletividades e até nos Centros de Saúde.

Relativamente à avaliação dos apoios prestados tanto aos diabéticos como aos familiares, alguns, mencionaram que a informação que existe para a população em geral sobre a diabetes é insuficiente e sugerem que exista mais informação por parte das entidades competentes até para a prevenção, como seja, a utilização do meio de comunicação estatal, a televisão, para sessões de esclarecimento e ainda de recursos humanos, ou seja, de pessoas que se deslocam à comunidade para esclarecer, informar sobre a Diabetes e as suas complicações. Por outro lado, alguns diabéticos referem que deveria existir mais apoio económico por parte do Estado, na comparticipação das fitas e das agulhas, uma vez que só comparticipam a insulina.

Quando analisado o resultado referente à importância de equipas multidisciplinares no combate/prevenção da Diabetes, apenas três familiares falaram sobre o assunto, reforçando a ideia de que seria benéfico para todos, até para reduzir os custos do SNS. Este resultado sugere-nos, mais uma vez, que é necessário mais informação sobre a

Diabetes e a importância de trabalhar em conjunto, com várias áreas do saber no combate a esta doença.

Por último, ao analisar a questão referente às necessidades futuras, quem mais mencionou o que se deveria fazer foram os familiares, sugerindo mais campanhas de informação que chegassem ao maior número possível da população com uma linguagem clara e compreensível a todos, a colocação de recursos humanos em locais mais remotos do nosso país, bem como maior participação nos medicamentos e utensílios necessários ao diabético.

Neste estudo pretendeu-se conhecer e compreender como o diabético e os familiares vivem o seu quotidiano, após o surgimento da doença, quais as suas necessidades, para que deste modo possamos inovar no modo como se deve dar respostas a essas necessidades, bem como inovar no combate à Diabetes. Foi nosso objetivo com este estudo contribuir para uma reflexão sobre o assunto.

Atendendo às limitações do estudo e comentários descritos anteriormente, recomenda-se em investigações futuras:

- Diversificar a população-alvo, a amostra em estudo, nomeadamente em relação às características sociodemográficas;
- Incluir mais do que um familiar no estudo de forma a permitir aferir das relações que o diabético tem com o seu núcleo familiar e respetivas necessidades;
- Incluir técnicos de saúde para compreender de que forma se pode mudar os comportamentos para uma efetiva adesão ao tratamento por parte do diabético bem como prevenir a doença na população em geral.

## **4.2. Considerações Finais**

A DM é um problema que não afeta só o próprio mas também os que os rodeiam e tem impacto a nível pessoal, familiar e social e, por isso, é necessário contribuir para uma melhor qualidade de vida de todos os envolvidos.

Apesar de não podermos extrapolar, ficou patente que a informação não é suficiente para um bom autocuidado, nem para o cuidador prestar um bom apoio. Para que tal suceda é necessário uma mudança de comportamentos de todos, não só dos diabéticos e familiares, mas de toda a comunidade. Esta mudança atinge necessariamente uma alteração do estilo de vida de todos os indivíduos. Toda a mudança fundamental para a prossecução

---

destes objetivos, é dificultada por diferentes aspetos, como sejam: o surgimento da Diabetes em adultos faz com que seja mais difícil a mudança de comportamentos devido a todos os hábitos que foram sendo enraizados ao longo do tempo; os familiares que muitas vezes não pretendem conflitos, nem desrespeitarem a vontade do doente; os mitos, e o que se pensa que é benéfico para o diabético. Estes comportamentos requerem um esforço para a mudança que envolve inevitavelmente esforço de todos.

Como referido anteriormente, família e amigos influenciam no controlo da doença, da dieta e da participação de programas regulares de atividade física. Indivíduos com DM que tiveram o apoio adequado de familiares e amigos aderiram melhor ao autocuidado. Por isso, avaliar os meios de apoio do diabético pode ajudar a reconhecer as suas necessidades de assistência, no intuito de evitar complicações de longo prazo devido à Diabetes (Wang & Fenske, 1996).

Outro aspeto que necessita de mudança diz respeito ao atendimento médico, este foca-se só nas necessidades fisiológicas do doente, esquecendo, muitas vezes, que o diabético é mais do que a doença. Os profissionais de saúde necessitam de focar-se também em todos os aspetos da vida do doente e o impacte que a doença acarreta, por isso, só através de uma visão global se pode combater este flagelo que é a Diabetes.

Tendo em conta estes factos e com a finalidade de melhorar todos os aspetos da vida do diabético, parece necessário um novo paradigma na prestação de cuidados, em que se deixe apenas de focar a doença, mas que passe a focar-se o individuo como um todo, em conjunto com os profissionais de saúde, que possam ajudar o diabético a tornar-se o cuidador e que as equipas médicas passem a ser um suporte de apoio.

Para Andrade e Vaitsman (2002), o conceito de *empowerment* emerge num processo de ação social, onde a pessoa toma o domínio da sua própria vida através da interação com outras pessoas, deste modo, originando pensamentos críticos em relação à realidade, levando deste modo à construção da capacidade social e pessoal. Relativamente ao nível pessoal, os indivíduos ganham conhecimento e controlo sobre as suas capacidades pessoais, sociais, económicas e políticas, para poderem atuarem no sentido de melhorar a sua situação de vida. Quando se fala de *empowerment*, no contexto da saúde, trata-se de fazer referência ao fato dos doentes passarem a adotar uma atitude mais ativa no tratamento, discutindo e questionando os profissionais de saúde, procurando informação, para que deste modo assumam a responsabilidade pela sua própria saúde, capacitando-os

muito mais, em vez de apenas ficarem informados sobre o tratamento necessário à sua saúde.

Desta forma, *empowerment*, remete-nos para a ideia de que o individuo participa ativamente na gestão das suas próprias questões. Mas tudo isto só é possível através de uma grande parceria e cumplicidade entre doente e técnico de saúde, para que este lhe faculte as ferramentas necessárias, para que possa implementá-las no seu quotidiano, com resultados benéficos para o seu bem-estar.

Existem desafios que são necessários ultrapassar, quer no que diz respeito ao próprio doente, quer às entidades competentes. Não basta legislar para que se passe a ter menos diabéticos, é necessário, e urgente, que toda a população esteja envolvida e se sinta parte integrante da resolução do problema, para que possa agir em consciência para um novo paradigma, na mudança de comportamentos. Para isso, pensamos que é necessário que os responsáveis na saúde envolvam outras entidades. As Escolas poderão ser um bom veículo para espalhar a informação, as Coletividades também podem ter um papel importante para chegar à comunidade e até para ajudar na prevenção da Diabetes.

Não podemos exigir que sejam apenas as equipas médicas a mudarem os seus comportamentos e o modo de atuarem em relação ao tratamento da Diabetes, é necessário também que o doente consiga adotar hábitos de vida saudável, para passar a ser responsável pela sua própria saúde.

Deste modo, consideramos que as atuais respostas ao combate à Diabetes não estão a ter os efeitos pretendidos, uma vez que não se regista, em Portugal uma diminuição do surgimento da Diabetes, tanto nos jovens como nos adultos. Por isso, pensamos que é necessário criar novas e inovadoras estratégias, envolvendo o maior número de pessoas e entidades possíveis, para a criação de programas efetivos de prevenção, bem como de apoio aos diabéticos e seus familiares, para continuarem a ter qualidade de vida e terem um papel ativo na sociedade.

---

---

### Referências Bibliográficas

ADJ, Diabetes Brasil (2013). Acedido em novembro 16, 2013, em [http://www.adj.org.br/site/noticias\\_read.asp?id=914&tipo=4](http://www.adj.org.br/site/noticias_read.asp?id=914&tipo=4).

Albright T.L.; Parchman M.; & Burge S.K. (2001). *Predictors of self-care behavior in adults with type 2 Diabetes: an RRNeST study*. Fam Med 2001; 33(5), 354-60.

Almeida, J. Paulo; Pereira, M.Graça ; & Fontoura, M. (2012). *Variáveis individuais e familiares na adesão ao tratamento, controle metabólico e qualidade de vida em adolescentes com Diabetes tipo 1*. Rev. SBPH. Rio de Janeiro.15(1), 59-82. Acedido em novembro 24, 2013, em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/22160/1/artigo%20Paulo.pdf>.

Almeida, Henriqueta G.G. (1997). *Diabetes Mellitus: uma abordagem simplificada para profissionais de saúde*. São Paulo. Atheneu.

Altholff, C. R.; Elsen, I; & Laurindo, A.C. (1998). *Família: o foco na enfermagem*. Texto & Contexto enferm. Maio-ago, 7(2), 320-7.

Alves, Nisa A. do Couto. (2006). *Investigação por Inquérito*. Documento disponível para a Licenciatura em Matemática Aplicada, da Universidade dos Açores. Acedido em janeiro 27, 2013, em <http://www.amendes.uac.pt/monograf/tra06investgInq.pdf>.

American Diabetes Association (2011). *Position Statement*. Standars of Care in Diabetes. 34(1). Acedido em janeiro 6, 2014, em [file:///C:/Users/Admin/Downloads/ADA\\_2011\\_DM\\_guidelines.pdf](file:///C:/Users/Admin/Downloads/ADA_2011_DM_guidelines.pdf).

Amino, Maria A.F.B.; Queiroz, Maria V.O.; & Jorge, Maria S.B. (2009). *Diabetes Mellitus na adolescência: experiências e sentimentos dos adolescentes e das mães com a doença*. Rev. Esc. Enferm. USP. 43(4), 760-7. Acedido em janeiro 24, 2013, em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a04v43n4.pdf>.

---

Amorim, M.I.S.P.L. (1999). *Qualidade de vida na doença crónica: um estudo em diabéticos não insulino-dependentes*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Andrade, Gabriela R.B. de; & Vaitsman, Jeni. (2002). *Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde*. *Ciências & Saúde Coletiva*, 7(4), 925-934. Acedido em dezembro 08, 2013, em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14615.pdf>.

André, Isabel; & Abreu, Alexandre. (2006). *Dimensões e espaços da inovação social*. *Finisterra*, XLI, 81, 121-141. Acedido em novembro 17, 2012, em [http://www.ceg.ul.pt/finisterra/numeros/2006-81/81\\_06.pdf](http://www.ceg.ul.pt/finisterra/numeros/2006-81/81_06.pdf).

Andreasen, N. C. (2003). *Admirável cérebro novo – dominar a doença mental na era do genoma*. Lisboa: Climepsi Editora.

Angelo, Margareth. (1999). *Abrir-se para a família: superando desafios*. *Família, saúde e desenvolvimento*, Curitiba. 1(2), 7-14. Acedido em janeiro 13, 2014, em <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/refased/article/view/4882/3729>.

Araújo, Thelma L. de; maciel, Isabel C.F.; Maciel, Gemma G.F.; & Zélia, Maria da S.A. (1998). *Reflexo da hipertensão arterial no sistema familiar*. *Rev. Soc. Cardiol. São Paulo*. 8(2), 1-6.

Arena, S.S. (2009). *Exercício físico e qualidade de vida – avaliação, prescrição e planeamento*. São Paulo: Phorte.

Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal. (2014). Acedido em janeiro 05, 2014, em <http://www.apdp.pt/index.php/diabetes/a-pessoa-com-diabetes/o-que-e-a-diabetes#a-diabetes>.

---

Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (2004). *Viver com a Diabetes*. Lisboa: CLIMEPSI.

Bandeira, Marina, & Barroso, Sabrina M. (2005). Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54 (1) 34-46.

Bandurra, Isabel; Santos, Sofia D.; & Santos Denise. (2010). *Políticas públicas saudáveis na rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI) – estratégias de implementação*. In *Contributo da UAL para o Plano Nacional de Saúde de 2011-2016*, 30-35. Acedido em novembro 13, 2013, em <http://pns.dgs.pt/files/2010/10/ual.pdf>.

Barrón, A. (1996). *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Espanha: Siglo XXI.

Barsaglini, Reni A. (2011). *As representações sociais e a experiência com a Diabetes. Um enfoque socioantropológico*. Fiocruz.

Berlim, M.T.; & Fleck, M.P.A. (2003). *Qualidade de vida: um novo conceito para a pesquisa e prática em psiquiatria*. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 25,4, 240-52. Acedido em janeiro 08, 2012, em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462003000400013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462003000400013&script=sci_arttext).

Bickman, Leonard; & Rog, Debra J. (1998). *Handbook of Applied Social Research Methods*. Sage Publications, Inc.

Botell, M.L. (2002). *Algunas consideraciones sobre la calidad de vida*. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. V.18, nº4, jul-ago. Acedido em abril 14, 2013, em [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252002000400013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000400013).

Brito, Maria L.S. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina, da Universidade do Porto. Acedido em dezembro 07, 2013, em

---

<http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9933>.

Cabrera, Carlos E.; Novoa, Arnulfo; & Centeno, Nene M. (1991). *Conocimientos, actitudes y prácticas dietéticas en pacientes con Diabetes Mellitus II*. Salud Pública de México. 33(2), 166-172. Acedido em dezembro 15, 2013, em <http://www.redalyc.org/pdf/106/10633207.pdf>.

Cabrera Pivaral, Carlos E.; Ramírez, Armando m.; López, María G.V.; Pérez, Guilherme G.; & Dela Torre, Armando M. (1996). *Prácticas nutricias en pacientes diabéticos tipo II en el primer nivel de atención*. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Jalisco, México. Cad. Saúde Públ. Rio Janeiro. 12(4), 525-530. Acedido em janeiro 28, 2014, em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v12n4/0244.pdf>.

Capitan, E.M. (1996). *La calidad de vida del enfermo neoplásico*. In *Tratado de medicina paliativa Y tratamiento de soporte en el enfermo con cancer*. Madrid: Editorial Panamericana, 68-73.

Cardoso, Cinira C.L.; Rosalini, Maria H.P.; & Pereira, Maria T.M.L. (2010). *O cuidar na concepção dos cuidadores: um estudo com familiares de doentes crônicos em duas unidades de saúde da família de São Carlos-SP*. Serv. Soc. Rev. Londrina. 13(1), 24-42.

Carpenito, Lyanda J. (2009). *Diagnósticos de Enfermagem – aplicação à prática clinica*. (11ª ed). Artemed.

Cazarini R.P.; Zanetti M.L.; Ribeiro K.P.; Pace A.E.; & Foss M.C.. (2002). *Adesão a um grupo educativo de pessoas portadoras de Diabetes Mellitus: percentagem e causas*. Medicina Ribeirão Preto; 35(2) jun-abr: 142-50. Acedido em setembro 22, 2013, em [www.revistas.usp.br/rmrp/article/download/803/815](http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/download/803/815).

---

Cheng, T.Y.L.; & Boey, K.W. (2000). *Coping, social support, and depressive symptoms of older adults with Type II diabetes mellitus*. *Clinical Gerontologist*, 22(1), 15-30.

Cnop, M.; Landchild, M.J.; Vidal, J.; Havel, P.J.; Knowles, N.G.; Carr, D.R.; Wang, F.; Hull, R.L.; Boyko, E.J.; Retzlaff, B.M.; Walden, C.E.; Knopp, R.H.; & Kahn, S.E. (2002). *The concurrent accumulation of intra-abdominal and subcutaneous fat explains the association between insulin resistance and plasma leptin concentrations: distinct metabolic effect of two fat compartments*. US National Library of Medicine – National Institutes of Health. 51(4), 1005-1015. Acedido em 5 janeiro, 2014, em <http://diabetes.diabetesjournals.org/content/51/4/1005.long>.

Collière, Marie-Françoise (1999). *Promover a vida – da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lidel-Zamboni.

Comissão Europeia (2010). *Proposta de decisão do Parlamento Europeu e do Conselho relativa ao ano europeu do envelhecimento ativo - 2012*. Bruxelas. Acedido em novembro 16, 2013, em <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0462:FIN:PT:PDF>.

Cordo, Margarida (2003). *Reabilitação de pessoas com doença mental, das famílias para a instituição, da instituição para a família*. Lisboa: Climepsi.

Costa, Cristina; Rocha, Guida; & Acúrcio, Mónica. (2005). *A entrevista*. Acedido em setembro, 11, 2012, em <http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/ichagas/mi1/entrevistat2.pdf>.

Coutinho, Clara Pereira. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra Almedina.

---

Cramer, D.; Henderson, S.; & Scott, R. (1997). *Mental health and desired social support: A four-wave panel study*. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14(6), 761-775.

Decreto-Lei nº 463/88, de 15 de Dezembro. Acedido em setembro 11, 2012, em <http://www.dre.pt/cgi/dr1s.exe?t=dr&cap=1-1200&doc=19883508%20&v02=&v01=2&v03=1900-01-01&v04=3000-12-21&v05=&v06=&v07=&v08=&v09=&v10=&v11='Decreto-Lei'&v12=&v13=&v14=&v15=&sort=0&submit=Pesquisar>.

Decreto-Lei nº54/92, de 11 de Abril. Acedido em setembro 11, 2012, em [http://www.igf.min-financas.pt/inflegal/bd\\_igf/bd\\_legis\\_geral/leg\\_geral\\_docs/DL\\_054\\_92.htm](http://www.igf.min-financas.pt/inflegal/bd_igf/bd_legis_geral/leg_geral_docs/DL_054_92.htm).

Decreto-Lei n.º 118/92, de 25 de Junho. “*Regime de comparticipação do estado no preço dos medicamentos*”. Acedido em setembro 11, 2012, em [http://www.apogen.pt/conteudos/uploads/Ficheiros/Comparticipa%C3%A7%C3%A3o/DL\\_n.11892de25deJunho.pdf](http://www.apogen.pt/conteudos/uploads/Ficheiros/Comparticipa%C3%A7%C3%A3o/DL_n.11892de25deJunho.pdf).

Decreto-Lei nº341/93, 30 Setembro. Acedido em setembro 11, 2012, em [http://www.riac.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/8B2D197C-5971-4EC4-817F-65695973D77C/133098/DL\\_341\\_93.pdf](http://www.riac.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/8B2D197C-5971-4EC4-817F-65695973D77C/133098/DL_341_93.pdf).

Decreto-Lei nº133-B/97, de 30 de Maio. Acedido em setembro 11, 2012, em [http://www.cga.pt/Legislacao/Prestacoes\\_familiares\\_atualizado.pdf](http://www.cga.pt/Legislacao/Prestacoes_familiares_atualizado.pdf).

Despacho conjunto 407/98. Acedido em novembro 20, 2013, em [http://www4.seg-social.pt/documents/10152/35243/Desp\\_C\\_407\\_98](http://www4.seg-social.pt/documents/10152/35243/Desp_C_407_98).

Duarte, R. (2002). *Diabetologia Clínica*. (3ª ed). Lisboa: Lidel.

---

Elsen, Ingrid; Althoff, Coleta R.; & Manfrini, Gisele C. (2001). *Saúde da família: desafios teóricos*. Fam. Saúde Desenv. Curitiba. 3(2), 89-97. Acedido em dezembro 3, 2013, em <file:///C:/Users/Admin/Downloads/5048-11528-1-PB.pdf>.

Esteve, M. E.; & Rocca, J. (1997). Calidad de vida relacionada com la salud: un nuevo parâmetro a tener en cuenta. *Med. Clin.*108, 458-459.

Fazenda, Isabel (2006), Saúde mental: do hospital à comunidade, dos cuidados à cidadania. In Folhetos SNR (56). *Saúde mental, reabilitação e cidadania.*, 56. Lisboa: Secretariado nacional para a reabilitação e integração das pessoas com deficiência.

Ferraz, Ana E.P.; Zanetti, Maria L.; Brandão, Edith C.M.; Romeu, Lúcia C.; Foss, Milton C.; Paccola, Glória M.G.F.; Paula, Francisco J.A. de; Gouveia, Leonor M.F.B. & Montenegro Jr, Renan. (2000). *Atendimento multiprofissional ao paciente com Diabetes Mellitus no ambulatório de diabetes do HCFMRP-USP*. Medicina, Ribeirão Preto. 33. P170-175.

Ferreira, Maria de Fátima. (2009). *Cuidar no domicílio: avaliação da sobrecarga da família/ cuidador principal no suporte paliativo do doente oncológico*. *Cadernos de Saúde*, 2, (1), 67-88. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Acedido em novembro 10, 2013, em <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/9871>.

Fisher, E.B.; Delamater, A.M.; Bertelson, A.D.; & Kirkley, B.G. (1982). *Psychological factors in Diabetes and its treatment*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(6), 993-1003.

Fleck, M.P.A.; & Colaboradores. (2008). *A avaliação e qualidade de vida – guia prático para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed.

---

Francioni, Fabiene F.; & Silva, Denise G.V. (2007). *O processo de viver saudável de pessoas com a Diabetes Mellitus através de um grupo de convivência*. Contexto Enfermagem Florianópolis, 16(1), 105-111. Acedido em novembro 24, 2013, em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072007000100013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072007000100013&script=sci_arttext).

Freire, Marta Fernandes. (2010). *A Inclusão Através do Desporto Adaptado: O caso português do basquetebol em Cadeira de Rodas*. Dissertação de Mestrado em Exercício e Saúde em Populações Especiais apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra. Acedido em novembro 10, 2013, em <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/17570>.

Fukunishi, I.; Akimoto, M.; Horikawa, N.; Shirasaka, K.; & Yamazaki, T. (1998). *Stress and social support in glucose tolerance abnormality*. Journal of Psychosomatic Research, 45(4), 361-369.

Garratt, A; Schmidt, L.; Mackintosh, A.; & Fitzpatrick, R. (2002). *Quality of live measurement: bibliografic study of patient assessed health outcome measures*. BMJ. 321:7351,1417. Acedido em novembro 10, 2013, em <http://www.bmj.com/content/324/7351/1417.1>.

Gelber, R.; & Gelber, S. (1995). *Quality-of-life assessment in clinical trials*. Acedido em novembro 10, 2013, em [http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4615-2009-2\\_11#page-2](http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4615-2009-2_11#page-2).

Ghorayeb, N.; & Barros, N.T.L. (1999). *O exercício – preparação fisiológica – avaliação médica – aspectos especiais e preventivos*. São Paulo: Atheneu.

Góes, Anna P.P.; Vieira, Maria R.R.; & Liberatore Júnior, Del Roio. (2007). *Diabetes mellitus tipo 1 no contexto familiar e social*. Rev. Paul. Pediatr. 25(2), 124-128. Acedido em, dezembro 9, 2013, em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-05822007000200005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822007000200005).

---

Goets, Everley R.; Camargo, Brigido V.; Bertoldo, raquel B.; & Justo, Ana M. (2008). *Representação social do corpo na mídia impressa*. *Psicologia & Sociedade*, 20(2), 226-236. Acedido em fevereiro, 16, 2014, em <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v20n2/a10v20n2.pdf>.

Gomes, Lilian C.; Santos, Cláudia B. dos; Foss-Freitas, Maria C.; & Pace, Ana E. (2009). *A relação entre o apoio social e as características sociodemográficas das pessoas com diabetes mellitus*. *Rev. Gaúcha de Enferm.* 30(3), 390-396. Acedido em maio 12, 2013, em <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/8635>.

Gomes-Villas Boas, Lilian C.; Santos, Cláudia B. de; Santos, Cláudia B. dos; & Foss-Freitas, Maria C. (2009). *A relação entre o apoio social e as características sociodemográficas das pessoas com diabetes mellitus*. *Rev. Gaúcha Enferm.* Porto Alegre. 20(3), 390-6. Acedido em novembro 12, 2013, em [http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/8635/6991?origin=publication\\_detail](http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/8635/6991?origin=publication_detail).

Gonçalves, L.H.T.; Alvarez, A.M.; Sena, E.L. da S.; Santana, L.W. da S.; & Vicente, F.R. ( 2006). *Perfil da família cuidadora de idosos doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC*. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2006 out-dez; 15(4), 570-7. Acedido em dezembro 10, 2013, em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a04.pdf>.

Gorgatti, M.G.; & Costa, R.F. (2005). *Atividade física adaptada*. São Paulo: Manole.

Griffiths, L.S.; Field, B.J.; & Lustman, P.J. (1990). *Life stress and social support in diabetes: Association with glycemic control*. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 20, 365-372.

---

Gross, J.L.; & Nehme, M. (1999). *Deteção e tratamento das complicações crónicas do diabetes melito: Consenso da Sociedade Brasileira de Diabetes e Conselho Brasileiro de Oftalmologia*. Rev. Ass. Med. Brasil. 45(3), 279-84. Acedido em novembro 12, 2013, em <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v45n3/1661>.

Guadalupe, Sónia (2009). *Intervenção em Rede - Serviço Social, Sistémica e Redes de Suporte Social*. Imprensa da Universidade de Coimbra.

Guimarães, Fernanda P. de M.; & Takayanagui, Angela M.M. (2002). *Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o tratamento do portador de Diabetes Mellitus tipo 2*. Ver. Nutr. 15 (1). 37-44.

Hauser S.T.; Jacobson A.M.; Lavori P.; Wolfsdorf J.I.; Herskowitz R.D.; Milley J.E.; Bliss R.; Wertlieb D.; & Stein J. (1990). *Adherence among children and adolescents with insulin-dependent Diabetes Mellitus over a four-year longitudinal follow-up: II. Immediate and long-term linkages with the family milieu*. Journal of Pediatric Psychology, 15 (4), 527-42.

Helmrich, Susan P.; Ragland, David R.; Leung, Rita W.; & Paffenbarger Jr, Ralph S. (1991). *Physical activity and reduced occurrence of non-insulin-dependent diabetes mellitus*. The New England Journal of Medicine. 18(2), 325-147.

Howley, E.T. (2000). *Manual do instrutor de condicionamento físico para a saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

Imaginário, C.M.I. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar – uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra: Formasau.

Jornal Sol (2012). *Portugal é o terceiro país da OCDE com maior prevalência de diabetes*. 24 Abril. Acedido em janeiro 4, 2013, em [http://sol.sapo.pt/inicio/Sociedade/Interior.aspx?content\\_id=47729](http://sol.sapo.pt/inicio/Sociedade/Interior.aspx?content_id=47729).

---

Leal, C.M.S. (2008). *Reavaliar o conceito de qualidade de vida*. Acedido em abril 28, 2012, em [www.porto.ucp.pt](http://www.porto.ucp.pt).

Leal, Dalila T.; Fialho, Flábia, A.; Dias, Iêda M.A.V.; Nascimento, Lilian do; & Arruda, Wiviam C. (2009). *Diabetes na infância e adolescência: o enfrentamento da doença no cotidiano da família*. HU Revista, Juiz de Fora. 35(4), 288-295. Acedido em agosto 21, 2013, em <http://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/viewFile/831/285>.

Littlefield, C.H.; Rodin, G.M.; Murray, M.A.; & Craven, J.L. (1990). *Influence of functional impairment and social support on depressive symptoms in persons with diabetes*. Health Psychology, 9(6), 737-749.

Llanes, G.D. (2001). *El bienestar subjetivo. Actualidad y Perspectivas*. Revista Cubana Med Gen Integr 2001;17(6):572-9. Acedido em novembro 10, 2013, em [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17\\_6\\_01/mgi11601.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_6_01/mgi11601.pdf).

Lopez, J.A.F.; Mejia, R.H.; & Espinar, A.C. (1996). La calidad de vida: un tema de investigacion necesario: concepto y metodo (I). *Medicina Integral*.27:2,75-78.

Lopez, J.A.F.; Mejia, R.H.; & Espinar, A.C.(1996). La calidad de vida: un tema de investigacion necesario: validezy beneficios (II) *Medicina Integral*.27:3,116-121.

López, Dulce M.M.; López, Víctor M.G.; Ruiz, Martha E.G.; López, José H.P.; & Escobar, Arturo N. (2004). *Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2*. Rev Med Mex. 42(4), 281-4. Acedido em janeiro 13, 2014, em <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2004/im044b.pdf>.

Lopes, L. (2007), Necessidades e estratégias na dependência: uma visão da família. *Revista Portuguesa de saúde pública*, 25, (1), 39-46. Acedido em novembro 10, 2013, em

---

<http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/03-07.pdf>.

Madureira, Joana C. M. (2011). *Atividade física adaptada para pessoas com deficiência: o caso dos desportos náuticos*. Relatório de estágio no âmbito do Mestrado em Sociologia apresentado à Faculdade de Economia, da Universidade de Coimbra.

Manzini, Eduardo J. (2003). *Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semiestruturada*. In: Marquezine, M.C.; Almeida, M.A.; & S. (Orgs). *Colóquios sobre pesquisa em educação especial*. Londrina, Eduel, p-11-25. Acedido em fevereiro, 22, 2014, em [http://www.marilia.unesp.br/Home/Instituicao/Docentes/EduardoManzini/Consideracoes\\_sobre\\_a\\_elaboracao\\_do\\_roteiro.pdf](http://www.marilia.unesp.br/Home/Instituicao/Docentes/EduardoManzini/Consideracoes_sobre_a_elaboracao_do_roteiro.pdf).

Marques, U.M.; Castro, J.A.M.; & Silva, M.A. (2001). *Atividade física adaptada: uma visão crítica*. Revista Portuguesa de Ciências do Desporto, 1, (1), 73-79.

Marteleteo, Regina M. (2001). *Análise de redes sociais: aplicação nos estudos de transferência da informação*. *Ciência da Informação*, Brasília, 30(1), p. 71-81. Acedido em novembro 08, 2013, em <http://www.scielo.br/pdf/ci/v30n1/a09v30n1>.

Martins, J. de J.; Albuquerque, G.L. de; Nascimento, E.R.P. do; Barra, D.C.C.; Souza, W.G.A.; & Pacheco, W.N.S. (2007). *Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio*. *Contexto Enferm*, Florianópolis, 16(2), 254-62. Acedido em dezembro 12, 2013, em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a07v16n2.pdf>.

Martins, Maria M.; Fernandes, Carla S.; & Gonçalves, Lucia H.T. (2012). *A família como foco dos cuidados de enfermagem em meio hospitalar: um programa educativo*. *Ver. Bras. Enferm*. Brasília. 65(4), 685-90. Acedido em julho 21, 2013, em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n4/a20v65n4.pdf>.

---

Martins, Rosa M.L. (s/d). *A relevância do apoio social na velhice*. Educação, Ciência e Tecnologia 128-134. Acedido em novembro 23, 2013, em <http://www.ipv.pt/millennium/millennium31/9.pdf>.

Matos, Eliane. (2002). *Novas formas de organização do trabalho e aplicação na enfermagem: possibilidades e limites*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem apresentada à Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. Acedido em fevereiro 3, 2014, em <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/83504/184717.pdf?sequence=1>.

Matsudo, S., & Matsudo, V. (2000). *Evidências da importância da atividade física nas doenças cardiovasculares e na saúde*. *Revista Diagnóstico e tratamento*, 5(2), 10-17.

Meneses, M.P.R.; & Sarriera, J.C. (2005). *Redes Sociais na investigação psicossocial*. Aletheia, Canoas, 21, jan-jun, p.53-67. Acedido em dezembro 08, 2013, em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-03942005000100006&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-03942005000100006&script=sci_arttext).

Menezes, R.F.; Ribeiro, J.P.; & Silva, A.M. (2002). *Revisão de literatura sobre avaliação da qualidade de vida (QDV) de adultos com epilepsia. II – Facilidades na abordagem do tema*. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 3 (2), 119-139. Acedido em janeiro 15, 2012, em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v3n2/v3n2a02.pdf>.

Mercuri, Nora; & Arrechea, Viviana. (2004). *Atividade física e Diabetes Mellitus*. *Diabetes Clínica, Jornal multidisciplinar da diabetes e das patologias associadas*. 4, 347-349. Acedido em Novembro 11, 2012, em [http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos\\_teses/2010/Educacao\\_fisica/artigo/3\\_exercicio\\_diabetes.pdf](http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos_teses/2010/Educacao_fisica/artigo/3_exercicio_diabetes.pdf).

Miller, Carla K.; Davis, Melissa S. (2005). *The influential role of social support in Diabetes management*. *Topic Clin. Nutr.* 20(2), 157-165.

---

Miller-Johnson, S.; Emery, R.E.; Marvin, R.S.; Clarke, W.; Loevinger, R.; & Martin, M. (1994). *Parent-child relationships and the management of insulin-dependent Diabetes Mellitus*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(3), 603-610.

Minayo, Maria C. (2000). *Qualidade de vida e saúde: um debate necessário*. *Ciência & Saúde Coletiva*. 5(1), 7-18. Acedido em dezembro 15, 2013, em [http://adm.online.unip.br/img\\_ead\\_dp/35428.PDF](http://adm.online.unip.br/img_ead_dp/35428.PDF).

Minayo, Maria Cecília. S. (2000). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Rio de Janeiro. Hucitec.

Miranzi, S.S.C.; Ferreira, F.S.; Iwamoto, H.H.; Pereira, G.A.; & Miranzi, M.A.S. (2008). *Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família*. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 17(4), 672-9. Acedido em dezembro 21, 2013, em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/07.pdf>.

Modeneze, Dênis M. (2004). *Qualidade de vida e Diabetes: limitações físicas e culturais de um grupo específico*. Dissertação de Mestrado apresentado à UNICAMP/FEF, Campinas – São Paulo. Acedido em novembro 10, 2013, em [http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos\\_teses/EDUCACAO\\_FISICA/dissertacao/Modeneze.pdf](http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos_teses/EDUCACAO_FISICA/dissertacao/Modeneze.pdf).

Moreira, Rodrigo O.; Papelbaum, Marcelo; Appolinario, José C.; Matos, Amélio G.; Coutinho, Walmir F.; Meirelles, Ricardo M.R.; Ellinger, Vivian C.M.; & Zagury, Leal. (2003). *Diabetes mellitus e depressão: uma revisão sistemática*. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.* 47(1), 19-29. Acedido em novembro 21, 2013, em

<http://www.scielo.br/pdf/abem/v47n1/a05v47n1.pdf>.

---

Moreira, R.C.; Scardoeli, M.G.da C.; Baseggio, R.da C.; Sales, C.A.; & Waidman, M.A.P. (2009). *Conceções de cuidado dos familiares cuidadores de pessoas com Diabetes Mellitus*. Revista Mineira de Enfermagem, 13(1), 43-48. Acedido em dezembro 10, 2013, em <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/162>.

Moreira T.M.; Araújo T.L.; & Pagliuca L.M.F..(2001). *Alcance da teoria de King junto à família de pessoas portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica*. Revista Gaúcha Enferm, jan; 22(1), 74-89. Acedido em janeiro 08, 2012, em <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4378/2328>.

Muldoon, M.F.; Barger, S.D.; Flory, J.D.; & Manuck, S.B. (1998). *What are quality of life measurements measuring?. British Medical Journal*.316, 542-545. Acedido em novembro 10, 2013, em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2665651/pdf/9501721.pdf>.

Nahas,M.V. (2001). *Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo*. Londrina: Midiograf.

Neves, Helena M.F. (2012). *Causas e consequências da institucionalização dos idosos*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade da Beira Interior. Acedido em janeiro 7, 2014, em [http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/upload/0/1532/causas\\_consequencias.pdf](http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/upload/0/1532/causas_consequencias.pdf).

Neto, Félix. (2000). *Psicologia social (vol.II)*. Lisboa: Universidade Aberta.

Neto, Isabel G.; Aitken, Helena H.; & Paldron, Tsering. (2004). *A dignidade e o sentido da vida – uma reflexão sobre a nossa existência*. Cascais: Pergaminho.

Netto, Eduardo Silveira. (2000). *Atividade física para diabéticos*. Sprint.

Nieman, D.C. (1999). *The exercise – health connection*. Human Kinetics.

---

Oliveira, M.; Queirós, C.; & Guerra, M. (2007), O conceito de cuidador analisado numa perspectiva autopoietica: do caos à autopoiese. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 8(2), 181-196. Acedido em novembro 10, 2013, em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v8n2/v8n2a03.pdf>.

Oliveira, R.S.; Santos, S.; Laranjo, G.; Luís, A.; & Campos, J. (2013). *Diabetes, adolescência e qualidade de vida*. *Acta Pediatr Port.*, 44(4), 156-60. Acedido em janeiro 11, 2014, em <http://revistas.rcaap.pt/app/article/viewFile/3333/2672>.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Acedido em novembro 20, 2011, em <http://www.who.int/diabetes/en/>.

Ornelas, J. (1994). *Suporte social: origens, conceitos e áreas de intervenção*. *Análise Psicológica*, 2-3(12), 333-339.

Ortiz, M.C.A.; & Zanetti, M.L. (2001). *Levantamento dos fatores de risco para Diabetes Mellitus tipo 2 em uma instituição de ensino superior*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. (9)3. Ribeirão Preto. Acedido em novembro 20, 2011, em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692001000300009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692001000300009&script=sci_arttext).

Pace, Ana E.; Nunes, Polyana D.; & Ochoa-Vigo. (2003). *O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de Diabetes Mellitus*. *Rev. Latino-Am. Enferm.* 11(3), 312-9. Acedido em janeiro 14, 2013, em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16540.pdf>.

Paiva, Daniela C.P. de; Bersusa, Ana A.S.; & Escuder, Maria M.L. (2006). *Avaliação da assistência ao paciente com Diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato*. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 22(2), 377-385. Acedido em janeiro 12, 2014, em <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n2/15.pdf>.

---

Paixão, R.; & Oliveira, R.A. (1996). *Escala Instrumental e expressiva do suporte social*. *Psicológica*. 16. p. 83-89.

Pasqualotto, karoline R.; Alberton, Dayane; & Frigeri, Henrique R. (2012). *Diabetes mellitus e complicações*. *Journal of Biotechnology and Biodiversity*. 3(4), 134-145. Acedido em fevereiro, 12, 2014, em <http://revista.uft.edu.br/index.php/JBB/article/viewFile/385/267>.

Paúl, Maria C. (1997). *Lá para o fim da vida: Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra. Almedina.

Péres, Denise S.; Santos, Manoel A. dos; Zanetti, Maria L.; Ferronato, António A. (2007). *Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos*. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. v15 (6). Acedido em janeiro 26, 2013, em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000600008&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000600008&script=sci_arttext&tlng=pt).

Polonsky, William H. (2002). *Emotional and quality-of-life aspects of Diabetes management*. *Current Diabetes Reports*. 2(2), 153-159.

Portaria nº709/95, 3 Julho. Acedido em setembro 11, 2012, em <http://www.dre.pt/cgi/dr1s.exe?t=dr&cap=1-1200&doc=19952093%20&v02=&v01=2&v03=1900-01-01&v04=3000-12-21&v05=&v06=&v07=&v08=&v09=&v10=&v11=Portaria&v12=&v13=&v14=&v15=&sort=0&submit=Pesquisar>.

Portaria n.º509-B/2003, de 30 de Junho. “*Estabelece normas relativas à normalização e harmonização dos preços de venda ao público dos meios auxiliares de diagnóstico destinados aos diabéticos*”. Acedido em setembro 11, 2012, em [http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO\\_F](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_F)

Portugal. (2008). *Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Cuidados de Saúde, Programa Nacional de prevenção e controlo da Diabetes.* - Lisboa: DGS, 2008. - XXIV p.

Portugal, S. (2006). *Novas famílias, modos antigos. As redes sociais na produção de bem-estar.* Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Economia, da Universidade de Coimbra. Acedido em dezembro 07, 2013, em [https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/bitstream/10316/480/2/tese\\_sp.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/bitstream/10316/480/2/tese_sp.pdf).

Programa Nacional para a Diabetes. Acedido em novembro 10, 2013, em <http://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes.aspx>.

Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes. Direcção-Geral de Saúde, Ministério da Saúde. (2008). Lisboa. Acedido em fevereiro 23, 2014, em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6B340314-11EF-4B02-87C5-3186565DA441/0/ProgramadePrevencaoDiabetes.pdf>

Quaresma, M. (1996). *Cuidados familiares às pessoas muito idosas.* Lisboa: Direcção geral da ação social/núcleo de Documentação Técnica e Divulgação. Acedido em novembro 23, 2013, em [http://www4.seg-social.pt/documents/10152/13328/Cuidados\\_fam\\_pes\\_muito\\_idosas](http://www4.seg-social.pt/documents/10152/13328/Cuidados_fam_pes_muito_idosas).

Quivy, Raymond; Campenhoudt, Luc Van. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais.* Lisboa; Grávida.

Ramalho, S.M.B. (2009). *Diabetes Mellitus Uma nova abordagem na terapêutica da Diabetes tipo 2.* Dissertação de Mestrado apresentado à Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade Fernando Pessoa, Porto. Acedido em novembro 10, 2013, em [http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1149/1/mono\\_sanchoramalho.pdf](http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1149/1/mono_sanchoramalho.pdf).

---

Raposo, J.; Pina, R.; Moos, E.C.; & Boavida, J. M. (2004). *Educação terapêutica: partilhar responsabilidades: porquê e como?* *Arquivos de Medicina*.18, Suplemento 1, 64-66.

Rascle, N.; Aguerre, C.; Bruchon-Schweitzer, M.; Nuissier, J.; Cousson, F.; Gillard, J.; & Quintard, B. (1997). *Soutien social et santé: Adaptation française du questionnaire de soutien social de Sarason, le S.S.Q.* *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 33, 35-51.

Reiss, D.; Gonzales, S.; & Kramer, N. (1986). *Family process, chronic illness, and death. On the weakness of strong bonds.* *Archives of General Psychiatry*, 43, 795-804.

Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes – Portugal. Diabetes Factos e Números 2013. Acedido em janeiro 12, 2014, em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/diabetes-factos-e-numeros-2013.aspx>.

Resende, M.C.; Bones, V.M.; Souza, I.S.; & Guimarães, N.K. (2006). *Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos.* *Psicol. Am. Lat.*, 5(2). Acedido em dezembro 21, 2013, em

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1870350X2006000100015&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1870350X2006000100015&script=sci_arttext&tlng=es).

Ribeiro, J. L. P. (1994). *Psicologia da saúde, saúde e doença.* In *Psicologia da saúde: áreas de intervenção e perspetivas futuras*. Braga: Associação de Psicólogos Portugueses, p. 33-55.

Ribeiro, J.P.L. (1994). *A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde.* *Análise psicológica*. XII 2-3, 179-191. Acedido em dezembro 07, 2013, em [http://sigarra.up.pt/fpceup/pt/publs\\_pesquisa.formview?p\\_id=10161](http://sigarra.up.pt/fpceup/pt/publs_pesquisa.formview?p_id=10161).

Ribeiro, J.L.P. (1999). Escala de satisfação com o suporte social. *Análise Psicológica*, 3(8), 547-558. Acedido em dezembro 07, 2013, em

---

<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v17n3/v17n3a10.pdf>.

Rodríguez, Martha; & Guerrero, Jesús F. (1997). *Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia*. Salud pública de México. 39 (1), 44-47. Acedido em novembro 20, 2013, em

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10639107>.

Salovey, P.; Rothman, A.J.; Detweiler, J.B.; & Steward, W.T. (2000). *Emotional states and physical health*. American Psychologist, 55(1), 110-121.

Santos, Manoel A. dos; Alves, Roberta C.P.; Oliveira, Valmir A. de; Ribas, Camila R.P.; Teixeira, Carla R. de S. ; & Zanetti, Maria L. (2011). *Representações sociais de pessoas com Diabetes acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento*. Rev. Esc. Enferm. USP. 45(3), 651-8. Acedido em setembro 22, 2013 em,

<http://www.scielo.br/pdf/reecusp/v45n3/v45n3a15.pdf>.

Sarason, B. R.; Sarason, I. G.; & Pierce, G. R. (1990). *Social support: an interactional view*. New York: Wiley.

Schwartzmann, L. (2003) *Calidad de vida Relacionada com la salud. Aspectos conceptuales*. Ciência y enfermaria. 9,2, 09-21. Acedido em dezembro 07, 2013, em

<http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v9n2/art02.pdf>.

Seeman, T.E.; & McEwen, B.S. (1996). *Impact of social environment characteristics on neuroendocrine regulation*. Psychosomatic Medicine, 58(5), 459-471. Acedido em dezembro 07, 2013, em

<http://www.psychosomaticmedicine.org/content/58/5/459.full.pdf+html>.

Seidl, E.M.; & Zannon, C.M. (2004). *Qualidade de vida e saúde: aspetos concetuais e metodológicos*. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 (2), 580-588, mar-abri, 2004. Acedido em dezembro 07, 2013, em

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/27.pdf>.

---

Sennet, Richard (2004). *Respeito: a formação do carácter em um mundo desigual*. Rio de Janeiro: Record.

Serra, A. V. (1999). *O Stress na Vida de Todos os Dias*. Coimbra.

Sharley, B.J. (1998). *Condicionamento físico e saúde*. Porto Alegre: ArtMed.

Silva, Carlos A. et al. (2011). *Análise de redes sociais dos serviços de saúde: a ação organizada das organizações de serviços de saúde e sociais no apoio a crianças com doenças crônicas*. XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais. Acedido em dezembro 08, 2013, em [http://www.xiconlab.eventos.dype.com.br/resources/anais/3/1306797716\\_ARQUIVO\\_Final\\_CSJFJS\\_Artigo\\_estudo\\_diabetes\\_f.pdf](http://www.xiconlab.eventos.dype.com.br/resources/anais/3/1306797716_ARQUIVO_Final_CSJFJS_Artigo_estudo_diabetes_f.pdf).

Snoek, F.J. (2000). *Quality of life: a closer look at measuring patients' well-being*. Diabetes Spectrum. v13. Acedido em novembro 24, 2013, em <http://journal.diabetes.org/diabetesspectrum/00v13n1/pg24.htm>.

Sousa, Tania T.; Santini, Luciana; Wada, Silvia A.; Vasco, Carolina F. & Kimura Miako. (1997). *Qualidade de vida da pessoa diabética*. Rev. Esc. Enf. USP, (31)1, p.150-164. Acedido em janeiro 26, em <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/380.pdf>.

Spar, J.E.; & La Rue, A. (1998). *Guia de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi.

Spilker, B. (1990). Introduction In B. Spilker (Ed). *Quality of Life assessments in clinical trials*. New York: Raven Press,3-9. Acedido em novembro 23, 2013, em [http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-007-2863-9\\_38#page-1](http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-007-2863-9_38#page-1).

Testa, M.A.; & Simonson, D. C. (1996). Assessment of Quality of Live Outcomes. *The New England Journal of Medicine*.334,13, p.885-840.

---

Vancea, Denise M.M.; Cancea, José N.; Pires, Maria I.F.; Reis, Marco A.; Moura, Rafael B. & Dib, Sergio A. (2009). *Efeito da frequência do exercício no controle glicêmico e composição corporal de diabéticos tipo 2*. Arq. Bras. Cardiol. v92 (1), 23-30. Acedido em fevereiro 17, 2013, em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2009000100005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2009000100005&script=sci_arttext).

Vaux, A. (1988). *Social support. Theory, research and intervention*. New York: Praeger Publishers.

Verderi, Érica. (2004). *O corpo não tem idade: educação física gerontológica*. Jundiaí: Fontoura.

Vilhjalmsson, R. (1994). *Effects of social support on self-assessed health in adolescence*. *Journal of Youth and Adolescence*. 23(4), 437-452. Acedido em outubro 27, 2013, em <http://link.springer.com/article/10.1007/BF01538038#page-1>.

Wallander, J; Varni, J; Babani, L; Banis, HT; De Haan, CB; & Wilcox, KT. (1989). *Disability Parameters, Chronic Strain and Adaptation of Physically Handicapped Children and Their Mothers*. *Journal of Pediatric Psychology*, 14 (1), 23-42.

Wang, Chen-Yen; & Fenske, Mildred M. (1996). *Self-care of the adults with non-insulin-dependent diabetes mellitus: influence of family and friends*. *Diabetes Educ*. 22(5), 465-70.

Whiting, David R.; Guariguata, Leonor; Weil, Clara; & Shaw, Jonathan. (2011). *IDF Diabetes Atlas: Global estimates of the prevalence of Diabetes for 2011 and 2030*. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 94, 311-321. Acedido em janeiro 12, 2014, em <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0168-8227/PIIS0168822711005912.pdf>

---

Williamson, A.R.; Hunt, A.E.; Pope, J.F.; & Tolman, N.M. (2000). *Recommendations of dietitians for overcoming barriers to dietary adherence in individuals with diabetes*. The Diabetes Educator. 26(2), 272-279.

Winnick, J.P. (2004). *Adapted physical education and sport*. (3ª ed). Editor.

Xavier, A.T.F.; Bittar, D.B.; & Ataídes, M.B.C. (2009). *Crenças no autocuidado em Diabetes – implicações para a prática*. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, jan-mar; 18(1): 124-30. Acedido em novembro 24, 2013, em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a15>.

Zanetti, Maria L. & Mendes, Isabel A.C. (2001). *Análise das dificuldades relacionadas às atividades diárias de crianças e adolescentes com Diabetes Mellitus tipo 1: depoimentos de mães*. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 9 (6), 25-30. Acedido em junho 23, 2013, em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n6/7822.pdf>.

Zimmerman, G. (2000). *Velhice – aspetos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed.

---

---

## Apêndices

---

---

## Índice de Apêndices

<b>Apêndice 1</b> - Entrevista com o Diretor do Lar de Idosos, do Concelho da Guarda -----	121
<b>Apêndice 2</b> – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -----	129
<b>Apêndice 3</b> – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (para menor de idade) -----	131
<b>Apêndice 4</b> – Dados Pessoais dos Diabéticos -----	133
<b>Apêndice 5</b> – Dados Pessoais dos Familiares dos Diabéticos -----	135
<b>Apêndice 6</b> – Guião de Entrevista para os Doentes Diabéticos	137
<b>Apêndice 7</b> – Guião de Entrevista para os Familiares dos Diabéticos -----	141
<b>Apêndice 8</b> – Sinopse das Entrevistas Realizadas aos Diabéticos -----	143
<b>Apêndice 9</b> – Sinopse das Entrevistas Realizadas aos Familiares dos Diabéticos -----	157
<b>Apêndice 10</b> – Construção dos Eixos e Dimensões das Entrevistas Realizadas aos Diabéticos -----	179
<b>Apêndice 11</b> – Construção dos Eixos e Dimensões das Entrevistas Realizadas aos Familiares dos Diabéticos -----	181
<b>Apêndice 12</b> – Eixos e Dimensões das Entrevistas Realizadas aos Diabéticos -----	183
<b>Apêndice 13</b> – Eixos e Dimensões das Entrevistas Realizadas aos Familiares dos Diabéticos -----	197

---

---

## Apêndice 1 - Entrevista com o Diretor do Lar de Idosos, do Concelho da Guarda

Nuno Madureira (nome fictício)

10 Setembro 2013

Data Nascimento /Idade	Escolaridade	Estado Civil	Filhos	Situação Profissional	Distrito
22-03-1975 (38 anos)	Licenciatura Serviço Social	Casado	1	Diretor Técnico Lar	Guarda

**Entrevistadora Margarida Castro Leal (MCL)** – Bom Dia, muito obrigada Drº Nuno Madureira por aceitar esta entrevista. É Diretor Técnico do Lar de Idosos (foi omitido o nome e o local do Lar de Idosos), muito obrigada por estar presente para a entrevista.

No fundo eu vou fazer umas perguntas genéricas mas para saber até o que é que sente sobre a Diabetes aqui com os doentes do Lar uma vez que há alguns doentes que fizeram a entrevista e não têm familiares disponíveis para poder ajudar na minha investigação.

Eu gostaria de saber no fundo que relação é que mantem com os doentes? Quais são os laços que são feitos aqui no Lar? Como é que vocês funcionam um bocadinho e a relação técnicos e pacientes?

**Entrevistada Nuno Madureira (NM)** – Os laços, os laços são cada vez mais próximos porque os familiares muitas vezes não podem estar presentes por vários motivos, ou por estarem no estrangeiro ou por estarem a trabalhar e somos nós Instituição que estamos cada vez mais próximos dos utentes e cada vez estamos, estamos a acompanhá-los e somos nós quando por vezes temos que ser nós a decidir qualquer coisa que eles precisem e neste caso, até da diabetes é uma situação que os idosos não aceitam muito bem quando, quando é diagnosticado a Diabetes ou porque não aceitam bem ou porque agora têm que deixar de comer o que mais gostam ou porque as contas na farmácia a partir de que têm diabetes os medicamentos são mais caros e é nesse sentido que nós estamos mais próximos deles do que às vezes muitos familiares. Quando os familiares são daqui, temos

---

muitos familiares que acompanham muito próximo, quando estão longe da instituição torna-se mais, mais complicado.

**MCL** – Aqui o Lar neste momento tem quantos utentes?

**NM** – Neste momento temos 52.

**MCL** – Qual é a média de idade deles?

**NM** – Noventa e poucos anos.

**MCL** – A percentagem, a nível de sexo, é mais senhoras?

**NM** – É mais senhoras, é mais senhoras.

**MCL** – Em relação a si Drº Nuno, qual é o sentimento que tem sobre a doença? O que é que é para si a Diabetes e qual é a influência que pode fazer na vida de uma pessoa?

**NM** – Limita, limita, limita uma pessoa, por exemplo, à partida estarmos limitados de algo já é complicado mais quando é Diabetes, temos que saber controlar, controlar aquilo que comemos, aquilo que bebemos e nós temos aqui idosos que, que se consegue controlar e mesmo a nível de algumas comidas, quando há umas festas consegue-se controlar, temos outros que não, temos aqui uma senhora, uma senhora que faleceu há um tempo atrás que ela quando era uma festa de aniversário a senhora até salivava, tínhamos que, tínhamos que lhe dar nem que fosse só um bocadinho de bolo mas às vezes torna-se complicado nós também cortarmos tudo aos nossos idosos e às vezes é complicado para eles porque estão a ver os outros a comer e, e eles não podem, quando é, por exemplo, quando é pratos de dieta, por exemplo, quando a dieta eles gostam muito não há problema nenhum, se é o prato normal e a dieta é melhor que o prato normal, todos querem a dieta porque lhes agrada mais à vista, costuma-se dizer que os nossos olhares também comem, não é (risos).

---

**MCL** – Diga-me uma coisa, o Lar é dotado de equipa médica e de enfermagem? Como se processa isso aqui no Lar?

**NM** – Sim, não, temos enfermeira, enfermeira a tempo inteiro e temos o médico que vem cá uma ou duas vezes por semana, conforme as necessidades, também temos aqui um centro de saúde muito próximo, e é fácil às vezes nós entrarmos em contato com o nosso médico mas, a enfermeira está sempre presente, está sempre presente nestas situações.

**MCL** – Há envolvimento da equipa médica e de enfermagem com os doentes a nível de Diabetes e seus familiares? Vocês têm a preocupação de envolver todos os interessados para o combate e para a prevenção da doença aqui no lar?

**NM** – Isto é assim, normalmente o faz a despistagem, está o Drº Gomes, está a enfermeira e quando há estas situações temos que alertar as famílias, muitas vezes as famílias é, é chamada ao Lar também para ela colaborar nesse sentido, por exemplo, torna-se às vezes muito complicado nós estarmos a trabalhar, que eles não podem comer certas coisas, e as famílias, e as famílias trazerem tudo fora da instituição, é muito complicado nós controlarmos se entram bolachas, se entram chocolates, se entram essas coisas todas portanto, tem que haver um envolvimento da família, há que trazer qualquer coisa, tudo bem porque eles gostam destes miminhos mas, há também que colaborarem connosco, não é termos diabéticos que tomam insulina e ter que dar insulina rápida, não pode ser e também, se a família não está cá temos que às vezes, até há idosos que têm amigos próximos, até esses têm que ser avisos: “Olhe, leve não leve tanto, em vez de”.

Já tivemos situações de levar dois pacotes de bolos leve só metade ou só um vá levando, quando trouxer entregue à funcionária porque mete na copa junto do, e é colocado o nome da pessoa e vai-se dando ao lanche porquê? Porque temos idosos se lhe dão um pacote ele é capaz de, já aconteceu connosco, ele é capaz de comer o pacote inteiro, não é, e tem que haver um bocado de controlo porque não se pode brincar com essas situações.

**MCL** – A nível de impacte económico sente que a Diabetes vai encarecer um bocadinho mais no orçamento do utente?

---

**NM** – Pelo menos eles queixam-se e os familiares queixem-se, queixam-se um bocadinho desses custos, pelo menos eles estão sempre a dizer: “Fica metade do dinheiro na farmácia para isto e para aquilo, não sei. Gasta muito dinheiro e tem sempre os diabetes altos”.

É sempre uma queixa que fazem constantemente.

**MCL** – Drº Nuno, de que forma é que gostaria que as várias instituições existentes, tanto as governamentais como as não-governamentais ajudassem os diabéticos e seus familiares? Como é que perspetiva uma ajuda mais eficaz mais efetiva?

**NM** – Isso não sei explicar muito bem como é que havia de funcionar, sabíamos que antigamente os diabéticos tinham algumas regalias e neste momento foram-lhes retirada, não é, não sei se é melhor apoio financeiro ou (sorriso) reformas mais altas ou eles irem aos Centros de Saúde e Hospitais e terem outros benefícios, não lhe posso explicar assim mais.

**MCL** – Na sua perspetiva acha que a informação que existe sobre a Diabetes é suficiente para a população no geral?

**NM** – Eu acho que sim, eu acho que já há muita informação, nós é que às vezes somos um bocado desleixados e não nos preocupamos com as informações que às vezes vai-se aos centros de saúde, vai-se aos hospitais e vê-se vários folhetos a explicar, as pessoas é que, pronto, não ligam, preferem estar a ouvir um enfermeiro ou um médico ou alguém que saiba falar mais da doença do que preocupar-se em ler, claro que também há idosos que não sabem ler e só vão aprendendo aquilo que nós lhes vamos explicando.

**MCL** – Tem aqui no Lar algum programa para divulgar informação sobre a Diabetes?

---

**NM** – Já tivemos, já tivemos vários folhetos, trazemos dos hospitais e centros de saúde, e já tivemos várias formações dada tanto aos funcionários como aos utentes. Aliás, todos os anos, todos os anos nós temos sessões de esclarecimento sobre Diabetes.

**MCL** – Aqui no Lar?

**NM** – Aqui no Lar.

**MCL** – Quais são as suas perspetivas para o futuro que gostaria de ver satisfeitas pelas entidades públicas em relação ao combate à Diabetes e à ajuda dos familiares? Como é que perspetiva o futuro nesse aspeto?

**NM** – Eu não sei, com os cortes que têm havido (risos) nós nunca, nunca sabemos muito bem, mas eu acho que, não sei se é dos pais ao da alimentação cada vez, dizem, por exemplo, a Diabetes nas idades mais novas já vão aparecendo, alguma coisa tem que ser feito para combater essa situação.

**MCL** – O que é que gostaria que fosse feito por todos, não é só pelas entidades, eu acho que passa um bocadinho por todos nós, a responsabilidade por todos nós. De que forma é que gostaria que as coisas se passassem em relação à prevenção e há ajuda quando se já é diabético?

**NM** – Isto quer dizer, tem havido muita prevenção, se falarmos nas escolas, já, já, já é muito divulgado, já há muitos projetos e muitos programas que falam na diabetes, quer dizer, já miúdos da escola já têm essa, algumas noções só que, é o eterno problema, comidas mais rápidas, o *stress* da vida muitas vezes não nos ajuda a fazer uma alimentação equilibrada, depois no futuro, no futuro vamos ter esses problemas. Agora a nível de prevenção, é o que às vezes costumo dizer assim em tom de brincadeira, todos os Lares haviam de ter as mesmas ementas, rodar a ementa, ser sempre aquela, claro que tem que haver sempre controlo do sal e dos condimentos, por exemplo, quando os idosos são autónomos e vêm para as instituições, a primeira coisa que eles reclamam é da comida porque enquanto nas casa deles a comida está. Está mais salgada, tem mais condimentos,

---

aqui nas instituições não se pode, não se pode fazer isto, claro que depois ao longo do tempo eles vão-se habituando mas, na entrada é muito complicado eles habituarem-se à comida do Lar por causa dessa situação, também são pessoas que não estão habituadas a, aliás, não estão habituadas aquela percentagem de sal, nem há variedade de refeições, estão habituados a comer quase sempre a mesma coisa e às vezes é complicado.

Agora, a prevenção vai ser sempre na base da alimentação, penso eu, penso eu.

**MCL** – Aqui no Lar quem é o responsável pelo programa alimentar?

**NM** – Isto é assim, nós já, nós já falámos com vários dietistas e nutricionistas já, estamos a pensar a meter, como eu há bocado disse, ementas, ementas nas instituições todas do concelho sem ser aquelas ementas, por exemplo, já tivemos aqui formações de nutricionista, já levámos as cozinheiras lá para eles verem a percentagem de sal que, que a comida leva para quê? Para ser homogéneo, para todas as instituições terem as mesmas ementas e terem as mesmas percentagens, que isso é que é importante e estamos a trabalhar nesse sentido.

Com o nutricionista ainda acho que vou receber umas ementas novas do nutricionista para nós também assim as implementarmos.

**MCL** – Mas atualmente quem é o responsável pela alimentação de fazer os programas alimentares?

**NM** – É assim, normalmente sou eu que faço isso mas peço sempre ajuda ao nutricionista que é o caso para a gente ir implementando ementas de acordo, de acordo com o nutricionista. Mas, às vezes é muito complicado, às vezes nós temos noção, quem faz as ementas temos que ir ao encontro dos gostos, alguns gostos deles mas variando, variando a comida se não eles também queriam sempre a mesma coisa, eles querem sempre batatas, batatas e é batatas toda a semana mas também não pode ser. Normalmente em todas as instituições haveria de haver um nutricionista, não é possível.

---

**MCL** – Qual é a maior carência que sente na Instituição, a nível de apoio aos utentes? Existe alguma coisa que pense que poderia ser diferente na ajuda imediata ao utente no Lar?

**NM** – Em que sentido?

**MCL** – Na ajuda, se calhar, para terem uma melhor qualidade de vida?

**NM** – Eu acho que os idosos, claro que não podemos ter uma funcionária para todos os idosos, que era o ideal, não sei, não sei porque é assim, os idosos que muitas vezes chegam aqui, mesmo os autónomos, apesar de nós cada vez lhes darmos mais coisas eles têm cada vez mais nas instituições mais coisas que não tinham antigamente, por exemplo, falo na internet, falo no material do ginásio, falo nos passeios e na esplanadas que nós construímos no exterior da instituição mas, muitos idosos quando chegam ao Lar também se não for a animadora por vezes a puxá-los eles passam o tempo no sofá.

Isto é assim, eu acho que o idoso gosta de ser bem tratado, eu acho que quando nós chegamos aqui ao Lar, desde que o idoso seja bem tratado, tenha uma refeição de qualidade, a higiene e tenha visita periódica da família é muito bom porque eu acho que eles nos lares em casa deles não tinham as condições que tinham num Lar (Instituição) apesar de eles gostarem de estar em casa mesmo eles não tendo tanta qualidade de vida mas, o Lar muitas vezes vocês vão ao Lar e o que é que custa mais? É aquelas horas marcadas das refeições que temos que ter, não é, temos que ter horas para, não podemos estar aqui a fazer para 30 a uma hora e para 20 a outra, não, isso não pode acontecer, mas eu acho que eles cada vez vão tendo melhor qualidade de vida na nas instituições porquê? Porque as instituições também estão cada vez a adaptar-se mais à necessidade do idoso, tem essa preocupação, antigamente não tínhamos enfermeira a tempo inteiro, não tínhamos, não tínhamos animadora, não tínhamos um professor de ginástica, não tínhamos nada disso e agora, a gente cada vez vamos pondo mais essas pessoas a trabalhar com eles, acho que isso lhes dá qualidade de vida, às vezes o que é complicado é cativá-los, por exemplo, a nossa, a nossa animadora por vezes o que é que faz aqui? Vai andando pelas várias salas porquê? Porque às vezes muitos que estão nas salas não querem e por vezes até têm uma certa vergonha de uns fazerem melhor e eles não fazerem tão bem, a animadora

---

vai passando por várias salas para não haver essa picardia entre eles. “Olha aquele, olha aquele ehem! Doí-lhe aquilo mas está a saltar”.

**MCL** – Tem uma grande percentagem de utentes dependentes?

**NM** – Vamos tendo alguns porque a idade também é muito avançada e isso são idades de noventa e poucos anos mas, eles na ginástica até aderem, como estão sentados e vão mexendo os braços, e vão mexendo as pernas eles até, até vão aderindo mas, a idade de muitos é muito, muito avançada.

**MCL** – Tem algum utente acamado com cuidados especiais?

**NM** – Não, não, temos um mas que, duas pessoas que levantamos mais cedo e deitamos, desculpe, deitamos mais tarde (risos) levantamos mais tarde e deitamos mais cedo para não estarem tanto tempo no cadeirão mas, levantamo-los todos neste momento levantamo-los todos.

**MCL** – Drº Nuno muito obrigada pela entrevista, muito obrigada, bom dia.

---

**Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

---

**I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO**

NOME DO INDIVÍDUO: .....

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO Nº:.....SEXO: M  F

DATA NASCIMENTO:...../...../.....

MORADA: .....

TELEFONE:.....

---

**II - DADOS SOBRE O ESTUDO ACADÉMICO**

TÍTULO DO ESTUDO: **OUTRA FORMA DE OLHAR A DIABETES:**

**Dificuldades e Expetativas de Doentes e Familiares em Relação aos Apoios Sociais**

1. PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Margarida Castro Leal
  2. CARGO/FUNÇÃO: Aluna de Mestrado em Intervenção Social, Inovação e Empreendedorismo, da Faculdade de Economia e Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, da Universidade de Coimbra.
  3. DURAÇÃO DO ESTUDO: 7 meses.
- 

O Senhor (a) está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada

**OUTRA FORMA DE OLHAR A DIABETES: Dificuldades e Expetativas de Doentes e Familiares em Relação aos Apoios Sociais**

4. Este estudo tem como objetivo compreender as necessidades, dificuldades e expetativas dos diabéticos e respetivas famílias.

Pretende-se que este estudo resulte num contributo válido de modo a que possam ser perspctivadas possíveis readequações das respostas existentes, bem como a ponderação de propostas inovadoras de intervenção social e política para esta população específica.

5. Para a realização deste estudo, serão efetuadas entrevistas semiestruturadas. Toda a entrevista será realizada pela investigadora responsável e respondida de forma oral recorrendo à gravação da mesma.
-

- 
6. Dado tratar-se dum tema que foca aspetos do foro privado e profissional, salienta-se que toda a informação que prestar é confidencial e anónima, poderá desistir de participar a qualquer momento sem qualquer prejuízo pessoal.

**Quaisquer dúvidas ou ocorrências que deseje relatar, favor entrar em contacto por telefone, E-mail ou no endereço a seguir com a pesquisadora responsável:**

**Margarida Castro Leal, telm: 961 601 825;**

**E-mail: [margarida.castro73@gmail.com](mailto:margarida.castro73@gmail.com)**

---

### **CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO**

Declaro que, após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente estudo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Assinatura do Sujeito do Estudo

---

Assinatura da Pesquisadora

Margarida Castro Leal

---

**Apêndice 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (para menor de idade)**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

---

**I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO**

NOME DO INDIVÍDUO: .....

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO Nº.....SEXO: M  F

DATA NASCIMENTO:...../...../.....

MORADA: .....

TELEFONE:.....

NOME DO RESPONSÁVEL LEGAL .....

---

**II - DADOS SOBRE O ESTUDO ACADÉMICO**

TÍTULO DO ESTUDO: **OUTRA FORMA DE OLHAR A DIABETES: Dificuldades e Expetativas de Doentes e Familiares em Relação aos Apoios Sociais**

1. PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Margarida Castro Leal
2. CARGO/FUNÇÃO: Aluna de Mestrado em Intervenção Social, Inovação e Empreendedorismo, da Faculdade de Economia e Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, da Universidade de Coimbra.
3. DURAÇÃO DO ESTUDO: 7 meses.

---

O Senhor (a) está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada

**OUTRA FORMA DE OLHAR A DIABETES: Dificuldades e Expetativas de Doentes e Familiares em Relação aos Apoios Sociais**

4. Este estudo tem como objetivo compreender as necessidades, dificuldades e expetativas dos diabéticos e respetivas famílias.

Pretende-se que este estudo resulte num contributo válido de modo a que possam ser perspctivadas possíveis readequações das respostas existentes, bem como a ponderação de propostas inovadoras de intervenção social e política para esta população específica.

- 
5. Para a realização deste estudo, serão efetuadas entrevistas semiestruturadas. Toda a entrevista será realizada pela investigadora responsável e respondida de forma oral recorrendo à gravação da mesma.
  
  6. Dado tratar-se dum tema que foca aspetos do foro privado e profissional, salienta-se que toda a informação que prestar é confidencial e anónima, poderá desistir de participar a qualquer momento sem qualquer prejuízo pessoal.

**Quaisquer dúvidas ou ocorrências que deseje relatar, favor entrar em contacto por telefone, E-mail ou no endereço a seguir com a pesquisadora responsável:**

**Margarida Castro Leal, telem: 961 601 825;**

**E-mail: [margarida.castro73@gmail.com](mailto:margarida.castro73@gmail.com)**

---

### **CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO**

Declaro que, após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente estudo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Responsável Legal

---

Assinatura da Pesquisadora

Margarida Castro Leal

#### Apêndice 4 – Dados Pessoais dos Diabéticos

Dados Pessoais dos Diabéticos										
Nome Fictício	Data Nascimento	Distrito Residência	Escolaridade	Estado Civil	Filhos	Situação Profissional	Tipo de Diabetes	Tipo de Medicação	Tem Familiares Diabéticos	Reside com quem
Manuel Mendes	20-12-1956 (56 anos)	Leiria	Frequência Universitária em Zootecnia	Casado	2	Desempregado	Tipo II	Metamorfina (2x dia)	Sim: Avô	Esposa e Filhos
Pedro Cruz	09-11-2001 (11 anos)	Lisboa	6º Ano	Solteiro	0	Estudante	Tipo I (11 meses)	Novorapid, Insubatard	Sim: Visavô	Pais e irmã
Anabela Lopes	22-08-1941 (71 anos)	Lisboa	Licenciatura Ensino/Biologia	Casada	3	Esteticista/ Reformada	Tipo II (25 anos)	Risidon, Velmetia, Diamicron, Actos	Sim: Mãe, Pai, Irmão	Marido
Lurdes Silva	22-05-1942 (71 anos)	Lisboa	4º Ano	Viúva	1	Reformada	Tipo II	Não toma medicação	Não	Filha
Natália Rebelo	07-09-1929 (84 anos)	Guarda	3º Ano	Viúva	3	Reformada	Tipo I (6 anos)	Humalog mix 25, insulina 280 unidades peq. Alm., 12 unidades jantar	Não	Lar de Idosos
Ana Rodrigues	23-09-1924 (89 anos)	Guarda	4º Ano	Viúva	0	Reformada	Tipo II (6 anos)	Diamicron 60 (2x dia), Janumet 50/850 (1x dia)	Não sabe	Lar de Idosos
Joana Pinto	15-10-1922 (91 anos)	Guarda	Nunca esteve na escola	Viúva	6	Reformada	Tipo II (6 anos)	Não toma medicação	Não sabe	Lar de Idosos

---

Clotilde Ramos	05-08-1918 (95 anos)	Guarda	Nunca esteve na escola	Viúva	4	Reformada	Tipo II (10 anos)	Zomarist (1x dia)	Não sabe	Lar de Idosos
Fátima Aguiar	04-04-1925 (88 anos)	Guarda	3º Ano	Solteira	0	Reformada	Tipo II (2 anos)	Metamorfina 1gr (meio ao peq. alm.)	Sim: Irmão	Lar de Idosos
Carolina Borges	13-06-1940 (73 anos)	Guarda	2º Ano	Viúva	2	Reformada	Tipo I (30 anos)	Levemir 16/19 unidades à noite; Velmetio 1gr (2x dia)	Sim: Irmão	Lar de Idosos
Roberto Delgado	30-10-1933 (80 anos)	Guarda	2º Ano	Viúvo	6	Reformado	Tipo II (30 anos)	Mixtard 30/28 unidades manhã e 16 unidades jantar	Não sabe	Lar de Idosos
Fernanda Guerra	05-02-1929 (84 anos)	Guarda	Nunca esteve na escola	Solteira	0	Reformada	Tipo II (10 anos)	Diamicron LM 60 (2 comp 1x dia); Meteformina 1gr (2x dia)	Sim: Irmã	Lar de Idosos

**Apêndice 5 – Dados Pessoais dos Familiares dos Diabéticos**

<b>Dados Pessoais dos Familiares dos Diabéticos</b>								
<b>Nome Fictício</b>	<b>Data Nascimento</b>	<b>Distrito Residência</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Filhos</b>	<b>Situação Profissional</b>	<b>Grau de Parentesco com o Diabético</b>	<b>Vive com o Familiar Diabético</b>
Rute Reis	19-08-1955 (57 anos)	Leiria	Licenciatura Serviço Social	Casada	2	Técnica Serviço Social (APPC)	Conjuge	Sim
António Cruz	26-01-1940 (73 anos)	Lisboa	Licenciatura Engenharia Agrónoma	Casado	6	Reformado	Pai	Sim
Laura Cruz	16-08-1959 (53 anos)		Licenciatura Ensino Secundário	Casada	2	Professora Ensino Secundário	Mãe	
Rui Lopes	05-10-1935 (77 anos)	Lisboa	Curso Contabilidade	Casado	3	Reformado	Conjuge	Sim
Matilde Silva	29-09-1964 (48 anos)	Lisboa	Licenciatura Ensino/Mestrado Estudos Portugueses Interdisciplinares	Divorciada	0	Professora Português/Francês ensino secundário	Filha	Sim
Carla Rebelo	15-05-1975 (38 anos)	Guarda	Licenciatura Gestão	Casada	1	Administrativa	Neta	Não
Madalena Lima	11-11-1940 (73 anos)	Guarda	4º Ano	Solteira	0	Reformada	Irmã	Não
Bruna Coelho	11-06-1976 (37 anos)	Guarda	Licenciatura Enfermagem	Casada	2	Enfermeira no Lar	Neta	Não
Luís Ramos	20-01-1942 (71 anos)	Guarda	4º Ano	Casado	2	Reformado	Filho	Não
Adriana Aleixo	15-07-1965 (48 anos)	Guarda	Licenciatura Gestão Recursos Humanos	Casada	1	Técnica de Museologia	Sobrinha	Não

---

---

---

**Apêndice 6 – Guião de Entrevista para os Doentes Diabéticos**

**Guião de Entrevista para os Doentes Diabéticos**

**Cabeçalho**

Data da Entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local da Entrevista: \_\_\_\_\_

Duração da Entrevista: \_\_\_\_h \_\_\_\_m \_\_\_\_s.

Sexo: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Filhos: Sim  Não  Quantos: \_\_\_\_\_

Vive sozinho: Sim  Não

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Concelho de Residência: \_\_\_\_\_

Estudante  Trabalhador  Desempregado  Reformado

Outro: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Diabético tipo I  Diabético tipo II

Insulinodependente: Sim  Não

Medicação Oral: Sim  Não

Quando lhe foi diagnosticado a diabetes?

Quantas vezes se medica por dia?

Tem família com a diabetes?

Se sim quem?

---

### **Assunto 1 - Percepção do diabético sobre a sua vida pessoal**

- O que mudou no seu quotidiano desde que é diabético (familiar, económico, psicológico);
- Quais as maiores dificuldades na sua vida pessoal devido à Diabetes (alteração na alimentação, deixou de fazer alguma atividade lúdica, mudança de humor, deixou o trabalho, mudou de casa);
- Começou a fazer alguma atividade lúdica depois da descoberta da doença (atividade física, artes, outras);
- Após a descoberta da doença a relação com os outros alterou-se (isolou-se, procurou ajuda profissional, fez mais amigos);
- Quais as perspetivas que tem para o seu futuro (pessoal, profissional, outros);
- Como gostaria que fosse a sua relação com os outros (familiares, amigos, colegas).

### **Assunto 2 – O diabético e as relações familiares**

- Qual a importância que a família teve no momento da descoberta da doença;
- De que forma a família ajuda no seu percurso de vida como diabético;
- Qual o envolvimento da família na sua vida;
- Além do núcleo familiar (em casa) qual a família que mais está envolvida na sua vida (família alargada);
- Qual o apoio que a família alargada lhe proporciona;
- O apoio que toda a família oferece parece-lhe suficiente;
- De que forma gostaria que a sua família a ajudasse.

### **Assunto 3 – O diabético e as relações laborais**

- De que forma mudou a sua vida profissional com a descoberta da Diabetes;
- Houve aceitação da sua doença por parte da entidade patronal;
- Sentiu-se tratada de modo diferente (positiva ou negativamente) por parte dos colegas de trabalho após a descoberta da doença;
- Teve necessidade de explicar (tanto à entidade patronal como aos colegas) o que era a doença e quais as consequências que ela teria na sua vida;
- Sente-se limitada a nível físico ou emocional no desempenho da sua profissão;
- Tem facilidade/aceitação por parte da entidade patronal para ir às consultas ou faltar devido à doença;

- 
- De que forma gostaria de ser tratada por parte dos colegas e entidade patronal;
  - O que gostaria que mudasse a nível profissional;
  - Quais as suas perspetivas para o seu futuro profissional;

#### **Assunto 4 – O diabético e os apoios político-económicos**

- Qual a importância da equipa médica na sua vida como diabética;
- De que forma gostaria de ser ajudada pelos médicos;
- Os apoios institucionais são suficientes (consultas médicas, informação disponível, hospitalização, tratamentos);
- (se já estava internada por causa da Diabetes) qual a opinião sobre o internamento e a forma como é tratada;
- Impacte Económico;
- De que forma gostaria de ser ajudada pelas várias instituições existentes;
- A informação disponível sobre a Diabetes é suficiente;
- Qual a sua perspetiva em relação a programas de apoio multidisciplinares (que envolvam várias equipas, médicos, psicólogos, preparadores físicos, entre outros);
- Qual a disponibilidade para fazer parte de um programa multidisciplinar no apoio à doença.
- Quais as perspetivas para o futuro que gostaria de ver satisfeitas pelas entidades políticas em relação ao combate à Diabetes.

---

---

**Apêndice 7 - Guião de Entrevista para os Familiares dos Diabéticos**

**Guião de Entrevista para os Familiares dos Diabéticos**

**Cabeçalho**

Data da Entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local da Entrevista: \_\_\_\_\_

Duração da Entrevista: \_\_\_\_ h \_\_\_\_ m \_\_\_\_ S.

Sexo: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Filhos: Sim  Não  Quantos: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Concelho de Residência: \_\_\_\_\_

Estudante  Trabalhador  Desempregado  Reformado

Outro: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Qual o grau de parentesco com o diabético? \_\_\_\_\_

Vivem na mesma casa: Sim  Não

**Assunto 1 – A relação pessoal com o diabético**

- Que tipo de dificuldades sentiu na descoberta da doença do seu familiar;
- Que relação mantém com do doente (se conversa com ele sobre a doença, se o acompanha na sua vida pessoal, se apenas acompanha nas consultas ou quando está em crise diabética, tem uma relação mais íntima, confidente);
- De que forma ajuda o diabético;
- Qual a relação que gostaria de ter com o familiar diabético;

---

## **Assunto 2 – As dificuldades pessoais e laborais de ter um familiar diabético**

- Qual o sentimento que tem devido à doença do seu familiar;
- Quais as alterações que teve que fazer devido à descoberta da Diabetes do seu familiar;
- Recorreu a algum tipo de apoio (económico ou psicológico) depois da descoberta da doença do seu familiar;
- Teve alguma alteração no seu núcleo de amigos devido à doença do seu familiar;
- (caso tenha alguma atividade lúdica) Houve alguma alteração (faz menos vezes ou deixou de fazer);
- Quais as dificuldades que tem em conciliar o trabalho com o apoio que tem que prestar ao seu familiar diabético;
- Houve alteração na sua rotina de trabalho devido ao apoio que tem que prestar ao seu familiar;
- Qual a aceitação por parte da entidade patronal e dos seus colegas de trabalho;
- Quais as perspetivas que tem para o seu futuro profissional.

## **Assunto 3 – Os apoios político-económicos para diabéticos e seus familiares**

- A equipa médica envolve os familiares dos diabéticos no tratamento do seu familiar;
- De que forma gostaria que a equipa médica o envolvesse para ajudar o seu familiar;
- Impacte Económico;
- De que forma gostaria de ser ajudada pelas várias instituições existentes (para si e para o seu familiar);
- A informação disponível sobre a Diabetes é suficiente (tanto para o doente como para os que o rodeiam);
- Qual a sua perspetiva em relação a programas de apoio multidisciplinares (que envolvam várias equipas, médicos, psicólogos, preparadores físicos, entre outros);
- Qual a disponibilidade para fazer parte de um programa multidisciplinar no apoio ao doente e familiares;
- Quais as perspetivas para o futuro que gostaria de ver satisfeitas pelas entidades políticas em relação ao combate à Diabetes e à ajuda aos familiares.

---

## Apêndice 8 - Sinopse das Entrevistas Realizadas aos Diabéticos

<b>Eixo 1 – A Diabetes e o tipo de impacte na vida pessoal, familiar e social do diabético</b>	
<b>Entrevista 1 (eixo 1)</b>	<p>O social e familiar (não mudou) nada. Psicológico, eventualmente não me esquecer que tenho que tomar por dia, dois comprimidos. Se eu lhe disser que não mudou mais nada, poderão eventualmente, pensar que eu sou inconsciente. Se calhar até sou porque é uma coisa que não acho que há uma graduação em termos de Diabetes, acho que há uma graduação.</p> <p>Portanto, esta é a noção que eu tenho dos Diabetes, nunca estudei, nunca fui, nunca me preocupei até hoje não me preocupei.</p> <p>Nunca pesquisei na internet, nunca vi quais eram os efeitos, nunca, apesar de ter, de ter um conhecimento de há quarenta e muitos anos, de uma senhora minha contemporânea, estudante de liceu comigo, que já naquela altura, quando nós íamos nas excursões se injetava com insulina.</p> <p>Absolutamente nada (a nível de dificuldade na vida devido à Diabetes), não tenho qualquer noção em relação aos Diabetes, nem quero ter. Já tenho preocupações a mais ainda agora me vou preocupar com a Diabetes. (...) em termos de visão, é uma coisa que me preocupa.</p> <p>Comecei a andar quando não chove, quando não faz frio, quando me deito cedo, no outro dia vou ali dar um passeio, é muito agradável dar um passeio na margem do rio, lá vou eu passeando.</p> <p>Absolutamente nada (se mudou a relação com os outros depois de saber que era diabético) ainda não senti qualquer tipo de transformação, de necessidade de me debruçar sobre o assunto.</p> <p>Não tenho qualquer sintoma físico que me leve a procurar ajuda, a não ser esta das tomas orais.</p> <p>Em relação à Diabetes de facto nunca senti nada que mudasse a minha vida, se eu sentisse que alguma coisa mudava a minha vida.</p> <p>Isso é a única coisa (a dependência), se é que os Diabetes algum dia poderão fazer isso, é a única coisa que me preocupa. De resto não me preocupa nada. Não é, as doenças para mim só têm essa preocupação.</p> <p>Sim, assusta-me (ficar dependente dos outros). Não é pelos meus familiares é por mim porque tenho mau feitio, suporte minimamente a dor, não sou um piegas, suporte minimamente a dor (...) sou uma pessoa muito independente (...) estar sempre a solicitar a ajuda de alguém, epá e isso, isso a mim complica-me um bocado o sistema (...) isso se calhar era a pior coisa.</p> <p>Falo abertamente (com os outros sobre a doença, não esconde).</p> <p>Em relação aos Diabetes não há qualquer tipo e, se calhar por ser o único pré-diabético ou diabético em casa não temos muito, não temos muitos cuidados, não há essa sensibilidade.</p> <p>Nunca senti qualquer efeito físico.</p> <p>Neste momento para mim, a Diabetes ainda está na prateleira, tomo os comprimidos e estou feliz da minha vida.</p> <p>Com dois filhos, tenho tantas preocupações, deixe lá estar o Diabetes e a Hipertensão e o Colesterol, deixe-os lá estar e que eles estão muito bem descansados, eu dou-lhes o comprimido, eles tomam lá o comprimido e eles estão contentes da vida.</p>

	<p>Os Diabetes, não me condiciona absolutamente nada na minha vida. Se eu um dia tiver consequências físicas, se tiver consequências sociais, se tiver qualquer tipo de prejuízo na minha disponibilidade física ou anímica para com os outros devido à doença, se calhar serei um bom dinamizador de chamar a atenção para o problema. Se calhar serei um bom propagandista, que é mais o meu, não é bem dinamizador é mais propagandista.</p> <p>Quando a gente parte uma perna dói, andas de muletas e tal (...) agora, estas que e não dizem nada às pessoas (a Diabetes).</p> <p>Tenho mais cuidado com o sal (...) não estou sensibilizado para tal (para a alimentação cuidada).</p> <p>Não (não começou a fazer mais atividade física por causa da doença), só mais alguma atividade física mais nada e a atividade física é andar a pé. Fazendo uns passeios (...) duas vezes por semana 3 vezes conforme a disponibilidade.</p> <p>Sim, faço porque sei que me ajuda em termos de saúde, em termos de até do meu aspeto físico portanto, ajuda-me em termos disso incluindo a Diabetes como é lógico.</p> <p>Não, absolutamente (a relação com os outros não se alterou) (...) há uma serie de pessoas que eu convivo todos os dias que se calhar não têm a mínima noção, que eu nunca falei, nunca falei nisso.</p> <p>Não perspetivo absolutamente nada (...) a minha perspetiva é única e exclusivamente, não sei o que os meus filhos vão ter daqui para a frente. Os meus Diabetes é coisa que menos me preocupa neste momento.</p> <p>Não mudou nada (...) não me condicionou absolutamente nada.</p> <p>Não, nunca tivemos qualquer tipo de conversa (com a entidade patronal) (...) em relação aos Diabetes julgo que nem fiz referência.</p> <p>Amanhã ou depois de amanhã ou um dia destes quando acordar sou capaz de me sentar em frente ao computador e em vez de ir ao <i>site</i> do <i>Mais Futebol</i>, ou da <i>Autosport</i> ou de outra coisa qualquer sou capaz de escrever lá Diabetes e pesquisar.</p> <p>A família resume-se única e exclusivamente à minha esposa que me faz sempre aquelas observações que todas as esposas fazem aos maridos. Não quer dizer que eu estou-me com atenção, não é? Ou que em função da martirização que ela me faz eu tenha que modificar o meu comportamento. Portanto, (ahhh) em termos familiares (ahh) depois da Diabetes é nada, é nada, é nada, é nada. (...) a minha mulher faz-me algumas observações em relação, por exemplo, ao álcool mas, penso eu que nem é por causa dos Diabetes é porque ela não gosta de conduzir e quando eu bebo tem que ser ela a conduzir portanto, deve ter sido, deve ser a única preocupação penso eu de que.</p> <p>Não. Se perguntar à minha filha se eu sou diabético ela é capaz de não saber (se a família teve importância aquando da descoberta da Diabetes).</p> <p>Nunca tivemos, nunca tivemos essa (...) não é um tipo de conversa que nós não, em minha casa não. Cada qual tem as suas doenças (...) os meus Diabetes não têm qualquer tipo de significado em relação à doença da minha filha.</p> <p>Encaro as coisas de maneira diferente.</p> <p>À minha filha e ao meu pai (a comparação da sua doença com a doença da filha e do pai). Eu vi o sofrimento da minha mãe durante uma série de anos.</p> <p>Essas doenças vão-se agravar, essas doenças todas vão-se agravar,</p>
--	---

	<p>isso indiscutivelmente.</p> <p>Não absolutamente (a família não teve importância aquando da descoberta da doença). Só dispêndio económico. O que podia ir para a gente ir jantar fora vai para os comprimidos, não mais nada.</p> <p>Nada (a família não ajuda em nada em relação à doença) (...) a minha mulher faz-me algumas observações. Não falamos (sobre a doença).</p> <p>Nunca houve, aliás nem me lembra de termos com os meus amigos, com pessoas mesmo da minha família, não me lembro de alguma vez discutirmos ou sequer aventar-se uma situação de Diabetes nunca aconteceu. Portanto, se calhar a minha irmã não sabe que eu tenho Diabetes portanto está a ver o tipo de conversa.</p> <p>Não, eu tenho mau feitio (se gostaria que a família o ajudasse na doença).</p>
<p><b>Entrevista 2 (eixo 1)</b></p>	<p>Quando recebi a notícia não reagi lá muito bem.</p> <p>Comecei a pensar porque é que isto aconteceu, porquê a mim.</p> <p>Sim (continua a fazer atividade física) (...) continua sempre o meu dia-a-dia como antes de ter os Diabetes. Fazia Judo, e continuo a fazer (...) depois às vezes vou andar de bicicleta com os meus irmãos e com os meus amigos e com o meu pai.</p> <p>Para mim foi realmente as comidas, o resto fui-me habituando (as maiores dificuldades devido à doença).</p> <p>Continuo com os meus sonhos de ser Geólogo, continuo e, não mudou nada.</p> <p>Já faz parte do dia-a-dia, já não me importo com isto (a Diabetes).</p> <p>E o mau é que eu às vezes vou comendo entre as refeições, esse é que é o meu problema.</p> <p>Eu gosto, gostava muito de batata e agora já não posso comer tanta (sorrisos). Posso comer carne e peixe. O que mudou é que agora só posso beber água também, já não posso beber outras coisas.</p> <p>Entre os meses de janeiro e fevereiro foi muito mau. Não estava a conseguir regular.</p> <p>É a hipoglicemia, as baixas de açúcar (o que o preocupa mais). Mas quando as tenho, ainda há uns dias tive na escola e foi mau. Nunca tinha tido assim, tinha umas baixas mas regulava logo e aquela não. Quando há baixas eu começo a tremer e eu sei logo que é baixa. Quando é alta é que eu não percebo.</p> <p>Vou falar com uma auxiliar e ela leva-me até à enfermaria e eu dou lá (administrar a insulina).</p> <p>Receberam-me muito bem e ajudaram-me e tudo.</p> <p>Que continue a ser como tem sido (a tratamento por parte dos colegas de escola).</p> <p>Não mudaram, continuaram a ser os mesmos e talvez até melhoraram. Comecei a falar mais com o meu pai, a estar mais com eles.</p> <p>Não porque eu continuo a ser o mesmo (a relação com os amigos). Para eles eu continuo a ser o mesmo. Para eles é como se isto (os Diabetes) não tivesse acontecido. Continuam a brincar comigo e a fazer o que costumávamos fazer antes.</p> <p>Raramente falamos (sobre a doença).</p> <p>Houve maior ligação principalmente com o meu pai que era o que me ajudava mais. Quando eu tive no hospital ele dormia lá e ajudava-me.</p> <p>Todos sabem (da família que é diabético).</p>

<p><b>Entrevista 3</b> <b>(eixo 1)</b></p>	<p>Quase nada (mudou) porque eu gosto muito de vegetais e de fruta portanto, o meu único defeito foi continuar a gostar muito de fruta porque devia-se comer três peças e acabo por comer muito mais que três peças.</p> <p>Sim (mudança psicológica), porque já tinha 46 anos portanto, eu fui uma ginasta de competição e aí eu tinha era quebras de tensão porque eu não sabia, já era uma pré-diabética.</p> <p>Encaixa (a doença no ritmo de vida) até porque comecei a compreender porque é que chegava a perder os sentidos desde quase de pequena.</p> <p>Não notei diferença até porque sou uma pessoa e sempre fui bem-humorada.</p> <p>Já fazia, nunca deixei de praticar. Ainda hoje pratico <i>Jeet kune Do</i> e, e faço meia hora de rampa de manhã e meia hora à noite, agora estou só com esses dois aparelhos porque os tenho em casa.</p> <p>Tenho. Faço medicação 3 vezes ao dia (pé diabético). Tive um início de uma gangrena, no terceiro dedo do pé esquerdo. Na Associação, nenhum enfermeiro quis pôr a mão no pé nem sequer com luvas.</p> <p>Na Associação eles medem o pulsar da veia, fazem o <i>Doppler</i> para determinar a pulsação se vai haver azar ou não.</p> <p>Não nada. Nem há motivo (o relacionamento com os familiares e amigos não teve alteração).</p> <p>Em relação a mim não me preocupa porque repare eu faço 72 anos em agosto, estou reformada mas estou a trabalhar e, espero trabalhar até poder.</p> <p>Não, de maneira nenhuma (mudança no trabalho por causa da doença).</p> <p>Não. A não ser que eu esteja muitas horas sem comer, não é. Mas, isso é diferente, tenho que ter consciência de que se vou fazer uma massagem primeiro tenho que comer (se sente limitação no trabalho devido à doença).</p> <p>A família para mim é tudo, claro. Da parte deles, a minha filha mais velha, quando se apercebeu que eu era diabética compreendeu porque é que eu desmaiava de vez em quando porque também tem uma razão de ser.</p> <p>Apesar de ser uma doença eu não me considero doente. Considerava-me mais doente quando perdia os sentidos e não sabia porquê.</p> <p>Sim (envolvimento da família e amigos na sua vida).</p> <p>Nós pelo menos somos, como direi, “unha com carne”, em casa e no trabalho (relação com o marido).</p> <p>Acho que nunca fui posta de lado por isso.</p> <p>Não. Até porque acho que o povo português tem imensos diabéticos, infelizmente (nunca se sentiu discriminada por ser diabética).</p> <p>Eu acho que estou bem. No meu caso pelo menos (a nível emocional está bem com o apoio familiar).</p>
<p><b>Entrevista 4</b> <b>(eixo 1)</b></p>	<p>Deixei de tomar porque me dói o estomago, doía-me fazia-me dores de estomago (medicação).</p> <p>Deixei de comer doces, nem açúcares nem nada, só em caso de festas ou uma vez por acaso e frutas, tudo frutas mais ácidas, nada de frutas doces e tenho mantido mais ou menos, umas vezes ando a 98, outras vezes 96 ou 100.</p> <p>Mais ou menos ando sempre na mesma (mudança no seu</p>

	<p>quotidiano). Continuo a fazer as mesmas coisas.          Não me senti revoltada, nada. Aceitei sim.          Nada, é o meu mal (risos). É a rotina da casa e mais nada (se pratica alguma atividade física).          Sim, sempre tudo (a realizar as mesmas atividades).          É uma coisa normal (...) e não estou assim muito preocupada porque não subiu, os níveis não subiram muito.          Eu acho que não, estou na mesma (limitação física).          Atividade física faço muita, porque eu cavo no quintal, eu planto, eu tenho essas coisas todas.          Nunca trabalhou fora de casa.          Eu acho que sim por enquanto, se não houver complicações (apoio da filha é suficiente).          Ela também está sempre presente e preocupada.          Sim, principalmente da minha filha (importância da família na sua vida).          Porque ela controla (risos) mais, está sempre preocupada. Não me deixar comer certas coisas.          É capaz de ser. Pessoas que já têm os Diabetes muito avançados e que necessitam é natural (importância de fazer atividade física).</p>
<p><b>Entrevista 5</b> <b>(eixo 1)</b></p>	<p>Não (nada mudou no seu quotidiano devido à doença).          Pois isso sim. Quando é alguma coisa doce ou assim, a gente está sempre a comer e com medo (cuidados com a alimentação). (...) tenho uma coisa, eu se como alguma coisa que me faz mal é de manhã depois do pequeno-almoço ou à noite depois do jantar, durante o dia não, como as refeições tal e qual como as outras pessoas mas não, mas não como nada fora da refeição.          Não (não pratica atividade física). (...)e eu também certos deportes não posso fazer.          Não tenho vergonha, é uma doença como outra qualquer.          Eu é que espeto a agulha. Eu em casa fazia tudo, picava o dedo e dava a insulina. Aqui (no Lar) picam-me o dedo mas a insulina dou-a eu.          Eu espeto a agulha à frente de toda a gente.          Sempre foi igual então, sou igual às outras pessoas por ser diabética. Se fosse uma doença contagiosa mas não é contagioso (relação com os outros).          Nunca trabalhei fora de casa.          (...) estou cá quase sempre no Lar, só saio aqui em volta.          (...) o meu filho às vezes bem cá buscar-me, aos domingos de manhã e passo o dia com eles e depois à noite vem levar-me.</p>
<p><b>Entrevista 6</b> <b>(eixo 1)</b></p>	<p>Não liguei importância (ao aparecimento da Diabetes).          Fiz normalmente (não houve alteração no quotidiano devido à doença).          Tive só, “não comas isto, não comas aquilo” (alteração com o núcleo familiar).          O meu médico também foi sempre, via isso como uma coisa normal e eu comia, não comia coisas assim exageradas.          Que não comesse doces, chocolates e certas bebidas e essas coisas assim, principalmente doces, muita doçaria.          É o suficiente (a informação que tem sobre a Diabetes). Chega.</p>

	<p>Alimento-me normalmente, sei o que faz mal e o que faz bem.          Não. Dessas coisas não nunca fiz (atividade física).          O quê? Não me interessa (obter mais informação sobre a Diabetes).          Sim trabalhava.          Não, nunca (problemas com colegas ou entidade patronal).          Aceitaram, aceitaram (aceitação da doença por parte dos colegas de trabalho).          Estou cá (no Lar de Idosos) porque me puseram cá porque em casa não podia estar sozinha.          E a minha irmã mais nova também dorme sozinha, vive sozinha, vem visitar-me e visita-me.          Visitas, tenho muitas mesmo, vêm ver-me e muitas não vêm cá porque não podem porque estão a trabalhar mas, tenho.          Às vezes não me sinto bem não. Porque umas são simpáticas e agradáveis e outras não são, como em todo o lado, não é. Umas são grosseiras outras não são. Umas já me conhecem desde novita e (pausa) vieram para aqui trabalhar (se gosta de estar no Lar).</p>
<p><b>Entrevista 7 (eixo 1)</b></p>	<p>Por aí há um ano. Olha, às vezes tenho-os 105, outras vezes a 110 e agora tinha-os a 140. Diga-me lá do que foi? A comer o mesmo.          Eu não estou preocupada (com as consequências da doença).          Certas coisas não as posso comer. Quer dizer, certas coisas não as posso comer não é? Eu também evito, olhe, as carnes também não pego, não ligo mas, às vezes lá como uma coisa, não sei, e sabe bem.          Isso eu posso evitar, os doces, de resto eu como tudo, assim certas coisas doçura também não ligo assim muito, também faz mal a doçura, eu também pouco lhe pego.          Nunca trabalhei fora de casa.          Tenho sim visitas (...) ainda cá vieram antes de ontem todos (no Lar).</p>
<p><b>Entrevista 8 (eixo 1)</b></p>	<p>Depois de vir para aqui é que me apareceram aqui no lar.          Não, nada (atividade física).          Que remédio, estava sozinha (se gosta de estar no Lar).          Olhe que eu nem sei, eu nem sei porque tenho uma filha que leva insulina (o que sabe sobre a Diabetes).          Eu tomo mas não sei explicar para o que são (medicação).          (...) pouco pão, doce e açúcar, no café nem nenhum, eu não como nada doce, nada, às vezes é que ainda deito um pinguinho de café no leite, mas elas não mo deitam eu é que quero.          Nunca trabalhei fora de casa.          Falam (conversa com os familiares). Andaram a compor a igreja de lá da nossa terra, nas casas do rio, ontem vieram-me buscar para a ir ver e tudo, os meus filhos são muito meus amigos e nunca assim vi.</p>
<p><b>Entrevista 9 (eixo 1)</b></p>	<p>A única coisa que eu tenho agora mais a preocupar-me é isto (a Diabetes).          Porque eu em casa comia mais à base de hortaliça (se falou com o médico sobre o que podia ou não comer).          (...) eu compreendo quando me exalto ou me arrelio eles podem subir, isto já eu sei porque ouvia o que faziam com a minha cunhada, não é          Sinto (solidão no Lar de Idosos) por isto, porque se eu tivesse, sinto,</p>

	<p>o doutor coitados, são meus amigos, o outro senhor também, todos muito amigos mas em si, o ambiente dali não é nada que preste, quer dizer, uma tem a mania de andar de noite a vigiar, a meter-se nos quartos a ver se há dinheiro nas gavetas, que está lá ao pé de mim.</p> <p>É, vai fazer 2 meses (que está no Lar de Idosos) e além disso quando abrir o novo eu vou para o novo a ver se lá tenho outro ambiente, que aqui é gente a mais, é muita gente e as empregadas, coitadas, não podem acudir a todos, não é.</p> <p>Olhe, gostava de ter calma (o que gostaria de ver de diferente).</p> <p>Eu estou convencida que se eu estivesse calminha e tivesse alegria, os Diabetes não tinham subido.</p> <p>Não me preocupo se eles me matam ou deixam de matar (risos) eu sei que tenho que morrer um dia, ou morrer de Diabetes ou morrer de outra coisa é-me indiferente.</p> <p>Bem, às vezes com a animadora, que é uma simpatia de uma menina, fazemos ginástica e assim (atividade física).</p> <p>Já não trabalhava quando foi diagnosticado a Diabetes.</p> <p>De vez em quando vem cá a minha sobrinha... mas senhora, quando apanham tudo... quem se deserda antes que morra... sabe o que dizem os espanhóis, não é?! Aparece aí de vez em quando... Ela está a pagar com o meu dinheiro! Aparece aí de vez em quando, quando lhe dá na cabeça. (solteira e sem filhos).</p> <p>Há noite saiam para irem para aqui ou para além e eu ficava até às tantas sozinha e começava a ficar triste de estar sozinha (...). Uma vez cai e desmaie e ela foi à Guarda, quando chegou deu comigo desmaiada no chão. (quando vivia com a sobrinha).</p> <p>Se ela me desse apoio eu não tinha vindo para o Lar, estava na minha casinha porque a vivenda também é minha, toda mobilada por mim... ele é roupas, louças, máquinas, é tudo meu. E a gente sair da nossa casinha, tenho um oratório lindíssimo, o meu quarto muito bom, a minha casinha de banho, tive que largar tudo, pensando que ia ter o apoio da família, que me vinha visitar, que me animava, só quando o rei faz anos. (...) tudo isto ajuda os Diabetes a subir.</p>
<p><b>Entrevista 10</b> <b>(eixo 1)</b></p>	<p>Não, ainda consigo estar mas é com esta paixão (se tem dificuldades por viver sozinha).</p> <p>Devagarinho (se realiza as tarefas domésticas).</p> <p>Sim, levo a sopinha, o pão e a fruta (está no Centro de Dia por isso já não cozinha).</p> <p>Sinto-me sozinha e com esta coisa (além da Diabetes está com um tumor).</p> <p>Não (nunca fez atividade física).</p> <p>Quer dizer havia dificuldade mas depois comecei a reagir com aquilo tudo, fazia só a vida de casa (dificuldade em conciliar a doença com o trabalho fora de casa).</p> <p>Deixei de trabalhar.</p> <p>Aquilo apareceu-me ainda eu trabalhava mas quando fui internada e tudo deixei de trabalhar, fazia só a vida de casa.</p> <p>Não, a família sabia (partilhar a informação da doença com a família) (...) a minha filha apoiou-me muito.</p> <p>Telefonam, não ir ver não que não tenho cá ninguém (se a família a visita em casa).</p>

	<p>Não, visitas não, só às vezes os vizinhos que a minha rua está sem ninguém, estão as casas todas fechadas.</p> <p>Vão-me buscar de manhã e vão-me levar às 5 horas para casa (o Centro de Dia faz o transporte).</p> <p>As meninas também são simpáticas e e tudo e eu dou-me bem com as velhinhas também gosto de falar com elas e elas falarem comigo (dos funcionários e utentes do Centro de Dia).</p>
<p><b>Entrevista 11</b> <b>(eixo 1)</b></p>	<p>Como de tudo um pouco, tenho que comer, não tenho dieta nenhuma. (...) sei que não há nada que eu coma que não me faça mal. Tudo me faz mal, batatas faz mal, arroz faz mal, a massa faz mal, tudo faz mal, o que é que não faz mal? Tenho que comer de tudo um pouco. A batata faz mal então o que é que eu como?</p> <p>Quando não está a senhora enfermeira deixa outra pessoa a tratar disso. É assim a vida. Tenho 6 filhos, 4 raparigas e 2 rapazes, uma está em Lisboa, uma está na França, a outra foi agora para a Suíça para ao pé do homem, tenho 9 netos.</p> <p>Eu acho que já há 1 ano, eu acho (que vive no Lar de Idosos).</p> <p>Não me preocupam (os Diabetes), olhe, o que é que eu vou fazer? Agora a vida está feita, agora é vida de porco, é comer e dormir, não faço mais nada, já fiz muito, já trabalhei muito.</p> <p>Trabalhei toda a vida.</p> <p>Não. Andei sempre, trabalhava no duro. (dificuldade em trabalhar por causa da Diabetes).</p> <p>Tenho 6 filhos, 4 raparigas e 2 rapazes, uma está em Lisboa, uma está na França, a outra foi agora para a Suíça para ao pé do homem, tenho 9 netos.</p> <p>(...) a minha mulher já morreu já faz 2 anos no dia 13 de Fevereiro.</p>
<p><b>Entrevista 12</b> <b>(eixo 1)</b></p>	<p>Não fiquei, nem estou muito preocupada (quando descobriu que era diabética).</p> <p>(...) posso comer arroz, posso comer de tudo pouco, não posso comer feijão misturado com arroz, não posso comer muitas coisas, farináceos não, nem coisas doces.</p> <p>(...) só tenho muito cuidado com a boca. Ontem comi figos, que não devia comer, comi dois ou três, sobem-me de repente.</p> <p>Vim (para o Lar de Idosos) porque eu não podia estar sozinha, uma vez cai e diz que eu gritei, uma senhora é que me levou para a Guarda, eu só me dei conta quando estava na Guarda.</p> <p>Não (atividade física).</p> <p>São perigosos, posso perder a vista, dizem que são perigosos, tem que se ter muito cuidado com a boca, isso é o principal.</p> <p>Nunca trabalhei fora de casa.</p> <p>Eu tenho duas irmãs mas ainda cá não vieram. Mas eu também não me importo, quer dizer, aceito tudo de boa vontade.</p> <p>As minhas irmãs foram boazinhas, morreu-me um irmão e não me disseram nada e quando eu soube já era tarde.</p> <p>As minha irmãs não vêm cá, não tenho desgostos, não tenho coisa nenhuma, não me importo, sinto-me feliz, não me importo de estar sozinha.</p> <p>Não, nunca me senti sozinha, graças a Deus, nem nunca me senti sozinha, e nem me sinto sozinha, tenho alguém lá em cima que me ajuda (referência a Deus).</p>

	<p>(...) para dizer que gosto muito de cá estar, não gosto, sou franca, porque eu estava na minha casa comia aquilo que queria e me apetecia, aqui nós temos que comer aquilo que nos põem e eu sou um bocadinho de má boca.</p>
<p><b>Eixo 2 – Tipo e avaliação dos apoios político-económicos prestados ao diabético</b></p>	
<p><b>Entrevista 1 (eixo 2)</b></p>	<p>E aqui faço já uma ressalva, não gosto nada da minha médica de família mas, ela diz e eu faço mas, pessoalmente a nossa relação é “Bom dia senhora doutora” “Adeus senhora doutora”, é a nossa relação. A senhora é muito fria, a senhora é muito fria é se calhar, politicamente correta mas, não é mulher que sensibilize qualquer doente para fazer algo em prol de.</p> <p>Se tivesse uma pessoa mais aberta (ahh) que nós pudéssemos ter uma conversa.</p> <p>Pensei várias vezes (trocar de médico de família) mas a minha mulher não deixou.</p> <p>Eu julgo, eu julgo, pelo que ouço quando eu vou ao centro de saúde portanto, não é o meu caso mas, já presenciei, quando estou à espera que há uma atenção, há uma atenção grande, em termos de serviço nacional de saúde em relação aos Diabetes porque vejo que há consultas próprias, há consultas próprias para essa gente e há algum cuidado que o próprio serviço tem, com, com as pessoas portadoras da doença.</p> <p>Tenho noção é que nunca tivemos qualquer tipo de empatia, eu e a senhora (médica de família).</p> <p>Não sei (como ser ajudado na Diabetes) (...) seria um médico mais na base da amizade, seria, não sei, não, sinceramente não estou sensibilizado para a situação.</p> <p>Não sei se são suficientes (os apoios institucionais) (...) que há preocupação no Serviço Nacional de Saúde em relação aos diabéticos, isso eu julgo que há.</p> <p>Houve, no custo do medicamento (impacte económico).</p> <p>Essa é uma pergunta daquelas que eu não posso responder porque eu nunca procurei ajuda (ajudas institucionais) (...) eu acho que isso é tudo muito bom agora, é preciso é que as pessoas estejam sensibilizadas para quererem ajuda.</p> <p>Se algum dia ou alguma vez eu tiver a consciência de que a Diabetes me está a tirar qualidade de vida era capaz de recorrer e ir para lá (a um programa multidisciplinar para apoio à Diabetes).</p> <p>Não quero tirar valor nenhum à Diabetes mas há tanta coisa que os políticos têm que fazer antes da Diabetes.</p> <p>Estamos numa situação que não é fácil, os orçamentos apertando, isto, aquilo e o outro, não é fácil (...) os <i>lobbys</i>, os laboratórios, dos médicos e dessa gente toda.</p>
<p><b>Entrevista 2 (eixo 2)</b></p>	<p>Durante duas semanas (internado por causa da Diabetes).</p> <p>Uma vez por mês (consulta da especialidade). Eu converso com ele, com ela neste caso. Sim tenho feito alterações, quando erro ela diz-me logo para fazer aquilo, aquelo outro.</p> <p>É o meu pai que me acompanha mais vezes ao médico.</p> <p>Eu não tomava o açúcar, eu tomava uma coisa doce e aquilo aumentava e o que ela queria que eu fizesse é que tomasse mesmo o açúcar.</p>

	<p>Faço tudo menos a “benta”, a insulina que é suposto estar ativa durante o dia, essa é o meu pai que faz.</p>
<p><b>Entrevista 3 (eixo 2)</b></p>	<p>Pelos médicos sim (...) há uma Doutora Ana Luísa, que é a minha por sinal... que é, eu direi... dada de corpo e alma à Associação (acolhimento na Associação).</p> <p>Sim. Há pelo menos uma nutricionista e uma enfermeira, principalmente uma enfermeira que dá o primeiro apoio a quem chega lá que quem quiser pode renovar, aquelas pessoas que não metem tão bem na cabeça, podem ir ouvir sempre que queiram as primeiras pessoas que vão (obtenção da informação sobre a Diabetes).</p> <p>Para resolver sim. Procuo embora que, eu sou uma pessoa que estou bastante informada (procura a Associação para a resolução de problemas relativos à doença).</p> <p>Toda, acho que até o facto de termos uma pessoa que nos siga que seja sempre a mesma equipa dentro dos possíveis ao dar a conhecer todo o plano da, a equipa que nos estava a seguir, da equipa que venha, isso agora até é muito bom porque temos o cruzamento de dados neste momento até é muito bom, a gente já chega a um local e esses cruzamentos já estão dados (importância da equipa médica).</p> <p>Sim. Embora que, ache que a Associação está mais, mais inclinada para esse campo porque se está numa, porque se está na Associação, e se está umas horas lá e os empregados se apercebem, mesmo não sendo a enfermeira, se os empregados se apercebem que estão lá desde as 8 da manhã e que chegou às 11 e ainda lá está, a empregada passa com um carrinho e procura se quer um chá, beba um chá, tome lá o pacotinho de leite, tem aqui umas bolachinhas, é diferente no hospital isso não acontece (apoio prestado pelo Hospital Santa Maria e da Associação).</p> <p>Nunca será suficiente para tantos doentes (apoios institucionais).</p> <p>Houve uma altura que achei que o hospital era insuficiente e fui, passei a ir a um médico particular.</p> <p>Fui eu que soube da Associação e procurei, e procurei realmente que isso acontecesse.</p> <p>Neste momento, neste momento acho que para o diabético é cada vez, há cada vez mais disponibilidade no saber, na informação porque os médicos estão muito atentos.</p> <p>É difícil de dizer, a intervenção estatal é muito má neste momento (risos) em tantos lados, não é. Se olharmos com o que se passa com a educação como é que eu vou pedir (forma de intervenção estatal).</p> <p>Muito difícil se eu tinha e, tenho que fazer tantos exames e não os pagava para os fazer, neste momento estou a pagá-los.</p> <p>É um bocado difícil, eu neste momento tive que fazer exames e paguei cento e tal euros para os fazer. Ora, se tiver que fazer amiudadamente estes exames e se eu lhe disser que a minha reforma são 303 euros, imagine que se eu tivesse que comer da minha reforma, imagine.</p> <p>Neste momento acho que o governo que temos é um caso perdido. Se eu tinha a regalia de não pagar esses exames e me tiraram essa regalia e agora venho a saber só os diabéticos que se picam é que têm desconto imagine eu que fiz tudo para não ser picada, quando eu tinha os 400 quiseram-me pôr a picar e eu fiz tudo para ter os 70, 90 de glicemia portanto, pois eu tenho que pagar os meus exames como qualquer pessoa. Portanto, um diabético tem que levar a vida a fazer exames. Está mal.</p>

	<p>Porque um diabético é diabético para toda a vida, não posso concordar com isso. Portanto, acho que o Estado está neste momento muito a andar para trás nesse campo.</p> <p>Fazerem mais pela educação e pela saúde, pela educação porque são os homens de amanhã e as mulheres de amanhã, não é e, pela saúde para os manter uteis para amanhã.</p>
<p><b>Entrevista 4</b> <b>(eixo 2)</b></p>	<p>Fui à médica de família, não me queria receitar e não me receitou a máquina para medir cá, tinha que ir todos os dias à farmácia.</p> <p>Não ajudou em nada, não ajudou em nada (...) disse que era uma coisa simples e que eu que não estava muito, quer dizer, muito adiantada. Depois é que a minha filha se preocupou e foi comigo a outro médico e é que explicou o que era.</p> <p>Eu acho que não, eu não tenho apoios nenhuns (se são suficientes os apoios do Estado).</p> <p>Apoiasse mais os pobres e as pessoas mais necessitadas, é o que eles não fazem (...) a reforma pequena e nem sou isenta, nem de ser diabética não tenho isenção nenhuma, pago tudo, tudo à minha custa.</p> <p>Não, pela minha médica não, era médica que tinha, nunca me informou, tanto que não me queria passar as coisas (apoio da equipa médica).</p> <p>Muita gente precisa muito de apoio que não tem, quem reside na província, certas zonas que não há médicos, é preciso mais médicos, não têm ninguém nem as famílias, nem compreendem, muita gente não compreende essas doenças era normal que houvesse mais apoios. Porque quem está na cidade tem outros privilégios do que têm nas províncias</p>
<p><b>Entrevista 5</b> <b>(eixo 2)</b></p>	<p>Não, não, nunca (diálogo com o médico de família).</p> <p>Eu não sei nada sobre a minha doença, só sei que é uma doença chata, não dói e a gente não pode pronto.</p> <p>Eu não (nunca tirou dúvidas sobre a doença).</p> <p>Não, está a ver, eu estou bem, não me dói nada (não precisa de informação sobre a doença).</p> <p>(...) eu gosto pouco de ir aos médicos. A gente se vai doente, doente vem</p> <p>Só uma vez. Quando mos encontraram (internamento devido à Diabetes).</p> <p>Era conforme, se eu estivesse bem boa ia sozinha se tivesse pior tinham de ir, o meu filho comigo (acompanhamento dos familiares ao médico).</p> <p>Não, fica muito caro as fitas, só nos dão a insulina, não nos dão mais nada (apoios institucionais) (...) é preciso pagar as agulhas, é preciso pagar as fitas.</p> <p>Ah, pois é. Atão não é, as fitas são caras (impacte económico).</p> <p>Darem-me a medicação, o que é preciso tudo, é o que nós merecíamos tanto eu como os outros diabéticos que é uma doença que não tem cura e havíamos de ser mais ajudados (como gostaria de ser ajudada).</p> <p>Ah, entrava se pudesse (programa multidisciplinar).</p> <p>Eu acho que sim que haviam de ajudar mais (as equipas médicas).</p> <p>Eu vivo, não tenho problemas nenhuns (vive bem com a doença).</p> <p>Não, não (não fala com a enfermeira sobre a doença).</p> <p>Hoje estava a 200 mas eu sei porquê (risos). Eu fiz anos no sábado e</p>

	<p>ontem veio cá o meu filho e a minha nora e a minha nora trouxe-me um bolo, fez o bolo de manhã e veio-me cá trazer e eu comi só um bocadinho mas foi o suficiente para estarem a 200 mas há noite já está mais baixo.</p> <p>Gostava (risos) que acabassem com esta doença mas não são capazes. Já houve tantas reuniões de médicos estrangeiros e tudo e não há maneira.</p> <p>A minha reforma vai toda para aqui e não chega com os medicamentos. Os medicamentos são muito caros e eu gasto muito medicamento.</p>
<b>Entrevista 6 (eixo 2)</b>	<p>O meu médico também foi sempre, via isso como uma coisa normal e eu comia, não comia coisas assim exageradas.</p> <p>Que não comesse doces, chocolates e certas bebidas e essas coisas assim, principalmente doces, muita doçaria.</p> <p>É o suficiente (a informação que tem sobre a Diabetes).</p> <p>Não, é normal (impacte económico).</p>
<b>Entrevista 7 (eixo 2)</b>	<p>Ela disse-me não me disse nada (a informação que o médico disponibilizou).</p> <p>Há tanta gente que os tem por isso é que eu ando mais aliviada (preocupação com as consequências da Diabetes).</p>
<b>Entrevista 8 (eixo 2)</b>	<p>Às vezes vou (se vai a consultas médicas).</p> <p>Nada ainda (se o médico a informa sobre a Diabetes). O médico nunca me disse nada.</p> <p>Sinto-me sem forças e sinto-me assim muito mole, sinto-me coisa, então é que me disseram que eu tinha Diabetes.</p> <p>A senhora enfermeira (é que fala sobre a Diabetes).</p> <p>Agora a senhora enfermeira, eu nunca a fiz, a senhora enfermeira de mês a mês a que nos tira, foi este mês no dia não sei de quê tinha-os a 150, não era muito vá, mas 150 já é bastante (quem mede a glicémia).</p>
<b>Entrevista 9 (eixo 2)</b>	<p>Não, nunca me explicaram nada (informação disponibilizada pela equipa médica).</p> <p>A senhora enfermeira está a par de tudo e o médico que cá vem de vez em quando também está a par disso tudo, uma vez já estive a falar com ele mas nunca me falaram dos Diabetes.</p> <p>Eu gostava de saber coisas mais sobre a doença, só sei o que os Diabetes fazem às pessoas, que eu vi a minha cunhada, não é, o resto não sei mais nada, não é.</p>
<b>Entrevista 10 (eixo 2)</b>	<p>Não, eu já estou mentalizada (não pretende ter mais informação sobre a Diabetes).</p> <p>Fiquei lá 3 meses internada, na Guarda. (...) Por causa dos Diabetes, depois enquanto eu não soube dar a insulina e fazer tudo não saí. (...) Já não tem conta (o número de internamentos por causa da Diabetes). Agora com estas injeções é que tenho acalmado mais, andam mais controlados.</p> <p>Agora estou aqui (no Centro de Dia) medem-me a insulina e os Diabetes, levo-a já medida para casa. (...) Antigamente era eu que a regulava nas canetas mas como agora esta é a das modernas.</p> <p>Explicaram, para tirar certos farinhaços, coisas de doces nunca mais toquei em nada (informação disponibilizada pela equipa médica).</p>

	<p>Não sei o que é isso (pergunta sobre se tinha pé de diabético pois durante a entrevista falou que tinha dores nos pés e que o médico lhe andava a tratar deles). Não, o médico de família já me esteve a ver foi a unhas e deu-me comprimidos, ando a tomá-los (o médico nunca falou sobre o pé de diabético) (...) Vê-me os pés, e vê tudo, não é, e mais, no resto vê nos computadores, manda-me fazer análises.</p> <p>Podia fazer mais bem, ainda temos uma coisa boa porque nos dão a insulina e a medicação, insulina e as agulhas (apoio económico estatal).</p> <p>O que eu precisava é que ajudassem mais quem precisa.</p> <p>Na Diabetes gostava que dessem até alguma coisa para a alimentação e tudo porque a gente não tem posses para isso. Mas, como eu vou estando aqui agora porque em casa não tinha posses. A gente tem uma reforma muito pequenina.</p> <p>Eu o que sei é o que me explicam os médicos (se gostaria de ter mais informação sobre a Diabetes) (...) Não, porque ao fim e ao cabo eles já me estão a socorrer no que é preciso, não é, porque isto não tem cura, é uma coisa, a gente é assim, podia ter mais um bocadinho de alimento, não é, mas é quando se tem menos.</p> <p>Quantas vezes, eu tinha que comer o que não era coisa, porque se não, se fosse só a fazer a dieta que era dado eu não dava, como aqui é só dietas eu não me sinto com forças (sobre se a sua alimentação era deficitária).</p>
<p><b>Entrevista 11</b> <b>(eixo 2)</b></p>	<p>Quer dizer tenho dificuldades não sei ler porque umas vezes eles estão mais altos outras vezes estão mais baixos, quando estão mais altos tem que levar mais unidades e eu não sei e então é a senhora Enfermeira que me dá sempre. (administração da insulina).</p> <p>Não nada, porque ela sabe bem que os tenho, ela vai medir-me os Diabetes, à medida que estão os Diabetes é que me dá a insulina (preocupação com as consequências da doença).</p> <p>Não perguntei nada então (informação sobre a Diabetes). Então, tomava os comprimidos à noite e de manhã e andava.</p> <p>Não, o que é que eu vou fazer? Eu sei que os tenho, tiraram não me tiram (preocupação com a doença).</p>
<p><b>Entrevista 12</b> <b>(eixo 2)</b></p>	<p>Porque me sobem os Diabetes, por exemplo, não como figos, mas o médico (risos) disse-me nem bananas, nem melão, nem figos, nem uvas, mas isso também não como, as bananas até comia mas agora não as como e assim certas coisas doces evito um bocadinho mas, se for bolos e isso também não como muito (informação sobre a Diabetes).</p> <p>São, porque, eu como estou a dizer à senhora, tenho alguém lá em cima que me protege porque nada me preocupa. As minha irmãs não vêm cá, não tenho desgostos, não tenho coisa nenhuma, não me importo, sinto-me feliz, não me importo de estar sozinha (sobre apoios económicos).</p> <p>Estavam altos, já os tive a 400 foi no hospital, deram-me a informação era para ter cuidado com a boca.</p> <p>Falo com a senhora enfermeira (sobre a Diabetes).</p> <p>Pergunto à senhora enfermeira ou se coisa, ou vou peço marco uma consulta e vou ao meu médico (quando precisa de saber sobre a sua saúde).</p> <p>O médico disse-me logo tudo explicou-me. É bom. Disse-me logo, cuidado com a boca, o que não podia comer, não podia comer, podia comer de tudo pouquinho.</p>

---

	<p>(...) olhe, a minha reforma é pequena são 302 euros mas, estive na minha casa nunca me faltou nada, graças a Deus, olhe, eu tinha muita coisa, sabe o que é que eu fiz? Venda, não vendo, dei tudo.</p> <p>Eu gostava de saber porque eles dizem que são perigosos, uma cegueira nunca mais se volta a ver, não sei (saber mais sobre a Diabetes).</p>
--	---

---

**Apêndice 9 - Sinopse das Entrevistas Realizadas aos Familiares dos  
Diabéticos**

<b>Eixo 1 – O tipo de impacte na vida pessoal, familiar e social de ter um familiar diabético</b>	
<b>Entrevista 1 (eixo 1)</b>	<p>A minha maior dificuldade foi, eu pus a hipótese que ele podia ser, (ehhh) mas ao mesmo tempo não conseguia que ele fosse a uma consulta (...)a Diabetes dele não está ainda num estado avançado, segundo diz a médica mas, que é preciso ter os seus cuidados, como é óbvio. E isso para mim já se tornou logo preocupante quando soube isso.</p> <p>Eu conhecendo um pouco as complicações da Diabetes, que a doença possa ter no futuro dele estou sempre a alertá-lo para as situações (hummmm) não só de comida como até da vida que por vezes levamos, de pouco exercício físico (...), até porque ele é uma pessoa que não, não quer ou não está ainda muito assumido,</p> <p>Sei às vezes de eventos que são organizados para os diabéticos e, eu tento motivá-lo e vamos os dois.</p> <p>Eu acho que ele vive em negação.</p> <p>Sim, toma a medicação sempre foi certinho. Desde que a medica lhe disse que os tem que tomar, ele está a tomar duas tomas por dia e, e isso não tem falhado.</p> <p>Eu gostaria de ajudar mais se ele me ouvisse (ahhh) acho que o grande problema é esse é ele por vezes não quer ouvir.</p> <p>Ele não é uma pessoa que fale sobre o assunto, tenta sempre fugir do assunto.</p> <p>Eu quero ajudar, quero acompanhar, quero perceber que isto não vai mais além mas, acho que ele ainda não está, está na fase, se calhar da negação e não está, não está realmente com vontade de me ouvir e de ser ajudado, pelo menos por mim e por isso, a minha maior dificuldade é por aí.</p> <p>Eu posso dizer que não conheço ninguém com quem ele partilhe isso.</p> <p>Eu acho que ele tem receio de, de um momento para o outro ser privado de tudo aquilo que ele gosta.</p> <p>Eu gostava que ele me ouvisse (...). Gostava que eu lhe dissesse, vamos caminhar ou vamos fazer outra coisa qualquer que tivesse a ver com a parte física e até do regime alimentar e que ele logo à partida dissesse que: “Sim senhora, a partir de amanhã vamos fazer” (...) ele não gosta que eu lhe diga as coisas.</p> <p>Eu sinto pena que nós por vezes não chegamos a determinado acordo, entre nós, não ficamos bem um com o outro porque ele não, não respeita aquilo que eu lhe peço é um sentimento (...) eu fico, eu sei lá, com alguma tristeza. Não quer ser ajudado, olha, paciência, o que é que eu hei de fazer mais, não posso, não quer, não quer. Mas, isso entristece-me muito, fico muito frustrada porque acho que se ele me ouvisse se calhar até a nossa relação, se calhar estava um bocadinho melhor em determinadas alturas.</p> <p>É assim, eu muito embora fique preocupada procuro que essa preocupação não passe para a minha vida, não só pessoal como profissional porque acho que o problema é dele.</p> <p>Faz questão de ir sozinho (ir ao médico).</p> <p>Não, tenho conseguido controlar a situação sozinha (recorrer a</p>

	<p>algum tipo de apoio).</p> <p>Tem dias que quando o vejo realmente exagerar naquilo que eu digo para não fazer e faz fico, fico um bocadinho mal, até comigo mesma, mas tenho outros que consigo perfeitamente passar, passo ao lado, como se costuma dizer.</p> <p>Não, não sinto, até porque eu não sinto que eles percebam que ele é diabético portanto, não, não posso sentir isso (alteração no núcleo de amigos).</p> <p>Aqueles que eu considero amigos, penso que quando souberem ou quando realmente as coisas forem um bocadinho mais clarificadas a esse ponto penso que não vão, não acredito que tenham qualquer reação negativa, pelo menos aqueles que eu considero amigos não vão ter qualquer reação negativa, muito pelo contrário, vão querer também ajudar e, e, e, tirar-lhe algumas ideias fixas que ele tem para o poder ajudar mas, atualmente, penso que isso não se dá porque eles desconhecem.</p> <p>É assim, nós já fazíamos, eu falo mais em termos de atividades físicas, nós já parámos há muito tempo, enquanto, enquanto estudámos fomos, ele jogador de uma atividade eu de outra, prontos, mas tínhamos alguma atividade física, depois de casados estivemos ali uns anos sem fazer praticamente nada, depois mais tarde, isto há meia dúzia de anos para cá começámos a sentir alguma necessidade de, de fazer caminhadas, até com grupos de amigos e, realmente, não, não tem diretamente a ver com o problema da, da Diabetes porque já o fazíamos mas, também não fizemos mais ou menos por ele os ter.</p> <p>Eu não tenho certezas mas, há coisas que, que ele gostava muito de fazer e que agora não lhe dá tanta importância e não sei se está relacionado, porque isto depois há, há, há coisas que estão, digamos que coladas, na minha opinião com, com o facto de também ter esta doença.</p> <p>Não senti não, penso que ainda não cheguei a essa fase (...) acho que ele ainda não exige tanto que eu tenha realmente essa, esse trabalho extra, não (dificuldade em conciliar o trabalho com o apoio ao diabético).</p> <p>É tranquilo (aceitação por parte da entidade patronal). Eu vou procurar que continue a ser tranquilo (...) quero ver se continuo a levar a minha vida profissional tranquila, sem grandes interpelações.</p>
<p><b>Entrevista 2 (eixo 1)</b></p>	<p>A dificuldade foi mais antes de se descobrir, uma vez descoberto deixou de ser dificuldade. Foram quase 15 dias que a gente não sabia o que era isso aí foi um bocado difícil.</p> <p>Talvez mais tempo e mais contato (alteração da relação com o diabético). Talvez, um bocadinho mas, não, não é devido à doença, é devido a mais contato.</p> <p>Não, a preocupação é os números, se os números estão bem não há preocupação nenhuma (preocupação com o familiar).</p> <p>Alterou-se a alimentação, eu acho que foi bom, uma alimentação melhor.</p> <p>Sim, acabaram-se, por exemplo, com os gelados cheios de açúcar, não é, e todas essas porcarias de doces e isso tudo, que eu sempre considerei uma porcaria mas, entravam muito, desapareceram e, portanto, nesse aspeto foi muito bom.</p> <p>Revolta não, ansiedade não, o que é que eu sinto (pausa) nem sei o que é que eu sinto. Não sei descrever.</p> <p>Mas isso eu já fazia antes, de vez em quando portanto, tentamos dar</p>

	<p>uns passeios de bicicleta. (...) Agora, agora ele é que não gosta tanto, antigamente gostava mais, não é. Agora tem que ser mais puxado para ir.</p> <p>No hospital ofereceram (apoio psicológico).</p> <p>Não, acho que a alimentação é melhor e se for bem acompanhado, pelo menos o que os médicos dizem, não há problema nenhum. O problema é só se fizer asneiras (medo do futuro do familiar por ser diabético).</p> <p>Foi para explicar, não, não, porque nunca encontrei literatura muito clara sobre o assunto e portanto, esse contato direto foi bastante vantajoso (importância da equipa médica).</p> <p>Não porque é muito em casa. É escrever, é coisas desse género e portanto, estou bastante em casa (pausa). E quando não estou ele também sabe, ele não precisa, ele não precisa do acompanhamento. (conciliar o trabalho com o apoio ao familiar diabético) (fala do pai)</p> <p>Pode, pode, fico tranquilo (o doente ficar sozinho em casa pois é menor).</p> <p>(...) eu passo o dia todo na escola e ele sabe, passamos o dia todo na escola e não podemos, ainda vimos para casa com trabalho é muito difícil estarmos a fazer um controlo a 100% (fala da mãe).</p>
<p><b>Entrevista 3 (eixo 1)</b></p>	<p>Entretanto nós os dois, ela primeiro e depois fui eu também inscrevemo-nos na Associação dos Diabéticos de Portugal.</p> <p>Não (se sentiu alguma dificuldade quando a esposa foi diagnosticada com a Diabetes).</p> <p>Pois, eu procuro ajudá-la em todos os pormenores, não é portanto, em casa, portanto auxilia-la naquilo que posso e sei e que, portanto, acompanhou sempre portanto, somos muito carinhosos um para o outro, tenho acompanhado sempre a coisa dela, vivemos portanto, juntos o dia todo, portanto, o dia todo aqui.</p> <p>Sim, alguns ajustes de alimentação sim, portanto, passou-se a evitar o açúcar, a evitar o sal em demasia portanto, fazer uma dieta equilibrada e não se comia tanta carne como se comia anteriormente mais virado para o peixe e portanto, a nível de bebidas é normal nós portanto, eu não nego portanto, eu bebo um copo de vinho, eu bebo um copinho à refeição, é natural (alteração na sua vida devido a ter um familiar diabético). (...) até reconheci que foi uma coisa positiva.</p> <p>Sim, sim, a maioria das vezes vou (acompanhamento ao médico).</p> <p>Não digo que 100% mas, 99% (a relação com a esposa).</p> <p>Não. (...)Era uma previsão que já se calculava portanto, ela já tinha antecedentes da diabetes é natural que ela tivesse portanto, sintomas, mas eu acompanhei sempre portanto, eu sempre me adaptei perfeitamente à situação dela (qual o sentimento que teve com a descoberta da doença da esposa).</p> <p>Não (recorrer a algum tipo de apoio).</p> <p>(...) quer dizer a vida que ela tem, ela tem uma vida portanto, um bocado, muito ocupada agora e não, quando a gente chega a casa quer, especialmente ela quer é descansar (realizar atividade física).</p> <p>(...) não, dificuldade nenhuma (conciliar o trabalho com o apoio ao familiar diabético).</p> <p>(...) em termos de doença eu creio que o nosso futuro infelizmente não é como desejaríamos.</p>

<p><b>Entrevista 4 (eixo 1)</b></p>	<p>Inicialmente, fiquei bastante surpreendida na medida em que, não há diabéticos na família.</p> <p>O meu relacionamento com a minha mãe em relação a isso é muito complicado porque ela não é muito boa doente no sentido em que não cumpre (risos) aquilo que o médico indicou como sendo o mais correto para uma pessoa diabética pelo que, o meu relacionamento com ela é um pouco de alerta, quando vejo que ela está a cometer irregularidades a nível alimentar e, chamo-a a atenção e digo-lhe que ela não deveria estar a comer aquilo porque lhe faz mal ou nomeadamente chamo-lhe muito mais vezes a atenção para o facto da necessidade dela comer mais vezes ao dia porque ela tem muita tendência para as refeições ditas principais pequeno-almoço, almoço e jantar e, não fazer aquelas refeições intermédias que o médico aconselhou pelo que, estou sempre a alertá-la para o facto de ela não estar a cumprir o que o médico prescreveu a nível alimentar.</p> <p>(...) devo esclarecer que o meu relacionamento com a minha mãe é extraordinariamente bom, só discordamos a nível médico (risos) porque ela não cuida muito bem dela própria e portanto, às vezes eu tenho que me zangar com ela mas é no sentido de ela se cuidar mais de si ou melhor de si, o que eu gostava mesmo que ela fizesse era que tivesse em conta os ensinamentos e não, e não se estivesse a prejudicar a ela própria ao não cumprir aquilo que é considerado como sendo o melhor plano ou o plano mais equilibrado, do ponto de vista alimentar para uma pessoa com o problema da Diabetes.</p> <p>(...) ela própria decidiu que não tomava mais nenhum comprimido e que ia evitar comer doces e outras coisas de forma a tentar controlar, pela alimentação apenas, pela alimentação o nível de glicemia no sangue (...) eu gostaria que ela fizesse de x em x horas fazer uma pequena refeição, ligeira e, tenho sempre medo que ao não fazer isso ela entre em hipoglicemia ou (ahhhhhh) pronto e, que tenha algum problema e estando eu ausente, no trabalho e ela estando sozinha em casa, eu estou sempre a pensar que ela pode ter uma hipoglicemia ou desmaiar por causa disso e depois não estar cá mais ninguém em casa e quando eu chego a casa pode ser tarde de mais para socorre-la, é esse o sentimento mas, não tive nenhuma raiva, nenhuma revolta até porque por aquilo que o médico explicou com uma alimentação equilibrada não, não seria um caso grave de Diabetes.</p> <p>(...) fiquei com muito receio, (...) os meus receios, quando soube que ela tinha Diabetes eram no sentido das consequências graves que a Diabetes poderia provocar se ela não tivesse os cuidados que lhe eram, enfim.</p> <p>(...) não senti raiva nem revolta aliás porque o que o médico explicou, a Diabetes da minha mãe não é os níveis, não são muito elevados, por exemplo, neste momento, apesar de ela não cumprir estritamente o plano alimentar que lhe foi prescrito, ela consegue andar nos níveis de glicemia 89, 90, não chega aos 100.</p> <p>Não fiz qualquer alteração para além de estar permanentemente a chamá-la a atenção. (...) Tirando isso a nossa vida continua exatamente na mesma, não houve qualquer alteração a nível pessoal nem profissional.</p> <p>(...) não foi necessário (apoio económico).</p> <p>(...) não tenho porque ela é perfeitamente autónoma, não, felizmente por enquanto é uma pessoa muito autónoma é claro que ao longo do dia de trabalho de vez em quando telefono para casa para saber se está tudo bem, tenho apenas esse cuidado (alteração no trabalho devido à doença do familiar).</p>
---	--

<p><b>Entrevista 5</b> <b>(eixo 1)</b></p>	<p>Não, ao princípio ela não tomava insulina, tomava medicação e ela conseguia-se orientar com a medicação, por isso não foi difícil, foi mais um (dificuldade em ajudar o familiar).</p> <p>O problema aqui, por isso se agravou, foi que ela começou a desorientar-se no dormir, na alimentação.</p> <p>(...) no início foi falado com ela, conversou-se porque havia certas coisas que ela tinha que evitar.</p> <p>Ela sempre fez a vida dela normal.</p> <p>(...) a filha é que ia sempre com ela (acompanhar a doente às médicos).</p> <p>(...) quando ela vai à consulta vai sempre a filha, que ela está na Guarda e a filha acompanha-a sempre, eles têm que transmitir o que diz o médico ou transmitem-me a mim, normalmente é sempre assim que acontece, e eu transmito à enfermeira ou vem uma carta escrita e pergunto sempre à enfermeira sempre o que o médico diz.</p> <p>Não porque pronto, quando eu comecei a ajudar comecei por trazê-la para aqui (Centro de Dia), foi a melhor solução que a gente arranjou, trazia logo de manhazinha comigo e ia às cinco e meia, que é a hora da minha saída e eu levava para casa (conciliar o trabalho com o apoio à doente).</p> <p>(...) quando vim para cá (trabalhar no Lar de Idosos) e quando acontecia alguma coisa era comigo que vinham ter, não era com mais ninguém.</p> <p>No entanto, dentro das minhas possibilidades e daquilo que eu posso tentava ajudar sempre, não é.</p>
<p><b>Entrevista 6</b> <b>(eixo 1)</b></p>	<p>(...) foi sempre medicada diariamente só que ela, os medicamentos eram-lhe receitados só que ela não tomava como devia ser, evidentemente não fazia o tratamento.</p> <p>Não fazia a medicação, não tinha o descanso, não tinha nada disso. Agora, em junho a minha irmã como vivia sozinha esteve muito tempo comigo mas depois não estava bem queria vir para a casa dela que é aqui no bairro, pertinho daqui portanto, tinha tudo aqui à mão, pastelaria, café, tinha tudo e ela gosta muito dessa vida, pronto, e então, veio e já estava há bastante tempo na casa dela, em junho caiu e ficou toda a noite lá em casa, eu telefonava de manhã, ela não me respondia o que não era normal, e então viemos ver e ela estava realmente caída, ficou toda a noite lá caída, chamamos a ambulância foi para lá em cima, depois foi para a Guarda, e lá esteve.</p> <p>Depois teve que ser mesmo internada no Lar, porque eu não podia, a outra minha irmã também não podia e depois eramos 5 pessoas a cuidar dela, era eu, era essa minha irmã, era o marido da minha irmã, era uma empregada minha, era a empregada dela, que só iam assim às horas mas que não se podia deixar porque ela pronto, é um corpo pesado e não podia pronto (...) Ela sempre rejeitou a ideia do Lar. (...) Mesmo aqui diz que logo que esteja boa vai para a casa dela.</p> <p>Entre nós e a própria médica e os médicos diziam tem que tomar esta medicação se não tomar isto aumenta pronto. Depois ela, a médica receitava-lhe dois e ela só tomava um, era assim, fazia o que queria, não controlava como devia ser.</p> <p>(...) sempre, isso acompanhava sempre (risos) ela foi sempre muito independente e embora vá fazer agora 89 anos mas, foi uma pessoa com</p>

	<p>uma força e dinâmica.</p> <p>Sim, apesar da idade eu fui sempre mais para a minha irmã como uma mãe do que ela para mim (risos) mas, aquilo que eu lhe digo ela aceita mesmo assim, embora as outras pessoas não, aquilo que eu disser é que está bem, nesse aspeto, embora às vezes custe um bocadinho mas pronto mas, é isso (relação com a diabética).</p> <p>Não, nesse aspeto não, porque ela estava na casa dela e eu estava na minha, a única alteração era o aviso constante.</p> <p>Sinto porque eu não podia tratá-la, eu não tinha condições de tratar a minha irmã porque se eu fosse tratar a minha irmã portanto, eu vivo também só, não é, se não fosse o Lar eu teria que me dedicar inteiramente à minha irmã e então, a minha vida parava, as minhas coisas porque eu não podia fazê-las porque eu já não tenho idade nem forças para muito mais e então, estando aqui está muito bem (tranquilidade por o familiar estar num Lar de Idosos). Pois com certeza, está limpa, está cuidada, tem alimentação a horas, tem tudo.</p>
<p><b>Entrevista 7</b> <b>(eixo 1)</b></p>	<p>Não, nem como enfermeira nem como neta porque ela como assim qualquer outro idoso são muito teimosos e continuam a achar que sabem fazer as coisas. Há uma coisa que ela tem boa, se eu lhe digo, avó isto faz mal, ela corta radicalmente, não é daquelas pessoas que, às vezes eu digo-lhe, não há problema podes comer um doce de vez em quando não, cortar radicalmente é, o que ela acha que pode fazer bem faz e ponto final, nem sequer ouve o que nós temos a dizer e não ouve (se a relação com a doente diabética é boa).</p> <p>(...) aceitou facilmente a única coisa é que cortou radicalmente tudo aquilo que ela achava que lhe podia fazer mal, inclusive até em demasia.</p> <p>Ela sabe que pode comer de tudo, não pode exagerar mas ela prefere cortar radicalmente, ela depois não toca sequer, quando é doces e tudo o mais, até é dado pela casa, ela pura e simplesmente não toca (informação que a doente tem sobre a Diabetes).</p> <p>Aceitou como não ficou com a insulina era mais um comprimido que ela fazia pouca diferença lhe fez.</p> <p>Não, ela já está aqui a residir acerca de 14 anos, por isso, não alterou em nada até porque a filha, digamos assim, primeiro até que a mãe começou a ter essa predisposição para a Diabetes e logo ficámos alerta e ela veio logo a seguir também (alteração no núcleo familiar devido à doença).</p> <p>Tanto foi fácil que neste momento ela não necessita de qualquer medicamento.</p>
<p><b>Entrevista 8</b> <b>(eixo 1)</b></p>	<p>Só soube quando ela veio aqui para o Lar (que a familiar era diabética).</p> <p>(...) a senhora enfermeira estão a tratar dela.</p> <p>Tenho (se tem uma boa relação com a doente).</p> <p>Quando venho domingos, quintas-feiras, nunca cá faltei.</p> <p>Não senti grande coisa, porque eu tenho gente na família diabética já para aí a 30 anos é uma doença que se tem que controlar como outra qualquer.</p> <p>Já estou preparado para isso porque eu tenho uma irmã que já leva insulina, já leva tudo, já para ai há 30 anos já, e no entanto ela ainda cá anda, graças a Deus.</p> <p>Não (alteração na sua vida devido ao familiar diabético).</p>

	<p>Sim, a vida normal por enquanto.</p>
<p><b>Entrevista 9 (eixo 1)</b></p>	<p>Para mim não foi assim tão difícil uma vez que a minha mãe era diabética, portanto foi uma situação que não me fez assim tanta, não me foi tão difícil lidar com ela. Para a minha tia foi inclusive na medicação, também a idade dela (risos) tem alguma dificuldade em aceitar.</p> <p>É foi mesmo muito difícil consegui-la mentalizar que era preferível não comer.</p> <p>Sim nós conversávamos como era óbvio. (...) Depois que veio aqui para o Lar sinceramente também me abstrai dessa parte porque penso que tem aqui pessoas, tem aqui a enfermeira, que é responsável e vai-me transmitindo que ela toma a medicação, cuidados com a alimentação inclusive.</p> <p>Não (impacte económico).</p> <p>Não, nada (alteração no núcleo familiar devido ao familiar diabético).</p> <p>Tive, tanto que tive, pronto, não sei se está relacionada com a Diabetes em si, se é a idade, pronto, que foi avançando tanto que tive que tomar o passo de a colocar aqui, não é. Claro que tive pelo simples facto que ela não tinha medicação, apanhei-a algumas vezes caída no chão que tive que a levar para o Centro de Saúde e Hospital, tudo isso foram fatores que fizeram com que se calhar esta mudança surgisse até mais rapidamente (dificuldades de adaptação pessoal e profissional devido a ter um familiar diabético).</p> <p>Sim, sim, porque não é fácil, não é fácil pelos horários, às vezes a gente tem que ficar mais, eles estão habituados aquelas rotinas, ao tipo de alimentação que têm que fazer e as horas que também têm que comer e claro que não é fácil.</p> <p>Eu por acaso, pessoalmente não (...) eu é que não me sentia confortável muitas das vezes ter que abandonar o local de trabalho e ir a casa porque aconteceu (se a entidade patronal aceitou não dificultou a necessidade que tinha de ter que sair para socorrer o familiar diabético).</p>
<p><b>Eixo 2 – Tipo e avaliação dos apoios político-económicos prestados ao diabético e seus familiares</b></p>	
<p><b>Entrevista 1 (eixo 2)</b></p>	<p>Não, a mim ainda não me senti envolvida, por exemplo. (...) Pelo menos, ou não me envolve porque ainda não deu grande importância ou porque, lá está, sei que há médicos que não envolvem, depende do médico ou da equipa médica (se a equipa médica envolve os familiares no tratamento ao diabético).</p> <p>Eu acho que toda a gente que vive em redor do doente, acho que deve estar envolvido, que ele sozinho não, não conseguirá suportar realmente tudo, tudo o que a Diabetes pode dar, não é, ou pode tirar. Eu acho que a família deve estar envolvida, deve participar em tudo.</p> <p>Por exemplo, no caso do meu marido, e a médica conhecendo-me, que eu vou lá muito mais vezes do que ele inclusive, eu gostaria que ele já me tivesse falado no assunto.</p> <p>Não, para já está tudo tranquilo (impacte económico).</p> <p>Eu acho que por vezes nós ouvindo e se calhar falar do vizinho do lado ganhamos alguma, ganhamos algumas orientações para poder lidar com</p>

---

o nosso, isso eu acho que era importantíssimo. Eu ainda não senti essa necessidade mas sei que elas existem e realmente é só uma questão de saber a onde e quando.

Depois não vejo, sem irmos realmente perceber como é que as coisas se passam mesmo a nível de informação, pois às vezes pesquiso, a nível de *internet* vou ver algumas coisas que eu tenho dúvidas, nunca é a mesma coisa que é estar a ouvir alguém que tenha experiência não só como doente ou até algum testemunho de alguém que vá falar do seu familiar, como é que lida com ele, nós aprendemos muita coisa ou muito mais coisas assim e, eu acho que essa é a parte que, que nos falta fazer.

Eu tenho esperança que sim porque eu acho que esta, esta negação está a diminuir (se o familiar diabético a irá acompanhar no apoio que ela procurar).

Eu não estava muito por dentro da Diabetes portanto, nunca me passou pela cabeça realmente as ajudas que já vão existindo, os grupos de trabalho que já vão também existindo e que realmente tanto ajudam o diabético, como a pessoa que acompanha portanto, eu penso que já há muitas equipas no terreno a fazer isso, embora, se calhar ainda são insuficientes, não chegam a todos os locais e se calhar a maior dificuldade passa por aí (...) aquilo que tenho ouvido dizer que realmente ainda são insuficientes os acompanhamentos, que ainda haveria de haver mais.

(...) é capaz de haver só uma equipa a nível da cidade e os que estão mais afastados não conseguirem serem acompanhados.

(...) se calhar isso é também por dificuldades económicas (...) há sempre a parte económica há de estar sempre ligada a isso (ruído) a nível humano sim, eu acho que, que as pessoas não são suficientes para poder chegar a toda a gente ou toda a gente poder vir aquele grupo também.

Se forem as pessoas a virem à equipa, à sede onde as coisas estão a ser efetuadas, o acompanhamento, eu penso que aí já vamos mais pela parte económica, sim. Há pessoas que não têm possibilidade de fazer quilómetros para ir ter com uma equipa para se sentirem apoiadas.

Muitas vezes as pessoas precisam de alguém que as ouça, que as saiba compreender e dar-lhe conselhos nem precisam de mais nada.

Eu sempre defendi, talvez até pela minha profissão, acho que, eu sempre defendi as equipas multidisciplinares acho que há uma taxa de sucesso muito razoável, maior que se esperaria se tiverem várias especialidades a tentar realmente ajudar, nem que seja só pela ajuda, pelo apoio que essas pessoas sejam de que doença for, se forem multidisciplinares sim.

Estou a falar de psicólogos, assistente social inclusive, preparadores físicos, educadores, professores, sei lá, depende das idades que as pessoas tenham, faz parte de um leque variadíssimo de profissionais.

Mas eu tive conhecimento que já se começam, pelo menos hoje em dia, falasse mais, se calhar sempre houve, mas que já muito jovem diabético, portanto, penso que era importante que mesmo a nível de escolas já houvesse equipas que tivessem esse acompanhamento, começasse muito cedo a haver esse acompanhamento multidisciplinar, era ótimo.

Se eu conseguisse conciliar a minha parte profissional com uma equipa pós-laboral, por exemplo, que me, que me convidasse para participar, eu acho que hoje eu conseguia conciliar, gostaria até.

(...) acho que há de certeza absoluta muito mais a fazer e tem que começar por eles porque realmente nós, nós depois cá no terreno com as nossas formações variadas conseguimos implementar mas, tem que haver.

	<p>(...) criar condições, programas (...) programas específicos em que, em que pudessem recrutar todos os técnicos que se disponibilizassem para formar mais equipas e que fossem para o terreno, não se deixassem estar só em sede mas, que partissem muito para o exterior e chegarem a pontos onde ainda não existem, isso lá está, vamos, vamos tocar no fator económico, isso custa muito dinheiro e, portanto, os nossos políticos teriam que, que criar realmente verbas para que isso pudesse ser implementado. Acho que isso era uma das coisas que eles poderiam contemplar, um programa específico para poder, para poder depois permitir que realmente essas equipas pudessem ser mais e cada vez com mais qualidade e mais multidisciplinar com muito mais técnicos envolvidos e que chegassem a muitos lados.</p>
<p><b>Entrevista 2 (eixo 2)</b></p>	<p>A informação. São duas médicas, uma para a Diabetes e outra para a nutrição, são duas médicas. Sim, essas da nutrição ajudou bastante a percebermos o que é que tinha açúcar, o que é que se transformava em açúcar e quantidades e os cálculos (fala do pai).</p> <p>Sem isso era muito difícil descobrimos. Foi indispensável.</p> <p>Olhe, para mim acho que não mas, cada caso é o seu caso (ajuda das associações).</p> <p>Nem conheço porque não tenho necessidade delas, não conheço nenhuma mas, também não vejo necessidade de as conhecer (das associações para ajuda aos diabéticos).</p> <p>O que eu penso é que a maior parte não sabe nada sobre a Diabetes, pelo menos vejo lá na escola, ninguém sabe nada portanto, é só o conhecimento, o conhecimento para poder tratar de algumas pessoas e ajudar a encaminhar (sobre existir multidisciplinaridade para apoiar os doentes diabéticos). Porque, por exemplo, lá na escola aquilo foi um bocado, não sabem nada.</p> <p>É que se não for com pressão e as coisas serem escritas em termos oficiais, o pedido, as coisas não funcionam foi isso que cheguei à conclusão. E ele teve outro dia uma recaída e não teve reação, quer dizer, uma recaída de manhã em que a própria professora mete o aluno fora da aula, porque estava indisposto, nem sequer o manda para a enfermaria (a ajuda da escola ao doente).</p> <p>Eu na altura contatei o Centro de Saúde, e uma das enfermeiras mostrou disponibilidade de lá ir fazer uma formação até aos professores e funcionários mas, como tudo isto foi oralmente, não há nada escrito, e falei com uma das responsáveis da escola, da parte de saúde. Na altura quando isto aconteceu chamei a atenção a essa responsável e a responsável disse: “Ah, mas a enfermeira é que devia ter vindo cá”. Quando que a escola é que tem que arranjar horário e tem de dizer: “Olhe, estes são os horários possíveis para os professores e funcionários estarem” e depois conjugar, isso nunca foi feito (pausa). Como não há nada escrito, não é, se houve ou não houve, a bola anda assim de um lado para o outro. Mas o Ministério é que tem que obrigar todas as escolas a ter essa formação. Porque podem ter de repente alunos que tenham isto, ninguém sabe nada, nada, nada, nem sequer saber, não sabe, nem quer saber.</p> <p>Responsabilidade zero, liberdade total igual libertinagem, de Portugal todo, não é só das escolas, é de Portugal todo (sentimento sobre as ajudas estatais).</p> <p>Portanto, eu para mim eu vi ali mais a não atuação da escola, do que propriamente no Centro de Saúde porque é lógico que a escola é que se deve</p>

---

organizar para falar com os professores e com os funcionários para determinada tarde, consegue-se conjugar para estarem todos presentes, de certeza que haverá um funcionário do Centro de Saúde, uma das enfermeiras que esteja preparada para podermos dar mais instruções a todos os que estão presentes para depois poderem atuar nestas situações.

(...) devia fazer parte do currículo de um dos cursos, talvez de biologia.

Mas, agora o meu maior receio é ao mudarmos de escola (na altura da entrevista estavam a pouco tempo de mudar de cidade).

O meu desejo é que ele seja, consiga perceber que tem que fazer o controlo sempre da alimentação para que não tenha sequelas futuras porque é isso que ele deve, como jovem que é, não sabe o que é que poderá acontecer em termos físicos às pessoas que não têm controlo da Diabetes.

Não tenho receio (como pai de um diabético).

(...) que o Ministério devia fazer uma norma, não só para esta doença mas como para as outras, haver alguém responsável dentro das escolas.

(...) eu acho é que os profissionais de saúde hoje em dia, e porque a nível, talvez seja a nível de hospital são muito frios (fala da mãe). (...) De início, perante nós pais, na realização deste ritmo, que se tenha logo de entrar para controlar a Diabetes, de tal maneira me horrorizou um bocadinho, nós fomos a tal sessão, a uma sessão de, de, portanto, realizada pelo hospital que eles fazem de vez em quando, de 3 em 3 meses mais ou menos, em média, para nos dar informação sobre, como é que se controla a Diabetes e normalmente tem sempre um orador que pode pertencer à associação ou mesmo ao hospital e depois estão lá muitos pais e, e o que eu notei é que há pais estão a fazer, levam aquilo à letra, com um controlo assustador, para mim achei assim um bocadinho, muito rígido e, e eu acho que as pessoas têm que começar lentamente, isto é, lentamente, e eles começam logo a querer uma mudança que eu acho que é capaz de ser brutal para as crianças mudarem da água para o vinho. (...) Porque muitas vezes a nossa vida familiar no dia-a-dia ainda não está preparada para, se calhar termos esse tipo de controlo portanto, tem de ser introduzido lentamente, e não quer dizer que nós não tenhamos vontade de o fazer mas tem mas tem de ser, porque à muitas contradições que hoje em dia existe na vida de cada, de cada família e, senti um bocadinho isso.

Eu acho que eles deviam ser um bocadinho mais afetivos até com o próprio, perceberem que os pais, ou então, tentarem, é lógico que eles, eu penso que eles têm falta do estudo sociológico dos próprios pais e põem tudo igual e, ao porem tudo por igual, é assim, este casal não está a fazer, o que eu vi é que eles não estão a ligar nenhuma ao filho, eu sentia isso um bocadinho quase que cada vez que eu ia à consulta, os pais quase que levavam um ralhete da médica e, e eu tenho consciência que ainda não estava a fazer as coisas bem mas, também tenho consciência porque que não estava a fazer ainda as coisas bem (alterações que gostaria de ver realizadas).

Eu acho que ainda preciso de aprender muita coisa e acho que há, ao contrário do que ele pensa acho que o recorrer a associações ...

Lá por ser professora do agrupamento, eu estava a pedir ajuda como encarregada de educação, não como professora e, isso é que não me foi dado. (...) E eu agora neste momento não me interessa pôr mais nada por escrito porque vou sair dali.

Mas a direção resolve a partir do momento que as coisas estejam

	<p>escritas e sejam exigidas, isso aí não há nada. Quanto ao Centro de Saúde até não tenho razão de queixa nenhuma, até tenho tido, porque sempre que o solicitei tive ajuda em tudo, até nos deram mais outra máquina, eu fui lá com ele e, e, e. No hospital é a mesma coisa, eu vou para as urgências e ele é logo atendido.</p> <p>Sim, sim portanto, a única coisa que eu tenho é esta frieza, ele esteve lá internado uma semana e foi ótimo. Mesmo a relação com os pais e os enfermeiros foi muito bom. E ele até gostou (experiência que teve com o internamento do filho).</p>
<p><b>Entrevista 3 (eixo 2)</b></p>	<p>(...) felizmente ela tem, tem muitas clientes que são médicas e portanto, isso tem sido uma ajuda muito grande.</p> <p>Depois decidimos então que ela fosse realmente para a Associação dos Diabéticos.</p> <p>Não, não de maneira nenhuma (impacte económico).</p> <p>(...) foi lá à Associação, numa situação de emergência e não havia nenhum, não havia um único médico na Associação.</p> <p>Eu acho que havia necessidade de mais divulgação. (...) Não têm sensibilidade para isso portanto, têm que ser massacrados aos ouvidos. Olha que a Diabetes faz isto e faz aquilo. (...) Quer dizer não, eu, não é a questão de não entender, não liga bem à Diabetes (...) não liga aos sintomas e às consequências que por vezes nefastas da Diabetes</p> <p>Porque a Diabetes a pessoa é portanto, como lhe digo, as pessoas quando falam de Diabetes (...) não ligam muito a esse aspeto, é Diabetes, a pessoa depois se não comer açúcar com frequência, se não beber bebidas alcoólicas, se não consumir sal em demasia, a pessoa depois fica bem (...) mas, esquecem-se que a Diabetes é o principal precursor de muitas outras complicações de saúde, a Diabetes é (...) precursora de algumas doenças, por exemplo, de pessoas que têm que ser amputadas de membros (...) havia de haver realmente um alerta, julgo eu, um alerta para aquelas pessoas, pessoas que não são diabéticas ouvissem falar da Diabetes (...) eu tenho a impressão que se perguntar a uma pessoa qualquer, quais são as consequências da Diabetes mais de uma percentagem enorme não sabe as consequências.</p> <p>Achava que era uma ideia realmente interessante portanto, tornar a Diabetes mais abrangente (programas multidisciplinares).</p> <p>E porque essa doença, a Diabetes infelizmente conduz, conduz a muitas situações algumas irreversíveis, não é mas, a pessoa tem que estar bem identificada com a Diabetes, tem que saber o que é e saber se, se mesmo que não tenha tido antecedentes familiares, que é o caso da minha mulher que tem antecedentes familiares, saber que pode vir a contrair da doença.</p> <p>(...) aplicar as medidas de prevenção, todas as medidas, de prevenção, de cura, de orientação, de enfim, tudo isso que, que conduz à eliminação, eliminação não, à regularização da Diabetes.</p> <p>(...) eu entendo que as, devia haver realmente um departamento praticamente dedicado só à Diabetes, considerasse uma doença, que realmente é uma doença, que as pessoas julgam, a Diabetes não tem importância nenhuma. É uma doença grave, a Diabetes (...) haver um organismo que fosse abrangente em relação à Diabetes.</p> <p>(...) quando se descobre que é diabético haver, haver um organismo que a pessoa entrava nesse organismo portanto, entrava nesse organismo e o</p>

	<p>organismo orientava a pessoa para poder haver um, haver um combate a essa doença (...) fazer-se realmente um organismo qualquer que abrangesse, que tivesse a abrangência de poder portanto, quando a pessoa descobre que é diabético, que descobre que é diabético ser orientado para o sítio respetivo, o sítio respetivo seria a essa associação, portanto, a pessoa é como entrar no mundo da Diabetes, pronto, chegava entrava no mundo e depois era orientada (...) haver um organismo portanto, epá, como todos os organismos que tivesse as suas variantes, as suas variantes de deteção, de divulgação, orientação e etc.</p>
<p><b>Entrevista 4 (eixo 2)</b></p>	<p>(...) a médica de família verificou que o doente era diabético mas não tomou, não teve qualquer cuidado, não explicou à pessoa em questão, neste caso à minha mãe o que era, o que significava ser diabético, quais eram os possíveis, as possíveis consequências dela não cuidar de si convenientemente, não, não explicou o que é que ela podia evitar ou não evitar e, e portanto, a médica de família não tomou qualquer providencia nem acho que agiu de acordo com a situação.</p> <p>Nem sequer fez encaminhamento nenhum portanto, não explicou nada, que alimentos ela podia comer, que alimentos ela não podia comer, só disse que ela estava com Diabetes e que precisava de ter cuidado mas, não explicitou, não clarificou, não, não teve, na minha opinião, não fez bem o seu papel de médica pelo que, eu tive que ir a um médico particular.</p> <p>Aquilo em que fiquei muito aborrecida foi contra a médica de família na medida em que, houve coisas que, houve, por exemplo, a necessidade de ter a máquina para fazer a medição da glicemia diariamente, a médica de família por exemplo foi incapaz de prescrever a máquina (...) apesar de na farmácia dizerem que bastava a médica de família prescrever duas caixas de tiras para controlo da glicemia que eles ofereceriam a máquina, nem isso a médica foi capaz de prescrever (...) na altura que a doença foi detetada a minha mãe tinha direito a ter isenção do pagamento das taxas moderadoras e, e isenção noutros serviços médicos e hospitalares e, a médica de família recusou-se sempre a tratar da papelada necessária para que a minha mãe fosse, tivesse isenção do pagamento de algumas taxas, o que significa que, apesar de ter direito a isso, pagámos sempre tudo como um doente, como uma pessoa que não tivesse Diabetes e, e é apenas esse o aspeto que eu considero muito negativo por parte da médica de família, que seria a primeira a tratar do bem-estar do doente, até porque a minha mãe é reformada e tem apenas duzentos e qualquer coisa euros de reforma, 270 penso eu, 270 euros.</p> <p>A nossa médica de família que já está reformada neste momento, (...) penso que agiu muito mal, não, não fez o que era devido.</p> <p>(...) acho que não deveria ser necessário eu pagar uma consulta no médico particular para que esse médico explicasse à minha mãe o que era ser diabético e como viver com a Diabetes com alguma qualidade de vida na medida em que ela tinha no dia anterior estado numa consulta do médico de família.</p> <p>Aliás, acho que a informação sobre a Diabetes não é suficiente assim como a informação sobre outras doenças também não é suficiente.</p> <p>(...) o Ministério da Saúde não usa os meios de informação que tem ao seu dispor, nomeadamente o facto de nós termos um canal de televisão que é supostamente de serviço público, como é a <i>RTP 1</i>, em que poderiam ser tratados estes assuntos, de uma forma clara, com uma linguagem que</p>

	<p>todos entendessem porque o Ministério da Saúde não pode esquecer-se que apesar de haver no presente muitas pessoas licenciadas, há também muitas pessoas que não têm a qualificação literária ou que têm graus académicos que lhes permitam compreender certa, um determinado tipo de linguagem, nomeadamente a linguagem médica, que é, a linguagem médico-científica que é muito fechada, que é muito, que o comum dos mortais não consegue muitas vezes compreender e portanto, eu acho que deviam ser usados os meios que o Ministério tem ao seu dispor, ao serviço da população para esclarecimento, não só de doenças infectocontagiosas, como a hepatite B ou SIDA ou a Gripe A mas, sobre outras doenças que, ainda para mais, a Diabetes com o aumento da obesidade em Portugal vai ter, vai aumentar significativamente, porque se calhar havia de começar por fazer uma campanha contra a obesidade, neste momento temos um grave problema de obesidade infantil em Portugal e todos sabemos que a Diabetes, a Diabetes tipo 2 é muito provocada pela obesidade, certo? Portanto, acho que se devia começar por aí, usar os meios de informação para alertar as pessoas e para lhes explicar as consequências do seu comportamento alimentar, com palavras e com uma linguagem que todos compreendessem.</p> <p>Penso que essas áreas trabalham de uma forma estanque, ou seja, penso que não há comunicação entre elas, por exemplo, o caso do médico particular onde eu levei a minha mãe é uma exceção porque ele diz que o doente não é só olhos quando vai ao oftalmologista ou não é só dentes quando vai ao estomatologista ou não é só pés quando vai ao pedologista, que cada pessoa deve ser vista como um todo e não apenas como partes isoladas porque a maior parte dos médicos vê o doente como só uma parte, que é a parte em que ele é especialista (risos) o que é curioso (multidisciplinabilidade para o combate à Diabetes).</p> <p>E, o que acontece é que cada uma dessas áreas que me focou trabalham independentemente dos outros parece que cada um não quer saber do trabalho do outro e acha que cada um deve fazer o seu trabalho e que o seu trabalho não tem qualquer relacionamento com o outro, portanto, a equipa médica trabalha, o médico trabalha sozinho, o psicólogo trabalha sozinho, o técnico de saúde trabalha por outro lado, ou seja, não há comunicação, não há interligação, eu acho que pela minha experiência, eu posso estar errada, não vejo qualquer interligação multidisciplinar nas diversas áreas, o que eu penso que é extraordinariamente errado, penso que devia haver um acompanhamento que envolvesse todos os técnicos de saúde, não só o médico, como o auxiliar, como psicólogo, enfim todas as pessoas ligadas ao tratamento do doente.</p> <p>Portanto, o ideal seria nós termos nos Centros de Saúde, nos Hospitais essas equipas que vissem, pronto, que colaborassem entre si para ajudar o doente diabético e, quando falo no doente diabético falo também noutros tipos de doença, não é, que infelizmente acontecem e são também são tratados como casos isolados pela medicina, pela psicologia, pelo fisioterapeuta enfim, parece que ninguém, parece que o médico tem, parece que o técnico de saúde tem pruridos em dialogar com o médico sobre o trabalho que deve fazer, parece que o médico se sente diminuído se tiver que dizer ao técnico como é que há de fazer e parece que o psicólogo se sente menos competente se falar com o médico sobre o doente x ou y, ou seja, parece que cada um deles se sente menos eficaz, menos competente se conversar com o outro como parceiro para ajudar, para um tratamento mais eficaz.</p> <p>Penso que, podíamos fazer campanhas de alerta usando os meios de</p>
--	--

	<p>informação, de comunicação que o Governo, o Estado tem ao seu dispor, nomeadamente o Ministério da Saúde e, penso que há certos, há certos doentes que deveriam, principalmente as pessoas de mais idade que têm enfim, reformas muito reduzidas deviam ter um apoio maior do Estado do que aquele que efetivamente têm. Penso que há muito trabalho a fazer mas as minhas expectativas não são nada positivas, tendo em conta o estado crítico em que se encontra o país, por isso, penso que, teremos, portanto, muitas expectativas que nunca se irão concretizar porque cada vez mais os tratamentos, eu penso que cada vez mais se vai caminhar no seguinte sentido: quem tem posses económicas poderá tratar-se; aqueles que têm menos recursos financeiros não terão grandes oportunidades de se tratarem convenientemente porque o Estado não os apoia.</p> <p>Para além de reforçar as queixas contra ao nosso Ministério da Saúde e contra nomeadamente, alguns médicos de família em particular que se encontram no Centro de Saúde, muitas vezes contrariados e que portanto, não desempenham as suas funções convenientemente. Agora há de facto grandes profissionais de saúde mas aos quais só podem recorrer as pessoas que têm recursos financeiros porque esses não se encontram nos Centros de Saúde (risos) como médicos de família.</p>
<p><b>Entrevista 5</b> <b>(eixo 2)</b></p>	<p>Ah, eu realmente só estive uma vez numa consulta com ela e sinceramente o que o médico disse, era uma consulta de rotina estava tudo bem, passou a medicação</p> <p>Eles já tiveram mais apoio do que o que têm porque lhe foi retirado portanto, quem era diabético não pagava as fitinhas e não sei quê, e agora pagam tudo e, bastava continuarem na mesma, não é, já era um bom apoio porque ela realmente gasta muito dinheiro na medicação.</p> <p>É assim, eu não sei muito responder porque é, normalmente é isso que acontece quando a gente tem um problema, aí sim tenta procurar e saber como é, como não é, quando a gente não tem também não se interessa muito, (...) ela é diabética, a gente tenta saber aquilo que se pode comer, o que não se pode comer, como é com a insulina e a gente pouco mais.</p> <p>Não (pedido de ajuda às Associações de Diabetes).</p> <p>Não sei responder porque a mim passa-me um bocadinho ao lado, a sério (a informação existente sobre a Diabetes é suficiente).</p> <p>(...) no início nós jovens se tivermos outros cuidados escusamos de, não é, agora quem tem claro que depois com as consultas tem mesmo que se informar e tem que saber e procurar para saber. Agora realmente, eu não sou diabética e para poder evitar também não sei e devia haver uma maior informação, até mesmo a nível da escola.</p> <p>Eu penso que sim, como por exemplo, como há para a sexualidade englobar uma das matérias porque não? Porque provavelmente já há crianças com obesidade que depois poderá vir mais tarde e então, aí sim podem prevenir os Diabetes (importância informação nas escolas).</p> <p>(...) é uma doença que não, quer dizer, pode levar à morte mas com o mínimo de informação a gente também consegue controlar portanto, também não sei (o que gostaria de ver satisfeito pelas entidades competentes para o combate à Diabetes).</p>
<p><b>Entrevista 6</b> <b>(eixo 2)</b></p>	<p>Não (apoio económico).</p> <p>Sim, agora é o Drº Gomes, já falei com ele várias vezes (envolvimento da equipa médica).</p>

	<p>Não estarei, agora ela está aqui entregue, está com uma enfermeira e está com um médico, eles são as pessoas indicadas para o poder fazer, não é, embora tudo o que há me comunicam também mas, sinceramente em relação à Diabetes tenho falado sobre outras coisas mas isso não (informação sobre a Diabetes).</p> <p>Pois poderia, assim como para outras coisas, não é, porque isto infelizmente não está, não esteve, nem estará embora os médicos sempre tiveram essa preocupação de alertar (se poderia haver outra forma de informar a população em geral sobre a Diabetes).</p> <p>Para a minha irmã era suficiente se ela cumprisse e aceitasse mas nunca aceitou (se a informação que a diabética dispõe sobre a doença é suficiente).</p> <p>Nunca aceitou (a doente diabética).</p> <p>Não porque, por exemplo, no Centro de Saúde, ela até tinha redução de taxa, não é, por ser diabética, nunca notei que, agora ultimamente, os enfermeiros diziam-me, iam dois sempre, houve um tempo que pagávamos, cada vez que eles iam lá a 5 Euros, agora há muito tempo que deixou de pagar, não pagava pronto, eles iam era através do Centro de Saúde, quem lhe pagava ou como era aquilo também nunca, eu nunca procurei pronto (impacte económico).</p> <p>(...) há muita gente que não pode, não é, e que precisava de outras ajudas.</p> <p>Para já, cederem-lhe ou concederem-lhe medicamentos pronto, porque são bastante caros também, as pessoas não têm possibilidade de tratamento embora, também aja redução para esses medicamentos, não é? Isso também não posso dizer porque eu nunca me debrucei muito sobre esse problema (o que poderia ser feito para o combate à Diabetes).</p> <p>Eu acho que sim, porque é uma doença que se está a espalhar cada vez mais, não só nos idosos mas também na gente jovem e há muitas pessoas já vítimas até de cegueira (equipas multidisciplinares).</p> <p>(...) uma coisa que devia mudar e que não se compreende é: vai-se ao médico por uma simples gripe ou uma coisa qualquer, receitam um saco de medicamentos, toma-se ali uns dois ou três dias, o resto fica inutilizado, isso é dinheiro perdido, então que receitassem embalagens mais reduzidas e que não fosse esse desperdício porque para quem vai comprar e para o Estado que ficam ali uns medicamentos que não têm valor nenhum, não é? Eu vou muitas vezes levar embalagens com medicação, medicamentos à Farmácia, o que lhe fazem também não sei, mas deixam de ser necessários e precisos, não é.</p> <p>(...) em vez de receitarem por tacado que é como fazem, que é o que eu digo (risos), vem ali a gente com um saco, com uma sacada de medicamentos que depois ao fim de não sei quantos dias já não se podem utilizar porque perdem a validade e estando abertos já não se podem tomar, não está bem é isso que eu gostaria pronto, de dizer e, muitas vezes na farmácia o faço, para quê é que há de ser isto? Para quê? Embalagens mais pequenas e então ia-se buscando, agora ficarem em casa, perdeu a validade e depois já não se tomam, já não são necessários, é dinheiro que anda tudo assim, os que precisam muitas vezes não são tratados como devem ser, não é.</p> <p>(...) que fossem fornecidos gratuitamente a quem não pode, nem sei se o fazem, se não fazem, também estou a falar sem saber mas (pausa) e fazerem isso, penso, olhe, isso ia, isso ia para quem compra e para quem realmente está a prescrever a medicação porque não havia necessidade,</p>
--	---

	<p>pronto são doenças crónicas, sim senhora, eu por exemplo, tenho que tomar um medicamento sempre enquanto viver mas, há outros medicamentos que não e ficam ali e, são caixas, caixas, caixas.</p> <p>Em relação à Diabetes não sei, eu graças a Deus até ao momento não tenho.</p> <p>É possível que sim, que me tenha descuidado mas como lhe digo, portanto, a minha irmã era ela que ia e que cuidava, que eu me limitava muitas vezes a acompanhar e ouvir o que os médicos diziam: “Tem que tomar, isto é para tomar” e recitavam-lhe caixas de medicamentos que ela nunca tomava, se tomava um ou dois, não tomava, e precisamente por isso nunca melhorou, não é (se sente necessidade de mais informação sobre a doença).</p> <p>(...) sei as causas da Diabetes e o que elas podem provocar, não é, pronto, e análises faço muitas vezes e portanto, não tem acusado nada, não é, e também se isso acontecesse, ninguém está livre que aconteça, teria que fazer o tratamento sem, certinho não é, mas não, graças a Deus, até à data não, é assim.</p>
<p><b>Entrevista 7 (eixo 2)</b></p>	<p>Não, ela lá está, ela faz depois aquilo que quer (se a doente é acessível para conversar sobre a doença).</p> <p>Houve fala com o médico, não tem problemas até porque não tem tido qualquer tipo de problema secundário relativo à Diabetes.</p> <p>Aqui foi só o contato com a doente até porque os familiares praticamente não têm grande autoridade. A única coisa que nós pedimos e envolvemos muitas vezes a família e os outros é com aquilo que trazem extra de casa (relação médico/doente).</p> <p>Não, mesmo a nível de medicações e tudo o mais não (impacte económico).</p> <p>(...) não houve necessidade (apoio psicológico).</p> <p>Pelo que eu tenho conhecimento nomeadamente mais a nível dos Centros de Saúde e das consultas dos diabéticos, eu penso que sim, eu penso que muitas vezes as pessoas não, aliás diabético ou qualquer outro tipo de problema, se estão despertas ouvem, até sabem o que lhes faz mal mas, preferem (pss), como é que eu hei-de explicar, no é o que faz mal, é o que sabe bem. (...) Mas, eu penso que, pelo menos do que eu sei daqui do Centro de Saúde, de pessoas que estão aqui no centro de dia e que são diabéticas, eles são informados depois fazem o que querem e com estas idades mais avançadas é mais complicado abrir as mentalidades, digamos assim (informação disponível para a população em geral).</p> <p>Isso era o ideal, se conseguíssemos chegar a esse ponto seria fantástico haver reuniões nesse aspeto, de sabermos qual é o ponto da situação, qual seria o técnico mais capaz naquele momento de intervir, mas, infelizmente tanto aqui como nos Centros de Saúde isso é muito complicado de fazer, inclusive até no Hospital, que eu também já trabalhei no Hospital é muito complicado termos isso, conseguirmos fazer (programas multidisciplinares).</p> <p>Os recursos não estão a ser bem dirigidos para os locais certos porque, eu estou a falar de recursos de meios humanos, há pessoas, existem pessoas mas, depois quando são chamadas a intervir não há tempo.</p> <p>Trabalha-se muito individualmente e não em equipa ainda.</p> <p>No Hospital, senti isso (como enfermeira, quando trabalhou num Hospital sentiu que se trabalhava individualmente).</p>

	<p>Na prevenção. Essencialmente na prevenção porque faz muito, há muitas ajudas ao diabético, realmente (quais as lacunas que as entidades competentes têm no combate à Diabetes).</p> <p>Quando ele já é diabético, infelizmente no nosso país não trabalhamos a prevenção (...) seria muito mais fácil trabalhar na prevenção e acho que os custos seriam muito mais reduzidos porque depois, tanto insulinas, como medicamentos orais, como as fitas é tudo participado a grande maioria pelo Estado, muito deles são gratuitos mas, os custos são elevadíssimos para o Estado, porque uma dose de insulina de 5 cartuchos custam na ordem dos 60 euros, eles não pagam mas paga o Estado, pagamos nós e, era muito mais fácil se nós não chegássemos a esse ponto.</p> <p>(...) somos um pouco mais individuais porque a nível governamental muitas vezes não obtemos resposta quando queremos fazer algum tipo de intervenção, não obtemos resposta talvez porque eles não têm capacidade muitas vezes financeira para ajudarem a suportar alguns custos mas, anda-se um bocadinho a par, fazemos exatamente o mesmo, em vez de trabalharmos em conjunto e um trabalha mais numa área e o outro mais na outra, andamos a par, tantos as organizações não-governamentais, como o Estado andam a par um do outro, podendo às vezes unir esforços (o trabalho das Associações).</p> <p>A trabalhar mais um pouco a prevenção e depois haver mais visitas dos próprios endocrinologistas e tudo o mais a instituições, o próprio Centro de Saúde acho que lhe faz falta o endocrinologista para os acompanhar porque nós vamos a uma consulta com um médico de Clínica Geral, ele tenta fazer o trabalho dele é lógico, mas se estivéssemos com um endocrinologista seria muito talvez muito mais eficaz e muitas vezes as reduções, os custos a nível de medicações talvez fosse, conseguíssemos reduzir nomeadamente no acompanhamento também dos próprios nutricionistas, que não temos, que já várias vezes pedimos apoio ao Centro de Saúde que eles tinham, não sei se eles ainda terão nutricionistas e não temos um pouco esse apoio, nós vamo-nos organizando aqui no que conseguimos para dar a melhor alimentação a cada tipo de doença nomeadamente aos diabéticos, mas nem sempre conseguimos acho que, lá está, é aquela parte multidisciplinar que devia estar a funcionar que também não está (o que gostaria de ver mudado).</p> <p>(...) não tem capacidade para dar resposta (o Centro de Saúde).</p> <p>(...) na parte de nutricionista, ele não tinha capacidade para chegar a toda a população, tanto que nós pedimos algum apoio na parte das ementas e nunca obtivemos resposta, várias vezes contactámos, porque é o próprio Centro de Saúde e a própria diretora diz e a enfermeira chefe, ele não consegue chegar a toda a população. Tudo bem que não somos um concelho tão populacional como isso, penso que temos cerca de 8 mil, 9 mil pessoas mas é um só nutricionista e as carências cada vez são mais porque os maus hábitos aqui, ninguém lhes tira o copinho de vinho, o queijinho em vez de uma sopa e temos populações muito obesas, o que complica depois a parte da Diabetes ele tenta trabalhar isso mas não consegue chegar a todo o lado e, depois com a crise que nós estamos a passar a nível de saúde, o Centro de Saúde também não tem recursos sequer para, para nos dar apoio quando nós muitas vezes precisamos.</p> <p>Eles estão envolvidos até certo ponto, eles têm conhecimento daquilo que poderão ou não poderão trazer porque gostam sempre de trazer o seu miminho ao seu familiar, mas pronto muitas vezes é o que eles dizem: “Ah, nós só vimos cá uma vez por semana, é só hoje”.</p>
--	---

	<p>Mas, hoje vem um filho, amanhã vem o outro e quando vamos a dar conta foi a semana toda a fazer exageros e depois aí descarrila um bocadinho o controlo das glicemias mas, os familiares não se metem muito a não ser que vejam que por algum motivo estão mal, aí claro que são os primeiros a dizer (...). Se virem que está tudo bem nem sequer perguntam, nem sequer querem saber se está controlado ou não, ele está bem é porque as coisas estão controladas (se os familiares dos diabéticos que estão no Lar de Idosos estão envolvidos como parte da solução para o controlo da Diabetes).</p> <p>(...) continuo a batalhar na prevenção (...) quando são populações mais jovens já é mais complicado quando realmente se tem que recorrer à insulina aí sim portanto, os jovens como os pais precisam de bastante apoio para lidar com essa situação e o estigma dos próprios jovens muitas vezes na escola, de terem de levar a caneta de insulina com eles, de os colegas gozarem, o que é que tens aí, aconteceu isso várias vezes com pessoas que eu conheço (o que gostaria de ver satisfeita pelas entidades competentes para o combate à Diabetes).</p> <p>É mais complicado é para as famílias aceitarem que têm um filho que é relativamente novo que já é diabético.</p> <p>Eles aceitarem (risos) aquilo que nós lhe pedimos para fazer nomeadamente a Diabetes precisa de muitos líquidos, água, e muitos deles não aceitam, não aceitam (a dificuldade que tem em trabalhar com idosos diabéticos). (...) eles (familiares) sentem que abandonaram um pouco as famílias aqui e então quando vêm cá é para lhe darem, em vez de darem um carinho, muitas vezes acham que um carinho é compensado por um doce, é um pouco por aí.</p>
<p><b>Entrevista 8 (eixo 2)</b></p>	<p>(...) eu acho que sim porque eu vou lá ao consultório (relação médico/doente).</p> <p>Não (pedido de ajuda a alguma associação).</p> <p>Eu acho que sim, a gente faz confiança no nosso médico, não é, se não (se a relação médico/doente é suficiente).</p> <p>Eu penso é que os apoios são bastante bem (se os apoios existentes são suficientes) (...) há pessoas que não podem, que não têm dinheiro, não têm dinheiro para coisa nenhuma, acho que é bem, é uma boa ajuda que dão.</p> <p>Eu por mim acho que sim (se a informação sobre a Diabetes que existe é suficiente).</p> <p>Eu informado, quer dizer, eu vejo muitas vezes programas na televisão, uma coisa e outra e acho que sim, acho que eles estão sempre a coisa, em contato com as pessoas diabéticas, uma coisa e outra, eu acho que sim.</p> <p>Aí é que está o problema grande, a gente não sabe para que lado se virar (se as entidades governamentais estão a fazer um bom trabalho no combate à Diabetes).</p> <p>Poderia haver diferenças na saúde (...) porque quando nos fecharam aqui o, o coiso, do Centro de Saúde, durante a noite, (...) se agente tiver uma coisinha qualquer vem aqui para a Guarda.</p> <p>(...) tem que ir para a Guarda, são 25 Km, daqui à Guarda (se acontecer alguma coisa ao doente durante a noite).</p> <p>Tínhamos aqui um Hospital, tinha para cima de 30 camas para os doentes, tudo acabou, tudo acabou e, em vez de melhor não aqui, até foi pior.</p>

	<p>(...) há muitos que afeta porque estão a fazer cortes nas pensões.</p> <p>(...) os Diabetes cada vez são mais e não têm apoio suficiente realmente para isso porque os Diabetes hoje em dia é a toda a hora a aparecerem Diabetes (apoios multidisciplinares).</p> <p>(...) a ajuda é quando a gente precisasse de vir aqui e estar logo tudo, não é, não andar a chamar a ambulância, a chamar isto e ir daqui para a Guarda (ajuda ao familiar diabético).</p> <p>Não, acho que aqui que não há (se têm perto alguma associação para ajuda aos diabéticos).</p> <p>(...) um diabético é diabético e quando, pois está claro nunca estará descansado em casa, não é, quando, hoje em dia vê-se muitas famílias desamparadas, sozinhas em casa e uma pessoa que seja diabética pode ficar de um momento para o outro, os Diabetes tanto sobem como descem, e se houvesse aqui alguém que houvesse, ou passarem pelas casas a verem as pessoas, não é, certas pessoas, porque há muitas pessoas que ainda podem mas, há outros que não, que não podem e, aqui estamos mesmo no fundo, não tem ninguém que faça isso.</p> <p>Eu com a minha mãe estou descansado porque temos aqui no Lar e estamos tranquilos, se houver alguma coisa socorrem logo.</p> <p>(...) se não tinha que esperar ou dar 6000 euros para ser operada só que aquela pessoa é da nossa terra e é uma belíssima pessoa, fomos criados todos juntos na escola e tudo mais e ela disse: “Não te preocupes, eu vou já mudar a tua direção para aqui”. Pôs como estava a viver lá em Coimbra e ela passado um mês estava operada (teve que fazer um pedido a um médico conhecido para que a mãe fosse operada rapidamente no Hospital Público).</p> <p>Falta tudo, não sei se é dos doutores mas falta tudo (...) vamos para lá às 9 e saímos de lá para aí há uma da tarde que é uma coisa que (uffffff) não se admite e à outra não escutam as pessoas como deve de ser (o que falta no seu centro de saúde).</p>
<p><b>Entrevista 9</b> <b>(eixo 2)</b></p>	<p>É assim, o médico em si eu penso que ele foi bastante cuidadoso em transmitir a informação, não tanto a mim mas mais à minha tia. (...) O médico até foi bastante acessível nesse sentido.</p> <p>A nível de médico em si, eu não tenho reclamação, em relação ao que diz ao quadro da minha tia, que é dela que estamos a falar, agora eu penso que falta um bocadinho de apoio da parte técnica, de enfermagem, de apoio (...) eu precisei de ajuda tive que meter a minha tia num Lar, não tive qualquer apoio nem ninguém nunca se preocupou.</p> <p>O médico de família é excecional, não ponho sequer em causa, mas para tudo há especialistas e, nós se queremos um especialista temos que o pagar, uma consulta e, que não é barato, não é barato, eu penso que devia estar enquadrada no plano nacional de saúde também essa parte e não está. O médico de saúde trata, trata como trata tudo por isso é que Clínica Geral, não é especialista, aí falha sinceramente, a parte da participação dos medicamentos eu penso que até não está assim tão mal, pelo que nós vemos neste momento, penso que não é a parte que está pior. Eles logo têm o cuidado de dar a maquinazinha para se medir os Diabetes, as tiras são um bocado caras, são dispendiosas, sim é verdade, agora o resto da medicação não é isso que eu considero assim tão mau.</p> <p>Se calhar até é preferível haver mais apoio pessoal do que propriamente mais monetário (como gostaria de ver o apoio concretizado).</p> <p>Eu penso que às vezes o maior apoio basta uma palavra, basta a</p>

---

envolvência em si, envolverem-se com as famílias, que é o que falha em toda a parte (ajuda por parte das instituições).

(...) habituei-me desde de pequena mesmo a que a minha mãe fosse diabética portanto, nós acabamos por nos habituar a viver com aquilo e se calhar depois também não, não sentiremos aquela dificuldade, ou se calhar, até temos mais necessidade de ajuda do que os outros (risos) mas se calhar nós inconscientemente acabamos por achar que não precisamos desse tipo de ajuda mas, eu penso e, continuo a dizer, acho que havia de haver mais envolvência porque não é só quando nós precisamos e que nos vão fazer o penso a casa duas vezes por semana, se calhar se fosse uma a nível de todos os aspetos globais e gerais que existem que era bom (informação sobre a Diabetes).

O essencial, eu penso que estou (se se sente informada sobre a doença).

Nós achamos que estamos sempre preparados mas nunca estamos mas pronto (risos) quando chega o momento levamos sempre um baque mas, sim, eu penso que no essencial eu estou (se se sente preparada para lidar com a doença).

Não é... até porque quando nós falamos da Diabetes é: “Olha não podes comer açúcar” (risos) mas todos nós sabemos que não é o açúcar... aliás, quantas vezes eles têm de comer açúcar, não é!?!... E pronto!... Mas isso é o que está preconcebido, é o que toda a gente acha, é que não! Mas a Diabetes não envolve só não comer açúcar, não é!?!... É preciso cuidados na alimentação, a todos os níveis, e andar e tudo o mais!....

(se a informação existente sobre a Diabetes é suficiente para a população em geral).

Se calhar umas campanhazinhas elucidativas, a nível de comunicação não era mau e nos centros de saúde acho que é muito importante e eu já nem falo tanto em prospetos, nesse tipo de coisas porque a nossa população e eu refiro-me aqui, a é uma população idosa e o que é que faz estar ali um bonito cartaz ou nos darem um desdobrável e se a senhora leva para casa e não, pronto, se calhar nem vai ler ou outros nem sabem mesmo ler, porque a nossa população é bastante envelhecida e são esse tipo de pessoas que se ressentem mais portanto, se calhar apelar, informar, e depois também a nível da comunicação acho que era muito importante, nas Farmácias também, as Farmácias também falham um bocadinho, não chega estar lá o cartazinho a dizer se é diabético “trará” não, acho também que podia passar por aí a informação (de que forma gostaria que essa informação fosse veiculada).

Isso era ótimo, não é, que existisse mas isso não existe, isso só existe no, se calhar estará idealizado mas concretizado não está e aliás isso é quase inviável para uma família pensar que consegue dar esse tipo de apoio ao diabético porque monetariamente não é viável, é muito bonito, pode ser no papel (apoio multidisciplinar). Por muita boa vontade que houvesse isso é só teoria, não existe na prática, nós aqui não temos portanto, eu refiro-me aqui não temos isso, não há ajudas, não há apoio, não há nada disso, pode estar no papel, podem dizer que sim mas, eu ainda não vi isso concretizado agora que era o ideal, claro que era.

(...) era muito interessante haver esse tipo de coordenação de todas de todas as especialidades que um diabético necessita mas estar implementado no terreno, não é, que a gente vá a um Centro de Saúde ou que aja uma clinica, que aja um acordo, também não é necessário ser no Centro de Saúde, que aja uma coordenação e que o diabético, pelo menos

---

	<p>uma vez por semana, eu já não digo mais, até para ele sair do espaço onde está e se movimentar e ver que há um bocadinho mais para além da Diabetes, fazia muito bem, e acho que era essencial mesmo, essencial, as pessoas chegam a um ponto que estão de tal maneira, como é que eu digo, eu não queria dizer atrofiado porque acho que atrofiado é uma palavra muito forte (risos) mas também não me vem assim outro termo neste momento mas, estão um bocadinho bloqueados nesse aspeto, e é o que eu digo, os Diabetes trazem montes de coisas, inclusive <i>Parkinson</i> e essa eu vivi e as pessoas precisam, é urgente mesmo a movimentação porque não chega nós familiares: “Mãe tens que andar, pai tens que andar, é importante andar, tens que fazer estes movimentos”. Porque depois eles também não os conseguem fazer, por muita vontade que eles tenham, nós massacramos mas não resulta, não resulta porque eles também não conseguem, até porque a própria idade vai, vai-lhe trazer muitas limitações portanto, a nível de fisioterapia era, era ótimo para eles (perspetivas futuras).</p> <p>Acredito que sim, até porque a população não é tanta e isso faz com que o investimento e a ajuda, isso não. (...) Mais investimento, o desenvolvimento em si, quem está, quem está muitas vezes nos escritórios havia de vir para o terreno e ver, vir ver o que é que se passa e se calhar assim conseguisse pensar que o interior existe e dar novas, novas ideias e novo investimento porque não só, não só em termos de saúde como em tudo que é essencial, mas isto agora está a acontecer por todo o lado, não acredito muito (o sentir a interioridade).</p>
--	---

---

## Apêndice 10 – Construção dos Eixos e Dimensões das Entrevistas Realizadas aos Diabéticos

Eixo 1 – A Diabetes e o tipo de impacto na vida pessoal, familiar e social do diabético					
Dimensões	Sub-dimensões	Categorias	Subcategorias	Unidades de Contexto	Unidades de Registro
1. Pessoal	1.1. Impacte Emocional	1.1.1. Sentimentos associados à diabetes	1.1.1.1. Processo de negação		
			1.1.1.2. Sem alteração após conhecimento da doença		
			1.1.1.3. Preocupação alimentar		
			1.1.1.4. Medo da dependência		
	1.2. Impacte Físico	1.2.1. Nível de atividade	1.2.1.1. Nunca fez atividade física		
			1.2.1.2. Sempre fez atividade física		
1.2.1.3. Só pratica quando há no Lar de Idosos					
2. Familiar	2.1. Impacte Relacional	2.1.1. Na relação com o conjugue	2.1.1.1. Carinhosa		
			2.1.1.2. Tensão		
		2.1.2. Na relação com os filhos	2.1.2.1. Cuidadora		
			2.1.2.2. Carinhosa		
		2.1.3. Na relação com os pais	2.1.3.1. Protetora		
		2.1.4. Na relação com outros familiares	2.1.4.1. Afastamento		
2.1.4.2. Conflituosa					
3. Social	3.1. Impacte Laboral	3.1.1. Sem impacto	3.1.1.1. Nunca trabalhou fora de casa		
			3.1.1.2. Nada mudou no trabalho/escola		
		3.1.2. Abandono do trabalho			
	3.2. Impacte Relacional	3.2.1. Sentimentos associados	3.2.1.1. Solidão		

**Eixo 2 – Tipo e avaliação dos apoios político-económicos prestados ao diabético**

<b>Dimensões</b>	<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Sub-subcategorias</b>	<b>Unidades de Contexto</b>	<b>Unidades de Registo</b>
4.Tipo de Apoios	4.1.Equipa Médica	4.1.1.Informação prestada	4.1.1.1.Suficiente		
			4.1.1.2.Insuficiente		
		4.1.2.Relacionamento	4.1.2.1.Conflituoso		
			4.1.2.2. Cordial		
		4.1.3.Acompanhamento	4.1.3.1.Consultas		
			4.1.3.2.Internamento		
	4.2.Familiar	4.2.1.Acompanhamento	4.2.1.1.Consultas médicas		
			4.2.1.2.Visitas		
	4.3.Redes de suporte	4.3.1.Institucional	4.3.1.1.Instituição de apoio social (Lar de Idosos)		
			4.3.1.2.Associação de apoio aos diabéticos		
5.Avaliação dos Apoios	5.1.Ao nível da Informação	5.1.1.Sobre a doença	5.1.1.1.Suficiente		
			5.1.1.2.Insuficiente		
		5.1.2.Sobre cuidados a ter	5.1.2.1.Alimentar		
	5.2.Ao nível dos Apoios	5.2.1.Económico	5.2.1.1.Insuficiente participação monetária		
	5.3. Necessidades Futuras	5.3.1.Mudança de comportamentos	5.3.1.1.Mais informação sobre a doença		
		5.3.2.Apoio económico	5.3.1.2.Maior participação monetária		
		5.3.3.Colocação de equipas médicas			

**Nota:** Nas unidades de contexto é colocado as iniciais ED seguida da numeração para referir a entrevista com o diabético.

## Apêndice 11 – Construção dos Eixos e Dimensões das Entrevistas Realizadas aos Familiares dos Diabéticos

Eixo 1 – O tipo de impacto na vida pessoal, familiar e social de ter um familiar diabético					
Dimensões	Sub-dimensões	Categorias	Subcategorias	Unidades de Contexto	Unidades de Registo
1.Pessoal	1.1.Impacte Emocional	1.1.1.Sentimentos associados à descoberta da doença do familiar	1.1.1.1.Preocupação		
			1.1.1.2.Sem dificuldade de adaptação		
			1.1.1.3.Frustração		
			1.1.1.4.Medo		
			1.1.1.5.Com dificuldades de adaptação		
			1.1.1.6. Preocupação alimentar		
2.Familiar	2.1.Impacte Relacional	2.1.1.Na relação com o conjugue	2.1.1.1.Carinhosa		
			2.1.1.2.Tensão		
		2.1.2.Na relação com o pai ou a mãe	2.1.2.1.Carinhosa		
		2.1.3.Na relação com o filho	2.1.3.1.Controladora		
		2.1.4.Na relação com outros familiares	2.1.4.1.Preocupação		
			2.1.4.2.Sem preocupação		
3.Social	3.1.Impacte Laboral	3.1.1.Dificuldade em conciliar o trabalho com o apoio ao familiar			
		3.1.2.Conciliação do trabalho com o apoio ao familiar			

**Eixo 2 – Tipo e avaliação dos apoios político-económicos prestados ao diabético e seus familiares**

<b>Dimensões</b>	<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Sub Subcategorias</b>	<b>Unidades de Contexto</b>	<b>Unidades de Registo</b>
4.Tipo de Apoios	4.1.Equipa Médica	4.1.1.Informação e envolvimento dos familiares	4.1.1.1.Suficiente		
			4.1.1.2.Insuficiente		
	4.2.Familiar	4.2.1.Acompanhamento	4.2.1.1.Consultas médicas		
			4.2.1.2.Visitas		
	4.3.Redes de Suporte	4.3.1.Institucional	4.3.1.1.Instituição de apoio social (Lar de Idosos)		
			4.3.1.1.Associação de apoio aos diabéticos		
5.Avaliação dos Apoios	5.1.Ao nível da Informação	5.1.1.Sobre a doença	5.1.1.1.Suficiente		
			5.1.1.2.Insuficiente		
	5.2.Necessidades Futuras	5.2.1.Mudança de comportamentos	5.2.1.1.Maior envolvimento dos familiares com as equipas de saúde		
			5.2.1.2.Mais informação sobre a doença		
		5.2.2.Equipas multidisciplinares			
		5.2.3.Apoio do Estado	5.2.3.1.Medidas eficazes para o combate à doença		

**Nota:** Nas unidades de contexto é colocado as iniciais EF seguida da numeração para referir a entrevista com o familiar diabético

**Apêndice 12 – Eixos e Dimensões das Entrevistas Realizadas aos Diabéticos**

<b>Eixo 1 – A Diabetes e o tipo de impacto na vida pessoal, familiar e social do diabético</b>					
<b>Dimensões</b>	<b>Sub-dimensões</b>	<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Unidades de Contexto</b>	<b>Unidades de Registo</b>
1. Pessoal	1.1. Impacte Emocional	1.1.1. Sentimentos associados à diabetes	1.1.1.1. Processo de negação	<b>ED1</b> – “(...)Se eu lhe disser que não mudou mais nada, poderão eventualmente, pensar que eu sou inconsciente. Se calhar até sou porque é uma coisa que não acho que há uma graduação em termos de Diabetes. Portanto, esta é a noção que eu tenho dos Diabetes, nunca estudei, nunca fui, nunca me preocupei até hoje não me preocupei. (...) Em casa não temos muitos cuidados, não há essa sensibilidade. Neste momento para mim, a Diabetes ainda está na prateleira, tomo os comprimidos e estou feliz da minha vida”.	<b>1</b>
			1.1.1.2. Sem alteração após conhecimento da doença	<b>ED4</b> – “Não me senti revoltada, nada. Aceitei sim. (...)É uma coisa normal (...) e não estou assim muito preocupada”. <b>ED5</b> – “Não tenho vergonha, é uma doença como outra qualquer”. <b>ED6</b> – “Não liguei importância”. <b>ED7</b> - “Eu não estou preocupada”. <b>ED12</b> - “Não fiquei, nem estou muito preocupada”.	<b>5</b>
			1.1.1.3. Preocupação alimentar	<b>ED2</b> – “Para mim foi realmente as comidas, o resto fui-me habituando (as maiores dificuldades devido à doença). E o mau é que eu às vezes vou comendo entre	<b>6</b>

				<p>as refeições, esse é que é o meu problema”.</p> <p><b>ED3</b> – “Quase nada (mudou) porque eu gosto muito de vegetais e de fruta portanto, o meu único defeito foi continuar a gostar muito de fruta porque devia-se comer três peças e acabo por comer muito mais que três peças”.</p> <p><b>ED4</b> – “Deixei de comer doces, nem açúcares nem nada, só em caso de festas ou uma vez por acaso e frutas, tudo frutas mais ácidas, nada de frutas doces e tenho mantido mais ou menos, umas vezes ando a 98, outras vezes 96 ou 100”.</p> <p><b>ED5</b> – “Quando é alguma coisa doce ou assim, a gente está sempre a comer e com medo”.</p> <p><b>ED7</b> – “Certas coisas não as posso comer”.</p> <p><b>ED11</b> – “Como de tudo um pouco, tenho que comer, não tenho dieta nenhuma”.</p>	
			1.1.1.4. Medo da dependência	<p><b>ED1</b> – “Isso é a única coisa (a dependência), se é que os Diabetes algum dia poderão fazer isso, é a única coisa que me preocupa. De resto não me preocupa nada. Não é, as doenças para mim só têm essa preocupação.</p> <p>Sim, assusta-me (ficar dependente dos outros). Não é pelos meus familiares é por mim porque tenho mau feitio, suporte minimamente a dor, não sou um piegas, suporte minimamente a dor (...) sou uma pessoa muito independente (...) estar sempre a solicitar a ajuda de alguém, epá e isso, isso a mim complica-me um bocado o sistema (...) isso se calhar era a pior coisa. “(...) em termos de visão, é uma coisa que me preocupa. (...) Se eu um dia tiver consequências físicas, se tiver consequências sociais, se tiver qualquer tipo de prejuízo</p>	1

				na minha disponibilidade física ou anímica para com os outros devido à doença”.	
			1.2.1.1. Nunca fez atividade física	<p><b>ED5</b> – “Não”.</p> <p><b>ED6</b> – “Não. Dessas coisas não nunca fiz”.</p> <p><b>ED8</b> – “Não, nada”.</p> <p><b>ED12</b> – “Não”.</p>	<b>4</b>
	1.2.Impacte Físico	1.2.1.Nível atividade	de 1.2.1.2.Sempre fez atividade física	<p><b>ED1</b> - “ (...) só mais alguma atividade física mais nada e a atividade física é andar a pé. Fazendo uns passeios (...) duas vezes por semana 3 vezes conforme a disponibilidade.</p> <p>Sim, faço porque sei que me ajuda em termos de saúde, em termos de até do meu aspeto físico portanto, ajuda-me em termos disso incluindo a Diabetes como é lógico”.</p> <p><b>ED2</b> - “Sim (continua a fazer atividade física) (...) continua sempre o meu dia-a-dia como antes de ter os Diabetes. Fazia Judo, e continuo a fazer (...) depois às vezes vou andar de bicicleta com os meus irmãos e com os meus amigos e com o meu pai”.</p> <p><b>ED3</b> – “Já fazia, nunca deixei de praticar. Ainda hoje pratico <i>Jeet kune Do</i> e, e faço meia hora de rampa de manhã e meia hora à noite, agora estou só com esses dois aparelhos porque os tenho em casa”.</p> <p><b>ED4</b> – “Atividade física faço muita, porque eu cavo no quintal, eu planto, eu tenho essas coisas todas. (...) Pessoas que já têm os diabetes muito avançados é que necessitam é natural (importância de fazer atividade física)”.</p>	<b>4</b>

			1.2.1.3.Só Pratica quando há no Lar de Idosos	<b>ED9</b> – “(...) às vezes com a animadora, que é uma simpatia de uma menina, fazemos ginástica e assim”.	<b>1</b>
2.Familiar	2.1.Impacte Relacional	2.1.1.Na relação com o conjugue	2.1.1.1.Carinhosa	<b>ED3</b> – “Nós pelo menos somos, como direi, “unha com carne”, em casa e no trabalho (relação com o marido)”.	<b>1</b>
			2.1.1.2.Tensão	<b>ED1</b> – “A família resume-se única e exclusivamente à minha esposa que me faz sempre aquelas observações que todas as esposas fazem aos maridos. Não quer dizer que eu estou-me com atenção, não é? Ou que em função da martirização que ela me faz eu tenha que modificar o meu comportamento. Portanto, (ahhh) em termos familiares (ahh) depois da Diabetes é nada, é nada, é nada, é nada. (...) a minha mulher faz-me algumas observações em relação, por exemplo, ao álcool mas, penso eu que nem é por causa dos Diabetes é porque ela não gosta de conduzir e quando eu bebo tem que ser ela a conduzir portanto, deve ter sido, deve ser a única preocupação penso eu de que”.	<b>1</b>
		2.1.2.Na relação com os filhos	2.1.2.1.Cuidadora	<b>ED4</b> – “Ela também está sempre presente e preocupada. Porque ela controla (risos) mais, está sempre preocupada. Não me deixar comer certas coisas”.	<b>1</b>
			2.1.2.2.Carinhosa	<b>ED3</b> – “A família para mim é tudo, claro. Da parte deles, a minha filha mais velha, quando se apercebeu que eu era diabética compreendeu porque é que eu desmaiava de vez em quando porque também tem uma razão de ser”.	<b>1</b>

		2.1.3. Na relação com os pais	2.1.3.1.Protetora	<b>ED2</b> – “Não mudaram, continuaram a ser os mesmos e talvez até melhoraram. Comecei a falar mais com o meu pai, a estar mais com eles. Houve maior ligação principalmente com o meu pai que era o que me ajudava mais. Quando eu tive no hospital ele dormia lá e ajudava-me”.	<b>1</b>
		2.1.4.Na relação com outros familiares	2.1.4.1.Afastamento	<b>ED12</b> – “Eu tenho duas irmãs mas ainda cá não vieram. Mas eu também não me importo, quer dizer, aceito tudo de boa vontade”.	<b>1</b>
			2.1.4.2.Conflituosa	<b>ED9</b> – “De vez em quando vem cá a minha sobrinha... mas senhora, quando apanham tudo... quem se deserdá antes que morra... sabe o que dizem os espanhóis, não é?! Aparece aí de vez em quando... Ela está a pagar com o meu dinheiro! Aparece aí de vez em quando, quando lhe dá na cabeça. Se ela me desse apoio eu não tinha vindo para o lar, estava na minha casinha porque a vivenda também é minha, toda mobilada por mim... ele é roupas, louças, máquinas, é tudo meu.... (...) tudo isto ajuda os diabetes a subir!”.	<b>1</b>
3.Social	3.1.Impacte Laboral	3.1.1.Sem impacte	3.1.1.1.Nunca trabalhou fora de casa	<b>ED4</b> - Nunca trabalhou fora de casa. <b>ED5</b> - Nunca trabalhou fora de casa. <b>ED7</b> - Nunca trabalhou fora de casa. <b>ED8</b> - Nunca trabalhou fora de casa. <b>ED12</b> - Nunca trabalhou fora de casa.	<b>5</b>
			3.1.1.2.Nada mudou no trabalho/escola	<b>ED1</b> - “Não mudou nada (...) não me condicionou absolutamente nada”. Não, nunca tivemos qualquer tipo de conversa (com a entidade patronal) (...) em relação aos Diabetes	<b>5</b>

				<p>julgo que nem fiz referência”.</p> <p><b>ED2</b> – “Receberam-me muito bem e ajudaram-me e tudo”.</p> <p>Que continue a ser como tem sido (a tratamento por parte dos colegas de escola) ”.</p> <p><b>ED3</b> – “Não, de maneira nenhuma (mudança no trabalho por causa da doença) ”.</p> <p><b>ED6</b> – “Sim trabalhava. Não, nunca (problemas com colegas ou entidade patronal). Aceitaram, aceitaram (aceitação da doença por parte dos colegas de trabalho) ”.</p> <p><b>ED11</b> – “Trabalhei toda a vida. Não (dificuldade em trabalhar por causa da Diabetes). Andei sempre, trabalhava no duro”.</p>	
		3.1.2.Abondono do trabalho		<p><b>ED10</b> – “Quer dizer havia dificuldade mas depois (...) fazia só a vida de casa. Deixei de trabalhar. Aquilo apareceu-me ainda eu trabalhava mas quando fui internada e tudo deixei de trabalhar, fazia só a vida de casa”.</p>	<b>1</b>
	3.2.Impacte Relacional	3.2.1.Sentimentos associados	3.2.1.1.Solidão	<p><b>ED9</b> – “Sinto (solidão). (...) olhe, gostava de ter calma”.</p> <p><b>ED10</b> – “Sinto-me sozinha”.</p>	<b>2</b>

**Eixo 2 – Tipo e avaliação dos apoios político-económicos prestados ao diabético**

<b>Dimensões</b>	<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Sub-subcategorias</b>	<b>Unidades de Contexto</b>	<b>Unidades de Registo</b>
4.Tipo de Apoios	4.1.Equipa Médica	4.1.1.Informação prestada	4.1.1.1.Suficiente	<p><b>ED10</b> – “Explicaram, para tirar certos farinhaços, coisas de doces nunca mais toquei em nada”.</p> <p><b>ED12</b> – “O médico disse-me logo tudo explicou-me. Porque me sobem os Diabetes, por exemplo, não como figos, mas o médico (risos) disse-me nem bananas, nem melão, nem figos, nem uvas, mas isso também não como, as bananas até comia mas agora não as como e assim certas coisas doces evito um bocadinho mas, se for bolos e isso também não como muito”.</p>	<b>2</b>
			4.1.1.2.Insuficiente	<p><b>ED5</b> – “Não, não, nunca (dialogo com o médico de família)”.</p> <p><b>ED7</b> – “Ela disse-me não me disse nada (a informação que o médico disponibilizou)”.</p> <p><b>ED8</b> – “O médico nunca me disse nada”.</p> <p><b>ED9</b> – “Não, nunca me explicaram nada”.</p>	<b>4</b>
		4.1.2.Relacionament o	4.1.2.1.Conflituoso	<p><b>ED1</b> – “E aqui faço já uma ressalva, não gosto nada da minha médica de família mas, ela diz e eu faço mas, pessoalmente a nossa relação é “Bom dia senhora doutora” “Adeus senhora doutora”, é a nossa relação. A senhora é muito fria, a senhora é muito fria é se calhar, politicamente correta mas, não é mulher que sensibilize qualquer doente para fazer algo em prol de”.</p> <p><b>ED4</b> – “Fui à médica de família, não me queria receitar e não me receitou a máquina para medir cá, tinha que ir todos os dias à farmácia. Não ajudou em nada, não ajudou em nada (...)</p>	<b>2</b>

				disse que era uma coisa simples e que eu que não estava muito, quer dizer, muito adiantada. Depois é que a minha filha se preocupou e foi comigo a outro médico e é que explicou o que era”.	
			4.1.2.2. Cordial	<p><b>ED2</b> – “Eu converso com ele, com ela neste caso. Sim tenho feito alterações, quando erro ela diz-me logo para fazer aquilo, aqueloutro”.</p> <p><b>ED12</b> – “O médico disse-me logo tudo explicou-me. É bom. Disse-me logo, cuidado com a boca, o que não podia comer, não podia comer, podia comer de tudo pouquinho”.</p>	2
		4.1.3. Acompanhamento	4.1.3.1. Consultas	<p><b>ED2</b> – “Uma vez por mês (consulta da especialidade). Eu converso com ele, com ela neste caso”.</p> <p><b>ED3</b> – “Sim. Embora que, ache que a Associação está mais, mais inclinada para esse campo porque se está numa, porque se está na Associação, e se está umas horas lá e os empregados se apercebem, mesmo não sendo a enfermeira, se os empregados se apercebem que estão lá desde as 8 da manhã e que chegou às 11 e ainda lá está, a empregada passa com um carrinho e procura se quer um chá, beba um chá, tome lá o pacotinho de leite, tem aqui umas bolachinhas, é diferente no hospital isso não acontece (apoio prestado pelo Hospital Santa Maria e da Associação) ”.</p>	2
			4.1.3.2. Internamento	<p><b>ED2</b> – “Durante duas semanas (internado por causa da Diabetes) ”.</p> <p><b>ED10</b> – “Fiquei lá 3 meses internada, na</p>	2

				Guarda. (...) Por causa dos Diabetes, depois enquanto eu não soube dar a insulina e fazer tudo não saí. (...) Já não tem conta (o número de internamentos por causa da Diabetes) ”.	
	4.2.Familiar	4.2.1.Acompanhamento	4.2.1.1.Consultas médicas	<p><b>ED2</b> – “É o meu pai que me acompanha mais vezes ao médico”.</p> <p><b>ED5</b> – “(...) se eu estivesse bem ia sozinha se tivesse pior tinham de ir, o meu filho comigo”.</p>	<b>2</b>
			4.2.1.2.Visitas	<p><b>ED5</b> – “(...) o meu filho às vezes bem cá buscar-me, aos domingos de manhã e passo o dia com eles e depois à noite vem levar-me”.</p> <p><b>ED6</b> – “Visitas, tenho muitas mesmo, vêm verme e muitas não vêm cá porque não podem porque estão a trabalhar mas, tenho”.</p> <p><b>ED7</b> – “Tenho sim visitas (...) ainda cá vieram antes de ontem todos (no Lar)”.</p> <p><b>ED10</b> – “Telefonam, não ir ver não, que não tenho cá ninguém (se a família a visita em casa). Não, visitas não, só às vezes os vizinhos que a minha rua está sem ninguém, estão as casas todas fechadas”.</p> <p><b>ED12</b> – “As minha irmãs não vêm cá”.</p>	<b>5</b>
	4.3.Redes de suporte	4.3.1.Institucional	4.3.1.1.Instituição de apoio social (Lar de idosos)	<p><b>ED9</b> – “A senhora enfermeira está a par de tudo e o médico que cá vem de vez em quando também está a par disso tudo, uma vez já estive a falar com ele mas nunca me falaram dos Diabetes”.</p> <p><b>ED10</b> – “As meninas também são simpáticas e tudo e eu dou-me bem com as velhinhas também gosto de falar com elas e elas falarem comigo”.</p> <p><b>ED12</b> – “Falo com a senhora enfermeira (sobre</p>	<b>3</b>

				a Diabetes). Pergunto à senhora enfermeira ou se coisa, ou vou peço marco uma consulta e vou ao meu médico”.	
			4.3.1.2.Associação de apoio aos diabéticos	<b>ED3</b> – “(...) há uma Doutora Ana Luísa, que é a minha por sinal... que é... eu direi... dada de corpo e alma à Associação (acolhimento na Associação). Há pelo menos uma nutricionista e uma enfermeira, principalmente uma enfermeira que dá o primeiro apoio a quem chega lá que quem quiser pode renovar, aquelas pessoas que não metem tão bem na cabeça, podem ir ouvir sempre que queiram as primeiras pessoas que vão (obtenção da informação sobre a Diabetes). Para resolver sim. Procuo embora que, eu sou uma pessoa que estou bastante informada (procura a Associação para a resolução de problemas relativos à doença) ”.	<b>1</b>
5.Avaliação dos Apoios	5.1.Ao nível da Informação	5.1.1.Sobre a doença	5.1.1.1.Suficiente	<b>ED1</b> – “Não sei se são suficientes (os apoios institucionais) (...) que há preocupação no Serviço Nacional de Saúde em relação aos diabéticos, isso eu julgo que há”. <b>ED6</b> - “É o suficiente (a informação que tem sobre a Diabetes). Chega”.	<b>2</b>
			5.1.1.2.Insuficiente	<b>ED3</b> – “Nunca será suficiente para tantos doentes (apoios institucionais). Houve uma altura que achei que o hospital era insuficiente e fui, passei a ir a um médico particular”. <b>ED5</b> – “Eu não sei nada sobre a minha doença, só sei que é uma doença chata, não dói e a gente não pode pronto”.	<b>3</b>

				<p><b>ED8</b> - “Olhe que eu nem sei, eu nem sei (...).Eu tomo mas não sei explicar para o que são (medicação)”.</p>	
		5.1.2.Sobre cuidados a ter	5.1.2.1.Alimentar	<p><b>ED6</b> – “Alimento-me normalmente, sei o que faz mal e o que faz bem. O meu médico também foi sempre, via isso como uma coisa normal e eu comia, não comia coisas assim exageradas. (...) Que não comesse doces, chocolates e certas bebidas e essas coisas assim, principalmente doces, muita doçaria.”.</p> <p><b>ED10</b> – “(...) certos farinhaços, coisas de doces nunca mais toquei em nada”.</p> <p><b>ED12</b> – “(...) não como figos, mas o médico (risos) disse-me nem bananas, nem melão, nem figos, nem uvas, mas isso também não como, as bananas até comia mas agora não as como e assim certas coisas doces evito um bocadinho mas, se for bolos e isso também não como muito. São perigosos, posso perder a vista, dizem que são perigosos, tem que se ter muito cuidado com a boca, isso é o principal”.</p>	<b>3</b>
	5.2.Ao nível dos Apoios	5.2.1.Económico	5.2.1.1.Insuficiente participação monetária	<p><b>ED1</b> – “Houve, no custo do medicamento (impacte económico) ”.</p> <p><b>ED3</b> – “É um bocado difícil, eu neste momento tive que fazer exames e paguei cento e tal euros para os fazer. Ora, se tiver que fazer amiudadamente estes exames e se eu lhe disser que a minha reforma são 303 euros, imagine que se eu tivesse que comer da minha reforma, imagine. (...) pois eu tenho que pagar os meus exames como qualquer pessoa. Portanto, um diabético tem que levar a vida a fazer exames. Está mal. Porque um diabético é diabético para</p>	<b>4</b>

				<p>toda a vida, não posso concordar com isso. Portanto, acho que o Estado está neste momento muito a andar para trás nesse campo”.</p> <p><b>ED4</b> – “Eu acho que não (os apoios são insuficientes por parte do estado), eu não tenho apoios nenhuns. (...) a reforma pequena e nem sou isenta, nem de ser diabética não tenho isenção nenhuma, pago tudo, tudo à minha custa”.</p> <p><b>ED5</b> – “(...) fica muito caro as fitas, só nos dão a insulina, não nos dão mais nada (apoios institucionais) (...) é preciso pagar as agulhas, é preciso pagar as fitas. Os medicamentos são muito caros e eu gasto muito medicamento”.</p>	
5.3. Necessidades Futuras	5.3.1.Mudança de comportamentos	5.3.1.1.Mais informação sobre a doença	<p><b>ED3</b> – “Fazerem mais pela educação e pela saúde, pela educação porque são os homens de amanhã e as mulheres de amanhã, não é e, pela saúde para os manter uteis para amanhã”.</p> <p><b>ED9</b> – “Eu gostava de saber coisas mais sobre a doença, só sei o que os Diabetes fazem às pessoas, que eu vi a minha cunhada, não é, o resto não sei mais nada, não é”.</p> <p><b>ED12</b> – “Eu gostava de saber porque eles dizem que são perigosos, uma cegueira nunca mais se volta a ver, não sei”.</p>	<b>3</b>	
	5.3.2.Apoio económico	5.3.1.2.Maior participação monetária	<p><b>ED4</b> – “Darem-me a medicação, o que é preciso tudo, é o que nos merecíamos tanto eu como os outros diabéticos que é uma doença que não tem cura e havíamos de ser mais ajudados”.</p> <p><b>ED10</b> – “Na Diabetes gostava que dessem até</p>	<b>2</b>	

---

				alguma coisa para alimentações e tudo porque a gente não tem posses para isso”.	
		5.3.3.Colocação de equipas médicas		<b>ED4</b> – “Muita gente precisa muito de apoio que não tem, quem reside na província, certas zonas que não há médicos, é preciso mais médicos, não têm ninguém nem as famílias, nem compreendem, muita gente não compreende essas doenças era normal que houvesse mais apoios. Porque quem está na cidade tem outros privilégios do que têm nas províncias”.	<b>1</b>

**Nota:** Nas unidades de contexto é colocado as iniciais ED seguida da numeração para referir a entrevista com o diabético.

---

---

**Apêndice 13 – Eixos e Dimensões das Entrevistas Realizadas aos Familiares dos Diabéticos**

<b>Eixo 1 – O tipo de impacte na vida pessoal, familiar e social de ter um familiar diabético</b>					
<b>Dimensões</b>	<b>Sub-dimensões</b>	<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Unidades de Contexto</b>	<b>Unidades de Registo</b>
1.Pessoal	1.1.Impacte Emocional	1.1.1.Sentimentos associados à descoberta da doença do familiar	1.1.1.1.Preocupação	<b>EF1</b> – “A minha maior dificuldade foi, eu pus a hipótese que ele podia ser, (ehhh) mas ao mesmo tempo não conseguia que ele fosse a uma consulta (...) a Diabetes dele não está ainda num estado avançado, segundo diz a médica mas, que é preciso ter os seus cuidados, como é óbvio. E isso para mim já se tornou logo preocupante quando soube isso”.	<b>1</b>
			1.1.1.2.Sem dificuldade de adaptação	<b>EF8</b> – “Só soube quando ela veio aqui para o Lar (que a familiar era diabética). (...) a senhora enfermeira estão a tratar dela. Não senti grande coisa, porque eu tenho gente na família diabética já para aí a 30 anos é uma doença que se tem que controlar como outra qualquer”.	<b>1</b>
			1.1.1.3.Frustração	<b>EF1</b> – “Eu sinto pena que nós por vezes não chegamos a determinado acordo, entre nós, não ficamos bem um com o outro porque ele não, não respeita aquilo que eu lhe peço é um sentimento (...)eu fico, eu sei lá, com alguma tristeza. Não quer ser ajudado, olha, paciência, o que é que eu hei-de fazer mais, não posso, não quer, não quer. Mas, isso entristece-me muito, fico muito frustrada porque acho que se ele me ouvisse se calhar até a nossa	<b>1</b>

				relação, se calhar estava um bocadinho melhor em determinadas alturas”.	
			1.1.1.4.Medo	<b>EF4</b> – “(...) fiquei com muito receio, (...) os meus receios, quando soube que ela tinha Diabetes eram no sentido das consequências graves que a Diabetes poderia provocar se ela não tivesse os cuidados que lhe eram, enfim”.	<b>1</b>
			1.1.1.5.Com dificuldades de adaptação	<b>EF6</b> – “Sinto porque eu não podia tratá-la, eu não tinha condições de tratar a minha irmã porque se eu fosse tratar a minha irmã portanto, eu vivo também só, não é, se não fosse o Lar eu teria que me dedicar inteiramente à minha irmã e então, a minha vida parava”. <b>EF9</b> – “Tive, tanto que tive, pronto, não sei se está relacionada com a diabetes em si, se é a idade, pronto, que foi avançando tanto que tive que tomar o passo de a colocar aqui, não é. Claro que tive pelo simples facto que ela não tinha medicação, apanhei-a algumas vezes caída no chão que tive que a levar para o centro de saúde e hospital, tudo isso foram fatores que fizeram com que se calhar esta mudança surgisse até mais rapidamente”.	<b>2</b>
			1.1.1.6. Preocupação alimentar	<b>EF2</b> – “Alterou-se a alimentação, eu acho que foi bom, uma alimentação melhor. Sim, acabaram-se, por exemplo, com os gelados cheios de açúcar, não é, e todas essas porcarias de doces.” <b>EF3</b> – “Sim, alguns ajustes de alimentação sim, portanto, passou-se a evitar o açúcar, a evitar o sal em demasia portanto, fazer uma dieta equilibrada”. <b>EF4</b> – “(...) ia evitar comer doces e outras coisas	<b>5</b>

				<p>de forma a tentar controlar, pela alimentação apenas, pela alimentação o nível de glicemia no sangue”.(...) ela tem muita tendência para as refeições ditas principais pequeno-almoço, almoço e jantar e, não fazer aquelas refeições intermédias que o médico aconselhou pelo que, estou sempre a alertá-la para o facto de ela não estar a cumprir o que o médico prescreveu a nível alimentar”.</p> <p><b>EF5</b> – “(...) no início foi falado com ela, conversou-se porque havia certas coisas que ela tinha que evitar”.</p> <p><b>EF7</b> – “(...) se eu lhe digo, avó isto faz mal, ela corta radicalmente”.</p>	
2.Familiar	2.1.Impacte Relacional	2.1.1.Na relação com o conjugue	2.1.1.1.Carinhosa	<p><b>EF3</b> – “Pois, eu procuro ajudá-la em todos os pormenores (...) auxilia-la naquilo que posso (...) somos muito carinhosos um para o outro (...) tenho acompanhado sempre a coisa (doença) dela, vivemos portanto, juntos o dia todo, portanto, o dia todo aqui”.</p>	<b>1</b>
			2.1.1.2.Tensão	<p><b>EF1</b> – “Eu gostaria de ajudar mais se ele me ouvisse (ahhh) acho que o grande problema é esse é ele por vezes não quer ouvir.</p> <p>Eu quero ajudar, quero acompanhar, quero perceber que isto não vai mais além mas, acho que ele ainda não está, está na fase, se calhar da negação e não está, não está realmente com vontade de me ouvir e de ser ajudado, pelo menos por mim e por isso, a minha maior dificuldade é por aí. Ele não é uma pessoa que fale sobre o assunto, tenta sempre fugir do assunto”.</p>	<b>1</b>
		2.1.2.Na relação com o pai ou a mãe	2.1.2.1.Carinhosa	<p><b>EF4</b> – “Inicialmente, fiquei bastante surpreendida na medida em que, não há diabéticos na família. (...) devo</p>	<b>1</b>

				esclarecer que o meu relacionamento com a minha mãe é extraordinariamente bom, só discordamos a nível médico (risos) porque ela não cuida muito bem dela própria e portanto, às vezes eu tenho que me zangar com ela mas é no sentido de ela se cuidar mais de si ou melhor de si, o que eu gostava mesmo que ela fizesse era que tivesse em conta os ensinamentos e não, e não se estivesse a prejudicar a ela própria”.	
		2.1.3.Na relação com o filho	2.1.3.1.Controladora	<b>EF2</b> – “A dificuldade foi mais antes de se descobrir, uma vez descoberto deixou de ser dificuldade. (...) a preocupação é os números, se os números estão bem não há preocupação nenhuma”.	<b>1</b>
		2.1.4.Na relação com outros familiares	2.1.4.1.Preocupação	<b>EF6</b> – “Entre nós e a própria médica e os médicos diziam tem que tomar esta medicação se não tomar isto aumenta pronto. Depois ela, a médica receitava-lhe dois e ela só tomava um, era assim, fazia o que queria, não controlava como devia ser. (...) eu telefonava de manhã, ela não me respondia. “(...) apesar da idade eu fui sempre mais para a minha irmã como uma mãe do que ela para mim (risos) mas, aquilo que eu lhe digo ela aceita”. <b>EF7</b> – “(...) nem como enfermeira nem como neta porque ela como assim qualquer outro idoso são muito teimosos e continuam a achar que sabem fazer as coisas”.	<b>2</b>
			2.1.4.2.Sem preocupação	<b>EF9</b> – “(...) não me foi tão difícil lidar com ela. Nós conversávamos como era óbvio. (...) Depois que veio aqui para o Lar sinceramente também me abstrai dessa parte porque penso que tem aqui pessoas, tem aqui a enfermeira, que é responsável e vai-me transmitindo que ela toma a	<b>1</b>

				medicação, cuidados com a alimentação inclusive”.	
3.Social	3.1.Impacte Laboral	3.1.1.Dificuldade em conciliar o trabalho com o apoio ao familiar		<p><b>EF2</b> – “(...) eu passo o dia todo na escola e ele sabe, passamos o dia todo na escola e não podemos, ainda vimos para casa com trabalho é muito difícil estarmos a fazer um controlo a 100%”.</p> <p><b>EF9</b> – “Sim, porque não é fácil, não é fácil pelos horários, às vezes a gente tem que ficar mais, eles estão habituados aquelas rotinas, ao tipo de alimentação que têm que fazer e as horas que também têm que comer e claro que não é fácil. (...) eu é que não me sentia confortável muitas das vezes ter que abandonar o local de trabalho e ir a casa porque aconteceu”.</p>	2
		3.1.2.Conciliação do trabalho com o apoio ao familiar		<p><b>EF1</b> – “Não senti não, penso que ainda não cheguei a essa fase (...) acho que ele ainda não exige tanto que eu tenha realmente essa, esse trabalho extra, não (dificuldade em conciliar o trabalho com o apoio ao diabético).</p> <p>É tranquilo (aceitação por parte da entidade patronal). Eu vou procurar que continue a ser tranquilo (...) quero ver se continuo a levar a minha vida profissional tranquila, sem grandes interpelações”.</p> <p><b>EF3</b> – “Era uma previsão que já se calculava portanto, ela já tinha antecedentes da Diabetes é natural que ela tivesse portanto, sintomas, mas eu acompanhei sempre portanto, eu sempre me adaptei perfeitamente à situação dela”.</p> <p><b>EF4</b> – “Não fiz qualquer alteração para além de estar permanentemente a chamá-la a atenção. (...) Tirando isso a nossa vida continua exatamente na mesma, não houve qualquer alteração a nível pessoal nem profissional.</p>	5

				<p>(...)claro que ao longo do dia de trabalho de vez em quando telefono para casa para saber se está tudo bem, tenho apenas esse cuidado”.</p> <p><b>EF5</b> – “Não porque pronto, quando eu comecei a ajudar comecei por trazê-la para aqui (Centro de Dia), foi a melhor solução que a gente arranhou, trazia logo de manhazinha comigo e ia às cinco e meia, que é a hora da minha saída e eu levava para casa”.</p> <p><b>EF8</b> – “Sim, a vida normal por enquanto”.</p>	
<b>Eixo 2 – Tipo e avaliação dos apoios político-económicos prestados ao diabético e seus familiares</b>					
<b>Dimensões</b>	<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Sub Subcategorias</b>	<b>Unidades de Contexto</b>	<b>Unidades de Registo</b>
4.Tipo de Apoios	4.1.Equipa Médica	4.1.1.Informação e envolvimento dos familiares	4.1.1.1.Suficiente	<p><b>EF2</b> - “A informação. São duas médicas, uma para a Diabetes e outra para a nutrição, são duas médicas. Sim, essas da nutrição ajudou bastante a percebermos o que é que tinha açúcar, o que é que se transformava em açúcar e quantidades e os cálculos (fala do pai)”.</p> <p><b>EF6</b> – “Sim, agora é o Drº Gomes, já falei com ele várias vezes”.</p> <p><b>EF8</b> – “Eu acho que sim porque eu vou lá ao consultório”.</p> <p><b>EF9</b> – “É assim, o médico em si eu penso que ele foi bastante cuidadoso em transmitir a informação, não tanto a mim mas mais à minha tia. (...) O médico até foi bastante acessível nesse sentido”.</p>	<b>4</b>

			4.1.1.2.Insuficiente	<p><b>EF1</b> – “Não, a mim ainda não me senti envolvida (...) Pelo menos, ou não me envolve porque ainda não deu grande importância ou porque, lá está, sei que há médicos que não envolvem, depende do médico ou da equipa médica”.</p> <p><b>EF2</b> – “(...) eu acho é que os profissionais de saúde hoje em dia, e porque a nível, talvez seja a nível de hospital são muito frios (fala da mãe)”.</p> <p><b>EF4</b> – “(...) a médica de família verificou que o doente era diabético mas não tomou, não teve qualquer cuidado, não explicou à pessoa em questão, neste caso à minha mãe o que era, o que significava ser diabético, quais eram os possíveis, as possíveis consequências dela não cuidar de si convenientemente, não, não explicou o que é que ela podia evitar ou não evitar e, e portanto, a médica de família não tomou qualquer providencia nem acho que agiu de acordo com a situação. Nem sequer fez encaminhamento nenhum portanto, não explicou nada, que alimentos ela podia comer, que alimentos ela não podia comer, só disse que ela estava com diabetes e que precisava de ter cuidado mas, não explicitou, não clarificou, não, não teve, na minha opinião, não fez bem o seu papel de médica pelo que, eu tive que ir a um médico particular”.</p>	3
	4.2.Familiar	4.2.1.Acompanhamento	4.2.1.1.Consultas médicas	<p><b>EF3</b> – “Sim, sim, a maioria das vezes vou”.</p> <p><b>EF5</b> – “(...) a filha é que ia sempre com ela (...) quando ela vai à consulta vai sempre a filha, que ela está na Guarda e a filha acompanha-a sempre, eles têm que transmitir o que diz o médico ou transmitem-me a mim, normalmente é sempre assim que acontece, e eu transmito à enfermeira ou vem uma carta escrita e pergunto sempre à enfermeira sempre o que o médico diz”.</p>	3

				<b>EF6</b> – “(...) sempre, isso acompanhava sempre”.	
			4.2.1.2.Visitas	<p><b>EF5</b> – “(...) quando vim para cá (trabalhar no Lar) e quando acontecia alguma coisa era comigo que vinham ter, não era com mais ninguém”.</p> <p><b>EF6</b> – “Venho e ela tem um telemóvel que está sempre a ligar e pronto, quando quer e lhe apetece”.</p> <p><b>EF8</b> – “Venho domingos, quintas-feiras, nunca cá faltei”.</p>	<b>3</b>
	4.3.Redes de Suporte	4.3.1.Institucional	4.3.1.1.Instituição de apoio social (Lar de Idosos)	<p><b>EF8</b> – “Eu com a minha mãe estou descansado porque temos aqui no lar e estamos tranquilos, se houver alguma coisa socorrem logo”.</p> <p><b>EF6</b> – “Depois teve que ser mesmo internada no Lar, porque eu não podia, a outra minha irmã também não podia e depois eramos 5 pessoas a cuidar dela, era eu, era essa minha irmã, era o marido da minha irmã, era uma empregada minha, era a empregada dela, que só iam assim às horas mas que não se podia deixar porque ela pronto, é um corpo pesado e não podia pronto (...) Ela sempre rejeitou a ideia do lar”.</p> <p><b>EF9</b> – “Tive, tanto que tive, pronto, não sei se está relacionada com a diabetes em si, se é a idade, pronto, que foi avançando tanto que tive que tomar o passo de a colocar aqui (Lar)”.</p>	<b>3</b>
			4.3.1.1.Associação de apoio aos diabéticos	<b>EF3</b> – “Depois decidimos então que ela fosse realmente para a Associação dos Diabéticos”.	<b>1</b>

5.Avaliação dos Apoios	5.1.Ao nível da Informação	5.1.1.Sobre a doença	5.1.1.1.Suficiente	<p><b>EF5</b> – “É assim, eu não sei muito responder porque é, normalmente é isso que acontece quando a gente tem um problema, aí sim tenta procurar e saber como é, como não é, quando a gente não tem também não se interessa muito, (...) ela é diabética, a gente tenta saber aquilo que se pode comer, o que não se pode comer, como é com a insulina e a gente pouco mais”.</p> <p><b>EF7</b> – “Mas, eu penso que, pelo menos do que eu sei daqui do centro de saúde, de pessoas que estão aqui no centro de dia e que são diabéticas, eles são informados depois fazem o que querem e com estas idades mais avançadas é mais complicado abrir as mentalidades, digamos assim”.</p> <p><b>EF8</b> – “Eu por mim acho que sim. Eu informado, quer dizer, eu vejo muitas vezes programas na televisão, uma coisa e outra e acho que sim, acho que eles estão sempre a coisa, em contato com as pessoas diabéticas, uma coisa e outra, eu acho que sim”.</p>	<b>3</b>
			5.1.1.2.Insuficiente	<p><b>EF1</b> – “Eu não estava muito por dentro da Diabetes portanto, nunca me passou pela cabeça realmente as ajudas que já vão existindo, os grupos de trabalho que já vão também existindo e que realmente tanto ajudam o diabético, como a pessoa que acompanha portanto, eu penso que já há muitas equipas no terreno a fazer isso, embora, se calhar ainda são insuficientes, não chegam a todos os locais e se calhar a maior dificuldade passa por aí (...) aquilo que tenho ouvido dizer que realmente ainda são insuficientes os acompanhamentos, que ainda haveria de haver mais”.</p> <p><b>EF4</b> – “Aliás, acho que a informação sobre a diabetes não é suficiente assim como a informação sobre outras doenças também não é suficiente”.</p>	<b>4</b>

				<p><b>EF6</b> – “Não estarei, agora ela está aqui entregue, está com uma enfermeira e está com um médico, eles são as pessoas indicadas para o poder fazer, não é, embora tudo o que há me comunicam também mas, sinceramente em relação à Diabetes tenho falado sobre outras coisas mas isso não”.</p> <p><b>EF9</b> – “Não é... até porque quando nós falamos da Diabetes é: “Olha não podes comer açúcar” (risos) mas todos nós sabemos que não é o açúcar... aliás, quantas vezes eles têm de comer açúcar, não é!?... E pronto!... Mas isso é o que está preconcebido, é o que toda a gente acha, é que não! Mas a Diabetes não envolve só comer açúcar, não é!?... É preciso cuidados na alimentação, a todos os níveis, e andar e tudo o mais!....”.</p>	
	5.2.Necessidades Futuras	5.2.1.Mudança de comportamentos	5.2.1.1.Maior envolvimento dos familiares com as equipas de saúde	<p><b>EF1</b> – “Eu acho que toda a gente que vive em redor do doente, acho que deve estar envolvido, que ele sozinho não, não conseguirá suportar realmente tudo, tudo o que a Diabetes pode dar, não é, ou pode tirar. Eu acho que a família deve estar envolvida, deve participar em tudo.</p> <p>Depois não vejo, sem irmos realmente perceber como é que as coisas se passam mesmo a nível de informação, pois às vezes pesquiso, a nível de <i>internet</i> vou ver algumas coisas que eu tenho dúvidas, nunca é a mesma coisa que é estar a ouvir alguém que tenha experiência não só como doente ou até algum testemunho de alguém que vá falar do seu familiar, como é que lida com ele, nós aprendemos muita coisa ou muito mais coisas assim e, eu acho que essa é a parte que, que nos falta fazer”.</p>	1

			<p>5.2.1.2.Mais informação sobre a doença</p>	<p><b>EF2</b> – “(...) devia fazer parte do currículo de um dos cursos, talvez de biologia. (...) que o Ministério devia fazer uma norma, não só para esta doença mas como para as outras, haver alguém responsável dentro das escolas”.</p> <p><b>EF3</b> – “Eu acho que havia necessidade de mais divulgação (...) havia de haver realmente um alerta, julgo eu, um alerta para aquelas pessoas, pessoas que não são diabéticas ouvissem falar da diabetes (...) eu tenho a impressão que se perguntar a uma pessoa qualquer, quais são as consequências da diabetes mais de uma percentagem enorme não sabe as consequências”.</p> <p><b>EF4</b> – “(...) o Ministério da Saúde não usa os meios de informação que tem ao seu dispor, nomeadamente o facto de nós termos um canal de televisão que é supostamente de serviço público, como é a <i>RTP 1</i>, em que poderiam ser tratados estes assuntos, de uma forma clara, com uma linguagem que todos entendessem. (...) neste momento temos um grave problema de obesidade infantil em Portugal e todos sabemos que a Diabetes, a Diabetes tipo 2 é muito provocada pela obesidade, certo. Portanto, acho que se devia começar por aí, usar os meios de informação para alertar as pessoas e para lhes explicar as consequências do seu comportamento alimentar, com palavras e com uma linguagem que todos compreendessem”.</p> <p><b>EF9</b> – “Se calhar umas campanhazinhas elucidativas, a nível de comunicação não era mau e nos centros de saúde acho que é muito importante e eu já nem falo tanto em prospetos, nesse tipo de coisas porque a nossa população e eu refiro-me aqui, a é uma população idosa e o que é que faz estar ali um bonito cartaz ou nos darem um desdobrável e se a senhora leva para casa e não, pronto, se</p>	4
--	--	--	---	--	---

				calhar nem vai ler ou outros nem sabem mesmo ler, porque a nossa população é bastante envelhecida e são esse tipo de pessoas que se ressentem mais portanto, se calhar apelar, informar, e depois também a nível da comunicação acho que era muito importante, nas farmácias também, as farmácias também falham um bocadinho, não chega estar lá o cartaozinho a dizer se é diabético “trará” não, acho também que podia passar por aí a informação”.	
		5.2.2.Equipas multidisciplinares		<p><b>EF1</b> – “Eu sempre defendi, talvez até pela minha profissão, acho que, eu sempre defendi as equipas multidisciplinares acho que há uma taxa de sucesso muito razoável, maior que se esperaria se tiverem várias especialidades a tentar realmente ajudar, nem que seja só pela ajuda, pelo apoio que essas pessoas sejam de que doença for, se forem multidisciplinares sim. Estou a falar de psicólogos, assistente social inclusive, preparadores físicos, educadores, professores, sei lá, depende das idades que as pessoas tenham, faz parte de um leque variadíssimo de profissionais. (...) criar condições, programas (...) programas específicos em que, em que pudessem recrutar todos os técnicos que se disponibilizassem para formar mais equipas e que fossem para o terreno, não se deixassem estar só em sede mas, que partissem muito para o exterior e chegassem a pontos onde ainda não existem”.</p> <p><b>EF4</b> – “(...) penso que devia haver um acompanhamento que envolvesse todos os técnicos de saúde, não só o médico, como o auxiliar, como psicólogo, enfim todas as pessoas ligadas ao tratamento do doente”.</p> <p><b>EF9</b> – “(...) era muito interessante haver esse tipo de coordenação de todas de todas as especialidades que um diabético necessita mas estar implementado no terreno, não</p>	<b>3</b>

				<p>é, que a gente vá a um centro de saúde ou que aja uma clinica, que aja um acordo, também não é necessário ser no centro de saúde, que aja uma coordenação e que o diabético, pelo menos uma vez por semana, eu já não digo mais, até para ele sair do espaço onde está e se movimentar e ver que há um bocadinho mais para além da Diabetes, fazia muito bem, e acho que era essencial (...) e é o que eu digo, os Diabetes trazem montes de coisas, inclusive <i>Parkinson</i>”.</p>	
		5.2.3.Apoio do Estado	5.2.3.1.Medidas eficazes para o combate à doença	<p><b>EF4</b> – “Penso que, podíamos fazer campanhas de alerta usando os meios de informação, de comunicação que o Governo, o Estado tem ao seu dispor, nomeadamente o Ministério da Saúde e, penso que há certos, há certos doentes que deveriam, principalmente as pessoas de mais idade que têm enfim, reformas muito reduzidas deviam ter um apoio maior do Estado do que aquele que efetivamente têm”.</p> <p><b>EF5</b> – “Eles já tiveram mais apoio do que o que têm porque lhe foi retirado portanto, quem era diabético não pagava as fitinhas e não sei quê, e agora pagam tudo e, bastava continuarem na mesma, não é, já era um bom apoio porque ela realmente gasta muito dinheiro na medicação”.</p> <p><b>EF6</b> – “...) uma coisa que devia mudar e que não se compreende é: vai-se ao médico por uma simples gripe ou uma coisa qualquer, receitam um saco de medicamentos, toma-se ali uns dois ou três dias, o resto fica inutilizado, isso é dinheiro perdido, então que receitassem embalagens mais reduzidas e que não fosse esse desperdício porque para quem vai comprar e para o Estado que ficam ali uns medicamentos que não têm valor nenhum, não é”.</p> <p><b>EF7</b> – “Os recursos não estão a ser bem dirigidos</p>	6

---

				<p>para os locais certos porque, eu estou a falar de recursos de meios humanos, há pessoas, existem pessoas mas, depois quando são chamadas a intervir não há tempo. Trabalha-se muito individualmente e não em equipa ainda. Quando ele já é diabético, infelizmente no nosso país não trabalhamos a prevenção (...) seria muito mais fácil trabalhar na prevenção e acho que os custos seriam muito mais reduzidos porque depois, tanto insulinas, como medicamentos orais, como as fitas é tudo participado a grande maioria pelo Estado, muito deles são gratuitos mas, os custos são elevadíssimos para o Estado, porque uma dose de insulina de 5 cartuchos custam na ordem dos 60 euros, eles não pagam mas paga o Estado, pagamos nós e, era muito mais fácil se nós não chegássemos a esse ponto”.</p> <p><b>EF8</b> – “(...) a ajuda é quando a gente precisasse de vir aqui e estar logo tudo, não é, não andar a chamar a ambulância, a chamar isto e ir daqui para a Guarda”.</p> <p><b>EF9</b> – “Se calhar até é preferível haver mais apoio pessoal do que propriamente mais monetário”.</p>	
--	--	--	--	--	--

**Nota:** Nas unidades de contexto é colocado as iniciais EF seguida da numeração para referir a entrevista com o familiar diabético.

---

**Anexos**

---

---

## Índice de Anexos

<b>Anexo 1</b> – Tipos de Diabetes -----	215
<b>Anexo 2</b> – Legislação Sobre os Apoios Prestados aos Diabéticos -----	217
<b>Anexo 3</b> – Instrumentos Disponíveis para a Avaliação da Qualidade de Vida -----	219

---

---

## Anexo 1 – Tipos de Diabetes

- Diabetes Tipo 1, também conhecida como Diabetes Insulino-Dependente é mais rara (a sua forma juvenil não chega a 10% do total) e atinge na maioria das vezes crianças ou jovens, podendo também aparecer em adultos e até em idosos. Na Diabetes do Tipo 1, as células  $\beta$  do pâncreas deixam de produzir insulina pois existe uma destruição maciça destas células produtoras de insulina. As causas da diabetes tipo 1 não são, ainda, plenamente conhecidas. Contudo, sabe-se que é o próprio sistema de defesa do organismo (sistema imunitário) da pessoa com Diabetes, que ataca e destrói as suas células  $\beta$ . Estas pessoas com Diabetes necessitam de terapêutica com insulina para toda a vida porque o pâncreas deixa de a poder fabricar. A causa desta Diabetes do tipo 1 é, pois, a falta de insulina e não está diretamente relacionada com hábitos de vida ou de alimentação errados.

- Diabetes Tipo 2 é causada por um desequilíbrio no metabolismo da insulina. A Diabetes tipo 2 tem como principais fatores de risco a obesidade, o sedentarismo e a predisposição genética. Na Diabetes tipo 2 existe um défice de insulina e resistência à insulina significa isto que, é necessária uma maior quantidade de insulina para a mesma quantidade de glicose no sangue. Por isso as pessoas com maior resistência à insulina podem, numa fase inicial, apresentar valores mais elevados de insulina e valores de glicose normais. À medida que o tempo passa, o organismo vai tendo maior dificuldade em compensar este desequilíbrio e os níveis de glicose sobem. Embora tenha uma forte componente hereditária este tipo de Diabetes pode ser prevenido controlando os fatores de risco modificáveis.

- A Diabetes Gestacional é a que ocorre durante a gravidez. Esta forma de diabetes surge em grávidas que não tinham Diabetes antes da gravidez e, habitualmente, desaparece quando esta termina. Contudo, quase metade destas grávidas com Diabetes virão a ser, mais tarde, pessoas com Diabetes do tipo 2 se não forem tomadas medidas de prevenção. A Diabetes Gestacional ocorre em cerca de 1 em cada 20 grávidas e, se não for detetada através de análises e a hiperglicemia corrigida com dieta e, por vezes com insulina, a gravidez pode complicar-se para a mãe e para a criança. São vulgares os

---

bebés com mais de 4 Kg à nascença e a necessidade de cesariana na altura do parto. Podem, por exemplo ocorrer abortos espontâneos.

- Latent Autoimmune Diabetes in Adults (LADA), costuma ser confundido com a diabetes do tipo 2. A maior incidência concentra-se em pacientes entre 35 e 60 anos. A manutenção do controle de glicemia é o principal objetivo do tratamento do portador do diabetes tipo LADA. Um aspeto que deve ser levado em conta, refere-se a progressão para a necessidade de terapia com insulina.

- Maturity-Onset Diabetes of the Young (MODY) afeta adultos jovens mas também adolescentes e crianças. Apresentam-se com características de diabetes tipo 2 e são causadas por uma mutação genética que leva a uma alteração da tolerância à glucose (Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, APDP, 2014).

---

## **Anexo 2 – Legislação sobre os Apoios Prestados aos Diabéticos**

Direito a certos benefícios sociais tais como isenção do pagamento de taxas moderadoras, que incluem aquelas que se referem a todos os meios complementares de diagnóstico (segundo o Decreto-Lei nº 54/92, de 11 de Abril).

O fornecimento gratuito e participado pelo SNS de insulina e antidiabéticos orais indispensáveis ao tratamento (Portaria nº 709/95, de 3 de Julho e Decreto-Lei nº 118/92 de 25 de Junho).

A participação direta pelo SNS no custo de aquisição no que respeita a farmácias, tiras de teste a 85% do preço de venda ao público e dispensa gratuita de seringas, agulhas e lancetas mediante a apresentação de receita médica e do Guia do Diabético (Portaria nº 509-B/2003 de 30 de Junho).

A bonificação do subsídio família a crianças e jovens diabéticos até aos 24 anos através da Segurança Social (Decreto-Lei nº 133-B/97 de 30 de Maio).

A inaptidão do serviço militar (Decreto-Lei nº 463/88 de 15 de Dezembro).

---

---

### **Anexo 3- Instrumentos Disponíveis para a Avaliação da Qualidade de Vida**

Atualmente, os instrumentos disponíveis para a avaliação da QV, são maioritariamente apresentadas sob a forma de Perfis de Saúde (*Sickness Impact Profile – SIP 15; o Short Form-36 Health Survey; o Nottingham Health Profile*). Os referidos testes de avaliação, abrangem uma série de dimensões de QV, desta forma fornecendo informações com algum detalhe acerca das mesmas, especificando modelos de funcionamento e bem-estar que vão descrever os indivíduos que se encontram em estudo. Estes instrumentos têm ainda a vantagem de se poder determinar áreas de disfuncionalidade de determinada população, o que ajuda, caso se pretenda realizar estudos nessa direção, tanto a construção de instrumentos específicos como para determinar área-alvo de intervenção terapêutica (Gelber, R. & Gelber, S., 1995).

Os dois principais instrumentos de avaliação da QV são os considerados genéricos e específicos. Os primeiros servem para medir parâmetros do estado de saúde, avaliando conceitos relevantes para qualquer indivíduo, abrangendo qualquer idade, doença ou tipo de tratamento, o que faculta a sua aplicabilidade a uma vasta diversidade de população, estudando, deste modo, múltiplas dimensões e categorias. Os segundos focalizam-se em aspetos ou domínios da QV que são fundamentais para o indivíduo que está a ser estudado, são específicos de uma determinada população ou problema, podendo ainda avaliar vários domínios da saúde. Estas medidas específicas têm sido desenvolvidas para vários problemas de saúde como sejam, cancro, asma, diabetes, pois são bem aceite pelos doentes uma vez que incluem dimensões que lhes são especificamente relevantes. (Gelber, R. & Gelber, S., 1995; Testa & Simonson, 1996; Garratt et al, 2002).