UC/FPCE_2015

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Diabetes Mellitus em Jovens Adultos: um estudo clínico

Clara Ferreira Rita (clara_f_rita@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Subespecialização em Psicopatologia e Psicoterapias Dinâmicas sob a orientação do Professor Doutor Eduardo Sá

“Diabetes Melltius em Jovens Adultos: um estudo clínico”

O presente estudo centra-se numa análise compreensiva dos fenómenos psicológicos que poderão estar associados à Diabetes, mais especificamente, na faixa etária dos Jovens Adultos. Deste modo, este trabalho tem como principal objetivo aprofundar esta temática, por forma a compreender o modo como um jovem adulto vivencia uma doença crónica desta natureza. Para o efeito, realizou-se um estudo de caso, onde se recorreu a três fontes de informação distintas, para maximizar o número de dados.

Nesta senda, os instrumentos de recolha de dados foram: entrevista semiestururada, a prova projetiva do Rorschach e uma escala de autorresposta, o BSI (*Brief Symptoms Instrument*). Assim, a entrevista semiestruturada teve como objetivo o apuramento das problemáticas que estarão associadas à diabetes; o Rorschach foi utilizado no sentido de uma compreensão do dinamismo psíquico do jovem; e o BSI, cuja finalidade foi verificar se o jovem adulto tem presente algum tipo de sintomatologia psicopatológica.

Os resultados obtidos na entrevista sugerem que, de facto, a diabetes poderá ter um forte impacto na vida do sujeito. Tal impacto verifica-se na possibilidade do diagnóstico da diabetes ter despoletado uma maior superproteção da mãe, que por sua vez, poderá causar entraves no próprio processo de autonomização do sujeito. Para além disso, parece que o jovem vivenciou o medo do estigma, por ter sido alvo de gozo, devido à diabetes, na sua infância e adolescência. Estas vivências poderão ter contribuído para maiores dificuldades no estabelecimento de relações interpessoais.

No que concerne aos resultados obtidos no Rorschach, destacam-se os problemas ao nível da socialização.

Já nos resultados obtidos no BSI, destaca-se a ansiedade fóbica e os elevados níveis de hostilidade e de psicoticismo que, parecem vir reforçar a ideia da existência de alguns constrangimentos no estabelecimento de relações interpessoais.

Palavras-chave Diabetes, Jovens Adultos, fatores psicológicos, Rorschach

Diabetes Mellitius in young adults: a clinical study

The present study focuses on a comprehensive analysis of psychological phenomena that may be associated with diabetes, specifically in the age group of Young Adults. Thus, this work aims to deepen this topic in order to understand how a young adult experiences a chronic disease of this nature. To this end, we carried out a case study, using three different information sources, to maximize the number of data.

Thus, the data collection instruments were: semi-structured interview, projective test Rorschach, and a self-response scale, the BSI (Brief Symptoms Instrument). So, the semi-structured interview was aimed at clearing the problems that are associated with diabetes; Rorschach was used towards understanding the psychic dynamism of the young; and the BSI, whose purpose was to determine whether the young adult has this some kind of psychopathological symptoms.

The results obtained in the interview suggest that diabetes may have, indeed, a strong impact on the subject life. This impact is verified by the possibility that the diabetes diagnostic have triggered a larger mother's overprotection, which in turn, may cause obstacles in the very process of the subject empowerment. Furthermore, it seems that the young adult experienced the fear of stigma for having been the subject of mockery due to diabetes in childhood and adolescence. These experiences may have contributed to greater difficulties in establishing interpersonal relationships.

Regarding the results of the Rorschach, we highlight the problems at the level of socialization.

Concerning the results obtained in BSI, it stands out the phobic anxiety and high levels of hostility and psychoticism that seem to come to reinforce the idea of the existence of some constraints in establishing interpersonal relationships.

Key words: Diabetes, Young Adults, psychological factors, Rorschach

Agradecimentos

Ao terminar esta etapa tão importante na minha vida, não podia deixar de agradecer a todos aqueles que, de algum modo, me acompanharam nesta longa jornada, contribuindo para a realização deste trabalho.

Ao *Professor Doutor Eduardo Sá*, manifesto uma enorme gratidão, por todas as orientações, partilha de conhecimentos, pelo apoio constante, por todas as palavras de encorajamento, pela sua sabedoria que nos despertou para novas visões da Psicologia, por me ter ajudado a pensar com mais clareza sobre as mais diversas temáticas e, sobretudo, pelo voto de confiança e por ter acreditado em mim.

Ao *Professor Doutor João Amado,* por ter feito jus ao seu sobrenome ao demonstrar, desde o primeiro contacto, a sua disponibilidade e amabilidade, auxiliando-me nos procedimentos metodológicos deste trabalho, desde a construção de um guião de entrevista à análise das respostas, conferindo, assim, uma maior qualidade a este estudo. Um muito obrigada!

Aos jovens que se disponibilizaram o seu tempo, bem como a partilha das suas vidas pessoais, que me possibilitaram a realização deste trabalho, manifesto um forte agradecimento.

À minha colega e amiga *Carina*, pela "Assunção" de ter aparecido na minha vida, pela partilha de lágrimas e gargalhadas, pelas longas tertúlias psicodinâmicas, pelas dicas de Rorschach, pelo seu léxico enriquecido e contagioso e, essencialmente, pelo companheirismo e todo o apoio prestado nos momentos mais "maléficos", obrigada!

À *Joana Monteiro*, agradeço toda a amizade e companheirismo ao longo de todo este percurso.

À *Ana* que sempre nos presenciou com a sua "Graça", proporcionando ótimos momentos ao grupo de estágio, agradeço por continuar a fazer parte da minha vida.

À *Ágata* pela sua amizade desde o tempo de "assustadas" enquanto caloiras, até aos dias de hoje, obrigada!

À *Rita Mendes*, agradeço: os "abanões motivacionais", as suas palavras de sinceridade, o facto de não se privado de críticas construtivas a este trabalho e, por ter estado presente na minha vida desde que nos cruzamos no terraço do Montarroio.

À *Carolina Teves*, agradeço toda a amizade e apoio prestado desde os nossos remotos 10 anitos até ao presente, estando sempre do meu lado nestas alturas de maiores "vulnerabilidades".

À minha malta açoriana, Carlos, Cátia, Sara e Daniela, ainda que, afastados por 1500 milhas, agradeço por continuarem próximos.

À minha irmã favorita (e única), pelas palavras de força e incentivo nas minhas escolhas, pelas conversas telefónicas e "*facebookianas*" que me foram sempre encorajadoras e, claro, por se ter disponibilizado a ler este trabalho, quando a sua área de interesses recai sobre "Finanças". Obrigada,

maninha!

E, *"at last, but not least"*, agradeço aos meus pais por serem quem são, por me terem apoiado desde o primeiro momento em que quis vir estudar para Coimbra, por me terem dado asas e permanecerem tão presentes, por todos os amparos, por todas as palavras de incentivo, pelas velas acendidas aos santinhos nas épocas de exames, pela transmissão de valores e princípios que ainda hoje permanecem e, claro, por todo o apoio instrumental. Sem eles nada disto se teria tornado possível, um muito obrigada!

Índice

Indrodução……..**1**
I- Enquadramento Conceptual……..**3**
1.1. Diabetes Melltius……3
1.2. Diabetes e Fatores Psicológicos associados……6
1.3. Diabetes nos Jovens Adultos……9
1.3.1. Fatores Protetores/ Desestablizadores……..11
1.3.1.1. Família……..11
1.3.1.2. Amigos/ Grupo de Pares……..12
1.3.1.4. Autoconceito……14
II- Objetivos……**15**
III- Metodologia……**15**
3.1. Delineamento do estudo……15
3.2. Participantes……17
3.3. Instrumentos……17
3.3.1. Guião de Entrevista……17
3 .3.2. Rorschach……18
3.3.3. BSI……19
3.4. Procedimentos……19
3.5. Procedimentos do tratamento de dados da Análise da Entrevista……19
IV- Resultados……**20**
4.1. Análise e Interpretação da Entrevista……20
1) Família……20
2) Adaptação à doença……24
3) Autoconceito……28
4) Relações Interpessoais……29
5) Meio Académico/ Laboral……30
6) Sono……31
V- Discussão ……**39**
VI- Conclusões, Limitações e Considerações Finais……**43**
Bibliografia……**46**

Anexos……i
Anexo 1- Guião da Entrevista.....i
Anexo 2- Transcrição da Entrevista do jovem em estudo….vii
Anexo 3- Matriz de Categorização…….xv
Anexo 4- Recorte vertical da entrevista……..xxv
Anexo 5- Teste ao Guião da Entrevista 1……..xl
Anexo 6- Teste ao Guião de Entrevista 2……xlv
Anexo 7- Protocotlo do Rorschach……...xlix
Anexo 8- Consentimento Informado……..liii

Lista de Tabelas

Tabela 1- Síntese dos principais resultados obtidos da entrevista, Rorschach e BSI……..32
Tabela 2- Guião da Entrevista……i
Tabela 3- Área temática: Informações Sociodemográficas..xv
Tabela 4- Área temática: Família……xv
Tabela 5- Área temática: Adaptação à doença……..xviii
Tabela 6- Área temática: Autoconceito……...xxiv
Tabela 7- Área temática: Amigos/Grupo de Pares……xxx
Tabela 8- Área temática: Meio académico……xxi
Tabela 9- Área temática: Sono……...xxxiii
Tabela 10- Cotação do Rorschach……...xlix
Tabela 11- Psicograma……..lii

Introdução

A Diabetes, apesar de ser considerada uma das doenças crónicas que mais tem vindo a ser estudada ao longo dos anos, continua a atingir milhões de pessoas em todo o mundo, cuja prevalência é transversal aos diversos grupos etários, socioeconómicos e culturais (Patrão, 2011). Em Portugal, estima-se que mais de um milhão de pessoas têm Diabetes (Gardete, et al., 2013).

Esta doença, sem cura até ao presente, está associada a diversas complicações médicas preocupantes que, no limite, poderão levar a uma mortalidade precoce. No entanto, ressalva-se que esta doença poderá ser controlada, caso o seu portador saiba corresponder às exigências impostas pela mesma. Estas exigências passam pelo cuidado com a alimentação, prática de exercício físico, consultas médicas regulares, medições da glicémia e, em certos casos, podem passar pela administração de insulina recorrente (Silverstein et al., 2005). Contudo, cumprir com o rigor na gestão da doença, de acordo com Marcelino e Carvalho (2005), exige capacidades psíquicas suficientemente capazes para tal.

Deste modo, parece que os fatores psicológicos, para além de se associarem a um melhor, ou pior, bem-estar psicológico, também, se encontram relacionados com um melhor, ou pior, desempenho na gestão da doença e, por conseguinte, com o bem/mal-estar físico (Marcelino & Carvalho, 2005).

No caso dos jovens adultos, esta gestão da doença parece estar mais fragilizada, devido ao facto destes se encontrarem numa etapa de vida transicional, marcada por estilos de vida, por vezes, instáveis e inconstantes (Anderson & Wolpert, 2004).

Assim, a presente dissertação de mestrado surge na sequência de um interesse científico pela relação entre os fatores psicológicos e a Diabetes, na faixa etária dos jovens adultos.

Numa primeira fase do trabalho, procedeu-se a um levantamento bibliográfico relacionados com esta associação entre a Diabetes e os fatores psicológicos. Procurou-se, então, intersetar estas duas dimensões, que parecem estar estreitamente relacionadas.

Da síntese destes contributos teóricos resultou um plano metodológico, no sentido de perceber, através de uma abordagem empírica, o modo como um jovem adulto vivencia uma doença crónica desta natureza. Como tal, este trabalho assenta em apenas um estudo de caso, que compreende três fontes de recolha de dados, sendo elas: uma entrevista semiestruturada, o teste Rorschach e a escala BSI.

A entrevista semiestruturada assenta numa tentativa de compreensão dos vários fatores psicológicos que poderão estar inerentes à diabetes. A prova projetiva do Rorschach permite a recolha de dados relativos ao funcionamento interno do sujeito, bem como da estrutura da sua personalidade. E, por fim, O BSI tem como finalidade a verificação dos índices de sintomatologia psicopatológica.

A partir dos resultados obtidos, procura-se compreender o modo como todos estes fatores se relacionam entre si e de que forma é que estes poderão estar a contribuir para uma melhor ou pior gestão da doença.

I – Enquadramento conceptual (revisão da literatura)

1.1 Diabetes Mellitus

A Diabetes Mellitus (DM) é uma das doenças crónicas que mais tem vindo a ser estudada, ao longo de vários anos, pela sua complexidade, crescente incidência e pelas diversas complicações que lhe estão associadas.

Até meados do século XIX, a Diabetes *Mellitus* era considerada uma doença renal. Esta doença era, então, caraterizada pelo excesso e dificuldade na retenção da urina. O diagnóstico era estabelecido, essencialmente, com base no sabor adocicado da urina, o que terá valido à doença a designação de "*Mellitus*"- vocábulo de origem latina que significa mel ou adocicado (Eknoyan & Nagy, 2005).

Atualmente, a Diabetes *Mellitus* (DM) é descrita como uma doença crónica[1], autoimune[2] e que compreende um conjunto de perturbações metabólicas, caracterizadas pela desregulação da glicose (açúcar) no sangue, pois os seus valores são anormalmente elevados. Por outras palavras, ter-se-á uma situação de hiperglicemia, que resulta de defeitos na secreção ou ação de insulina[3], (Craig, Hattersley, & Donaghue, 2009).

Do ponto de vista epidemiológico, a diabetes é uma doença que atinge mais de 382 milhões de pessoas em todo o mundo, afetando cerca de 13% de adultos portugueses, o que representa mais de um milhão de portugueses, com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos. Apesar de ser uma doença cuja prevalência é transversal aos mais diversos grupos sociodemográficos, são encontradas algumas diferenças, nomeadamente no que concerne ao género e à idade. Assim, é de notar uma maior prevalência da Diabetes no sexo masculino (15.7 %), comparativamente ao feminino (10.7%), bem como uma maior prevalência no escalão etário dos 60 aos 79 anos. Além dos dados relativos à epidemiologia, salienta-se ainda o aumento da incidência da doença na população. Segundo o Relatório Anual do Observatório Nacional de Diabetes (2011/2014), estima-se que em 2013, 79 mil crianças e jovens desenvolveram diabetes em todo o mundo, tendo sido registadas 5.1 milhões de mortes provocadas pela doença. Dito de outro modo, em 2013, a cada seis segundos terá morrido uma pessoa por diabetes. Já em 2035, estima-se que o número de casos registados de indivíduos diabéticos se situe nos 592 milhões.

No que diz respeito à sua etiologia, ainda que não esteja bem definida, são vários os autores que convergem na opinião de que esta é uma

---

[1] A OMS (2005), define as doenças crónicas como tendo uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados.

[2] Uma doença autoimune ocorre quando o sistema imunitário combate contra os seus próprios tecidos. Neste caso o sistema imunitário destrói as células beta, produtoras de insulina (Nguyen, s.d)

[3] A insulina é uma hormona responsável pela absorção da glicose. Esta é segregada pelas células Beta que, por sua vez, se situam nas ilhotas pancreáticas (Carvalheira, Zecchin e Saad, 2002).

doença multifatorial. Neste sentido, Zagury, Zagury, e Guidacci (2000) referem que a DM tem como predisponentes fatores genéticos, porém, esta pode ser desencadeada por outros fatores, tais como: traumas emocionais, *stress*, obesidade, infeções bacterianas e virais, gravidez, cirurgias, alimentação rica em açúcar e até mesmo pelo consumo de certos fármacos. Outros autores sugerem que a Diabetes *Mellitus* poderá estar inserida na categoria de perturbações psicossomáticas, devido ao carácter emocional que está subjacente à doença, não apenas na sua origem como também no impacto e no decurso da mesma (Ajuriaguerra, 1976; Joode, 1976; Grunspun, 1980; Anjos, 1982; & Graça, Burd, & Mello Filho, 2000).

Ainda que existam outros tipos de Diabetes (Gestacional[4] e *Insipidus*[5]), é possível referenciar que a maioria dos casos pode ser classificada em duas grandes categorias etiopatogénicas (tipo 1 e tipo 2) que se diferenciam na sua sintomatologia, no seu tratamento e na população que atingem (Sperling, 1995; ISPAD, 1995; 2000; Schwarz & Walsh, 1995; ADA, 1998).

A DM tipo 1 é uma patologia crónica que resulta da destruição autoimune das células ß-pancreáticas. Este processo levará à cessação da produção de insulina (Pereira, 2012). Consequentemente, a ausência de secreção de insulina pelo pâncreas origina um aumento de concentração de glicose no sangue, bem como incapacidade para utilizar e armazenar os hidratos de carbono (Almeida e Pereira, 2008).

Esta doença aparece de forma súbita e tende a manifestar-se através dos seguintes sintomas: excesso de sede (polidipsia), aumento do volume de urina (poliúria), aumento do apetite e da ingestão alimentar (hiperorexia e polifagia), perda ponderal, sonolência, náuseas, vómitos, diarreia e, ainda, facilidade em adquirir infeções (Dunitz, 2001).

Em termos de incidência, a Diabetes tipo 1 atinge, essencialmente, crianças e adolescentes. Pode, todavia, afetar pessoas de qualquer idade (Delamater & cols., 2001; Graça, Burd & Mello Filho, 2000; Zagury. et al., 2000). Os portadores deste tipo de diabetes necessitam de injeções de insulina diárias, por forma a controlar os níveis de glicose no sangue. Para além da administração da insulina, o tratamento exige a implementação de uma dieta equilibrada e a prática de exercício físico diário (Almeida e Pereira, 2008). O tipo 2 é a forma mais comum de diabetes e é caracterizado por distúrbios na ação e secreção da insulina (usualmente dá-se o fenómeno de insulinorresistência), podendo qualquer uma delas ser predominante (Elder et al., 2012). Dito de outro modo, o fenómeno ocorre quando o pâncreas não tem capacidade de produção de insulina suficiente e/ou quando o organismo não a consegue utilizar de uma forma eficaz (Boavida et al., 2012).A Diabetes *Mellitus* do tipo 2 prevalece nos indivíduos com idades compreendidas entre os 30 e 69 anos, embora este quadro também já se verifique em crianças, devido à obesidade e sedentarismo infantil.

[4] A diabetes Gestacional está associada a qualquer grau de anomalia do metabolismo da glicose diagnosticado, pela primeira vez, durante a gravidez (Boavida et al., 2012).

[5] A diabetes I*nsipidu*s encontra-se fora do espectro de diabetes *mellitus*. É caraterizada pela excreção de volumes elevados de urina não concentrada, resultando de uma deficiência na ação da hormona antidiurética (vasopressina arginina) (Robertson, 1995).

(Delamater & cols., 2001; Graça, Burd & Mello Filho, 2000; Zagury & cols., 2000).

Contrariamente à do tipo 1, a Diabetes do tipo 2 é considerada assintomática, pelo que pode não ser diagnosticada durante muitos anos e só se manifestar através de complicações associadas. Os portadores de Diabetes do tipo 2 não dependem de insulina exógena como acontece com aqueles com diabetes tipo 1. No entanto, em certos casos, podem recorrer à administração da insulina para o controlo da hiperglicemia (Boavida et al., 2012)

De facto, se não for devidamente controlada, a Diabetes poderá trazer complicações a curto e a longo prazo. A curto prazo podem ocorrer episódios de hipoglicemias (baixos níveis de açúcar no sangue), bem como de hiperglicemias (elevados níveis de glicose no sangue) que, por sua vez, podem dar origem a sintomas físicos como: fadiga, tremores, palpitações, sudação, palidez, falta de concentração, excitação, nervosismo ou ansiedade (Sperling, 1996). No que concerne às complicações a longo prazo, estas podem ser divididas em duas categorias: macrovasculares e microvasculares. As primeiras englobam acidentes vasculares cerebrais (AVCs), enfarte do miocárdio e doença arterial periférica. Das segundas fazem parte problemas de visão (retinopatia), problemas nos rins (nefropatia) e problemas neurológicos (neuropatia). A falta de tratamento ou uma má adesão ao mesmo poderá levar o sujeito a experienciar episódios de cetoacidose (coma diabético) e, no limite, a morte (Donaghuea, Chiarellib, Tortta, Allgrovec, & Jorgensend, 2009).

Em adjacência ao exposto, não é demais referir que a Diabetes representa um problema de saúde pública importante (Sperling, 1996), constituindo-se como uma das principais causas de morte em todo o mundo, merecendo por isso uma especial atenção (Gardete, et al., 2013; Patrão, 2011).

Desta ancoragem de ideias, repara-se, então, que a diabetes pode afetar a saúde física de diversos modos. Os mais óbvios dizem respeito ao desenvolvimento de complicações a longo-prazo e as suas consequências. Quando os pacientes sofrem de problemas visuais, cardíacos, renais, bem como de disfunção sexual e doença arterial periférica que, por sua vez, no limite, poderá levar à amputação, têm, invariavelmente uma quebra na qualidade de vida, pois torna-se menos apto para participar em determinadas atividades. Para além destes, os episódios de hipoglicémia prejudicam seriamente a sensação de bem-estar, a produtividade e, por conseguinte, a qualidade de vida dos sujeitos com diabetes (American Diabetes Association-ADA, 2012).

Assim, para evitar estas complicações, o sujeito com diabetes terá de adotar um conjunto de cuidados, por forma a garantir o controlo da doença. Como tal, ter a Diabetes controlada significa manter os níveis de açúcar no sangue dentro de determinados limites, sendo que o valor ideal deverá rondar os 6.5%, ainda que estes níveis possam variar de acordo com a idade, estilo de vida, actividades e existência de outras doenças. Deste modo, para avaliar o estado de controlo da diabetes, procede-se a uma análise ao sangue

e determina-se o valor da Hemoglobina A1c, que irá conferir uma visão holística do estado da doença, de acordo com os últimos três meses e, averiguar a necessidade de um ajuste ao respetivo tratamento (Gardete et al., 2013)..

No entanto, é fundamental frisar que o manuseamento da diabetes é complexo e envolve um conjunto de atividades diárias, como a monotorização da glicose, administração de insulina, uma especial atenção à alimentação e à atividade física (Silverstein et al., 2005). É, assim, essencial que os seus portadores tenham presentes o sentido de responsabilidade e independência, bem como capacidade de autogestão e autocontrolo, que nem sempre se verificam (Spencer, Cooper & Milton, 2010).

Deste modo, a medicina, por si só, não consegue ajudar no controlo da doença. São também necessários recursos psíquicos, por parte dos sujeitos com diabetes, suficientemente capazes de lidar com a mesma (Marcelino & Carvalho, 2005). Assim, de acordo com Debray (1995), a Diabetes pode ser enfrentada de diversas formas, de acordo com a estrutura psíquica ou organização mental de cada indivíduo.

1.2 Diabetes e Fatores Psicológicos Associados

Além do impacto da doença a nível da saúde física do indivíduo, é de considerar igualmente a influência e o relevo da Diabetes na saúde mental e psicológica. Os fatores psicológicos da doença revestem-se cada vez mais de importância para a relação intrínseca que tem sido observada entre estes dois domínios.

De facto, Debray (1995) refere que a diabetes é "...uma doença irreversível que exige um tratamento médico severo e contínuo" (p. 26), sendo considerada uma das doenças crónicas que causa maior impacto do ponto de vista psicológico e comportamental nos portadores da doença (Whittmore & Guo- Ping He, 2011).

Ajuriaguerra (1976) também concorda que o controlo da diabetes é muito exigente, chegando a classificar o sujeito diabético como "escravo de seu tratamento". Neste sentido, Silva (1994) constata que os cuidados constantes exigidos para a manutenção do controlo da doença podem provocar sentimentos de inferioridade e de baixa autoestima.

Joode (1976), também faz referência ao facto de o paciente diabético apresentar sentimentos de inferioridade e de inadequação ao contexto social. Tais sentimentos poderão ser justificados pelos possíveis distúrbios no desenvolvimento físico, que são comuns na população de diabéticos e, que poderão ser manifestos através da baixa estatura e de um desenvolvimento sexual mais tardio.

Neste seguimento, face à complexidade e exigências do tratamento da doença, os pacientes com diabetes, para além da baixa autoestima, sentimento de inferioridade e inadequação ao meio social, podem experienciar, muitas vezes, emoções de frustração, irritabilidade, revolta, opressão, desencorajamento, e/ou desmotivação (Chatzi et al., 2009).

Ainda em aditamento a todas estas questões, Dovey-Pearce,

Doherty, & May (2007) apelam para a frequente existência de vulnerabilidades psicossociais entre os indivíduos com diabetes. Estas vulnerabilidades podem passar pelo isolamento social, medo da intimidade e medo do estigma. Deste modo, não será difícil compreender o impacto que este afastamento das relações interpessoais poderá ter no próprio dia-a-dia do paciente diabético, uma vez que têm ainda de lidar com o risco de vida, o descontrolo metabólico e, até, por vezes, com conflitos familiares e relações tensas com os prestadores de cuidados de saúde (Chatzi et al., 2009).

Neste sentido, Rubin e Peyront (2001) referem que os esforços diários necessários para a gestão da doença podem aumentar a vivência de stresse que, por sua vez, poderá resultar num risco acrescido para o desenvolvimento de perturbações psicológicas, como a depressão e a ansiedade. Na mesma linha, estudos mais recentes também apontam para a estreita relação entre a diabetes e a presença de quadros ansiosos e depressivos (Gois, Alkiskal & Figueira, 2012; Rubin e Peyront, 2001). De modo coincidente, Bleger (1963, *cit in* Ajuriaguerra, 1976), refere que os jovens diabéticos apresentam, frequentemente, tendências depressivas e ansiosas. Mais ainda, de acordo com o mesmo autor, parece que estes jovens podem experienciar uma angústia, de tal ordem perturbadora que, no limite, poderá provocar ideações suicidas.

De acordo com os estudos realizados por Sinnam, Caltabiano e Baune (2013), parece existir uma tendência para o desenvolvimento de perturbações psicológicas- especialmente dominadas pela ansiedade- em jovens com diabetes. Novato, Grossi e Kimura (2008) vão de encontro a estas considerações, fazendo alusão à propensão destes jovens em desenvolver distúrbios psiquiátricos. A razão atribuída para tal propensão prende-se com a falta de autoestima, que possa estar presente nos jovens com diabetes, e com uma qualidade de vida mais comprometida.

De acordo com os resultados obtidos num estudo de Kiviruusu, Huurre e Aro (2007), verifica-se que existe associação entre a doença crónica e a depressão, sendo que a última é mais prevalente no sexo masculino. Mais especificamente, Groot, Jaconson, Samson e Welch (1999) referem que existe uma elevada prevalência de estados depressivos, em pacientes com diabetes do tipo 1. Estes estados depressivos estão associados a um controlo glicémico mais pobre que, por sua vez, aumenta a probabilidade de se desenvolverem complicações médicas como: retinopatia, neuropatia e nefropatia, que reduzem significativamente a qualidade de vida destes pacientes. No entanto, parece não estar totalmente claro se a depressão é um precipitante de um controlo glicémico desadequado, ou se resulta dos esforços fracassados do controlo da glicose no sangue ou, ainda, se estará subjacente a ambos os processos. De acordo com os mesmo autores, é possível compreender que dentro do espectro depressivo destacam-se sintomas como: pessimismo, falta de concentração e perda de interesse. Estes sintomas, por si só, podem constituir um obstáculo à própria adesão terapêutica, pois se um indivíduo se encontra desmotivado, triste e desinteressado, dificilmente tenderá a adotar comportamentos de autocuidado que lhe permitam responder às exigências do controlo da

diabetes.

Deste modo, de acordo com um estudo realizado por Lin e colaboradores (2008), onde foram comparados sujeitos diabéticos deprimidos e sujeitos com diabetes sem quadro depressivo, verificou-se que os sujeitos do primeiro grupo apresentavam uma menor adesão à medicação, mais complicações médicas associadas, maiores custos no tratamento da doença e um maior risco de mortalidade precoce. Os autores concluíram ainda, que os sujeitos diabéticos com depressão manifestavam valores desregulados da hemoglobina A1c, justificados pelo pior controlo glicémico, comparativamente àqueles que não apresentavam sintomatologia depressiva.

Contrapondo a associação suprarreferida, estudos realizados por Robinson, Fuller e Edmeades (1987), com o intuito de avaliar o valor glicémico de acordo com diferentes perturbações psiquiátricas presentes em pacientes com diabetes, constataram que aqueles que apresentavam os valores mais elevados de glicose no sangue eram os que possuíam uma depressão *borderline* (aquela que não é expressamente manifesta), contrariamente aos pacientes com depressão major que apresentavam os valores mais baixos. No entanto, realça-se que não deixa de estar subjacente um núcleo depressivo na primeira, ainda que esta não cumpra os critérios de diagnóstico para ser considerada uma depressão major (aquela que habitualmente é mais conhecida), por estar um pouco mais camuflada.

Salienta-se ainda a pertinência do constructo da Alexitima, que se refere à dificuldade do sujeito em identificar e expressar as suas emoções. Esta dimensão de personalidade é prevalente em diversos distúrbios, tanto do foro mental, como físico. Chatzi e colaboradores (2009), realizaram, assim, um estudo para perceber até que ponto a Alexitima seria prevalente entre a população de diabéticos do tipo 1. Deste modo, de acordo com os resultados obtidos, contrariamente ao que era esperado, foi possível perceber que a alexitimia, por si só, não estará relacionada com um controlo metabólico mais empobrecido. No entanto, quando associada à depressão, os jovens diabéticos apresentavam um pior controlo glicémico.

Para além de todas as fragilidades psíquicas suprarreferidas, também existem outras perturbações do foro psicológico que poderão trazer complicações às pessoas com diabetes, como é o caso da esquizofrenia, abuso de substâncias psicotrópicas, perturbação obsessiva-compulsiva e perturbações fóbicas (Rubin & Peyrot, 2001). A esquizofrenia e o abuso de substâncias poderão comprometer a capacidade mental do paciente em controlar a diabetes, por via de delírios, alucinações, ou outros mecanismos de perda de contato com a realidade. O alcoolismo pode, ainda, trazer consequências inesperadas, visto que o álcool interfere com a função do fígado, de armazenar e libertar glicose. A perturbação obsessiva-compulsiva tende a levar os pacientes a monitorizarem a glicose no sangue incessantemente, sem qualquer melhoria no controlo da mesma. As perturbações fóbicas promovem a criação de obstáculos à própria autoadministração da insulina, por via do medo das injeções. Contudo, é necessário frisar que estas perturbações não são, habitualmente, comórbidas com a Diabetes. Ainda assim, considera-se pertinente ter estes fatores em

consideração, visto que a possível presença destas perturbações pode trazer consequências nefastas para a saúde do sujeito com diabetes (Rubin & Peyrot, 2001).

No que concerne às perturbações alimentares, a literatura não é consensual quanto à prevalência destas perturbações em pessoas com diabetes. No entanto, julga-se uma questão relevante porque parecem existir algumas semelhanças entre as pessoas com algum tipo de distúrbio alimentar e as pessoas com diabetes tipo 1, principalmente entre o sexo feminino. Rubin e Peyrot, (2001) sugerem que, para poderem controlar o seu peso, um terço de jovens raparigas com diabetes do tipo 1 administram menos insulina do aquilo que necessitavam para o controlo glicémico. Isto porque, ao tomarem a quantidade de insulina necessária para reduzir os níveis de glicose, tendem a aumentar a conversão de glicose em acumulação de gordura. Porém, ao evitar tomar as quantidades necessárias ao bom controlo metabólico, há um risco mais elevado para o desenvolvimento de complicações associadas à diabetes.

Em jeito de síntese, é possível perceber que, de facto, a diabetes, pela sua cronicidade, complicações associadas, exigências de tratamento e a consequente menor qualidade de vida, poderá ter impacto na saúde mental dos sujeitos que vivem com esta doença, fazendo com que, não raras as vezes, se desenvolvam perturbações psicológicas. Por outro lado, estas fragilidades do foro psíquico poderão resultar num controlo metabólico mais pobre, aumentando, assim, o risco de desenvolver complicações médicas associadas. Assim, um pobre funcionamento psicológico pode interferir seriamente na autogestão diária diabetes, estando, deste modo, associado a resultados médicos mais preocupantes (Egede, Zheng, & Simpson, 2002).

1.3 Diabetes nos Jovens Adultos

A diabetes, à semelhança de muitas outras doenças crónicas, impõe um vasto conjunto de desafios e exigências aos portadores da doença. Os indivíduos com diabetes têm de lidar com a dor física, as consultas médicas, internamentos hospitalares e diversos tratamentos que, por sua vez, terão os seus efeitos secundários difíceis de gerir (Kiviruusu, Huurre & Aro, 2007).

No caso dos jovens adultos, esta temática considera-se bastante pertinente devido a todos os processos desenvolvimentais que lhe estão associados, contribuindo, muitas vezes, para uma pior gestão metabólica. Neste sentido, diversos estudos sugerem que o período de transição entre a adolescência e a idade adulta é caraterizado pelo aumento do risco de desenvolvimento de complicações associadas à diabetes (Pacaud et al., 2007). Esta é, de facto, uma etapa que acarreta um conjunto de tarefas desenvolvimentais, como o autoconhecimento, a formação da independência, a criação de autonomia, bem como a procura de aquisição de tarefas próprias da vida adulta, como por exemplo, arranjar um emprego, um relacionamento íntimo, entre muitas outras metas de vida. No caso dos jovens com diabetes, para além de terem de enfrentar todas estas tarefas desenvolvimentais, têm de lidar com todas as exigências que o controlo da diabetes impõe, podendo isto, provocar alguns constrangimentos no

desenvolvimento pessoal destes jovens (Dovey-Pearce, et al., 2007).

A etapa transicional para a vida adulta marca um período de vida em que o paciente com diabetes do tipo 1 tende a assumir uma maior responsabilidade no que concerne ao controlo da doença. É nesta fase que, frequentemente, se definem os padrões de comportamentos de autocuidado que tendem a manter-se ao longo da vida e, também, por este motivo, requer uma especial atenção. Assim, se um jovem adulto adota comportamentos favoráveis à sua saúde, melhor será o prognóstico da doença, visto que os comportamentos, estabelecidos nesta fase, tendem a manter-se (Anderson & Wolpert, 2004). No entanto, isto nem sempre é verificável, até antes pelo contrário. De acordo com Anderson e Wolpert (2004), e Peters e Laffel (2011), neste período, em particular, é normal que surjam os primeiros sinais de complicações da diabetes e é, também, um estádio onde a terapia médica intensa poderá causar um impacto considerável na morbidade e mortalidade. Sinnamon, Caltabiano e Baune (2013) corroboram esta opinião, comprovando no seu estudo que a diabetes tipo-1 nos jovens adultos está associada a uma autogestão deletéria, a uma redução da qualidade de vida, a uma pior saúde física, ao aumento de complicações, ao aumento de comportamentos de alto risco e a uma mortalidade precoce.

Neste sentido, estudos realizados no Canadá, Escócia, Suécia, Reino Unido e Estados Unidos, constataram que existe uma maior vulnerabilidade nos jovens adultos com diabetes do tipo 1 a desenvolverem problemas na adesão da administração de insulina, que poderão ser decorrentes de problemas do foro mental, tais como: comportamentos aditivos, depressão e perturbações alimentares (Anderson & Wolpert, 2004).

Outro aspeto relevante a ter em consideração prende-se com o facto de que os jovens adultos tendem a ter, nesta fase de desenvolvimento, estilos de vida mais inconstantes (Lancaster et al., 2010). Muitos deles encontram-se em processo de transição, como por exemplo, a entrada no ensino superior, ou no mercado de trabalho, a deslocação geográfica, a saída da casa dos pais e a consequente distância com os membros da família, passando de um estilo de vida algo estável, para outro, muitas vezes, menos estruturado e/ou suportado. Deste modo, o estilo de vida dos jovens adultos sofre um conjunto de alterações e distrações, de tal ordem, que podem comprometer a autogestão da diabetes (Anderson & Wolpert, 2004).

Este período é, portanto, marcado pela afirmação da independência, onde os jovens, geralmente, se afastam o mais possível da autoridade parental. O que significa que nesta fase é possível que se o jovem diabético, que estaria habituado a ter a ajuda dos pais no controlo da doença, tenderia a afastar-se disso, ao tomar o controlo sobre si, provocando mudanças na gestão da doença. Estas mudanças poderão trazer consequências pouco satisfatórias no que diz respeito ao controlo metabólico, pois não deixa de estar implícita uma quebra no suporte da gestão da doença, como também uma alteração na própria rotina diária, podendo isto constituir-se como um fator perturbador no controlo glicémico (Anderson & Wolpert, 2004; Allen, Channon, Lane & Lowes, 2011).

Para além de todas estas questões, numa análise em termos fisiológicos,

é possível denotar-se que nesta etapa de vida ocorrem fenómenos biológicos, que não pontuam a favor dos jovens com diabetes. Nomeadamente, nesta fase, os sujeitos são alvo de diversas transformações hormonais, incluindo o decréscimo de insulina. Esta produção mais reduzida de insulina pode alterar os níveis de glicose no sangue, fazendo com que estes, muitas vezes, fiquem desregulados. Esta desregulação glicémica contribui, então, para um empobrecimento do controlo metabólico (Dovey-Pearce, et al., 2007).

No entanto, apesar de ser considerado um período, um tanto ou quanto, conturbado no que concerne ao controlo da doença, parece que esta fase desenvolvimental passa um pouco despercebida aos olhos da medicina. Tal parece poder ficar a dever-se ao facto de que os jovens adultos não estão inseridos no âmbito da medicina pediátrica, visto que já ultrapassaram a faixa etária dos 18 anos, ao mesmo tempo que estes não se enquadram propriamente no perfil da medicina destinada a adultos (Anderson & Wolpert, 2004). Neste sentido, crê-se de extrema importância o apelo à sensibilidade dos serviços nacionais de saúde, para com estes casos, por forma a permitir um melhor funcionamento da gestão da doença e, por conseguinte, a diminuição dos efeitos da mesma (Andrade, 2014).

1.3.1. Fatores Protetores/Desestabilizadores

1.3.1.1 Família

Em termos gerais, a investigação tem vindo a sugerir que existe uma forte correlação entre o apoio social e a saúde, quer física, quer mental, considerando que este apoio tem efeitos mediadores e protetores na mesma (Karlsen, Idsoe, Hanestad, Murberg, & Bru, 2004; Ribeiro, 1999; Rintala, Paavilainen, & Astedt-Kurki, 2013; Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso, & Ramos, 2003).

Assim, dentro do meio social, julga-se primordial ter em consideração o papel da família, pois esta também assume um papel preponderante, não só em termos de suporte, como também na própria gestão da doença do jovem com diabetes.

A família pode, então, auxiliar na própria gestão da doença, como por exemplo, na administração de insulina, ou no cuidado com a alimentação, bem como promover apoio, do ponto de vista emocional, no sentido de facilitar a sua adaptação à doença (Andrade, 2014).

Neste sentido, estudos realizados por Butler e colaboradores (2008), constatam que quanto maior o apoio familiar percecionado pelo jovem, incluindo na gestão da doença, melhor será o controlo glicémico. Assim, em concordância com Butler, são vários os estudos que sugerem que quanto mais estruturadas, estáveis e coesas forem as famílias, melhor será o controlo metabólico dos jovens com diabetes (Conrad, & Gitelman, 2006; Hivey, Wright, & Dashiff, 2009; Luyckx, & Seiffge-Krenke, 2009; Silva, & et al., 2003). Porém, tal como já foi anteriormente referido, os jovens caraterizam-se pela busca de independência e, como tal, distanciam-se das

figuras de autoridade e, neste caso, dos pais. Deste modo, este afastamento implica um menor envolvimento familiar, no que toca à gestão da doença, pelo que poderá trazer consequências ao controlo metabólico (Butler et al., 2008).

Ainda os mesmos autores verificaram nos seus estudos que a presença de conflitos familiares está associada a um pior controlo glicémico. Visto por este prisma, a família deixará de ter a função protetora, passado a ser mais "desestabilizadora". Contudo, não parece estar claro o motivo para tal correlação. Ainda assim, poder-se-á tomar em consideração o facto de os conflitos familiares constituírem um fator perturbador, como também distrator, no que diz respeito à gestão da doença e, para além disso, um mau ambiente familiar poderá ser um promotor de stresse, ansiedade e até de tristeza, que também não abonam a favor do controlo metabólico (Butler et al., 2008).

Em aditamento, ao comparar o conhecimento sobre a doença, por parte dos pais, verifica-se uma associação entre a maior informação e conhecimento da doença por parte dos pais e um melhor controlo glicémico (Butler et al., 2008).

Posto isto, sugere-se que as equipas de saúde tenham em atenção estes aspetos, elucidando os pais para estas problemáticas, incentivando-os a ter conhecimentos sobre a doença em si, bem como ajudá-los a implementar o sentido de responsabilidade e de independência nos jovens com diabetes. Contudo, ao atribuir mais competências ao jovem, no que diz respeito ao seu autocuidado, não significa deixar de o apoiar, pelo contrário, é essencial que o jovem se sinta apoiado pelos pais e pela restante família, para um bom funcionamento metabólico. Assim, o exercício fundamental prende-se com a manutenção do equilíbrio entre estes aspetos: permitir ao jovem que cresça, sem o negligenciar, por um lado, nem superproteger, por outro (Conrad, & Gitelman, 2006; Hivey, et al., 2009; Luyckx, & Seiffge-Krenke, 2009; Silva, & et al., 2003).

1.3.1.2 Amigos e/ou grupo de pares

Na juventude, depois da família, o segundo contexto social mais relevante é o grupo de pares (Andrade, 2014). Porém, muitas vezes, os jovens com diabetes tendem a colocar-se um pouco à margem do envolvimento social, sentindo-se, por vezes, sozinhos. Isto acontece porque se sentem diferentes, pouco apoiados e acreditam que ninguém os pode entender (Debono & Cachia, 2007).

Neste sentido, Jacobson e colaboradores (1997) acompanharam um grupo de jovens adultos com diabetes do tipo 1. Estes foram comparados a um grupo de jovens da mesma idade sem a presença de algum tipo de doença. Os resultados do estudo permitiram concluir que o grupo de jovens com diabetes manifestaram ter menos amigos, para além de sentirem um menor sentido de amizade íntima nos relacionamentos amorosos, comparativamente aos jovens "saudáveis" (Debono & Cachia, 2007). Este facto poderá dever-se à dúvida de dizer, ou não, que têm diabetes e a quem o

deverão fazer. Neste sentido, há estudos que sugerem que a forma como os amigos reagem ao conhecimento da doença do jovem com diabetes, influencia tanto o modo como o próprio jovem se vê a si próprio como a forma como gere a sua doença (Sparud-Lundin, Ohrn, & Danielson, 2009). No entanto, é importante que estes jovens transmitam aos amigos a sua condição, para que estes, para além de poderem prestar apoio emocional, possam auxiliar em determinados momentos difíceis, como por exemplo com os episódios de hipoglicémia (American Diabetes Association – ADA, 2003). Contrapondo esta informação, existem estudos que sugerem que a maior dos jovens dá conhecimento do seu diagnóstico ao grupo de pares. Porém, a informação transmita é pouco detalhada, mesmo aos amigos mais próximos, o que poderá provocar aos jovens com diabetes vivências de profundo stresse, no que toca ao autocuidado. Os jovens que não se abrem, no sentido de explicar o que é que a diabetes realmente implica, em termos de autogestão, como por exemplo, a administração da insulina, poderão, muitas vezes, sentirem-se em conflito consigo mesmos, pois têm receio de administrar a insulina à frente dos colegas. Neste contexto, não raras vezes, tenderão a não administrar a insulina ou fazer movimentos de evitamento social, para não terem que lidar com a situação (La Greca, & Thompson, 1998; Patterson, & Garwick, 1998; Sparud-Lundin, et al., 2009)..

Para além disso, de acordo com o Sparud-Lundin, Ohrn, e Danielson (2009), o jovem com diabetes deverá ponderar evitar certos ambientes como festas noturnas, próprias desta faixa etária, ou terá de adotar, pelo menos, maiores cuidados nessas situações, pois a falta de administração de insulina, poderá provocar episódios de hipoglicémia.

Com o intuito de averiguar os efeitos do apoio social na qualidade de vida, Silva e colaboradores (2003), constataram que os jovens com diabetes que manifestavam satisfação com as amizades apresentavam um melhor controlo metabólico, melhores índices de funcionamento físico, saúde geral, vitalidade, funcionamento social, saúde mental e satisfação geral.

Cruzando o contributo de vários autores (Silva, 2003; La Greca, & Thompson, 1998; Patterson, & Garwick, 1998; Sparud-Lundin, Ohrn, & Danielson, 2009), os amigos (ou o grupo de pares) poderão ter um papel fulcral na gestão da doença do jovem com diabetes. Caso o jovem com diabetes se sinta apoiado pelos amigos, maiores tenderão a ser as probabilidades de conseguir manter uma boa gestão da doença, e consequentemente, um melhor controlo metabólico. Deste modo, os amigos funcionam como mediadores da doença, no sentido de proteção. Caso contrário, se os jovens diabéticos percecionarem os amigos como “elementos stressores”, estes últimos designam-se, ainda que de forma, mais ou menos, dissimulada, como fatores desestabilizadores do controlo da doença.

1.3.1.3. Meio Académico/ laboral

A interação social pode constituir uma fonte de stresse, devido aos “misticismo” que poderá girar em torno da diabetes. Muitas vezes, os jovens, por medo de serem estigmatizados, evitam o estabelecimento de contactos

sociais, o que poderá ser um agravante não só nas vivências académicas, como também no mundo do trabalho (American Diabetes Association – ADA, 2012; Frier, & Strachan, 2010; Meneses & Ribeiro, 2000).

Na transição do meio académico para o mercado de trabalho, os jovens deparam-se com um conjunto de mudanças a vários níveis: mudança de colegas, de horários, de compromissos, entre muitas outras. Tais mudanças vêm alterar a rotina do sujeito diabético, de tal maneira, que poderá trazer consequências negativas ao controlo glicémico (Andrade, 2014). Crooks e Chouinard (2006), com o propósito de compreender o modo como os jovens diabéticos vivenciam esta transição, constataram, igualmente, que a pressão no trabalho e a rigidez de horários pode prejudicar o controlo metabólico dos jovens com diabetes, podendo, em certos trabalhos, não ser muito fácil compatibilizar os horários laborais com os ritmos da alimentação e da administração da insulina que um sujeito com diabetes deve seguir.

Em virtude do que foi mencionado, considera-se importante que os meios académicos e laborais tenham conhecimento do que se trata a diabetes e o que esta implica, por forma a apoiar o jovem, facilitar a aceitação do diagnóstico e a adesão terapêutica, bem como estar predisponível para ajudar em situações de descompensões agudas, como hipoglicémias e/ou hiperglicémias (American Diabetes Association – ADA, 2012; Frier, & Strachan, 2010; Meneses, & Ribeiro, 2000, citado por Andrade, 2014).

1.3.1.4. Autoconceito

O autoconceito diz respeito à perceção que o indivíduo tem de si próprio, em vários níveis, estando intimamente associado à autoestima (Vaz Serra, 1988).

Tal como já foi referido anteriormente, os diabéticos, em geral, apresentam sentimentos de inferioridade e de baixa autoestima (Silva, 1994). No que toca aos jovens, aparentemente o cenário tende a manter-se. Deste modo, ainda que um baixo autoconceito, possa decorrer do diagnóstico da diabetes, este também poderá ser um fator mediador no próprio controlo metabólico.

Neste sentido, um estudo longitudinal realizado por Luyckx e Seiffge-Krenke (2009), denotou que os jovens que tinham um elevado autoconceito tinham um melhor controlo metabólico. Quando os jovens com diabetes apresentavam um autoconceito mais baixo, manifestavam um pior controlo glicémico. As razões pelas quais estes fenómenos se associam recaem sobre a possibilidade dos jovens cuja perceção de si é satisfatória, terem famílias mais estruturadas, estáveis e orientadoras, que incentivam o sentido de competência ao jovem com diabetes. Para além disso, também é possível referir que quanto maior a autoestima e melhor o autoconceito, maior é a tendência a adotar comportamentos de autocuidado. Pelo contrário, se um sujeito tem uma má perceção de si e uma autoestima mais baixa, não se sentirá tão motivado a autocuidar-se, como se, no fundo, o investimento pessoal não fosse, de todo, uma prioridade.

Deste modo, é necessário ter, também, este aspeto em consideração, sendo um dos possíveis pontos a trabalhar nestes jovens, por forma a otimizar, não só a sensação de bem-estar do sujeito, como também a própria gestão da diabetes (Andrade, 2014).

Em suma, a forma como jovem com diabetes gere a doença e o controlo metabólico parece, assim, estar associada às relações interpessoais, como a família e os amigos, bem como ao seu próprio autoconceito.

II - Objectivos

Em virtude da revisão de literatura, é possível compreender que, de facto, a diabetes traz inúmeras exigências aos seus portadores, nos quais, muitas vezes, têm dificuldades em lidar com a doença. Tratando-se de jovens adultos, em que os seus estilos de vida são mais inconstantes e instáveis, o controlo metabólico parece ficar mais debilitado.

No entanto, são muitos os fatores que poderão contribuir para um melhor, ou pior, controlo metabólico. Estes fatores terão, então, funções mediadoras, destacando-se: o suporte e as relações familiares, o apoio dos amigos, o meio laboral, bem como a própria auto-perceção do sujeito.

Para além disso, vários estudos apontam para a relação intrínseca entre a diabetes e as perturbações psicológicas, como é o caso da depressão e da ansiedade, sendo que estas também trarão consequências negativas ao controlo glicémico do sujeito que, por sua vez, contribuirá para o desenvolvimento de complicações médicas preocupantes.

Tratando-se de um estudo exploratório, onde as hipóteses não estarão previamente definidas, o objetivo primordial deste estudo prende-se com a compreensão fenómenos psicológicos que estarão associados à diabetes, através de um contacto mais próximo com um jovem diabético, por forma a obter um melhor entendimento da doença e do impacto da mesma, de acordo o seu ponto de vista. Em aditamento, pretende-se traçar um perfil psicológico do sujeito, por forma a conhecê-lo melhor, permitindo, assim uma visão mais integrada do próprio.

III - Metodologia

3.1. Delineamento do estudo

Inicialmente, o objetivo deste estudo seria recorrer a uma amostra mais representativa. Todavia, tratando-se de uma amostra inserida num grupo clínico, o processo de recolha viu-se um pouco limitado, devido ao facto do projeto de investigação ter de passar por uma aprovação da Comissão de Ética. De facto, ainda se submeteu o dito projeto, na esperança de que o processo fosse atempadamente aprovado. No entanto, dado que a

espera assumiu um espaço temporal, um tanto ou quanto, prolongado, e face aos limites de prazo de entrega, estabelecidos pela Universidade, chegou-se à conclusão que este caminho não seria o mais viável. Dado ao exposto, optou-se por converter este estudo num Estudo de Caso.

O Estudo de Caso é, então, "… uma investigação empírica que investiga o fenómeno contemporâneo dentro de um contexto de vida real, quando as fronteiras entre o fenómeno e o contexto não são claramente evidentes, e no qual são utilizadas múltiplas fontes de evidência" (Yin, 1989, cit. in Amado, 2013, p. 125). Segundo Amado (2013), o Estudo de Caso tem pontos positivos que asseguram uma obtenção de informação mais rica. Assim, segundo este autor, pensa-se que este método de estudo é uma mais-valia, pois permite ao investigador um contato mais próximo e real com o sujeito e com as suas problemáticas, para além de possibilitar uma atitude empática e compreensiva, por parte do mesmo. Não obstante estas particularidades positivas, é necessário apontar que este método de Estudo é um obstáculo à generalização da informação, devido à ausência de representatividade, e ao facto de ser mais suscetível a possíveis enviesamentos do investigador. (Amado, 2013; Yin, 1989). Assim, de modo a atenuar os possíveis efeitos das presentes limitações, optou-se por concretizar uma aplicação de instrumentos e metodologias diversificados. Assim, aplicámos ao sujeito uma Entrevista Semiestruturada, um questionário de autorresposta, o B.S.I, e uma Prova Projetiva, o Rorschach. Optou-se por três fontes de informação de natureza diferenciada, na tentativa de obter uma visão mais global e integrada do sujeito.

Assim, tendo em conta que um dos objetivos presentes neste estudo consiste em conferir uma perspetiva holística de um sujeito, no seu singular, julga-se que este é o método mais adequado. Se, por um lado, a metodologia de estudo de caso não está imune a inúmeras limitações (impossibilidade de generalizar, a subjetividade do investigador e a suscetibilidade a enviesamentos), permite, por outro, uma abordagem mais próxima, compreensiva e empática com a realidade em estudo, sendo por este motivo, um dos métodos mais capazes de captar tanta complexidade (Amado, 2013).

Este estudo, tal como já foi referido, assume um cariz exploratório, pelo que o objetivo essencial recai sobre a pesquisa de informações referentes ao tema a abordar (Diabetes em jovens adultos), de modo a garantir uma familiarização com os fenómenos e conceitos que lhe estão subordinados. A investigação de caráter exploratório é conotada como sendo mais flexível, pelo facto de não requerer a elaboração de hipóteses *a priori* (Severino, 2004).

Tendo em conta que apenas se trata de um caso em análise, contando com uma entrevista semiestruturada, a análise a efetuar neste estudo é de natureza qualitativa.

Deste modo, proceder-se-á a uma análise de conteúdo, que é "…uma técnica central, básica mas metódica exigente, ao dispor das mais diversas orientações analíticas e interpretativas .., cuja diferenciação depende sobretudo daquilo que se procura em especial, ou ainda, dos conteúdos que são privilegiados na análise entre muitos outros disponíveis

no acervo dos dados "(Amado, 2013, p. 300).

3.2. Participantes

Faz parte do estudo apenas um participante do sexo masculino, portador de Diabetes do tipo 1, com 22 anos de idade. Este participante é natural dos Açores. Reside em Lisboa, onde concluiu o curso de Jornalismo, conseguindo permanecer na cidade a trabalhar nesta área.

É de notar que, ainda que este tenha sido o único caso sujeito a análise no presente estudo, esta investigação pôde contar com a participação de mais dois jovens com diabetes do sexo masculino, para testar o guião de entrevista, como será explicado já de seguida.

3.3. Insturmentos

Para a prossecução do estudo utilizou-se um guião de entrevista semiestruturado, criado para o efeito, o Rorschach e o Brief Symptoms Inventory- BSI (Derogatis,1993; versão portuguesa de Canavarro, 1995). Descrevem-se, em seguida, os instrumentos utilizados no presente estudo.

3.3.1. Guião de entrevista semiestruturado (c.f anexo 1).

O guião de entrevista, em análise, após o auxílio de um juiz, foi estruturado em termos de blocos temáticos e de objetivos, por forma a orientar as questões no momento da entrevista.

Assim, a entrevista dividiu-se pelos seguintes blocos:

1. Informações Sociodemográficas, cujo objetivo prende-se com a recolha de dados sociodemográficos como: género, idade, naturalidade, local de residência, agregado familiar, profissão e habilitações literárias;

2. Família: em que a finalidade é compreender o tipo de relações entre cada membro da família e se houve alguma alteração no funcionamento familiar após o diagnóstico de diabetes;

3. Adaptação à doença: com o intuito de perceber como foi a adaptação à doença, a reação ao diagnóstico, a frequência de episódios de hipoglicemia e hiperglicemia, a frequência de administração de insulina, se há ou não prática de atividade física habitual, quais as principais mudanças no estilo de vida após o diagnóstico e quais os esforços mais difíceis de gerir.

4. Autoconceito: Perceber o modo como o sujeito se percepciona, se está satisfeito consigo mesmo, como é a relação com o seu corpo e se, de acordo com o sujeito, a diabetes alterou algum destes aspetos.

5. Relações Interpessoais: Perceber como é a relação com os amigos, se sente que é apoiado pelos mesmos, se existe algum relacionamento amoroso e como é que o sujeito avaliaria a sua vida sexual.

6. Meio académico/laboral: Se se sentia bem na faculdade e se tem algum problema em termos de trabalho;

7. Sono: se tem dificuldades em dormir e se tem por hábito sonhar.

3.3.2. Rorschach

O Rorschach consiste numa prova projetiva, elaborada por Hermann Rorschach em 1918, na Suíça. O seu principal objetivo é averiguar a estrutura de personalidade do indivíduo, bem como o funcionamento da sua dinâmica psíquica interna. Este teste é constituído por dez pranchas (cartões) que ilustram manchas de tinta simétricas, sem formas definidas. Estas manchas de tinta podem ser cromáticas (vermelho e tons pastel) e/ou acromáticas (branco, preto e cinzento) e organizam-se em torno de um eixo central, mais ou menos, manifesto. Os estímulos ambíguos patentes nas pranchas, ao não remeterem para a realidade concreta, permitem ao sujeito a projeção do seu funcionamento interno, como por exemplo, dos seus mecanismos de defesa, das suas angústias, entre outras questões desta índole (Chabert, 2004; Traubenger & Boizou, 1999).

A aplicação do teste consiste em apresentar as pranchas, isoladamente, ao sujeito avaliado, para que este refira o que vê nelas, sendo que pode (e deve) dar mais do que uma resposta por cartão (Chabert, 2004; Traubenger & Boizou, 1999).

3.3.3. Brief Symptoms Inventory

O Brief Symptoms Inventory – BSI (Derogatis,1993; versão portuguesa de Canavarro, 1995) é um questionário de autorresposta, constituído por 53 itens, em que o sujeito deverá classificar o grau em que se sentiu afetado por cada um dos problemas referidos, de acordo com a última semana aquando da aplicação da prova.

A escala é do tipo *Likert* e tem cinco possibilidades de resposta, que vão de “Nunca” (0) a “Muitíssimas vezes” (4). Este questionário tem como principal objetivo avaliar sintomas psicopatológicos de acordo com nove dimensões, sendo elas: somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo (Canavarro, 2007). Para além destas dimensões, o questionário pode contar com: o Índice Geral de Sintomas (IGS), sendo este um bom indicador geral de psicopatologia, pois permite verificar a intensidade do mal-estar experienciado, em ponderação com o número de sintomas assinalados; o Índice de Sintomas Positivos (ISP), que representa a média da intensidade de todos os itens, e o Total de Sintomas Positivos

(TSP), que consiste no total de respostas assinaladas com mais de zero (Canavarro, 2007).

Este instrumento está aferido para a população portuguesa, possuindo uma boa consistência interna, verificada pelos valores de *alfa de Cronbach* (Canavarro, 2007), pelo que a sua fiabilidade estará salvaguardada.

3.4. Procedimentos

A abordagem feita aos participantes procedeu-se por via de conhecimentos pessoais em comum, tratando-se, então, de uma amostra de conveniência. Após a aceitação e recetividade dos mesmos, contactou-se os participantes, por forma a agendar uma data conveniente para ambos.

Passada esta etapa, foram realizadas duas entrevistas (c.f anexos 5 e 6), a dois participantes diferentes, servindo estas como um "teste-ensaio" ao próprio guião. Deste modo, foi feito um pedido de ajuda a um especialista em análise de conteúdo, por forma a analisar o guião de entrevista utilizado. Constatou-se, deste modo, que a entrevista estaria demasiado diretiva, não abrindo espaço para os participantes explorarem o assunto e fornecerem dados novos, que poderiam ser igualmente interessantes de se analisar. Neste sentido, com o auxílio do mesmo especialista, formulou-se um novo guião, menos estruturado e diretivo, permitindo, então, ao sujeito mais espaço para abordar os assuntos em questão.

Agendou-se, depois, um encontro com um terceiro jovem adulto, sendo este o caso em análise. Este encontro teve lugar numa sala que continha o material necessário, com uma luminosidade adequada e sem estímulos desestabilizadores.

Assim, em primeiro lugar, procedeu-se à apresentação e explicitação dos objetivos do estudo. Foram explicados os procedimentos e entregue um "Consentimento Informado" (c.f anexo 8) para o jovem ler e assinar, se estivesse de acordo com os termos utilizados, abrindo espaço para dúvidas relativamente ao procedimento.

De seguida, foi aplicada a prova projetiva "Rorschach". Tratando-se de uma prova projetiva, entendeu-se adequado aplicá-la em primeiro lugar, de modo a diminuir os possíveis enviesamentos decorrentes dos conteúdos da entrevista.

Terminada a aplicação do teste, procedeu-se ao pedido de autorização para o uso do gravador, para otimizar a análise das respostas. Tendo sido a resposta afirmativa, realizou-se, então, a entrevista, cuja durabilidade rondou os sessenta minutos.

Por fim, pediu-se ao sujeito que preenchesse um questionário de autorresposta- o BSI.

3.5. Procedimentos do tratamento de dados da Análise de Entrevista

Após a recolha dos dados provenientes da terceira entrevista e a

transcrição da mesma (c.f anexo 2) , foram realizadas várias leituras, atentas e ativas (Amado, 2013), no sentido de esboçarmos categorias (c.f anexo 3), com base nas respostas dadas pelo sujeito.

O texto foi então dividido, num primeiro momento, em várias áreas temáticas, por forma a facilitar a posterior categorização. Após o esboço de conceitos que intitulam as áreas temáticas, iniciou-se então o processo de categorização.

Feito um primeiro esboço da matriz categorial, onde contempla as áreas temáticas, as categorias e subcategorias, bem como as unidades de registo (respostas dadas pelo sujeito), foi-nos possível fazer uma análise mais integrada dos tópicos a abordar.

Terminada esta etapa, foi feito um recorte vertical da entrevista (c.f anexo 4). De acordo com Amado (2013), este recorte permite ao investigador não só, uma visão mais global dos conteúdos da mesma, como também de cruzar e de confrontar os dados, de modo a chegar a um sistema de categorias mais satisfatório. Assim, este processo de análise de conteúdo, não deixa de ser de "tentativa e erro".

Após estes procedimentos, foi requerida a ajuda de um juíz especialista, com o intuito de validar, de certo modo, as categorias apuradas. Após o apuramento destas categorias, procedesse-se então à análise de conteúdo.

IV - Resultados

A análise dos resultados irá ser dividida em função dos três instrumentos de recolha de dados, sendo eles: a entrevista semiestrturada, o teste do Rorschach e o teste BSI, pela respectiva ordem.

4.1. Análise e Interpretação da Entrevista

Após todos os procedimentos metodológicos, previamente explanados, seguir-se-á a estrutura da análise de conteúdo, plasmada na matriz (c.f. anexo 3), numa sequência de áreas temáticas e respetivas categorias. Deste modo, recorda-se que as áreas temáticas são: Família, Adaptação à doença, Autoconceito, Relações Interpessoais/Grupo de Pares, Meio académico e Sono.

1) Família

Em virtude dos constructos teóricos previamente mencionados, é possível perceber que o papel da família poder ter um impacto muito significativo no jovem com diabetes, nomeadamente no controlo metabólico. É sugerido, também, que os jovens adultos estão em processo de autonomização e criação de independência, pelo que tendem a afastar-se das figuras de autoridade. Este afastamento implica um menor envolvimento familiar na gestão da doença que poderá constituir um fator perturbador no controlo da mesma (Butler et al., 2009). Por outro lado, a superproteção dos pais, poderá constituir um obstáculo ao processo desenvolvimental do

jovem, fazendo com que este possa sentir dificuldades em autonomizar-se.

Como tal, pensa-se que é fundamental tentar averiguar alguns dos fenómenos familiares, que poderão influenciar, de forma positiva ou negativa, o desenvolvimento do sujeito, bem como compreender o papel da família na própria gestão da doença, não perdendo de vista a perspetiva do jovem. Neste sentido, após algumas questões colocadas para esse fim, através das respostas dadas por este jovem, foi-nos possível dividir esta área temática, nas seguintes categorias: Relações familiares e Preocupações dos membros da família.

1.1) Relações Familiares

Tendo em conta os estudos patentes desta temática, mencionados na revisão de literatura, é possível compreender que alguns destes convergem na opinião de que um funcionamento familiar estável, coeso e estruturado constitui-se como um bom preditor da gestão metabólica (Conrad, & Gitelman, 2006; Hivey, Wright, & Dashiff, 2009; Luyckx, & Seiffge-Krenke, 2009; Silva et al., 2003). Deste modo, o objetivo desta categoria é apurar o tipo de relações familiares e averiguar se estas se constituem benéficas para o sujeito. É de notar ainda que, dentro destas relações, poderão ser discriminadas a relação com a mãe e a relação com pai, visto que o jovem fez esta distinção entre os pais.

1.1.1) Relação com a mãe

Quando questionado sobre o tipo de relação com os pais, o jovem, imediatamente, referiu-se à mãe, dizendo "*Olha… eu acho que a relação que eu tenho com a minha mãe é de demasiada proximidade…porque acho que ela é demasiado protetora*". Acrescentando ainda, *"Eu acho que sou o filho a quem ela dá mais atenção, devido à Diabetes, porque foi um bocado estranho... Na altura que me diagnosticaram, o meu irmão tinha acabado de nascer… foi para aí dois meses depois... e…então dedica-se mais a mim, por medo*.

Neste trecho da entrevista, podemos denotar que este jovem, ao percecionar superproteção, por parte da mãe, justificada pelo facto de ter diabetes, poderá, eventualmente, sentir um misto de desconforto e de culpabilidade. Por um lado, a superproteção da mãe poderá causar algum constrangimento ao próprio desenvolvimento do sujeito, inibindo a sua autonomização que, seria própria desta faixa etária (Butler et al., 2008). Por outro, o jovem ao sentir que a mãe tem medo, poderá ter algum receio de se afastar, procurando, assim, não exponenciar a ansiedade ou o medo materno. Havendo a possibilidade de existir esta ambiguidade de sentimentos, o jovem poderá deparar-se com alguns conflitos internos que poderão causar alguma inquietação pouco benéfica para a própria gestão da doença.

No entanto, é necessário ter em consideração que para a própria mãe,

o processo de aceitação e adaptação à doença poderá não ter sido fácil. Lidar com uma doença crónica de um filho implica alguns reajustes na própria vivência familiar. De acordo com Burd (2006) é comum que, a dor provocada pela doença de um filho, possa gerar um sentimento de superproteção, por parte dos pais, fazendo com que o filho tenha mais dificuldades em tornar-se independente e seguir em rumo da fase adulta.

Repara-se, ainda, que o jovem menciona que foi o filho a quem a mãe deu mais atenção. Este sentimento poderá constituir-se como uma gratificação narcísica, isto é, poderá estar aqui implícita alguma satisfação, por se sentir mais "especial". Porém, o jovem atribui à diabetes, a razão pela qual lhe é prestada mais atenção. Neste sentido, poderá estar aqui subjacente a teoria dos "ganhos secundários", onde se tira proveito de algo que é, *a priori*, mau (Burd, 2006). Contudo, ao aperceber-se de tal diferenciação, o jovem, também, poderá ter algum sentimento de culpa face ao irmão, como se, no fundo, a diabetes lhe tivesse roubado algum "protagonismo" (Burd, 2006). E se, por ventura, assim for, o jovem poderá estar a vivenciar algum conflito interno.

1.1.2) Relação com o pai

Em contraste, à relação próxima com a mãe, parece existir um certo afastamento entre o jovem e o pai. No entanto, ressalva-se que o jovem faz referência ao facto de sentir que o pai está lá para ele, caso necessite. *"...a minha relação com o meu pai é mais afastada. Eu não converso tanto com ele, mas sei que ele está sempre lá para mim".*

O jovem justifica o afastamento do pai, pelas características da sua própria personalidade : "*O meu pai é mesmo de poucas palavras, mesmo quando está em casa com a família, ele é muito "low profile".* Assim, também parece que o jovem tenta, de certo modo, desculpabilizar o pai, referindo ainda: "*Mas sinto que há um afastamento entre ambas as partes, e não é que eu não tenha vontade de falar com ele… Porque, às vezes, ligo-lhe e digo "Oh pai quero falar contigo", mas ele não sente tanta necessidade de falar comigo, como tem a minha mãe…"* Neste trecho constata-se que o jovem apresentou um tom de voz mais triste, podendo evidenciar algum constrangimento.

... Mas também a minha mãe vai transmitindo tudo, portanto…e ele depois também acompanha o que eu faço, também vê o meu facebook (sorriu)…"

O jovem faz, assim, referência à relação mais distante com o pai. Porém, poderá estar implícita uma tentativa de o desculpabilizar, referindo que ele é mesmo assim e que, para além disso, a mãe transmite a informação toda. O jovem ressalva, ainda, a ideia que o pai o acompanha, até mesmo pelo *facebook*, o que lhe, de certa forma, parece tranquilizá-lo.

Deste modo, poderá estar aqui implícita uma certa tristeza por este afastamento, denotado pelo tom de voz, bem como pelos próprios avanços e recuos, quando este tenta arranjar justificações racionais, para tal facto acontecer.

Tendo em consideração a relação próxima com a mãe e a relação afastada com o pai, poderá estar implícita uma triangulação mal estabelecida. Isto é, falhas na integração das figuras objetais (pais), não havendo uma capacidade de síntese e de interiorização dos pais no seu mundo interno, visto que parece existir uma "clivagem", ou separação, destas duas pessoas (Sá, 2009).

Tal distinção tão marcada na relação com os pais poderá provocar alguns constrangimentos à própria dinâmica familiar e, por conseguinte, ao próprio desenvolvimento pessoal deste jovem.

1.2) Preocupações Familiares

1.2.1) Preocupações do próprio jovem com diabetes

Para além do tipo de relação entre o jovem e os pais, o jovem também mencionou as preocupações relativas aos mesmos.

"Depois há uma questão que me preocupa e que fico com um pouco de remorsos, que foi o facto de eu ter ido para Lisboa e sei que eles estão a ficar mais velhos e o curso natural da vida é que as coisas terminem… e eu tenho receio de não estar cá nos momentos decisivos, porque eles já me deram tanto e não quero ser eu a passar por ingrato".

Aqui denota-se, uma certa culpabilidade pelo afastamento dos pais, por medo que lhes possa acontecer alguma coisa. Ora, se esta etapa é caracterizada pela luta da independência e da autonomia, parece que este jovem se encontra numa espécie de "luta" contra si próprio. Por um lado, poderá estar ciente da necessidade de afastamento, para a promoção do desenvolvimento da sua autonomia, mas, por outro, tem receio de estar a por em causa, o relacionamento com os pais. Assim, o jovem poderá estar a vivenciar algum tipo de conflito interno, que poderá ser um promotor de angústia.

1.2.2) Preocupações da mãe

Para além das preocupações do próprio jovem relativamente ao afastamento dos pais, parece que este perceciona uma certa preocupação, por parte da mãe.

"Isto verificou-se muito desde que fui estudar para Lisboa, porque lá passo mais tempo sozinho, e ela tem a necessidade de saber o que se passa. Não é falta de confiança, nem falta de autonomia, é mesmo preocupação! Ela tem medo que possa acontecer alguma coisa comigo…"

Aqui denota-se o reforço da preocupação no concerne ao distanciamento geográfico, sendo que esta mudança constitui um marco importante na vida do sujeito. De facto, de acordo com Anderson e Wolpert (2004), tal como já foi referido na revisão de literatura, o deslocamento geográfico e a distância dos membros da família podem trazer consequências negativas no controlo da doença, pois tratam-se de mudanças que vêm

alterar as rotinas e os hábitos do jovem. Para além disso, realça-se, novamente, a questão da superproteção da mãe, que poderá trazer dificuldades ao processo de autonomização do jovem.

Em suma, parece existir, ainda que de forma, mais ou menos dissimulada, algumas questões familiares que poderão prejudicar o desenvolvimento pessoal do próprio sujeito, nomeadamente a superproteção por parte da mãe que, de certa forma, constitui um obstáculo ao crescimento do jovem adulto, e o afastamento relacional com o pai, que poderá estar a gerar algum sentimento de tristeza, um tanto ou quanto, mal elaborada.

2) Adaptação à doença

O processo de adaptação à doença crónica, nomeadamente à Diabetes tipo 1, impõe inúmeros desafios: lidar com a dor física, ter cuidado com a alimentação, administrar insulina várias vezes ao dia, ir regularmente ao médico para verificar o controlo metabólico, o ter que passar, muitas vezes, por episódios de hipoglicemia e ainda, ter a capacidade de autocontrolo, por forma a reduzir as complicações associadas à doença (Kiviruusu, Huurre & Aro, 2007).

Neste sentido, esta área temática tem como objetivo averiguar junto do jovem com diabetes, como é que reagiu ao diagnóstico, quais é que foram os principais esforços e as principais mudanças para conseguir lidar com esta doença e ainda qual o impacto que esta teve na vida do sujeito. Assim, realça-se nesta área temática as seguintes categorias: Diagnóstico, Principais mudanças, Principais esforços para a adaptação à doença, Perceção sobre a doença e Episódios de Hipoglicémia.

2.1) Diagnóstico

O momento em que é estabelecido o diagnóstico de uma doença crónica é um marco relevante na história de um sujeito (Burd, 2006). Como tal, esta categoria contém uma subcategoria que diz respeito ao modo como este jovem reagiu à doença.

2.1.1) Reação ao diagnóstico

Este jovem, diagnosticado com diabetes do tipo 1, aos oito anos de idade, refere que, apesar de não se recordar muito bem da sua infância, lembra-se de muitos pormenores relacionados com a tomada de conhecimento da doença, referindo: "*…desse dia lembro-me de tudo. Aliás, lembro-me da semana, das pessoas, de tudo mesmo.. Eu não percebi o que era. Lembro-me de me dizerem " Ah agora és diabético e não podes comer coisas com açúcar". Pronto… fiquei internado uma semana, mas saí de lá com muitos mitos na cabeça… enfim… era a terapêutica na altura!"*

Apesar do jovem falar disto com uma ligeireza aparente, não custa imaginar as dificuldades de estar internado aos oito anos, sem compreender bem em que consistia o diagnóstico e quais as suas exigências e complicações a ele associadas. Se atendermos às considerações de Sá (2009)

a propósito de adaptações imediata e aparentemente muito bem sucedidas a circunstâncias muito difíceis (se é isto que ele sustenta), esta aparente resiliência a que jovem se refere dizendo: "*Mas pronto, também acho que nessa fase dos 8 anos, nós somos um bocado resilientes e acabamos por aceitar as coisas*", ainda que possa ser vista como uma estratégia adaptativa bem sucedida face ao sofrimento, poderá não ser mais do que um obstáculo à integração mental da doença, fazendo com que este jovem em vez de reagir, como poderia ser expectável, ao expressar a sua raiva e tristeza, manifeste uma "aparente aceitação".

2.2) Principais mudanças

Após a tomada de conhecimento desta doença crónica, tal como já foi anteriormente explanado, o sujeito com diabetes terá de inserir um conjunto de atividades na sua rotina diária, como a monotorização da glicose e a administração de insulina. Tais rotinas poderão provocar mudanças significativas no estilo de vida do sujeito com diabetes (Pacaud et al., 2007).

Assim, o objetivo desta categoria é apurar as principais mudanças sentidas pelo jovem, após o diagnóstico da doença.

2.2.1) Administração de insulina

O jovem com diabetes referiu que a principal mudança, após a tomada de conhecimento da diabetes, foi o facto de ter que administrar insulina *("Eu acho que foi mesmo a administração da insulina, acho que era o mais complicado no início").* O jovem aproveitou, ainda, para se expressar, dizendo "*Houve uma vez que eu fiquei sozinho em casa, tinha eu 10 anos, e tive de ser eu a dar, e foi complicado o ter que enfiar agulhas em mim próprio, pela primeira vez…"*

De facto, não será difícil imaginar o quão complicado deverá ser para uma criança com apenas dez anos, ter que fazer uma administração subcutânea de insulina sozinho, sendo que, até à data, teria a ajuda da mãe.

Porém, o jovem referiu que pior do que se autoadministrar, ainda numa idade tão precoce, foi o facto de ter de o fazer à frente dos colegas de escola *("O pior foi quando eu fui ao médico, e ele disse que também teria de levar insulina nas horas das refeições. Saí de lá a chorar, porque teria de dar injeções na escola, à frente dos meus colegas. Apesar de toda a gente na escola saber que era diabético, desde o início, mas o simples facto de teres que dar insulina à frente das outras pessoas, choca um bocado naquelas idades, não é?")*

Neste sentido, denota-se que o jovem, aquando os seus dez anos, poderá ter experienciado algum medo do estigma que não é pouco comum nos portadores de uma doença desta natureza. De acordo com Chatzi e colaboradores (2009), o jovem com receio de ser estigmatizado, tenderá a procurar isolar-se do meio social, evitando um contacto pessoal próximo com outras pessoas.

Tal medo pode ter sido um promotor de distanciamento social, por

parte deste jovem, fazendo com que este tivesse tido algumas dificuldades em fazer amizades, ou em estabelecer um contato mais próximo e mais íntimo com outras pessoas.

2.3) Principais esforços para a adaptação à doença

Em virtude do que já foi descrito na revisão de literatura, o controlo da diabetes é algo complexo, que envolve um conjunto de tarefas diárias, por vezes, difíceis de gerir (Kiviruusu, Huurre & Aro, 2007).

Deste modo, esta categoria destina-se à compreensão dos principais esforços inerentes à própria gestão da doença, salientando-se como primordial a "manutenção do controlo da doença".

2.3.1) Manutenção do controlo da doença

Para uma otimização do controlo metabólico, os sujeitos com diabetes terão de ter uma boa capacidade de autogestão e de autocontrolo (Spencer, Cooper & Milton, 2010). Neste sentido, o jovem faz referência de que a sua principal dificuldade é manter o foco no controlo da doença ("*…Acho que passa muito por quereres mudar o teu " mindset" e dizeres " Agora vou-me controlar" e consegues controlar, de facto, durante duas semanas, mas há sempre qualquer coisinha que impede: ou é o trabalho, ou mudar de casa, há sempre alguma coisa que te faz sair da rotina e depois vão os planos todos à vida").*

Neste contexo, o jovem refere que: "há sempre qualquer coisa que impede". A estas dificuldades de autocontrolo não será, porventura, alheia a fase desenvolvimental em que se encontra, caraterizada por alguma instabilidade (Lancaster, 2010). De facto, para um jovem adulto com diabetes- para além de ter de lidar com todas as tarefas desenvolvimentais próprias desta etapa de vida, onde tudo parece incerto e indefinido- tem de gerir uma doença crónica, por forma a não comprometer o seu estado de saúde. Neste contexto, o facto de haver tantos acontecimento a ocorrer em simultâneo (como o mudar de casa ou de trabalho), não deixa de ser um fator desestabilizador à própria gestão da doença. Esta instabilidade pode contribuir, então, para um pior controlo metabólico, aumentando assim, o risco de desenvolvimento de complicações médicas associadas.

Assim, não será demais reforçar que esta poderá ser, de facto, uma etapa exposta a maiores vulnerabilidades que, se não forem tidas em consideração, poderão trazer repercussões muito negativas à saúde geral do jovem com diabetes.

2.4) Perceção sobre a doença

Esta categoria decorre da tentativa de compreender o modo como o sujeito encara a doença e qual o impacto desta nos projetos de vida do jovem com diabetes.

2.4.1) Impacto da doença nos projetos de vida

O jovem adulto elucida-nos para o facto da diabetes, associada a uma maior proteção familiar, ter sido um impedimento para a realização de algumas atividades. ("*Eu acho que na altura foi uma barreira para algumas coisas que poderia ter feito e não fiz… por proteção familiar, por exemplo, gostava de ter ido para os escoteiros ou para o judo, mas houve alguma tentativa de me proteger e evitar que eu me pudesse magoar, pois quando se magoa, o efeito em nós (diabéticos) pode ser maior").*

Repara-se, novamente, na questão da proteção familiar, comum aos pais de doentes crónicos, que parecem corroborar, de algum modo, o facto de se constituírem como fatores inibidores ao desenvolvimento e autonomização do jovem, com medo que lhes possa acontecer alguma coisa. No entanto, é necessário frisar que o jovem ao dizer que: " *a um dada altura a minha família consciencializou-se que não havia barreira nenhuma e a partir daí dessa fase, as coisas já têm sido diferentes",* demonstra que perceciona melhorias.

2.5) Episódios de Hipoglicemia e Hiperglicemia

As hipoglicemias e as hiperglicemias podem ocorrer frequentemente em sujeitos com diabetes (Sperling, 1996). Neste sentido, houve uma tentativa de compreender o modo como estes episódios afetam o sujeito com diabetes.

2.5.1) Hipoglicémias

Contrariamente às hiperglicémias, que parecem não afetar muito o jovem em estudo, as hipoglicémias tendem a causar alguma preocupação devido à falta de controlo que estas provocam no próprio sujeito *("A minha maior preocupação é mesmo as hipoglicemias, e tem a ver, sobretudo, com o facto de eu perder o controlo sobre mim próprio").*

O jovem contou um episódio em que estaria num centro comercial e vivenciou uma baixa de açúcar, de tal forma, que lhe provocou desorientação no espaço *("Estava no Continente e os corredores pareciam-me todos iguais e eu já não me lembrava como é que se saía de lá, mas bastava ir a uma prateleira buscar alguma coisa para comer que aquilo passava, mas estás a ver a falta de controlo? Acho que foi o episódio mais triste de baixa de açúcar que me deu").*

De acordo com Andrade (2014), os episódios de hipoglicémia podem prejudicar seriamente a sensação de bem-estar do jovem com diabetes. Para além dos efeitos físicos das baixas de açúcar que se poderão manifestar, por exemplo, através de tonturas ou desmaios, poderá estar presente algum receio de que esses episódios ocorram.

Quando questionado se estaria sozinho, o jovem respondeu *" Sim, estava sozinho. Na altura liguei à minha ex-namorada, mas ela não me atendeu. Entretanto liguei a uma amiga minha, já a chorar muito e cheio de vergonha, porque é uma coisa que não me sinto bem em fazer em pedir para ela me ir buscar, mas tive medo de andar de transportes públicos e ficar desorientado outra vez. Foi a primeira vez em que eu me senti realmente*

sozinho!"

Dado o exposto, podemos denotar dois aspetos: em primeiro lugar, o medo do jovem perder o controlo, que poderá decorrer de um episódio de hipoglicémia. Tal como podemos imaginar, este medo, ao estar presente, poderá ser um promovedor de angústia. Em segundo lugar, conta-se o medo de estar sozinho, caso um episódio deste género aconteça. Estes dois fatores somados poderão condensar-se numa espécie de fantasma persecutório ou medo difuso, mas omnipresente de que, a qualquer momento, possa ter um episódio de hipoglicémia e, por essa via, perder o controlo sobre si próprio. Tais medos (ou fantasmas) poderão, então, resultar numa angústia que se considerará desfavorável, não só à saúde mental, como também à saúde física.

3) Autoconceito

O autoconceito diz respeito à perceção que o sujeito tem de si (Vaz Serra, 1988). Como tal, esta área temática surge da necessidade de compreender como é que o jovem se vê a si próprio, se apresenta satisfação pessoal, como é que perceciona a opinião dos outros, relativamente a ele próprio e, ainda, qual o tipo de relação que este tem com o seu corpo e, se a diabetes, teve impacto nesta questão.

Deste modo, é de salientar as seguintes categorias, inseridas nesta área temática: Perceção do sujeito sobre si e Relação com o corpo.

3.1) Perceção do sujeito sobre si

De acordo com Luyckx e Seiffge-Krenke (2009), tal como já foi suprarreferido, a perceção que o sujeito tem de si próprio pode influenciar o modo como o jovem controla a diabetes. Assim, quanto mais satisfatória for a autoperceção, melhor tenderá a ser a gestão da doença.

3.1.1) Características Pessoais

Neste caso em particular, quando foi pedido ao jovem para falar um pouco sobre si, ele referiu-se primeiramente ao facto de achar que é um tipo de pessoa difícil de lidar, por ser demasiado direto ("*eu acho que sou um tipo de pessoa um bocado difícil de lidar porque sou muito direto naquilo que digo e na forma como digo as coisa")*. O jovem refere ainda que é uma pessoa lutadora e um pouco solitária ("*sou lutador e a maior prova é que consegui fazer o curso, e desde que o acabei, nunca tive um único dia sem trabalhar… também porque acho que os meus pais já me deram o que tinham a dar e está na altura de eu seguir com o meu percurso. Sou uma pessoa solitária por natureza").*

O jovem menciona que o motivo que o leva a ser um pouco solitário prende-se com o facto de depositar demasiadas expetativas nas pessoas e, depois, acaba por se dececionar *("…Mas acho que sou assim porque ponho*

uma fasquia demasiado alta nas pessoas e acabo por me dececionar um bocado…"). No entanto, refere que tem "bons amigos, poucos, mas bons…", sendo um isto um ponto positivo na vida deste jovem.

Poderá denotar-se, deste modo, uma eventual dificuldade em estabelecer relações interpessoais, através da procura do isolamento social, ainda que o jovem possua amigos. Assim, este relativo isolamento social poderá constituir um problema no que toca ao estabelecimento de relações mais profundas.

3.2) Relação com o corpo

3.2.1) Impacto da Diabetes

De acordo com Joode (1976), é comum as crianças e os jovens com diabetes apresentarem distúrbios ou atrasos no desenvolvimento físico.

Indo um pouco de encontro a esta constatação, o jovem menciona que: " *porque… aqui a Diabetes teve impacto, e eu não posso dizer que não. O facto de eu ter tido Diabetes numa fase tão precoce, fez com que eu tivesse alguns atrasos no crescimento, porque à medida que fui crescendo, sempre tive a sensação que todos estavam a crescer mais depressa do que eu. Agora já não acho tanto isso, se calhar cada um tem o seu ritmo".*

Ainda o mesmo autor, refere que tais desenvolvimentos tardios poderão provocar sentimentos de inferioridade e de baixa autoestima, sendo, por isso, um fator promotor de sensação de inadequação ao contexto social.

4) Relações interpessoais

Tal como já foi previamente mencionado, Debono e Cachia (2007) referem que os jovens com diabetes tendem a afastar-se um pouco do envolvimento social, devido ao facto de, muitas vezes, se sentirem diferentes e pouco apoiados.

Assim, esta área temática procura perceber até que ponto o jovem se sente apoiado pelo seu grupo de pares.

4.1) Amigos/ Grupo de pares

De acordo com os constructos teóricos anteriormente explanados, constata-se que os amigos também terão um papel fundamental na gestão da doença. Assim, nesta categoria, pretende-se averiguar se este jovem sente que é apoiado pelo seu grupo de pares.

4.1.1) Apoio/Suporte

Quando questionado sobre a perceção de apoio, por parte dos amigos, o jovem diz: *"Sim, eles até brincam com a situação e dizem: " Nunca vi um diabético comer tantos doces". Nunca senti que eles se sentissem*

incomodados com isso. Se for preciso, injeto a insulina à frente deles".

Contrariamente a muitos jovens, que parecem esconder a sua condição física, este parece não manifestar problemas em assumir a sua doença, facto que se constitui num bom preditor para o controlo metabólico.

No entanto, o jovem faz alusão às dificuldades que lhe foram surgindo ao longo da infância e da adolescência, dizendo "*E digo isto porque na escola os meus colegas gozavam comigo, do género, estávamos todos a brincar e viravam-se para mim e diziam " Tu não estás bem, vai tomar insulina!" ... isto é cruel, não é?!*

Neste trecho da entrevista foi possível denotar um olhar triste e, ao mesmo tempo, indignado, com o que lhe aconteceu.O jovem acrescentou ainda: *"E eu na altura respondia "Vamos ver quem é que precisa de insulina!", e eu vazava a insulina em cima deles… depois eles diziam "Ahh isso cheira mal!" E eu dizia "Agora cheiras tu, mal!". Mas pronto… atualmente eu não sinto nada disso, e toda a gente sabe que eu sou diabético, nem faço questão de esconder".*

De facto, poderemos imaginar que tais acontecimentos poderão ser fatores desestabilizadores no próprio desenvolvimento do jovem, podendo ser considerados como uma espécie de promotores do afastamento social, prejudicando o estabelecimento de relações de confiança.

5) Meio académico/ laboral

Todos os processos de transição acabam por ser um pouco desestabilizadores do controlo metabólico, visto que comportam mudanças a vários níveis.

Neste sentido, esta categoria resulta de uma tentativa de compreensão das dificuldades que o jovem poderá ter ao transitar da escola, junto do seu meio familiar, para uma faculdade, longe da sua terra natal.

5.1) Faculdade

5.1.1) Adaptação à Faculdade

De acordo com Anderson e Wolpert (2004), a entrada no ensino superior e a saída da casa dos pais, poderão causar um conjunto de alterações e distrações que, de certa forma, poderão comprometer a gestão da diabetes.

Este jovem refere que a adaptação à faculdade foi difícil, pelo facto de se ter que deslocar para uma cidade onde não conhecia ninguém *"Não vou mentir, os primeiros meses de faculdade foram horríveis! Tive que me adaptar a muita coisa, não conhecia quase ninguém, mas pronto depois fui crescendo, aprendendo e conhecendo novas pessoas, e gostei muito"*.

A transição representou, para este jovem, mudanças muito significativas. A adaptação ao tipo de ensino da Universidade, junta-se a a adaptação a uma nova cidade (a muitas centenas de Kms de oceano da resistência da família), a novos colegas e, não menos importante, ao facto de

passar a viver sozinho, sem a supervisão direta dos pais.

6) Sono

Sendo que os distúrbios do sono poderão ser um sinal do bem-estar psicológico das pessoas, pode ser considerado interessante ter em consideração a vida onírica do jovem. Neste sentido, destaca-se a categoria: Sonhos.

6.1) Sonhos

A propósito dos sonhos, o jovem refere *"Sim, às vezes, mas nunca consigo perceber de onde é que eles vêm. Sei que sonho, mas nunca me lembro daquilo que sonhei"*. De acordo com Sami-Ali (2001), a não recordação dos sonhos e a ausência de associações sobre os mesmos parece associar-se a uma inibição do imaginário. Já Sá (2009) sustenta que a inibição do sonho será secundária à contenção da agressividade. Assim, o jovem ao não expressar a sua agressividade face aos acontecimentos de vida, nomeadamente, ao diagnóstico de diabetes, adota um mecanismo de defesa de repressão. Este processo repressor poderá, eventualmente, desencadear um conjunto de processos psicopatológicos, endócrino e imunitários, que poderão contribuir para uma progressão mais desfavorável de uma doença desta natureza.

Neste texto, poder-se-á equacionar a hipótese de o jovem evidenciar alguma tendência para a inibição do imaginário e da agressividade.

4.2- Resultados obtidos na prova projetiva Rorschach

Num primeiro momento, procedeu-se à cotação do Rorschach, de acordo com o sistema francês de classificação e cotação[6] de Cécile Beizamann (1966).

Após a cotação das respostas e da construção do respetivo psicograma (c.f anexo) será feita, então, uma análise de natureza qualitativa. Para o efeito, recorreu-se aos manuais de Adrados (1973), Chabert (2000), Raush de Traunberger (1970) e Rausch de Traunberger e Boizou (1999).

De acordo com os mesmos autores, é possível dividir a sua interpretação em quatro dimensões: os traços salientes; o estudo dos fatores intelectuais, o nível de socialização do sujeito e o estudo da dinâmica afetiva.

1- Traços Salientes

Ao ter em consideração o número de respostas dadas pelo jovem (25), verifica-se que estas se encontram dentro do intervalo normativo (20-30), o que poderá ser um indicador de uma atividade intelectual satisfatória, não manifestando, à partida, algum tipo de inibição cognitiva (Traunberger, 1970).

No que diz respeito ao tempo de latência médio, isto é, o tempo entre a perceção do estímulo e a resposta dada pelo sujeito, denota-se que o seu valor (4’ 48) se encontra abaixo do intervalo normativo (8’ a 15’), evidenciando alguma impulsividade, por parte do mesmo, ao dar as respostas. No mesmo sentido, o tempo total da prova (6 min. 13’), ao situar-se abaixo da norma (20-40 min), de acordo com Adrados (1973), também poderá evidenciar impulsividade.

No que concerne aos modos de apreensão, constata-se que este jovem faz uma aproximação preferencialmente global (G). Nestes respostas G, em que o estímulo visual (ou a prancha) é apreendido como um todo, a percentagem correspondente (52%) situa-se acima do intervalo normativo (20-30) (Adrados, 1973). Este valor elevado poderá sugerir que este jovem adulto apresenta um pensamento condensado, bem como falta de exploração e fuga contra a fragmentação (Traunberger, 1970).

Contrariamente ao valor elevado de respostas de caráter global, verifica-se um valor baixo de respostas referentes aos grandes detalhes, isto é, respostas D, cuja percentagem é de 44%, podendo evidenciar falhas na socialização do sujeito. Facto que se associa à ausência de respostas banais (aquelas que são comuns e frequentes), que sugerem a falta de contacto com a realidade objetiva e social, ou algum tipo de desinvestimento a esse nível (Adrados, 1973).

A par disto, denota-se, também, o valor muito baixo de respostas de conteúdo humano, correspondendo a uma percentagem de 8%, em que o

[6] O sistema de cotação encontra-se no manual: *Livret de Cotation des Formes dans le Rorschach*, de Cécile Beizamanm (1966)

intervalo normativo se situa entre os 12% e os 18% (Adrados, 1973). Este facto poderá ser um indicador de falhas na identidade do próprio sujeito, bem como da identidade coletiva, isto é, o sujeito poderá se encontrar num registo muito formal, onde predomina uma abordagem mais objetiva ou factual da realidade, em detrimento do afeto, onde, ao mesmo tempo, parece permanecer um certo afastamento à realidade exterior (Traunberger, 1970).

Concomitantemente, ao averiguar o número de repostas formais de boa qualidade (F+%), constata-se que a percentagem de 28%, se encontra significativamente abaixo dos valores expectáveis (70-95%) (Adrados, 1973), reforçando a ideia supracitada de que o jovem apresenta um tipo de pensamento afastado da realidade exterior (Tranberger, 1970).

Deste modo, os baixos valores de respostas apreendidas pelo Detalhe, as poucas respostas de conteúdo humano, a ausência de banalidades, e a percentagem reduzida de respostas formais de boa qualidade, convergem na ideia de que este adulto emergente poderá apresentar dificuldades ao nível da estruturação da identidade, da leitura da realidade externa e do relacionamento interpessoal.

2- Estudo dos Fatores intelectuais

Tal como já foi referido, dado que o intervalo normativo de respostas dadas neste teste projetivo, se situa entre 20 a 30 (Adrados, 1973), verifica-se que o jovem, ao dar 25 respostas, manifesta, de certo modo, algum investimento cognitivo.

Ao ter em consideração a percentagem de F, que nos indica qual a atitude do sujeito face à realidade exterior (Traunberger & Boizou, 1999), verifica-se que o jovem se encontra no limiar inferior do intervalo normativo (50%-70%), com um valor percentual de 50. Deste modo, poderá existir uma certa complementaridade entre o recurso ao formal e ao intelectual, por um lado, e à subjetividade e à emoção, por outro.

Quanto ao valor de F+%, que nos indica, também, se o sujeito tem preocupações com o rigor do pensamento, e se este é adequado face à realidade externa (Traunberger, 1970), repare-se que este jovem adulto apresenta um valor muito abaixo do expectável. Assim, esta reduzida percentagem de 28%, sugere que o jovem faz uma aproximação pouco rigorosa à realidade, o que poderá contaminar a qualidade do seu pensamento e a forma como interpreta a realidade objetiva e relacional.

No que diz respeito às respostas K- aquelas que remetem para o movimento, denota-se que o jovem, ao dar duas respostas, poderá manifestar alguma capacidade criativa, bem como uma certa desinibição do mundo imaginário (Traunberger, 1970), cuja explanação poderá, todavia, ser condicionada pela aproximação pouco rigorosa à realidade de que parece fazer.

Ao associar o elevado valor de G (respostas globais) e o baixo valor de D (respostas detalhadas), constata-se que este sujeito poderá apresentar um pensamento, um tanto ou quanto, condensado, isto é, um pouco afastado da

realidade concreta (Traunberger, 1970) . Para além disso, o facto deste jovem não procurar a minúncia do detalhe, revela uma falta de exploração do meio que o envolve. Em aditamento, o facto do sujeito nunca ter rodado as pranchas, apesar de ter sido informado dessa possibilidade, e de ter respondido de forma impulsiva, também poderá evidenciar uma certa passividade nas suas funções cognitivas.

Neste contexto, face ao número de respostas e à criatividade que emana das respostas K, a atividade intelectual deste jovem não parece encontrar-se inibida ou contida. Todavia, estas competências poderão não estar a ser suficientemente expressas. Parece, de algum modo, fazer uma leitura pouco rigorosa da realidade o que, no limite, poderá condicionar a sua adaptação, compreensão e exploração do mundo exterior

3- Nível da Socialização do sujeito

No que concerne ao nível de socialização do sujeito, é possível ter em consideração a Socialização à superfície (aquela que o sujeito aparenta num primeiro contacto) e Socialização em profundidade (necessária para estabelecer relações profundas, mais pautadas pela proximidade emocional) (Traunberger, 1970).

Quanto à socialização à superfície, esta pode ser percebida através da percentagem de respostas de conteúdo animal (A%) e do número de respostas banais (Ban). A percentagem de respostas de conteúdo animal poderá ser um indicador da propensão para constituir atitudes associativas favoráveis à criação de esteriotipos (Traunberger, 1970). Na mesma linha, as respostas de conteúdo banal (Ban) remetem para a maneira como o sujeito concebe a realidade. Neste caso, o jovem apresenta 32% de respostas de conteúdo animal, encontrando-se dentro do valor normativo. No entanto, a ausência de respostas banais, poderá evidenciar alguma falta de contacto com a realidade objetiva e social, bem como desinteresse ou oposição sistematizada do meio social.

No que diz respeito à socialização em profundidade, é necessário ter em consideração diversos factores. Em primeiro lugar, ao observar o valor de D, verifica-se que este é baixo. Em segundo lugar, o valor baixo de F+%, muito abaxio dos valores normativos, poderá remeter para alguma dificuldade no contacto com a realidade. Também a percentagem de respostas de conteúdo humano (H), ao situar-se abaixo dos valores normativos, poderá remeter para a dificuldade do jovem em identificar-se com o outro

No entanto, a presença de repostas de movimento (K), bem como respostas de cor (C), sugerem que, apesar deste aparente afastamento do mundo coletivo, este jovem apresenta capacidades imaginativas e afectivas.

Assim, é possível inferir que apresenta fragilidades significativas ao nível da socialização, tanto à superfície, mas especialmente em profundidade, o que poderá remeter para a dificuldade em estabelecer e tolerar relações caraterizadas pela proximidade emocional.

4- Estudo da dinâmica afetiva do sujeito

Para falar da dinâmica afetiva do sujeito, é necessário ter em consideração a opinião do observador, no que diz respeito ao comportamento do primeiro durante a prova. Assim, é possível referir que o jovem em estudo apresentou-se de forma muito disponível, recetiva e educada.

Outro fator a ter em conta é o Tipo de Ressonância Íntima (T.R.I.), que consiste na relação entre as grandes cinestesias (K) e a soma ponderada das respostas cor (C). O T.R.I. é, portanto, aquilo que permite ao avaliador aceder ao mundo interno/externo do sujeito, percebendo qual o tipo de atitude que o sujeito avaliado tem para consigo e para com o mundo (Traunberger, 1970).

Neste caso em particular, o jovem apresenta um T.R.I. do tipo extroversivo misto, visto que apresenta um maior número de respostas de cor, ainda que tenha alguma expressão de cinestesia. Assim, os sujeitos com este tipo de ressonância são caracterizados pela sua impulsividade e excitabilidade, cuja utilização é frequentemente inadequada. Para além disso, falta-lhes perspetiva na apreciação da realidade objetiva, tornando-se, por vezes, instáveis.

Por forma a compreender melhor o funcionamento afetivo do sujeito, analisa-se, ainda, a fórmula complementar, que diz respeito à relação entre o número de pequenas cinestesias (K) e a soma ponderada das respostas de esbatimento (E) (Charbert, 2000). Deste modo, dada a ausência de respostas de esbatimento, a fórmula complementar é do tipo introversivo coartado, o que vai no sentido oposto do T.R.I. Neste sentido, se a relação aparente do sujeito com o mundo externo parece ser dominada pela extroversão, impulsividade e irritabilidade, a sua tendência interna parece ser dominada por maior inibição e introversão.

Quanto à percentagem de reatividade à cor (RC%), o jovem apresentou o valor de 32%, o que se encontra dentro do intervalo normativo (30-40) (Adrados, 1973), evidenciado o seu potencial afetivo.

Como fator de bom prognóstico destaca-se a ausência de angústia corporal primária, visto que o seu índice é nulo.

No entanto, é necessário referir que este jovem deu quatro respostas “Clob”, que são aquelas em que se verificam o choque claro-escuro da prancha, podendo ser um indício de angústia (Traunberger, 1970).

Ao analisarmos os conteúdos latentes e manifestos das pranchas, de acordo com o modelo de Rausch de Traunberg (1970), podemos denotar algumas particularidades interessantes.

A prancha I pode remeter para a relação com a mãe, nos seus aspetos positivos e/ou negativas, através de imagens de segurança ou de ameaça. Neste caso, jovem ao responder “Anjo” na primeira prancha, sendo este o símbolo de proteção, poderá evidenciar que a mãe, de alguma, tem a função protetora.

No que concerne à prancha IV, esta é marcada pela intensidade dos

negros e à sua dispersão. A configuração deste cartão apela a uma imagem de potência, de força, de dominação e de autoridade, daí, que possa remeter para a imagem paterna (Chabert, 2000). Neste caso, o jovem deu respostas, um tanto ou quanto, mórbidas. A título de exemplo, a resposta "morte", poderá, eventualmente simbolizar, uma espécie de apatia ou desistência da relação com o pai. O jovem ainda refere que esta é a prancha, que menos gosta, referindo que "é feia e desagradável…não gosto". Por aqui, podemos denotar que o jovem poderá ter experienciado alguma angústia ou algum desconforto, aquilo que se designa num Rorschach, um equivalente de choque.

Neste sentido, poderá supor-se que, atendendo ao conteúdo latente da prancha muito associado à relação com a figura paternal e com o supergo, e ao desagrado que esta imagem lhe despertou, poderá estar implícito algum constrangimento na relação com o pai.

Ainda nesta linha, quando questionado sobre a prancha que associava ao pai, o jovem respondeu: " É a prancha X, porque os elementos da imagem estão mais afastados, ainda que haja ligação entre eles", podendo evidenciar, deste modo, um certo afastamento entre os membros da família, mais especificamente, entre o próprio jovem e o seu pai.

Pelo contrário, quando questionado relativamente à prancha que associara à mãe, o jovem deu como resposta "É a IX, porque dá a sensação que está tudo junto, onde deveria estar…da terra e de pertença".

Assim poderá sugerir-se que existe uma clara distinção entre o tipo de relação com o pai (mais afastada) e com a mãe (mais próxima). Deste modo, ao apelarmos aos mecanismos de defesa, é possível pensarmos que podemos, por ventura, estar perante um mecanismo de Clivagem, visto que parece não existir uma integração dos pais, no mundo interno do sujeito. Isto é, denota-se uma clara separação, como uma espécie de fissura entre a relação com mãe e a relação com o pai.

4.3 Resultados obtidos no BSI

A análise de resultados do BSI realiza-se tendo em consideração as nove dimensões (Somatização, Obsessões-compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Hostilidade, Ansiedade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranoide, e Psicoticismo), o índice geral de sintomas, o total de sintomas positivos e o seu respetivo índice (Canavarro, 2007).

Para a primeira dimensão- Somatização, aquela que diz respeito à perceção de mal-estar físico (Canavarro, 2007), constata-se que o sujeito obteve um valor de .57. Este valor idêntico à média da população geral, pelo que se poderá concluir que não apresenta qualquer tipo de perturbação do foro somático, ao contrário do que poderia supor-se atendendo ao facto de ser uma doença crónica.

A dimensão "Obsessões-Compulsões", carateriza-se por cognições,

impulsos e comportamentos persistentes, em que o indivíduo não consegue resistir (Canavarro, 2007). O jovem obteve, nesta dimensão, um valor de 1.5, valor ligeiramente superior ao da população geral. Todavia, atendento a que a média é 1.290 e o desvio padrão é .878, conseguimos perceber que se encontra dentro do intervalo normativo, não apresentando, portanto, algum problema a este nível.

A sensibilidade interpessoal, de acordo com Canavarro (2007), remete para sentimentos de inadequação pessoal, em comparação às outras pessoas. O jovem pontuou um valor de 1.5, encontrando-se um pouco acima do valor médio (.958). Porém, tendo em conta que o desvio-padrão é de .727, e encontrando-se assim dentro do intervalo normativo (.958+.727=1.685), verifica-se que não se desvia dos valores expetáveis para a população sem perturbações desta natureza.

Na dimensão "Depressão", inclui-se sintomas como: falta de energia, motivação e interesse pela vida (Canavarro, 2007), foi obtido um resultado de .83. Sendo que a média é de 0.893 e o desvio-padrão de .722, denota-se que o jovem não manifesta sintomatologia depressiva.

A dimensão "Ansiedade", remete para sentimentos de nervosismo e de tensão (Canavarro, 2007). Nesta dimensão, o jovem pontuou .5, encontrando-se abaixo do valor médio (0.942), porém, encontra-se dentro do intervalo normativo (.942-.766), não revelando, à partida, sintomatologia ansiosa.

No que toca à "Hostilidade", de acordo com Canavarro (2007), esta dimensão inclui pensamentos, emoções e comportamentos de estado afetivo negativo da cólera. Nesta dimensão, o jovem encontra-se próximo do limiar superior do intervalo normativo (.894-1.678), com um valor de 1.4. Deste modo, ainda que se considere que a hostilidade se encontra dentro dos parâmetros normativos, constata-se uma maior aproximação à população com perturbações a este nível, do que propriamente à população em geral.

Ao analisarmos os itens pertencentes a esta dimensão, repara-se que o jovem assinalou com "Algumas vezes" a: "Aborrecer-se ou irritar-se facilmente" e a "Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém.

No que diz respeito à sétima dimensão: "Ansiedade Fóbica", em que é definida como a resposta de medo persistente que sendo irracional, conduz ao evitamento, o sujeito pontuou 1.4. Tendo em conta que o valor médio da população geral é de .418 e o desvio-padrão de .663, repara-se que o sujeito encontra-se significativamente acima do expectável para a população normal, inserindo-se no intervalo normativo das perturbações emocionais desta ordem (M=1.020 ± DP= .929). Ao verificar os itens inseridos nesta dimensão de sintomatologia, é possível denotar que o jovem respondeu com a frequência de "Algumas Vezes", nos seguintes itens: "Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro"; "Sentir-se mal no meio de multidões como lojas, cinemas ou assembleias" e "Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho". Deste modo, repara-se que tal ansiedade não se verifica em objetos específicos, mas sim, em determinadas circunstâncias em que a fuga possa ser difícil ou em que tenha que ficar sozinho, que lhe provocam uma certa angústia.

A “Ideação Paranoide” representa o comportamento paranoide que podem se manifestar para o pensamento projetivo, hostilidade, suspeição, grandiosidade, egocentrismo, medo da perda da autonomia e/ou delírios (Canavarro, 2007). Neste caso, o jovem aparenta estar dentro do expetável, com um valor de 1.2 (sendo que a média é de 1.063 e o desvio-padrão de 0.789).

Por último, o “Psicoticismo” é uma dimensão que fornece um contínuo graduado desde o isolamento interpessoal ligeiro à psicose manifesta. Este jovem pontou 1.2. O intervalo normativo para esta dimensão é de .054 a 1.282, pelo que é possível reparar que o jovem se encontra mesmo no limiar superior do intervalo, afastando-se um pouco da média da população geral e, por conseguinte, a aproximar-se mais da média da população que apresenta perturbações a este nível.

Nesta dimensão, o jovem assinalou com “Algumas vezes” aos itens: “Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas” e “A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si”.

Quanto ao índice geral de sintomas, o valor é de 1.11, pelo que se encontra dentro do intervalo normativo (.355-1.315), bem como no Índice de Sintomas Positivos (aqueles cuja pontuação é superior a 0). No entanto, ao verificar, ainda, o total de sintomas positivos , que são todas aquelas respostas assinaladas de “Poucas Vezes (1”) a” Muitíssimas Vezes (4)”, constata-se que o jovem pontuou 40, quando a média é de 26.993 e desvio padrão de 11.724, pelo que se pode afirmar que se encontra acima da normalidade. Isto é: apesar de ter sintomas de relativa baixa itensidade (ISP), parece ter mais sintomas do que o que seria expectável, atendendo aos valores médios apresentados pela população geral.

Em suma, a sintomatologia psicopatológica mais prevalente, neste jovem, encontra-se nas dimensões: Ansiedade Fóbica, Hostilidade e Psicoticismo, sendo que a primeira é a única que se encontra fora dos padrões da população portuguesa, em geral.

Tabela 1- síntese dos principais resultados obtidos através da entrevista, do Rorschach e do B.S.I

Pontos de relevo da Entrevista	- Superproteção por parte da mãe; - Relação mais afastada com o pai; - Aparente resiliência face ao diagnóstico; - Numa fase inicial, o medo de autoadministrar insulina; - Medo de perder o controlo e de estar sozinho, aquando dos episódios de hipoglicémia; - Humilhações por parte dos colegas de escola; - Necessidade de isolamento social;

	- Descreve-se como solitário, direto e lutador; - Período difícil de adaptação à faculdade - Não se recorda dos sonhos
Pontos de relevo do Rorschach	- Nível intelectual satisfatório; - Fragilidades no estabelecimento de relações interpessoais; - Apresenta alguma instabilidade, oscilando entre a contenção emocional e a impulsividade. - Reforço da proximidade e proteção da mãe em detrimento da relação afastada com o pai;
Resultados do BSI	- Apresenta Ansiedade Fóbica; -Pontua elevados níveis de Hostilidade e de Psicoticismo

V - Discussão

No presente capítulo pretende-se estabelecer uma articulação entre os resultados obtidos, provenientes de três fontes de dados (entrevista, Rorschach e BSI), e a teoria existente relativa ao tema em estudo. Para além disso, serão realizadas propostas de hipóteses explicativas para os dados encontrados. Assim, proceder-se-á à discussão de acordo com os fenómenos psicológicos inerentes à diabetes, tomando em consideração a faixa etária dos jovens adultos.

Em primeiro lugar, convém relembrar que a diabetes é uma doença que pela sua cronicidade e constantes exigências impostas aos seus portadores, causa um grande impacto nas diversas áreas de vida do sujeito (Whittmore & Guo- Ping He, 2011).

O impacto da doença pode ser muito significativo em qualquer fase do desenvolvimento, interagindo com os desafios desenvolvimentais de cada etapa. No jovem adulto, o estilo de vida marcado, com frequência, pelas mudanças e transições, o risco do aumento de vulnerabilidades psicológicas poderá ser acrescido. Estas potenciais vulnerabilidades psicológicas, agudizadas pela doença poderão resultar em complicações médicas preocupantes (Pacaud et al., 2007; Doherty, et al., 2007).

O caso do jovem deste estudo, parece, neste contexto, ser elucidativo dos constrangimentos transversais a várias dimensões da sua vida, que a vivência da diabetes pode acarretar.

De acordo com dados recolhidos na entrevista, parece que a diabetes provocou uma maior proximidade com a mãe. Tal proximidade que, poderia parecer, *a priori*, benéfica, parece estar entroncada numa superproteção constante e no domínio de um "*medo que possa acontecer alguma coisa"*.

Chamemos a este medo de fantasma. Este fantasma poderá, eventualmente, estar presente tanto na mãe como no jovem com diabetes, proporcionando uma espécie de união, numa tentativa de colmatar mutuamente a angústia que poderá estar implícita nestes dois membros da família. Podemos, assim, estar perante uma mãe, que ao ter conhecimento de que o seu filho, com apenas oito anos, possui uma doença crónica, compreensivelmente, tenha adotado comportamentos de hipervigilância e de superproteção. Tais comportamentos poderão ser decorrentes de um fantasma de que algo de mau possa acontecer ao seu filho, ou, indo mais além, de um fantasma de que o possa perder. Por outro lado, esta angústia materna, poderá ser um fator potenciador de angústia no filho. Num registo hipotético é, como se no fundo, o jovem pudesse pensar assim: *" Se a minha mãe está sempre tão preocupada comigo, é porque a minha situação é mesmo grave!"* Para além disso, tal como já foi referido na revisão bibliográfica, os jovens adultos encontram-se numa fase de busca da independência e de autonomização (Doherty, et al., 2007; Lancaster, 2010). Este jovem ao referir "*a minha relação com a minha mãe é de demasiada proximidade",* (repare-se na conotação "demasiada") poderá, eventualmente, evidenciar algum desconforto ou constrangimento. Ao somar-se a isto, uma das preocupações do jovem é estar numa cidade do continente, longe dos pais. Ora, parece-nos que estamos aqui perante outro fantasma. O fantasma que possa acontecer algo aos pais e o jovem não estar presente. Tudo parece passar-se como se ambos, mãe e filho, se vissem a braços com um fantasma - difuso, mas constante - de perda do outro. Tudo parece passar-se – podemos equacionar meramente enquanto hipótese - como se esse fantasma contribuísse para a limitação da autonomização que o jovem tanto anseia, por um lado, mas tanto parece recear por outro.

O jovem na entrevista acrescentou ainda *" Os meus pais já me deram tanto e eu não quero passar por ingrato".* Neste contexto, também poderá denotar-se um certo sentimento de culpa por se afastar dos pais. Caso esta hipótese seja válida, o jovem poderá estar, então, a vivenciar um conflito interno gerador de algum mal-estar emocional.

Contrariamente à relação próxima com a mãe, o jovem refere que a relação com o pai é mais afastada. Ao verificar as respostas no Rorschach, repara-se, também, que o jovem associa a imagem paterna à prancha X, atribuindo a justificação de que os elementos da imagem encontram-se afastados entre si. Assim, podemos denotar um reforço deste afastamento com o pai. Para além disso, na prancha IV (aquela que remete para a imago paterna) (Traunberger, 1970), o jovem apresentou respostas que revelam uma certa angústia, como por exemplo, a resposta "morte". Esta resposta poderá simbolizar um certo desinvestimento da relação com o pai. Contudo, não parece estar claro se é o pai que adota essa postura de apatia ou passividade, ou se, é a relação entre pai e filho que parece estar "desvanecida". Na prancha I – aquela que remete para a figura materna (Traunberger, 1970), - a respota do jovem foi "anjo", sendo este o símbolo da proteção. Para além disso, quando questionado sobre a prancha que associara à mãe, o jovem respondeu "IX", pelo facto de esta sugerir o sentimento de pertença.

Deste modo, o Rorschach parece corroborar, de uma certa forma, que existem claras diferenças entre o tipo de relação com os pais, onde

parece permanecer uma clivagem das figuras objetais, no mundo interno do sujeito.

No que concerne à socialização, parece que este também apresenta algumas fragilidades. Tendo em consideração as respostas dadas na entrevista, o jovem refere que é uma pessoa "solitária por natureza". Refere, também, não ter nenhum melhor amigo. Para além disso, o jovem mencionou que durante a sua infância e adolescência foi alvo de alguma humilhação, por parte dos colegas de escola, devido ao facto de ser diabético. Como se pode imaginar, para além do jovem ter que viver com uma doença crónica, somando-se ao facto de ter percecionado algumas humilhações é, de certo modo, compreensível que este crie uma espécie de barreiras que impõe um distanciamento aos demais sujeitos. Tais fatores, em conjunto, poderão ter contribuído, significativamente, para as fragilidades no contacto mais próximo que parece evidenciar. De forma consonante, a análise do Rorschach denota que este jovem aparenta ter problemas ao nível de socialização, quer à superfície, quer em profundidade. Isto quererá dizer que as competências sociais deste jovem parecem ficar um pouco aquém do expetável. A análise do BSI, permite constatar que o jovem ponta altos níveis de Hostilidade e de Psicoticisimo, pelo que poderá supor-se que o estabelecimento de laços e vínculos profundos com outras pessoas, ao demonstrar hostilidade e falta de empatia, se torne num processo pautado por alguma dificuldade.

Deste modo, atendendo ao facto do sujeito possuir uma doença crónica, se ter sentido, em algumas circunstâncias, alvo de estigmatização, apresentar dificuldades na socialização (visíveis na entrevista e no Rorschach) e níveis elevados de Hostilidade e Psicoticismo no BSI, poderá pensar-se, enquanto hipótese compreensiva, que este jovem se carateriza por um "silenciamento emocional" ou, dito por outro modo, *defesas obsessivas*", Sá (2009) em detrimento de uma agressividade manifesta. Isto é, seria natural que o jovem ao ter consciência que possui uma doença crónica, somando ao facto de ter sentido uma certa estigmatização por ser diabético, expressasse alguma revolta e agressividade. Tal não se verifica. Assim, a inibição das respostas agressivas poderá transformá-las em violência contida (Sá, 2009). Esta violência contida poderá justificar a elevada pontuação de hostilidade e de psicoticismo no BSI. Recorrendo novamente às respostas dadas na entrevista, o facto do jovem se assumir como: ("*eu acho que sou um tipo de pessoa um bocado difícil de lidar porque sou muito direto naquilo que digo e na forma como digo as coisa")*, poderá evidenciar, deste modo, uma eventual hostilidade. Em aditamento a este fator, poderá ter-se em consideração o facto do jovem ter referido na entrevista que não se recorda dos sonhos. Assim, tal como já foi previamente explanado, o facto do sujeito não se recordar dos sonhos, poderá ser, também, uma das consequências da contenção agressiva (Sá, 2009).

Concomitantemente a estes aspetos, repara-se na reação do sujeito aquando o diagnóstico *("…acho que aos 8 anos acabamos por ser um bocado resilientes").* Aquilo que, num primeiro momento, poderá ser interpretado como resiliência poderá mais não ser do que uma inibição do sofrimento, constituindo um obstáculo ao processo de de integração e

elaboração da problemática (Sá, 2009), impedindo o jovem de fazer "o luto" pelo corpo que passa a estar doente (Burd, 2006). Estas constantes aceitações poderão, então, constituirem-se num processo cumulativo de repressões que prejudicam a saúde mental e física do sujeito (Sá, 2009). Deste modo, poderão ficar os problemas por resolver, elaborar e integrar, ao serem, de certo modo, branqueados, através de repressões e recalcamentos. Mas fará sentido falar de contenção da agressividade num jovem que parece ser impulsivo, como decorre da análise do rorschach e, de certa forma, da entrevista: "*eu acho que sou um tipo de pessoa um bocado difícil de lidar porque sou muito direto naquilo que digo e na forma como digo as coisas"?* Sá (2009) refere que, neste contexto, a agressividade, ao ser reiteradamente contida, tenderá a desencadear atos impulsivos que possam aliviar, ainda que momentaneamente, esta violência (Sá, 2009).

Outro aspeto a ter em consideração poderá ser o facto do jovem apresentar elevados níveis de Ansiedade Fóbica. De acordo com Canavarro (2007), a ansiedade fóbica é definida como a resposta do medo persistente (em relação a pessoas, locais ou situações específicas) sendo, por vezes, desproporcionados em relação ao estímulo. Tal ansiedade poderá resultar em comportamentos de evitamento. Tendo em consideração os itens assinalados pelo sujeito: "Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro"; "Sentir-se mal no meio de multidões como lojas, cinemas ou assembleias" e "Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho", podemos associar tais fatores aos dados relativos à entrevista, especificamente quando o jovem se refere aos episódios de hipoglicemia. *"A minha maior preocupação é mesmo as hipoglicemias, e tem a ver, sobretudo, com o facto de eu perder o controlo sobre mim próprio)*, acrescentando ainda, *"…tive medo de andar de transportes públicos e ficar desorientado outra vez. Foi a primeira vez em que eu me senti realmente sozinho! E quando liguei a essa minha amiga, eu já tinha resolvido o problema da baixa de açúcar, mas o que eu não quis foi ficar sozinho se me voltasse a acontecer alguma coisa dessas…")*. Então, parece que o medo de perder o controlo, juntando ao medo de ficar sozinho, caso um episódio deste género aconteça, poderá justificar a pontuação elevada na dimensão "Ansiedade Fóbica".

O medo de perder o controlo e de ficar sozinho, poderão, neste contexto, ser compagináveis com aqulio a que Sá (2009) chama de angúsita de separação e fantasma de loucura, caracterísiticos de uma organização *borderline* da vida mental (Sá, 2009). Também as dificuldades nas relações que impliquem maior proximidade emocional e contenção da agressividade e a consequente, impulsividade parecem enquadrar-se numa organização *borderline* do funcionamento psicológico (Sá, 2004).

Neste sentido, fazendo a alusão à revisão teórica previamente patenteada, de acordo com diversos autores, a diabetes por todas as exigências subordinadas, poderá considerar-se um promotor de perturbações mentais (Novato & Grossi, 2008; Sinnam, et al., 2012). Dentro de um espetro vasto de perturbações, destacam-se a ansiedade e a depressão nos portadores de diabetes (Rubin & Peyront, 2001; Kiviruusu, et al, 2007; Gois, et al., 2012). Neste caso, em particular, de acordo com os resultados obtidos no BSI, não é possível denotar-se, à partida, sintomatologia depressiva e/ ou ansiosa. Neste jovem, de facto, mais do que uma sintomatologia aberta,

verce verificar-se uma contenção generalizada que, à exceção de uma impulsividade relativamente manifesta, parece ir mascarando o sofrimento que poderá estar inerente às dificuldades na gestão da doença, de socialização. Destaca-se, pois, uma ansiedade fóbica, que poderá ser resultado de um medo, mais ou menos, persistente de que algo possa acontecer.

Para além disso, é referido na literatura, que os jovens com diabetes sofrem de estigmatização, ou de um medo que possam vir a ser estigmatizados (Doherty, et al., 2007). Tal medo faz com que, muitas vezes, os jovens se coloquem à margem do envolvimento social (Bitsios, et al., 2009). Neste jovem, em específico e, de acordo com a literatura, este terá sido uma fator relevante, a que poderá ter contribuído, de forma significativa, para alguns constrangimentos ao nível das relações sociais.

Ainda, na revisão bibliográfica, fez-se a alusão ao facto da possibilidade dos pais, perante o diagnóstico de uma doença crónica no filho, tenderem a adotar comportamentos de superproteção (Burd, 2006). Tal facto também foi verificável neste jovem. Esta superproteção poderá, porventura, ter causado algumas dificuldades no desenvolvimento deste jovem, pois este foi o próprio a referir, que por proteção dos pais, evitou envolver-se em algumas atividades que desejara, como o judo ou os escuteiros, por exemplo. Do mesmo modo, poderá, eventualmente, ter tomada a a adaptação à Faculdade, num processo ainda mais complexo, verificável quando o jovem refere que sentiu alguma pressão, por parte da mãe, para voltar a sua terra natal.

VI – Conclusões, limitações e considerações finais

O principal objetivo desta dissertação é, partindo de um caso individual, pensar os fatores psicológicos que poderão estar presentes nos jovens com diabetes. Para o efeito, procurou-se perceber, através de um estudo de caso, o modo como um jovem adulto vivencia esta doença. E, em aditamento, procurou-se indagar o impacto da diabetes nas mais diversas áreas de vida, deste jovem, em particular.

Considera-se que esta fase desenvolvimental é marcada por inúmeras mudanças, visto que se trata de uma etapa de transição para a vida adulta. De acordo com a revisão bibliográfica efetuada, estas mudanças poderão ter um forte impacto na saúde, quer física, quer mental do sujeito. Deste modo, entendeu-se que este período de vida é conotado com potenciais vulnerabilidades, merecendo, por isso, uma atenção especial.

Assim, o estudo de caso, através da aplicação de uma entrevista semiestruturada, do teste do Rorschach e do BSI, permitiu-nos reparar num leque de fenómenos psíquicos que poderão ser inerentes à própria doença física.

De acordo com o cruzamento dos resultados obtidos dos três instrumentos suprarreferidos, salientam-se: as mudanças no funcionamento familiar; os níveis exacerbados de Ansiedade Fóbica; as pontuações elevados na Hostilidade e Psicoticisimo; e os problemas ao nível do

estabelecimento de relações interpessoais. Especialmente aquelas mais profundas, que implicam uma maior proximidade emocional.

No que concerne às mudanças no funcionamento familiar, destaca-se a superproteção, por parte da mãe. Esta superproteção poderá ter efeitos benéficos na gestão metabólica, porém, poderá causar alguns constrangimentos ao desenvolvimento da autonomia do jovem com diabetes. Para além disso, ainda que possa não se dever ao facto do jovem ser diabético, denotou-se uma relação, um tanto ou quanto, afastada com o pai. Facto que poderá sugerir que existem algumas fragilidades do sistema familiar.

Quanto aos elevados níveis de Ansiedade Fóbica, especulou-se que estes poderiam estar correlacionados com o facto do jovem ter medo que lhe aconteça alguma coisa e de não ter ninguém que o possa socorrer, nomeadamente, um episódio de hipoglicémia.

No que diz respeito às pontuações alteadas de Hostilidade e de Psicoticismo, conjeturou-se a possibilidade destas resultarem de alguns processos cumulativos de contenção da agressividade. Esta contenção poderá ser verificada na forma como se refere à doença, (parecendo subestimar ou mesmo negar, em alguns momentos, os constrangimentos de vária ordem que trouxe consigo), na inibição da vida onírica e, ainda, nos avanços e recuos manifestos na entrevista.

Para além disso, verificou-se que o sujeito poderá apresentar dificuldades no estabelecimento de relações pessoais, especialmente aquuelas que comportam uma maior implicação e proximidade emocional. Tais dificuldades poderão decorrer, em parte, do sentimento de estigmatização no tempo de escola, pelo facto de ser diabético.

Ao juntarmos o facto de possuir uma doença crónica, de se sentir, de certa forma, inferiorziado, a agressividade que daí decorre, podemos imaginar que o jovem crie barreriras defensivas- expressas na hostilidade, no psicoticismo e nas dificuldades de socialização- que poderão contribuir para a dificuldade em estabelecer relações mais íntimas, autonomizando-se da família de origem (da mãe, em particular).

Como fatores positivos, destaca-se o bom desempenho académico, o facto de se considerar lutador e de conseguir atingir os seus objetivos profissionais. O que poderá, em algumas circunstâncias funcionar como um refúgio.

Ainda que não tenha sido possível medir o controlo metabólico, de acordo com a revisão bibliográfica, todas estas fragilidades (constrangimentos familiares, fragilidades do foro psicológico e ausência de relações íntimas) poderão prejudicar este mesmo controlo. Assim, para além de comprometerem o bem-estar psicológico do sujeito, poderão ser exponenciadores de um pior controlo metabólico.

Em virtude de todos os conteúdos que foram previamente abordados, considera-se que este estudo, na lógica de um estudo de caso, poderá ter dado um contributo, ainda que diminuto, atendendo às inúmeras limitações, para uma melhor compreensão dos fenómenos psicológicos inerentes a uma doença crónica desta índole. No entanto, julga-se que poderá, de algum

modo, contribuir para a abertura de um novo conjunto de questões passíveis de serem exploradas, visto que se tratará de um tema ainda pouco estudado, particularmente nesta faixa etária.

Quanto às limitações do presente estudo, destaca-se, em primeiro lugar, o facto de ser um estudo caso. O estudo de caso procura uma visão compreensiva, de um caso particular. Se, por um lado, permite uma visão mais próxima e mais incisica, por outro, não pode, em nenhuma circunstância, pretender generalizar a sua compreensão à população dos jovens adultos com diabtes. Neste sentido, ainda que se tenham abordado muitos aspetos da vivência da diabetes que a bibliografia aponta como transversais a muitos dos doentes, este estudo, mais do que estudar uma característica particular da população de jovens adultos com diabetes, procura esboçar uma compreensão deste jovem em particular. Recorre, para o efeito, ao cruzamento da bibliografia sobre o tema com a leitura da psicologia clínica.

Concomitantemente a este fator, salientam-se as limitações conferidas pelos próprios instrumentos de recolha de dados- Rorschach e BSI. Quanto ao Rorschach e, ainda que seja uma prova projetiva com estímulos visuais ambíguos e relativamente independente da matriz cultural, constitui uma limitação importante o facto de não estar aferido para a população portuguesa, podendo, provocar, de algum modo, um enviesamento dos dados, por divergências culturais, visto que se utilizou o sistema de cotação francês. No que diz respeito ao BSI, este apenas faz alusão à semana anterior à aplicação do questionário, não permitindo retirar ilações sobre os traços constantes do sujeito, permitindo falarmos somente em estados emocionais.

A análise de conteúdo permite uma leitura mais próxima e compreensiva, adequada ao estudo de caso. Todavia, é suscetível à subjetividade do investigador, não permitindo retirar conclusões concretas e objetivas.

Outra questão que se poderá considerar uma limitação, é a impossibilidade de se averiguar o controlo glicémico, pela ausência de habilitações técnicas e de instrumentos que permitam realizar essa observação. Caso fosse possível, seria interessente verificar se, de facto, os diversos fatores psicológicos têm impacto no próprio controlo glicémico, tal como foi referido na revisão bibliográfica.

Neste sentido, por forma a colmatar estas limitações, sugere-se um estudo, *a posteriori*, de cariz longitudinal e interdisciplinar (envolvendo técnicos da área da saúde), com uma amostragem representativa, com o intuito de averiguar quais os fatores psicológicos mais prevalentes nos jovens adultos com diabetes e, até que ponto é que os mesmos contribuem, de forma positiva, ou negativa, para a gestão da doença e controlo metabólico.

Quanto às vantagens deste estudo, julga-se que recaem sobre a aproximação interdisciplinar, entre a Psicologia e a Medicina, permitindo a abertura para novas visões desta problemática e, indo mais além, promovendo a inserção de técnicos de psicologia nos serviços de endocrinologia, por forma a otimizar o controlo da doença.

Bibliografia

Adrados, I. (1973). *Teoria e Prática do Teste do Rorschach* (2ª ed). Rio de Janeiro: Vozes.

Ajuriaguerra, J. (1976). *Manual de psiquiatria infantil* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Masson do Brasil.

Allen, D., Channon, S., Lowes, L., Atwell, C., & Lane, C. (2011). Behind the scenes: the changing roles of parents in the transition from child to adult diabetes service. *Diabetic medicine*, 28(8), 994-1000.

Almeida, P. J., Pereira, M. G. (2008). Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida para Adolescentes com Diabetes Tipo I: Estudo de validação do DQOL. *Análise Psicológica* , 2(26), 295-307.

Amado, J. (2013). *Manual de investigação qualitativa em educação* (1ª ed.). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

American Diabetes Association - ADA (2003). Just for teens – Living with diabetes type 1. Retirado de http://www.diabetes.org.

American Diabetes Association – ADA (2012). Standards of medical care in diabetes -2012. *Diabetes Care*, 35 (1), 11-63.

Anderson, B. J., & Wolpert, H. A. (2004). A developmental perspective on the challenges of diabetes education and care during the young adult period. *Patient Education and Counseling*, 53, 347-352.

Andrade, M. L. M. S. (2014). A saúde e os estilos de vida dos jovens adultos com diabetes tipo 1. (Dissertação de Doutoramento). Universidade de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa.

Anjos, M. N. (1982). *A criança diabética* (3ª ed.). Rio de Janeiro: Cultura Médica.

Boavida, J.; Fragoso de Almeida, J.; Massano Cardoso, S.; Sequeira Duarte, J.; Duarte, R.; Ferreira, H.; Guerra, F.; Medina, J.; Nunes, J.; Pereira, M.; Raposo, J., (2012). Diabetes: Factos e Números 2011 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. *Sociedade Portuguesa de Diabetologia*.

Burd, M. (2006). O Adolescente e a experiência do adoecer: o diabetes mellitus. *Adolescência e Saúde*, 3(1), 1-6.

Butler, D. A, Zuehlke, J. B., Tovar, A., Volkening, L. K., Anderson, B. J., & Laffel, L. M. B. (2008). The impact of modifiable family factors on glycemic control among youth with type 1 diabetes. *Pediatric diabetes*, 9(2), 373-81.

Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (vol. III, pp. 305-331). Coimbra: Quarteto Editora.

Carvalheira, J., Zecchin, H., & Saad, M. (2002). Vias de sinalização da insulina. Endocrionol Metabolic, 46(4), 419-425.

Chabert, C. (2000). *O Rorschach na clinica do adulto: interpretação psicanalítica* (1 ed.). Lisboa: Climepsi. (Obra original publicada em 1998)

Chatzi, L., Bitsios, P., Solidaki, E., Christou, I., Kyrlaki, E., Sfakianaki, M., Kogevinas, M., Kefalogiannis, N., & Pappas, A. (2009). Type 1 diabetes is associated with alexithymia in nondepressed, non-mentally ill diabetic patients: a case-control study. *Journal of psychosomatic research*, 67(4), 307-13.

Conrad, S. C., & Gitelman, S. E. (2006). If the numbers don't fit…Discrepancies between glucose meter readings and hemoglobin A1c reveal stress of living with diabetes. *Clinical Diabetes*, 24(1), 45-47.

Craig, M. E., Hattersley, A., & Donaghue, K. C. (2009). Definition, epidemiology and classification of diabetes in children and adolescents. *Pediatric diabetes*, 10(12), 3-12.

Crooks, V., & Chouinard, V. (2006). Na embodied geography of disablement: chronically ill women's struggles for enabling places in spaces of health care and daily life. *Health Place*, 12, 345-352.

Debono, M., & Cachia, E. (2007). The impact of diabetes on psychological well being and quality of life. The role of patient education. *Psychology, Health & Medicine*, 12(5), 545-555.

Debray, R. (1995). *O equilíbrio psicossomático: Um estudo sobre diabéticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo

Delamater, A. M., Jacobson, A. M., Anderson, R. B., Cox, D., Fischer, L., Lustman, P., Rubin, R., & Wisocki, T. (2001). Psychosocial

therapies in diabetes. *Diabetes Care*, 24, 1286-1292.

Dovey-Pearce, G., Doherty, Y., & May, C. (2007). The influence of diabetes upon adolescent and young adult development: A qualitative study. British Journal of *Health Psychology*, 12, 75-91.

Dunitz, M. (2001). *Diabetes and Lipids* (2ª ed). Royal United: JPD Reckless.

Egede, L. E., Zheng, P., & Simpson, K. (2002). Comorbid depression is associated with increased health care use and expenditures in individuals with diabetes. *Diabetes Care*, 25, 464-470.

Elder, D. A., Herbers, P. M., Weis, T., Standiford, D., Woo, J. G., & D'Alessi, D. A. (2012). *β*-Cell Dysfunction in Adolescents and Adults With Newly Diagnosed Type 2 Diabetes Mellitus. *The Journal of pediatric*, 160(6), 904-910.

Eknoyan, G., & Nagy, J. (2005). A history of diabetes mellitus or how a disease of the kidneys evolved into a kidney disease. *Advances in Chronic Kidney Disease*, 12(2), 223-229.

Frier, B. M., & Strachan, M. W. J. (2010). Social aspects of diabetes. In Holt, R. I. G., Cockram, C. S., Flyvbjerg, A. & Goldstein, B. J. (Eds.), *Textbook of Diabetes* (4th ed., pp. 380-397). Oxford: Blackwell Publishing Ltd.

Gardete Correia, L.; Boavida, J.; Fragoso de Almeida, J.; Massano Cardoso, S.; Dores, J.; Sequeira Duarte, J.; Duarte, R.; Ferreira, H.; Guerra, F.; Medina, J.; Nunes, J.; Pereira, M.; Raposo, J., (2013). Diabetes: Factos e Números 2012 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. *Sociedade Portuguesa de Diabetologia.*

Graça, L. A. C., Burd, M., & Mello Filho., J. (2000). Grupos com diabéticos. In Mello F. & cols. (Orgs.). *Grupo e corpo: Psicoterapia de grupo com pacientes somáticos* (pp. 213-232). Porto Alegre: Artes Médicas.

Gois, C, Akiskal, H., Akiskal, K., & Figueira, M. L. (2012). The relationship between temperament, diabetes and depression. *Journal of Affective Disorders*, 142(1), 67-71.

Groot, M., Jacobson, A. M., Samson, J. A., & Welch, G. (1999). Glycemic control and major depression in patients with type 1 and type 2 diabetes mellitus. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(5), 425-435.

Grünspun, H. (1980). *Distúrbios psicossomáticos na criança*. Rio de Janeiro: Atheneu.

Hivey, J. B., Wright, A., & Dashiff, C. J. (2009). Finding the balance: adolescents with type 1 diabetes and their parents. *Journal of Pediatric Health Care*, 23(1), 10-18.

ISPAD., IDF., & WHO. (1995). (St. Vincent & Kos Declarations). Consensus Guidelines For The Management Of Insulin-Dependent (Type 1) Diabetes Mellitus (IDDM) In *Childhood And Adolescence*. Lodon: Freund Publishing House.

ISPAD., & IDF. (2000). ISPAD Consensus Guidelines For The Management Of Type 1 Diabetes Mellitus *In Children And Adolescents*. Medical Forum International. The Neederlands.

Jacobson, A. M., Hauser, S. T., Cole, C., Willett, J. B., Wolfsdorf, J. I., Dvorak, R., Wolpert, H., Herman, L., & de Groot, M. (1997). Social relationships among young adults with insulin-dependent diabetes mellitus: Ten-year follow-up of an onset cohort. Diabetic Medicine, 14, 73 – 79.

Joode, M. S. (1976*). Influência dos fatores emocionais no diabetes mellitus*. (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Karlsen, B., Idsoe, T., Hanestad, B. R., Murberg, T., & Bru, E. (2004). Perceptions of support, diabetes related coping and psychological well-being in adults with type 1 and type 2 diabetes. *Psychology, Health & Medicine*, 9(1), 53-70.

Kiviruusu, O., Huurre, T., & Aro, H. (2007). Psychosocial resources and depression among chronically ill young adults: are males more vulnerable? *Social science & medicine*, 65(2), 173-86.

La Greca, A., & Thompson, K. (1998) Family and friends support for adolescents with diabetes. *Análise Psicológica*, 16 (1), 101-113.

Lancaster, B., Pfeffer, B., McElligott, M., Ferguson, A., Miller, M., Wallace, D., & Lane, J. (2010). Assessing treatment barriers in young adults with Type 1 diabetes. *Diabetes Res. Clin. Pract*, 90, 243-249.

Lin, E. H. B., Von Korff, M., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Anthony, J., Bromet, E., Bruffaerts, R., Gasquet, I., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., Karam, E., Lara, C., Lee, S., Levinson, D., Ormel, J. H., Posada-Villa, J., Scott, K.,Watanabe, M., & Williams, D. (2008). Mental disorders among persons with diabetes--results from the

World Mental Health Surveys. *Journal of psychosomatic research*, 65(6), 571-80.

Luyckx, K., & Seiffge-Krenke, I. (2009). Continuity and change in glycemic control trajectories from adolescence to emerging adulthood. Relationships with family climate and self-concept in type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 32 (5), 797-801.

Marcelino, D. B., & Carvalho, M. D. B. (2005). Reflexões sobre o Diabetes Tipo 1 e sua Relação com o Emocional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(1), 72-77.

Menezes, R. F., & Ribeiro, J.P. (2000). Como ser saudável com uma doença crónica: algumas palavras orientadoras de acção. *Análise Psicológica*, 18 (4), 523-528.

Novato, T. S., Grossi, S. A. A., & Kimura, M. (2008). Qualidade de vida e auto-estima de adolescentes com diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm*, 21(4), 562-7.

Nguyen, N. (sd). Essential 18000 medical words dictionary in portuguese.

Pacaud, D., Crawford, S., Stephure, D. K., Dean, H. J. Couch, R., & Dewey, D. (2007). Effect of Type 1 Diabetes on Psychosocial Maturation in Young Adults. *Journal of Adolescent Health*, 40, 29-35.

Peters, A., & Laffel, L. (2011). ADA Transitions Working Group, 2011. Diabetes care for emerging adults: recommendations for transition from pediatric to adult diabetes care system. *Diabetes Cares*, 34, 2477-2485.

Patterson, J., & Garwick, A. (1998). Coping with chronic illness. In G. Werther & J. Court, *Diabetes and the Adolescent* (pp. 2-34). Melbourne: Miranova Publishers.

Pereira, J. M. (2012). *Raparigas pré-adolescentes com Diabetes Mellitus Tipo 1 – um olhar Psicodinâmico.* (Dissertação de Mestrado). Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa.

Rausch de Traubenberg, N., & Boizou, M.-F. (1999). *O Rorschach na clínica infantil* (1 ed.).
Lisboa: CLIMEPSI. (Obra original publicada em 1984)

Ribeiro, J. L. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 17(3), 547-558.

Rintala, T. M., Paavilainen, E., & Astedt-Kurki, P. (2013). Everyday life of a family with diabetes as described by adults with type 1 diabetes. *European Diabetes Nursing*, 10(3), 86-90.

Robertson, G. (1995). Diabetes Insipidus. *Endocrinology and Mebolism Clinics of North America*, 24 (3), 549-572.

Robinson, N., Fuller, J. H., & Edmeades, S. P. (1987). Depression and diabetes. *Diab Med*, 5, 268-274.

Sá, E. (2004). *A patologia borderline e a psicose na clínica infantil.* Lisboa: ISPA

Sá, E. (2009). *Esboço para uma nova Psicanálise.* Coimbra: Almedina.

Sami-Ali (2001). Sonho e funcionamento onírico. In Sami-Ali et cols.(pp 29-47) *Sonho e Psicossomática.* Lisboa: Dinalivro.

Schwartz, R., & Walsh, P. (1995). Clinical Presentation of Type 1 Diabetes in Childhood. *Diabetes*, 35, 171-185.

Silva, I., Pais-Ribeiro, J. L., Cardoso, H., & Ramos, H. (2003). Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controlo metabólico e desenvolvimento de complicações crónicas em indivíduos com diabetes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(1), 21- 32.

Silva, M. A. D. (1994). *Quem ama não adoece.* São Paulo: Best Seller.

Sinnamon, G. C. B., Caltabiano, M., & Baune, B. T. (2013) Differentiating disordered affect in children and adolescents with type 1 diabetes. *Journal of affective disorders*, 147(1-3), 51-8.

Siverstein, J., Klingensmith, G., Copeland, K., Plotnick, L., Kaufman, F., Laffel, L., Deeb, L., Grey, M., Anderson, B., Holzmeister, L. A., & CLARK, N. (2005). Care of children and adolescents with type 1 diabetes: a statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care*, 28, 186-212.

Sociedade Portuguesa de Diabetologia, Diabetes: Factos e Números. (2012). Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes 02/2013. Retirado de: http://www.spd.pt/index.php/observatrio-mainmenu-330

Sociedade Portuguesa de Diabetologia, Diabetes: Factos e Números. (2014). Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes 11/2014. Retirado de: http://www.spd.pt/index.php/observatrio-mainmenu-330

Sparud - Lundin, C., Ohrn, I., & Danielson, E. (2009). Redefining relationships and identity in young adults with type 1 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), 128-138.

Spencer, J., Cooper, H., & Milton, B. (2010). Qualitative studies of type 1 diabetes in adolescence: a systematic literature review. *PediatricDiabetes*, 11, 364-375.

Sperling, A. M. (1996). Diabetes Mellitus. In Nelson, W. E., Behrman, R. M., & Arvin, A. M. (Ed.), *Nelson Textbook of Pediatrics* (15th ed.). Philadelphia: W. B. Sanders.

Vaz Serra, A. O auto-conceito. (1988). *Análise Psicoilógica*, 2 (6), 101-110.

Yin, Robert K. (1989 [1984]). *Case Study Research. Design and Methods*. Newbury
Park: SAGE Publications, Applied Social Research Methods series, volume 5.

Zagury, L., Zagury, T., & Guidacci, J. (2000). *Diabetes sem medo*. Rio de Janeiro: Rocco.

Organização Mundial de Saúde. Chronic diseases and their common risk factors. [Actualizado em 2005; acedido em 2015 Jan 3]. Disponível em www.who.int.

Anexos

Anexo I- Guião da Entrevista

Tabela 2- Guião de Entrevista

BLOCOS	Objectivo do Bloco	Questões Orientadoras	Perguntas de Recurso e de Aferição
BlOCO – 1 Legitimação de entrevista	Explicar a situação. Criar ambiente propício à entrevista	-Agradecer a disponibilidade; -Informar sobre o uso do gravador; -Explicar que a entrevista será utilizada para o desenvolvimento da Dissertação de Mestrado, na área da Diabetes em jovens adultos; -Explicar que o objetivo do estudo consiste na compreensão dos fenómenos psicológicos relacionados Diabetes; - Elucidar para a importância da colaboração do sujeito, para o desenvolvimento da dissertação; -Garantir a confidencialidade e o anonimato dos dados; - Explicar o procedimento; - Questionar acerca da preferência do tipo de tratamento (se por tu ou por	

		você)	
BLOCO – 2 Informações sociodemográficas do sujeito	- Obter dados relativos à idade, data de nascimento, género, naturalidade, local de residência, habilitações literárias, profissão e agregado familiar	- Que idade tens? - Qual a tua data de nascimento? - Por quem é composto o teu agregado familiar? - De onde éés? - Onde vives atualmente? - Qual é a tua profissão? - Quais é que são as tuas habilitações literárias;	- Com quem vives? (Caso, não se encontre a residir no mesmo local que a família) -O que fazes da vida? Estudas)? Trabalhas? Trabalhas em que área?
BLOCO – 3 Família	- Obter dados relativos a todos os membros da família; ao funcionamento familiar; ao tipo de relação estabelecida entre cada membro da família, bem como ao próprio envolvimento da família no apoio, gestão e aceitação da doença do jovem com diabetes.	(**Caso tenha irmãos**): - Que idade têm eles? -Fala-me um pouco da relação que tem com os seus irmãos) - O que fazem eles? Trabalham/ estudam? Fala-me da relação que eles têm com os teus/seus pais - O que fazem eles? Trabalham? Estudam? **Pais:** -Qual a profissão da tua mãe? - E a do teu pai? -Como descreverias a relação dos teus/seus pais? - Como é a tua/sua relação com os teus/	-Como descreves a relação que tens com os teus irmãos? - O que costumas fazer com a tua mãe?

		pais? (E relativamente à sua relação com os seus pais, como descreverias?) - Sentiste que alguma coisa mudou na tua família, depois de saberem que foste/foi diagnosticado com Diabetes? Conta como foi a reação dos seus pais quando souberam da notícia) - Alguém da tua família tem diabetes?	-Podes exemplificar com tarefas do dia-a-dia - E com o teu pai? -Sobre que assuntos costumam conversar? - Sentes que a tua família te apoia? - Como é que achas que os teus pais reagiram quando souberam da notícia? - Que esforços é que fizeram para te apoiar? -Achas que alguma coisa na dinâmica familiar, após o diagnóstico?
BLOCO- 4 Adaptação à Doença	- Obter dados relativos à própria doença - compreender as dificuldades e os esforços necessários para a adaptação à doença; - Perceber quais as implicações da doença no dia-a-dia do sujeito; - Explorar se a	- Qual é o tipo de Diabetes que possuis? - Há quanto tempo descobriste que és diabético? -Como reagiste quando soubeste? (Poderias contar como foi a tua reação) - Fala-me um pouco do que sentiu após ter sido	- Quais os principais sintomas? - Quais é que foram as principais mudanças na tua/sua vida? - Que esforços é que têm sido, para ti, mais difíceis ao lidar

	doença afeta os projetos de vida do sujeito - Perceber o modo como o sujeito se ajusta à doença; - Indagar o estilo de vida do jovem diabético;	diagnosticado com Diabetes. - Conta-me como descobriste que tinha diabetes - Costumas pensar muito nisso? -Falame um pouco das mudanças que teve de adotar na sua vida -Fala-me sobre os esforços que teve de fazer para se adaptar à doença) -Quando tomaste conhecimento do diagnóstico, sentiste que isso ia afetar os teus/sonhos ou projetos de vida? - De que forma? - Antes de descobrires que tinhas diabetes, praticavas alguma atividade física? - E agora, praticas? -Costumas ter episódios de híper ou hipoglicemia? Com que frequência?	com a doença? - Quantas vezes é que tem de recorrer a injeções de insulina, por dia?
BLOCO- 5 Autoconceito	- Perceber como é que o sujeito se vê a si próprio: como se	- Fala-me um pouco sobre ti - Sentes-te satisfeito	-Como te/se descreves a ti/si próprio?

	define; como se caracteriza e se se sente satisfeito consigo -Perceber se a doença alterou, de alguma forma, a maneira de ser e de pensar do sujeito - Perceber quais as principais preocupações do sujeito	contigo mesmo?/ - Achas que o facto de teres sabido que tinhas Diabetes alterou a tua maneira de ser e de pensar? Fala-me sobre as suas preocupações actuais Se pudesses, mudavas alguma coisa? Quais são os teus planos para o futuro? IMAGEM CORPORAL: - Fala-me da relação que tem com o seu corpo	- O que é mais te preocupa, neste momento?
BLOCO 6 – Amigos/Grupo de pares	- Obter informações relativas ao funcionamento interpessoal do sujeito; - Perceber até que ponto o jovem diabético se sente apoiado e integrado num grupo de amigos - Perceber se o sujeito diabético tem namorado(a)	-Fala-me da relação que tem com os seus amigos - O que costumas fazer com eles? - Os teus amigos sabem que tens Diabetes? - Sentes que és apoiado por eles?	
		-Encontras-te envolvido numa relação amorosa, neste momento?	-O que pensas da vossa relação? - Sentes que essa pessoa o

	- Caso exista: Compreender até que ponto essa pessoa apoia o jovem diabético; (Se tem um papel preponderante, ou não) - Perceber se a doença, de alguma forma, poderá causar algum constrangimento, do ponto de vista sexual.	- Como avaliarias a sua vida sexual?	apoia?
BLOCO- 8 Meio Académico	- Averiguar o modo como o sujeito vivencia/ vivenciou o meio académico.	(Caso frequente/tenha frequentado o ensino superior): Fala-me da forma como vivencia a Faculdade Consegues/ conseguias concentrar-te bem nos estudos?	- Como te sentes/sentias na Faculdade?
BLOCO- 9 Sono	- Perceber se há algum tipo de problemas de sono; -Se é habitual o jovem sonhar; e com o quê	- Costumas ter dificuldades em dormir? - Costumas sonhar muito?	- Costumas ter dificuldades em adormecer, ou excesso de sono, durante o dia? Com o quê? Consegues exemplificar algum sonho que te tenha marcado?
BLOCO-10 Síntese e meta-reflexão sobre		-	Gostarias de acrescentar mais alguma coisa ao que foi dito?

a própria entrevista. Agradecimentos			

Anexo 2- Transcrição da entrevista do jovem em estudo

Informações Sociodemográficas

Idade: 22
Data de Nascimento: 20/06/1992
Agregado familiar: vive sozinho em Lisboa
Nos Açores: Pais e irmão
Profissão: Jornalista
Habilitações Literárias: Pós-Graduado
Profissão Pai: Serralheiro
Profissão Mãe: operária fabril

Dinâmica familiar

Entrevistador: Então já me disseste que tinhas um irmão, que idade é que ele tem?

Entrevistado: Tem 16 anos.

Entrevistador: Estuda?

Entrevistado: Sim. Está no 10º ano, mas deveria estar no 11º. Ele diz que um ficou com o cérebro e o outro ficou com a beleza. Sendo que eu fiquei com o cérebro.

Entrevistador: Fala-me um pouco da relação do teu irmão com os teus pais.

Entrevistado: Eu acho que a relação que ele tem com os meus pais é mais afastada do que a minha quando vivia cá… Acho que ele tem muito a tendência de se pôr no canto e passar muito tempo sozinho, ao contrário de mim, que me aproximo mais… Embora ele seja muito caseiro. Já eu, saio mais, mas quando estou em casa dedico-me à família.

Entrevistador: E a relação entre os teus pais, como é que tu a descreverias?

Entrevistado: Eu acho que a relação deles é uma relação saudável… poucas vezes vi os meus pais discutirem, ou com algum tipo de problemas… Eu acho que a relação deles acaba por ser um tipo de referência para aquilo que eu quero ter no futuro. Acho que eles funcionam bem, e se estivessem mal, seriam os primeiros a separem-se, porque acho que eles têm abertura suficiente para isso.

Entrevistador: Fala-me um pouco da tua relação com eles.

Entrevistado: Olha… eu acho que a relação que eu tenho com a minha mãe é de demasiada proximidade.

Entrevistador: Por que razão dizes "demasiada proximidade"?

Entrevistado: Porque acho que ela é demasiado protectora. Por vezes tenho a necessidade de ter mais espaço… Mas não é no sentido de que ela não me dá autonomia, porque ela até me dá bastante autonomia para eu fazer as coisas, só que é aquela questão… Eu acho que sou o filho a quem ela dá mais atenção, devido à Diabetes, porque foi um bocado estranho. Na altura que me diagnosticaram, o meu irmão tinha acabado de nascer… foi para aí dois meses depois... e…então, dedica-se mais a mim, por medo. Isto verificou-se muito desde que fui estudar para Lisboa, porque lá passo mais tempo sozinho, e ela tem a necessidade de saber o que se passa. Não é falta de confiança, nem falta de autonomia, é mesmo preocupação! Ela tem medo que possa acontecer alguma coisa comigo… Por exemplo, ela liga-me uma ou duas vezes no mínimo… Pronto umas vezes é só 5 minutos e eu digo" Pronto mãe, estou cansado vou dormir", outras vezes ela conta-me a vida de toda a gente daqui…

Depois há uma questão que me preocupa e que fico com um pouco de remorsos, que foi o facto de eu ter ido para Lisboa e sei que eles estão a ficar mais velhos e o curso natural da vida é que as coisas terminem e eu tenho receio de não estar cá nos momentos decisivos, porque eles já me deram tanto e não quero ser eu a passar por ingrato. Pronto, agora vais perguntar – me sobre a relação com o meu pai, não é?

Entrevistador: Sim

Entrevistado: Portanto, a minha relação com o meu pai é mais afastada. Eu não converso tanto com ele, mas sei que ele está sempre lá para mim. O meu pai é mesmo de poucas palavras, mesmo quando está em casa com a família, ele é muito *"low profile".* Mas sinto que há um afastamento entre ambas as partes, e não é que eu não tenha vontade de falar com ele. Porque, às vezes, ligo-lhe e digo "Oh pai quero falar contigo", mas ele não sente tanta necessidade de falar comigo, como tem a minha mãe *(tom de voz e olhar triste).* Mas também a minha mãe transmitindo tudo, portanto…E ele depois também acompanha o que eu faço, também vê o meu *facebook*. Pronto, quer dizer… apesar de eu não falar tanto com ele, sei que ele está lá para mim e não tenho qualquer tipo de barreira em falar com o meu pai, seja sobre aquilo que for.

Entrevistador: Agora voltando à Diabetes em si, foste diagnosticado, então, há 16 anos, não foi?

Entrevistado: Sim. Eu tinha 8 anos…

Entrevistador: Sentiste que alguma coisa mudou na tua família depois de teres sido diagnosticado?

Entrevistado: O que mudou, essencialmente, foi o acréscimo de preocupação, não é? A partir do momento em que tu tens um problema completamente diferente, tens que aprender a lidar com ele durante toda uma etapa. Até à fase em que não conseguia perceber tudo aquilo que se passava… houve ali um certo: "Temos que estar lá, até ele conseguir". Mas acho que foi um bocado chocante para a minha mãe, quando eu fui para Lisboa estudar, porque ela só acreditou que eu ia para lá quando saíram os resultados, apesar de já ter as passagens pagas e a ter arranjado casa. E nas

primeiras semanas em que eu estava em Lisboa, senti um bocado aquela pressão da minha mãe, do género "olha filho, se quiseres podes voltar para cá, não precisas de ficar aí". Mas pronto, também não tive grandes problemas por ser diabético. Nunca fui parar ao Hospital por causa disso. Claro que se tiver uma virose, ou algo do género, vou ao Hospital, porque tenho que ter cuidados acrescidos, mas nada de mais. ´

Adaptação à Doença

Entrevistador: E episódios de hipoglicemia ou hiperglicemia, costumas ter com alguma regularidade?

Entrevistado: Epah, as hiperglicemias não me afetam muito, às vezes, fico com um bocado de dor de cabeça, mas não me afetam muito… A minha maior preocupação é mesmo as hipoglicemias, e tem a ver, sobretudo, com o facto de eu perder o controlo sobre mim próprio. E eu sou muito de auto-controlo. As coisas têm que estar sobre os meus padrões, se não, eu passo-me da cabeça. E a partir do momento que eu sinto que estou a perder o controlo, lido muito mal. Mas pronto, isso vai-se regulando, não é nada de grave. A única vez que apanhei um susto com uma baixa de açúcar foi no Colombo. Estava no Continente e os corredores pareciam-me todos iguais e eu já não me lembrava como é que se saía de lá, mas bastava ir a uma prateleira buscar alguma coisa para comer que aquilo passava, mas estás a ver a falta de controlo? Acho que foi o episódio mais triste de baixa de açúcar que me deu *(tom de voz e olhar triste).*

Entrevistador: E estavas sozinho?

Entrevistado: Sim, estava sozinho. Na altura liguei à minha ex-namorada, mas ela não me atendeu. Entretanto liguei a uma amiga minha, já a chorar muito e cheio de vergonha, porque é uma coisa que não me sinto bem em fazer em pedir para ela me ir buscar, mas tive medo de andar de transportes públicos e ficar desorientado outra vez. Foi a primeira vez em que eu me senti realmente sozinho! E quando liguei a essa minha amiga, eu já tinha resolvido o problema da baixa de açúcar, mas o que eu não quis foi ficar sozinho se me voltasse a acontecer alguma coisa dessas, por isso fui para casa dessa minha amiga. Este foi mesmo o episódio mais triste.

Quanto ao episódio mais preocupante, foi uma vez em que eu estava em casa e tinha acabado de comer. No momento em que levanto o prato para deitar na pia, desmaio. Até que a minha mãe pensava que estava a gozar, porque tinha acabado de comer e não era suposto ter episódios de hipoglicémia. Entretanto acordei, e voltei a desmaiar dali a 5 minutos. Quando acordei, dei por mim a levar com açúcar. Pronto, acho que este foi mesmo o mais grave, porque de resto não é difícil controlar os valores.

Entrevistador: Fala-me um pouco da tua reação quando soubeste que tinhas diabetes.

Entrevistado: É curioso, porque eu não me lembro de quase nada da minha infância, mas desse dia lembro-me de tudo. Aliás, lembro-me da semana, das pessoas, de tudo mesmo. Lembro-me que calhou na altura do Carnaval e eu estava na escola a fazer desenhos, muito abatido. Entretanto, fui para casa da minha avó e estava muito cansado. Passei a tarde a dormir, e

depois nessa noite até fiz chichi na cama, o que não é muito normal. No dia a seguir, o cenário repetiu-se e a minha mãe foi comigo ao Hospital, à noite. E pronto, cheguei lá e mediram-me a glicémia, na altura ainda era com aquelas fitas….E pronto, disseram à minha mãe que tinha Diabetes. Eu não percebi o que era. Lembro-me de me dizerem " Ah agora és diabético e não podes comer coisas com açúcar" *(denota-se um tom de revolta).* Pronto… fiquei internado uma semana, mas saí de lá com muitos mitos na cabeça… enfim… era a terapêutica na altura!... mas recordo-me de me dizerem "Olha agora só podes comer maçãs verdes e bolachas de água e sal". Imagina o que é uma criança de 8 anos ouvir isso… Mas pronto, também acho que nessa fase dos 8 anos, nós somos um bocado resilientes e acabamos por aceitar as coisas. Acho que se fosse aos 14/15 anos, talvez tivesse reagido pior.

Mas pronto, eu faço uma vida normalmente. Nunca me proibi de nada. É para ir ao restaurante, vou! É para comer prato principal e sobremesa, como! Depois é só regular os valores de insulina e corrigir os valores de hidratos de carbono.

Entrevistador: Para ti, quais é que foram as principais mudanças, depois do diagnóstico?

Entrevistado: Eu acho que foi mesmo a administração da insulina, acho que era o mais complicado no início.

Entrevistador: Quem é que te administrava a insulina?

Entrevistado: Nos primeiros tempos era a minha mãe. Mas pronto, depois há uma altura em que tinha que ser eu a dar. Houve uma vez que eu fiquei sozinho em casa, tinha eu 10 anos, e tive de ser eu a dar, e foi complicado o ter que enfiar agulhas em mim próprio, pela primeira vez. Mas pronto, depois passei a ser eu. Num primeiro momento, era só de manhã e à noite e aí não havia muitos problemas. O pior foi quando eu fui ao médico, e ele disse que também teria de levar insulina nas horas das refeições, e saí de lá a chorar, porque teria de dar injeções na escola, à frente dos meus colegas. Apesar de toda a gente na escola saber que era diabético, desde o início, mas o simples facto de teres que dar insulina à frente das outras pessoas, choca um bocado naquelas idades, não é? Mas pronto, quer dizer, hoje em dia não tenho problema nenhum com isso. Se tiver que dar uma injeção no meio da rua, dou sem problema nenhum. As pessoas se tiverem de tomar um Brufen, também o fazem, por isso…

Entrevistador: Quais os esforços mais difíceis para ti?

Entrevistado: Bem, ainda hoje continuo a fazer esforços não é? Acho que passa muito, por quereres mudar o teu " mindset" e dizeres " Agora vou-me controlar" e consegues controlar, de facto, durante duas semanas, mas há sempre qualquer coisinha que impede: ou é o trabalho, ou mudar de casa, há sempre alguma coisa que te faz sair da rotina e depois vão os planos todos à vida. Eu acho que estamos sempre a aprender com a doença e a crescer com ela. Por exemplo, o outro dia fui a uma consulta e apercebi-me de que tinha acumulações de insulina, em formato de caroços, na barriga. E agora tenho de deixar de dar insulina nessas zonas, para além de que vou ter de reduzir as doses. Mas se o médico não me dissesse, eu não saberia. Portanto, é mesmo uma aprendizagem constante, que requer acompanhamento regular. Não é

"Hoje aprendi e está feito!"… Requer esforço, procura e ir estando atento àquilo que existe.

Entrevistador: Sentiste que a Diabetes poderia afetar os teus sonhos ou projetos de vida?

Entrevistado: Não. Eu acho que na altura foi uma barreira para algumas coisas que poderia ter feito e não fiz… por proteção familiar, por exemplo, gostava de ter ido para os escuteiros ou para o judo, mas houve alguma tentativa de me proteger e evitar que eu me pudesse magoar, pois quando se magoa, o efeito em nós (diabéticos) pode ser maior *(olhar de revolta)*. E outras coisas, como dormir fora de casa, como por exemplo, dormir em casa de amigos, até aos quinze anos eu não sabia o que era isso. Mas pronto, a uma dada altura a minha família consciencializou que não havia barreira nenhuma e a partir daí dessa fase, as coisas já têm sido diferentes.

Entrevistador: Praticavas/ Praticas alguma atividade física?

Entrevistado: Não. Nunca pratiquei. Desde Junho para cá é que tenho ido, de vez em quando, ao ginásio, porque senti a necessidade de me mexer um bocado e de ajustar melhor com a alimentação.

Entrevistador: Quantas vezes por dia, em média, administras insulina?

Entrevistado: Entre 7 a 9 vezes, depende da quantidade de vezes que como.

Autoconceito

Entrevistador: Ok. Agora gostava que falasses um pouco sobre ti…

Entrevistado: Bem… Com esta ficaria aqui a tarde toda! É um bocado difícil falar de mim, mas eu acho que sou um tipo de pessoa um bocado difícil de lidar porque sou muito direto naquilo que digo e na forma como digo as coisas. Também sou do género de pessoa que quando quer uma coisa, faz, independentemente daquilo que anda à volta. Claro que, às vezes, funciona e outras vezes não, mas eu motivo-me para isso. Também sou de aceitar as coisas como são e de não me chatear com tudo… já passei essa fase… Mas pronto, sou lutador e a maior prova é que consegui fazer o curso, e desde que o acabei, nunca tive um único dia sem trabalhar… também porque acho que os meus pais já me deram o que tinham a dar e está na altura de eu seguir com o meu percurso. Sou uma pessoa solitária por natureza… Claro que tenho os meus amigos e saio com eles, passeio e essas coisas, mas chega a uma altura em que eu preciso do meu espaço, do meu silêncio, de estar no meu canto sem ninguém me chatear, e sempre fui assim, não é de agora. Mas acho que sou assim porque ponho uma fasquia demasiado alta nas pessoas e acabo por me dececionar um bocado…e à medida que o tempo vai passando eu tento pôr as barreiras um pouco mais baixas. Eu não gosto de falhar com ninguém, mas admito que tenho um feitio muito esquisito e que não me dou com qualquer pessoa. E quando alguém me magoa, não há volta a dar… Mas tenho bons amigos, poucos, mas bons. ..e quando gosto também cultivo e entrego-me.

Entrevistador: Sentes-te satisfeito contigo mesmo?

Entrevistado: Sim, é obvio que há coisas que gostaria de melhorar, mas no geral, sim. Mas tenho noção que ainda hoje tenho alguns receios, porque… a escola, às vezes, marca-nos muito… e há pessoas que conseguem ser um bocado mázinhas.

Entrevistador: Como assim? Consegues explicar?

Entrevistado: Na altura da escola sempre fui ouvindo bocas em relação à minha orientação sexual, ou ao meu aspeto físico… esse tipo de coisas que os putos têm uns com os outros, que não mata, mas mói… Por exemplo, tu sabes que não és gay e toda a gente te diz que és gay! Por isso é que me isolo um bocado e não me dou com qualquer pessoa, porque essa gente tem a mania de pôr rótulos, só porque sou um bocado diferente dos outros rapazes. Epah! Nem todos os rapazes têm que gostar de futebol, ou de ir beber cerveja para o tasco, não é? E na escola básica e secundária foi má a esse nível, porque eu não me encaixava nos padrões e acabei por sofrer um bocadinho... e é por coisas como essas que eu me tornei mais defensivo. Mas eu estou muito satisfeito com aquilo que sou e com aquilo que consegui. Tenho um trabalho que gosto, amigos e família que me tratam bem. No campo sentimental, as coisas estão mais paradas, mas também não é por aí…se não for agora, há-de ser mais tarde.

Entrevistador: Fala-me um bocado da relação que tens com o teu corpo.

Entrevistado: Olha…é um bocado estranho… porque… aqui a Diabetes teve impacto, e eu não posso dizer que não. O facto de eu ter tido Diabetes numa fase tão precoce, fez com que eu tivesse alguns atrasos no crescimento, porque à medida que fui crescendo, sempre tive a sensação que todos estavam a crescer mais depressa do que eu. Agora já não acho tanto isso, se calhar cada um tem o seu ritmo. Em relação ao meu corpo, epah… eu tenho noção que não sou um tipo que passa na rua e toda a gente fica a olhar, nem fique a pensar " eh lá, é muito giro" ou coisas desse género, mas não tenho aquela coisa de rejeitar o corpo nem nada disso… há dias em que eu olho para o espelho e digo: "Epah, tu hoje estás mesmo bem!" Digamos que é uma onda de dias. Ultimamente tenho tido uma maior preocupação com isso, porque me tenho vindo a aperceber que está a crescer uma barriguinha que eu nunca tive, e não pode ser, porque se me começo a desleixar já aos 20, o que será de mim aos 40! Acho que lido normalmente com isso. Sabes aquela conversa do meu irmão "um ficou com a beleza e o outro com a inteligência"? Acho que interiorizei um pouco isso, e sei que não tenho os olhos azuis, mas também tenho outras qualidades e sei reconhecer isso. Mas pronto, eu acho que também não sou muito físico, gosto de valorizar o interior das pessoas, e no fundo, é isso que conta, não é?

Entrevistador: Achas que a Diabetes alterou, de alguma forma, a tua maneira de ser e de pensar?

Entrevistado: Eu, às vezes, não sinto que tenho Diabetes, porque foi como eu te disse… aos 8 anos, acho que acabamos por ser um pouco resilientes e aceitar. Claro que há mecanismos que tiveram de ser adoptados, mas eu nunca me proibi de fazer nada por causa da diabetes, levo a mochila às costas com as coisas que preciso (insulina e etc), mas faço a minha vida

normal. Pronto, é claro que se quisesse emigrar, o que não é o caso, a Diabetes poderia ser um entrave, porque não sei como funciona o sistema nacional de saúde nos outros países, nem como seria o acesso a esse tipo de bens e, se calhar, o tratamento seria muito dispendioso.

Amigos/Grupo de pares

Entrevistador: Em relação aos teus amigos, fala-me um pouco sobre eles e a vossa relação.

Entrevistado: Bem os meus amigos são um bocado diferentes uns dos outros, por isso com cada um deles, faço coisas diferentes e tenho tipos de relações diferentes. Com os meus amigos de Lisboa, costumamos andar sempre em grupo e vamos juntos para todo o lado (Cinema, cafés, ver as lojas, passear, etc.), mas depois, é claro que dentro desse grande grupo, há subgrupos de 4/5 pessoas, que são as que eu me dou melhor, e aí, estudamos juntos, vamos para casa uns dos outros, por aí… Mas eu… lá está, não tenho nenhum melhor amigo, nem nunca tive. Cada um tem o seu lugar.

Entrevistador: E sentes que és apoiado pelos teus amigos?

Entrevistado: Sim, eles até brincam com a situação e dizem: " Nunca vi um diabético comer tantos doces". Nunca senti que eles se sentissem incomodados com isso. Se for preciso, injeto a insulina à frente deles. .. E digo isto porque na escola os meus colegas gozavam comigo, do género, estávamos todos a brincar e viravam-se para mim e diziam " Tu não estás bem, vai tomar insulina!" … isto é cruel, não é?! E eu na altura respondia "Vamos ver quem é que precisa de insulina!", e eu vazava a insulina em cima deles… depois eles diziam "Ahh isso cheira mal!" E eu dizia "Agora cheiras tu, mal!". Mas pronto… atualmente eu não sinto nada disso, e toda a gente sabe que eu sou diabético, nem faço questão de esconder.

Entrevistador: E neste momento, encontras-te envolvido em algum relacionamento amoroso?

Entrevistado: Não, neste momento não.

Entrevistador: Como é que avaliarias a tua vida sexual?

Entrevistado: Neste momento é inexistente. Mas quando a tinha ou tenho, é boa. Não tenho qualquer tipo de problema ou limitação nesse sentido. Opah, claro que nos primeiros tempos tens um bocado de medo, não é? Precisas de construir confiança com outras pessoas, mas... lido bem com isso, não é nenhum assunto preocupante. Se bem que, às vezes, é normal que se nos der uma baixa de açúcar, por mais vontade que tenhamos, aquilo não funciona, não é? Imagina, estás numa relação sexual e não tens noção que estás a ter uma baixa de açúcar e começas a sentir que alguma coisa não está bem, e na hora não sabes muito bem o que é que é. Mas aí há que ter o bom senso de parar para perceber e discutir isso com o parceiro, encarando com naturalidade.

Meio académico/ laboral

Entrevistador: Como te sentias na Faculdade?

Entrevistado: Olha, na faculdade, sempre me senti muito bem. Eu acho que foi o período mais feliz que eu tive na vida. Fiz grandes amigos lá!

Mas tenho que admitir que eu não vivi a faculdade da forma como poderia ter vivido, porque sempre senti a obrigação de acabar o curso com as melhores notas possíveis. Apesar de ficar um pouco frustrado, às vezes, porque via que havia gente que não fazia nada e tinha quase as mesmas notas que eu! E pronto, em vez de sair da faculdade e passar a tarde ao sol na esplanada, ficava na biblioteca a estudar… mas nunca deixei de participar em nada e conciliei tudo, participei em vários projetos, tinha namorada, fiz parte da associação de estudantes. Epá! é verdade que eu não tinha tempo para nada, mas consegui conciliar as coisas. Não vou mentir, os primeiros meses de faculdade foram horríveis! Tive que me adaptar a muita coisa, não conhecia quase ninguém, mas pronto depois fui crescendo, aprendendo e conhecendo novas pessoas, e gostei muito.

Entrevistador: Portanto, não tinhas problemas em te concentrares no estudo e no trabalho?

Entrevistado: Não, eu consigo focar-me bem nas tarefas. As alturas em que não consigo, é quando tenho um problema externo por resolver, por exemplo uma despesa adicional, ou mudança de casa, coisas desse género, mas no geral, sou uma pessoa muito focada no trabalho.

Sono

Entrevistador: E dificuldades em dormir, costumas ter?

Entrevistado: Não. Quer dizer… em alturas de preocupação, sim. Ou então, se troco os horários. Mas claro, se tenho assuntos por resolver, quando me deito demoro bastante tempo a tentar adormecer, mas ultimamente nem me tem acontecido muito.

Entrevistador: E sonhos, costumas ter?

Entrevistado: Sim, às vezes, mas nunca consigo perceber de onde é que eles vêm. Sei que sonho, mas nunca me lembro daquilo que sonhei.

Anexo 3- Matriz de Categorização

Tabela 3- Área temática: Informações Sociodemográficas

Género	Masculino
Idade	22
Agregado Familiar	Pais e irmão (mais novo)
Profissão	Jornalista
Habilitações Literárias	Pós-Graduado
Profissão do Pai	Serralheiro
Profissão da Mãe	Operária Fabril
Residência	Natural dos Açores
	Atualmente vive sozinho em Lisboa

Tabela 4- Área temática: Família

Categoria	Subcategorias	Indicadores	Unidades de Registo
Relação familiar	Relação entre o irmão e os pais	Relação menos próxima com os pais, comparativamente ao jovem com diabetes	Eu acho que a relação que ele tem com os meus pais é mais afastada do que a minha quando vivia cá… Acho que ele tem muito a tendência de se por no canto e passar muito tempo sozinho, ao contrário de mim que me aproximo mais… embora ele seja muito caseiro. Já eu saio mais, mas quando estou em casa dedico-me à família.
	Relação entre os pais	Relação aparentemente saudável	Eu acho que a relação deles é uma relação saudável… poucas vezes vi os meus pais discutirem, ou com algum tipo de problemas… Eu acho que a relação deles acaba por ser um tipo

			de referência para aquilo que eu quero ter no futuro. Acho que eles funcionam bem ,e se estivessem mal, seriam os primeiros a separem-se, porque acho que eles têm abertura suficiente para isso.
	Relação com a mãe	Mãe demasiado protetora e preocupada	Olha… eu acho que a relação que eu tenho com a minha mãe é de demasiada proximidade. : Porque acho que ela é demasiado protectora. Por vezes tenho a necessidade de ter mais espaço… Mas não é no sentido de que ela não me dá autonomia, porque ela até me dá bastante autonomia para eu fazer as coisas, só que é aquela questão… Eu acho que sou o filho a quem ela dá mais atenção, devido à Diabetes, porque foi um bocado estranho... Na altura que me diagnosticaram, o meu irmão tinha acabado de nascer… foi para aí dois meses depois... e…então dedica-se mais a mim, por medo.
	Relação com o pai	Relação mais afastada com o pai	Portanto, a minha relação com o meu pai é mais afastada. Eu não converso tanto com ele, mas sei que ele está sempre lá para mim. O meu pai é mesmo de

			poucas palavras, mesmo quando está em casa com a família, ele é muito *"low profile"*. Mas sinto que há um afastamento entre ambas as partes, e não é que eu não tenha vontade de falar com ele… Porque, às vezes, ligo-lhe e digo "Oh pai quero falar contigo", mas ele não sente tanta necessidade de falar comigo, como tem a minha mãe… (*tom de voz mais triste)* Mas também a minha mãe vai transmitindo tudo, portanto…e ele depois também acompanha o que eu faço, também vê o meu facebook (sorri). Pronto, quer dizer… apesar de eu não falar tanto com ele, sei que ele está lá para mim e não tenho qualquer tipo de barreira em falar com o meu pai, seja sobre aquilo que for.
Preocupações familiares	Preocupação do próprio sujeito	Medo de não estar presente se acontecer alguma coisa aos pais, devido ao distanciamento geográfico	Depois há uma questão que me preocupa e que fico com um pouco de remorsos, que foi o facto de eu ter ido para Lisboa e sei que eles estão a ficar mais velhos e o curso natural da vida é que as coisas terminem… e eu tenho receio de não estar cá nos momentos decisivos, porque eles já me deram tanto e não quero ser eu a passar por ingrato.

	Preocupações da mãe	Medo que possa acontecer alguma coisa com o filho	Isto verificou-se muito desde que fui estudar para Lisboa, porque lá passo mais tempo sozinho, e ela tem a necessidade de saber o que se passa. Não é falta de confiança, nem falta de autonomia, é mesmo preocupação! Ela tem medo que possa acontecer alguma coisa comigo… Por exemplo, ela liga-me uma ou duas vezes no mínimo… Pronto umas vezes é só 5 minutos e eu digo" Pronto mãe, estou cansado vou dormir", outras vezes ela conta-me a vida de toda a gente daqui…

Tabela 5- Área Temática: Adaptação à Doença

Categoria	Subcategorias	Indicadores	Unidades de registo
Diagnóstico	Idade do diagnóstico	Tem diabetes há 16 anos, diagnosticado aos 8 anos de idade	Sim. Eu tinha 8 anos…
	Reação ao diagnóstico	Desconhecimento da doença e aparente resiliência	É curioso, porque eu não me lembro de quase nada da minha infância, mas desse dia lembro-me de tudo. Aliás, lembro-me da semana, das pessoas, de tudo mesmo.. Eu não percebi o que era. Lembro-me de me dizerem " Ah agora és diabético e não podes comer coisas com açúcar". Pronto…

			fiquei internado uma semana, mas saí de lá com muitos mitos na cabeça… enfim… era a terapêutica na altura!... Mas recordo-me de me dizerem "Olha agora só podes comer maçãs verdes e bolachas de água e sal". Imagina o que é uma criança de 8 anos ouvir isso… Mas pronto, também acho que nessa fase dos 8 anos, nós somos um bocado resilientes e acabamos por aceitar as coisas. Acho que se fosse aos 14/15 anos, talvez tivesse reagido pior.
	Sintomas	Fadiga e enurese	…Lembro-me que calhou na altura do Carnaval e eu estava na escola a fazer desenhos, estava muito abatido. Entretanto fui para casa da minha avó e estava muito cansado. Passei a tarde a dormir, e depois nessa noite até fiz chichi na cama, o que não é muito normal. No dia a seguir, o cenário repetiu-se e a minha mãe foi comigo ao Hospital, à noite. E pronto, cheguei lá e mediram-me a glicémia, na altura ainda era com aquelas fitas….e pronto, disseram à minha mãe que tinha Diabetes
	Administração da insulina	Receio de, numa primeira fase de adaptação à doença, se autoadminis	Eu acho que foi mesmo a administração da insulina, acho que era o mais complicado no início. Houve uma vez que eu fiquei sozinho em casa, tinha eu 10 anos, e tive de ser eu a

Principais Mudanças		trar insulina, quer sozinho quer junto dos colegas	dar, e foi complicado o ter que enfiar agulhas em mim próprio, pela primeira vez…O pior foi quando eu fui ao médico, e ele disse que também teria de levar insulina nas horas das refeições. Saí de lá a chorar, porque teria de dar injeções na escola, à frente dos meus colegas. Apesar de toda a gente na escola saber que era diabético, desde o início, mas o simples facto de teres que dar insulina à frente das outras pessoas, choca um bocado naquelas idades, não é? Mas pronto, quer dizer, hoje em dia não tenho problema nenhum com isso. Se tiver que dar uma injeção no meio da rua, dou sem problema nenhum. As pessoas se tiverem de tomar um *Brufen*, também o fazem, por isso…
	Nº de injeções diárias de insulina (em média)	7 a 9 vezes por dia	Entre 7 a 9 vezes, depende da quantidade de vezes que como.
	Manutenção do controlo da doença	Esforço para manter a doença	Bem, ainda hoje continuo a fazer esforços não é? Acho

Principais esforços para a adaptação à doença		controlada	que passa muito por quereres mudar o teu ” *mindset*” e dizeres “ Agora vou-me controlar” e consegues controlar, de facto, durante duas semanas, mas há sempre qualquer coisinha que impede: ou é o trabalho, ou mudar de casa, há sempre alguma coisa que te faz sair da rotina e depois vão os planos todos à vida.
	Aprendizagem contínua	Esforço para aprender, continuamente, a adaptar-se às suas exigências.	Eu acho que estamos sempre a aprender com a doença e a crescer com ela. Por exemplo, o outro dia fui a uma consulta e apercebi-me de que tinha acumulações de insulina, em formato de caroços, na barriga. E agora tenho de deixar de dar insulina nessas zonas, para além de que vou ter de reduzir as doses. Mas se o médico não me dissesse, eu não saberia. Portanto, é mesmo uma aprendizagem constante, que requer acompanhamento regular. Não é “Hoje aprendi e está feito!”… Requer esforço, procura e ir estando atento àquilo que existe.
Prática de atividade física	Antes e após o diagnóstico	Início da prática de atividade física	Não. Nunca pratiquei. Desde Junho para cá é que tenho ido, de vez em quando, ao ginásio,

		recente, para um melhor ajustamento com a alimentação	porque senti a necessidade de me mexer um bocado e de ajustar melhor com a alimentação.
Perceção sobre a doença	Impacto da doença nos projetos de vida	Impediment o nalgumas atividades como: judo, escoteiros ou dormir fora de casa, por proteção familiar.	Eu acho que na altura foi uma barreira para algumas coisas que poderia ter feito e não fiz… por proteção familiar, por exemplo, gostava de ter ido para os escoteiros ou para o judo, mas houve alguma tentativa de me proteger e evitar que eu me pudesse magoar, pois quando se magoa, o efeito em nós (diabéticos) pode ser maior. E outras coisas, como dormir fora de casa, como por exemplo, em casa de amigos. Até aos quinze anos eu não sabia o que era isso. Mas pronto, a um dada altura a minha família consciencializou-se que não havia barreira nenhuma e a partir daí dessa fase, as coisas já têm sido diferentes.
Possíveis entraves relacionados com a doença	Mudar de país	A emigração poderia ser um entrave devido à possibilidad e do tratamento	Pronto, é claro que se quisesse emigrar, o que não é o caso, a Diabetes poderia ser um entrave, porque não sei como funciona o sistema nacional de saúde nos outros países, nem como seria o acesso a esse tipo de

		ser mais dispendioso.	bens e, se calhar, o tratamento seria muito dispendioso.
Episódios de hipoglicémia e hiperglicémia	Hiperglicémias	Não se sente afetado pelas hiperglicémias, à exceção das dores de cabeça que possam provocar	as hiperglicemias não me afetam muito, às vezes, fico com um bocado de dor de cabeça, mas não me afetam muito…
	Hipoglicémias	Preocupação com as hipoglicémias devido à falta de controlo que estas provocam no próprio sujeito	A minha maior preocupação é mesmo as hipoglicemias, e tem a ver, sobretudo, com o facto de eu perder o controlo sobre mim próprio. E eu sou muito de auto-controlo. As coisas têm que estar sob os meus padrões, se não, eu passo-me da cabeça… . A única vez que apanhei um susto com uma baixa de açúcar foi no Colombo. Estava no Continente e os corredores pareciam-me todos iguais e eu já não me lembrava como é que se saía de lá, mas bastava ir a uma prateleira buscar alguma coisa para comer que aquilo passava, mas estás a ver a falta de controlo? Acho que foi o episódio mais triste de baixa de açúcar que me deu.

Tabela 6- Área Temática: Autoconceito

Categoria	Subcategorias	Indicadores	Unidades de registo
Perceção do sujeito sobre si	Características pessoais	Difícil de lidar, direto, lutador, solitário, gosta de estar sozinho	Bem… Com esta ficaria aqui a tarde toda! É um bocado difícil falar de mim, mas eu acho que sou um tipo de pessoa um bocado difícil de lidar porque sou muito direto naquilo que digo e na forma como digo as coisas. Também sou do género de pessoa que quando quer uma coisa faz, independentemente daquilo que anda à volta. Claro que, às vezes, funciona e outras vezes não, mas eu motivo-me para isso. Também sou de aceitar as coisas como são e de não me chatear com tudo… já passei essa fase… Mas pronto, sou lutador e a maior prova é que consegui fazer o curso, e desde que o acabei, nunca tive um único dia sem trabalhar… também porque acho que os meus pais já me deram o que tinham a dar e está na altura de eu seguir com o meu percurso. Sou uma

			pessoa solitária por natureza… Claro que tenho os meus amigos e saio com eles, passeio, e essas coisas, mas chega a uma altura em que eu preciso do meu espaço, do meu silêncio, de estar no meu canto sem ninguém me chatear, e sempre fui assim, não é de agora. Mas acho que sou assim porque ponho uma fasquia demasiado alta nas pessoas e acabo por me dececionar um bocado…e à medida que o tempo vai passando eu tento por as barreiras um pouco mais baixas. Eu não gosto de falhar com ninguém, mas admito que tenho um feitio muito esquisito e que não me dou com qualquer pessoa. E quando alguém me magoa, não há volta a dar… Mas tenho bons amigos, poucos, mas bons. ..e quando gosto também cultivo e entrego-me.
	Satisfação pessoal	No geral sente-se satisfeito,	é obvio que há coisas que gostaria de melhorar, mas no

		apesar de ter alguns receios justificados pela vivência escolar	geral sim. Mas tenho noção que ainda hoje tenho alguns receios, porque… a escola, às vezes, marca-nos muito… e há pessoas que conseguem ser um bocado mázinhas *(manifesta um olhar triste)*
Perceção da (Des)apreciação dos outros	Estigmatização	Sentiu-se gozado no que concerne ao seu aspeto físico e áquilo que os colegas assumiram ser uma orientação sexual que não corresponde à sua.	Na altura da escola sempre fui ouvindo bocas em relação à minha orientação sexual, ou ao meu aspeto físico… esse tipo de coisas que os putos têm uns com os outros, que não mata, mas mói… Por exemplo, tu sabes que não és gay e toda a gente te diz que és gay! Por isso é que me isolo um bocado e não me dou com qualquer pessoa, porque essa gente tem a mania de por rótulos, só porque sou um bocado diferente dos outros rapazes. Epah! Nem todos os rapazes têm que gostar de futebol, ou de ir beber cerveja para o tasco, não é? E na escola básica e secundária foi má a

			esse nível, porque eu não me encaixava nos padrões e acabei por sofrer um bocadinho... e é por coisas como essas que eu me tornei mais defensivo. Mas eu estou muito satisfeito com aquilo que sou e com aquilo que consegui. Tenho um trabalho que gosto, amigos e família que me tratam bem. No campo sentimental, as coisas estão mais paradas, mas também não é por aí…se não for agora, há-de ser mais tarde.
Relação com o corpo	Impacto da Diabetes	Perceção de atraso no crescimento	Olha…é um bocado estranho… porque… aqui a Diabetes teve impacto, e eu não posso dizer que não. O facto de eu ter tido Diabetes numa fase tão precoce, fez com que eu tivesse alguns atrasos no crescimento, porque à medida que fui crescendo, sempre tive a sensação que todos estavam a crescer mais depressa do que eu. Agora já

			não acho tanto isso, se calhar cada um tem o seu ritmo.
	Satisfação com o corpo	Tem vindo a ter maior preocupação com o corpo, apesar de referir que não liga muito ao físico	Em relação ao meu corpo, epah… eu tenho noção que não sou um tipo que passa na rua e toda a gente fica a olhar, nem fique a pensar " eh lá, é muito giro" ou coisas desse género, mas não tenho aquela coisa de rejeitar o corpo nem nada disso… há dias em que eu olho para o espelho e digo: "Epah, tu hoje estás mesmo bem!" Digamos que é uma onda de dias. Ultimamente tenho tido uma maior preocupação com isso, porque me tenho vindo a aperceber que está a crescer uma barriguinha que eu nunca tive, e não pode ser, porque se me começo a desleixar já aos 20, o que será de mim aos 40! Acho que lido normalmente com isso. Sabes aquela conversa do meu irmão "um ficou com a beleza e o outro com a inteligência"? Acho que interiorizei um pouco isso, e sei que não tenho os olhos azuis, mas também tenho outras qualidades e sei reconhecer isso. Mas pronto, eu

			acho que também não sou muito físico, gosto de valorizar o interior das pessoas, e no fundo, é isso que conta, não é?

Tabela 7- Área temática: Relações Interpessoais

Categorias	Subcategorias	Indicadores	Unidades de registo
Amigos	Relação com os amigos	Amigos todos diferentes, sem que nenhum seja considerado o melhor amigo	Bem os meus amigos são um bocado diferentes uns dos outros, por isso com cada um deles, faço coisas diferentes e tenho tipos de relações diferentes. Com os meus amigos de Lisboa, costumamos andar sempre em grupo e vamos juntos para todo o lado (Cinema, cafés, ver as lojas, passear, etc.), mas depois é claro que dentro desse grande grupo, há subgrupos de 4/5 pessoas, que são as que eu me dou melhor, e aí estudamos juntos, vamos para casa uns dos outros, por aí… Mas eu… lá está, não tenho nenhum melhor amigo, nem nunca tive. Cada um tem o seu lugar.
	Apoio/Suporte	Atualmente sente-se apoiado pelos amigos, porém refere-se ao facto de ter sido gozado na infância por ser diabético	Sim, eles até brincam com a situação e dizem: " Nunca vi um diabético comer tantos doces". Nunca senti que eles se sentissem incomodados com isso. Se for preciso, injeto a insulina à frente deles. .. E digo isto porque na escola os meus colegas

			gozavam comigo, do género, estávamos todos a brincar e viravam-se para mim e diziam " Tu não estás bem, vai tomar insulina!" … isto é cruel, não é?! *(olhar triste e ao mesmo tempo indignado)* E eu na altura respondia "Vamos ver quem é que precisa de insulina!", e eu vazava a insulina em cima deles… depois eles diziam "Ahh isso cheira mal!" E eu dizia "Agora cheiras tu, mal!". Mas pronto… atualmente eu não sinto nada disso, e toda a gente sabe que eu sou diabético, nem faço questão de esconder.
Relações Amorosas	Situação atual (presença/ausência)	Ausência de relações amorosas	Não, neste momento não.
	Vida sexual	Refere não ter problemas nesse âmbito a não ser quando tem baixas de açúcar (hipoglicemias)	Neste momento é inexistente. Mas quando a tinha ou tenho, é boa. Não tenho qualquer tipo de problema ou limitação nesse sentido. Opah, claro que nos primeiros tempos tens um bocado de medo, não é? Precisas de construir confiança com outras pessoas, mas... lido bem com isso, não é nenhum assunto preocupante. Se bem que, às vezes, é normal que se nos der uma baixa de açúcar, por mais vontade que tenhamos, aquilo não

			funciona, não é? *(sorriu)* Imagina, estás numa relação sexual e não tens noção que estás a ter uma baixa de açúcar e começas a sentir que alguma coisa não está bem, e na hora não sabes muito bem o que é que é. Mas aí há que ter o bom senso de parar para perceber e discutir isso com o parceiro, encarando com naturalidade.

Tabela 8- Área Temática: Meio Académico

Categorias	Subcategorias	Indicadores	Unidades de registo
Faculdade	Desempenho Académico	Investimento nas performances académicas; frustração decorrente da comparação dos resultados escolares com os colegas. Considera-a a etapa mais feliz da vida.	Olha, na faculdade, sempre me senti muito bem. Eu acho que foi o período mais feliz que eu tive na vida. Fiz grandes amigos lá! Mas tenho que admitir que eu não vivi a faculdade da forma como poderia ter vivido, porque sempre senti a obrigação de acabar o curso com as melhores notas possíveis. Apesar de ficar um pouco frustrado, às vezes, porque via que havia gente que não fazia nada e tinha

			quase as mesmas notas que eu! E pronto, em vez de sair da faculdade e passar a tarde ao sol na esplanada, ficava na biblioteca a estudar….
	Participação em outras atividades	Participação na vida social, associativa e lúdica.	… mas nunca deixei de participar em nada e conciliei tudo, participei em vários projetos, tinha namorada, fiz parte da associação de estudantes. Epá! É verdade que eu não tinha tempo para nada, mas consegui conciliar as coisas
	Adaptação à faculdade	Adaptação inicial difícil;	Não vou mentir, os primeiros meses de faculdade foram horríveis! Tive que me adaptar a muita coisa, não conhecia quase ninguém, mas pronto depois fui crescendo, aprendendo e conhecendo novas pessoas, e gostei muito.
	Concentração nos estudos/ trabalho	Geralmente concentra-se bem nos estudos, à exceção de quando tem uma preocupação externa	eu consigo me focar bem nas tarefas. As alturas em que não consigo, é quando tenho um problema externo por resolver, por exemplo uma despesa adicional, ou mudança de casa, coisas desse

			género, mas, no geral, sou uma pessoa muito focada no trabalho.

Tabela 9- Área temática: Sono

Categorias	Subcategorias	Indicadores	Unidades de registo
Sono	Dificuldades em dormir	Tem dificuldades em adormecer, quando está preocupado	Não. Quer dizer… em alturas de preocupação, sim. Ou então, se troco os horários. Mas claro, se tenho assuntos por resolver, quando me deito demoro bastante tempo a tentar adormecer, mas ultimamente nem me tem acontecido muito.
	Sonhos	Sabe que sonha, mas não se recorda dos sonhos.	Sim, às vezes, mas nunca consigo perceber de onde é que eles vêm. Sei que sonho, mas nunca me lembro daquilo que sonhei.

Anexo 4- Recorte Vertical da Entrevista

RELAÇÃO ENTRE O IRMÃO E OS PAIS/ RELAÇÃO MAIS AFASTADA: Entrevistador: Fala-me um pouco da relação do irmão com os teus pais. Resposta: Eu acho que a relação que ele tem com os meus pais é mais afastada do que a minha quando vivia cá…

RELAÇÃO ENTRE OS PAIS/RELAÇÃO DE CASAL APARENTEMENTE SAUDÁVEL: Entrevistador: E a relação dos teus pais como é que tu descreverias? Resposta: Eu acho que a relação deles é uma relação saudável…

RELAÇÃO COM A MÃE/ DEMASIADO PROTETORA, DEVIDO À DIABETES: Entrevistador: Fala-me um pouco da tua relação com eles. Resposta: eu acho que a relação que eu tenho com a minha mãe é de demasiada proximidade… Porque acho que ela é demasiado protectora. Por vezes, tenho a necessidade de ter mais espaço … Eu acho que sou o filho a quem ela dá mais atenção, devido à Diabetes, porque foi um bocado estranho. Na altura que me diagnosticaram, o meu irmão tinha acabado de nascer… foi para aí dois meses depois... e…então, dedica-se mais a mim, por medo.

RELAÇÃO COM O PAI/ MAIOR AFASTAMENTO: "a minha relação com o meu pai é mais afastada...ele não sente tanta necessidade de falar comigo, como tem a minha mãe…

PREOCUPAÇÃO DO SUJEITO/ MEDO DE NÃO ESTAR PRESENTE: …há uma questão que me preocupa e que fico com um pouco de remorsos, que foi o facto de eu ter ido para Lisboa e sei que eles estão a ficar mais velhos e o curso natural da vida é que as coisas terminem e eu tenho receio de não estar cá nos momentos decisivos, porque eles já me deram tanto e não quero ser eu a passar por ingrato

PREOCUPAÇÃO DA MÃE/ MEDO QUE POSSA ACONTECER ALGO AO FILHO: Ela tem medo que possa acontecer alguma coisa comigo…

CONHECIMENTO DO DIAGNÓSTICO/ AOS 8 ANOS: Entrevistador: Foste diagnosticado então há 16 anos? Sim. Eu tinha 8 anos…

REAÇÃO AO CONHECIMENTO DO DIAGNÓSTICO/DESCONHECIMENTO E POSTERIOR APARENTE RESILIÊNCIA: Entrevistador: Fala-me uma pouco da tua reação quando soubeste que tinhas diabetes. Resposta:… eu não me lembro de quase nada da minha infância, mas desse dia lembro-me de tudo. Aliás, lembro-me da semana, das pessoas, de tudo mesmo..

Eu não percebi o que era. Mas pronto, também acho que nessa fase dos 8 anos, nós somos um bocado resilientes e acabamos por aceitar as coisas.

SINTOMAS/ ENURESE E FADIGA: …e estava muito cansado. Passei a tarde a dormir, e depois nessa noite até fiz chichi na cama, o que não é muito normal.

PRINCIPAIS MUDANÇAS- ADMINISTRAÇÃO DE INSULINA: Entrevistador: Para ti, quais é que foram as principais mudanças, depois do diagnóstico? a administração da insulina, acho que era o mais complicado no início… foi complicado o ter que enfiar agulhas em mim próprio, pela primeira vez…O pior foi quando eu fui ao médico, e ele disse que também teria de levar insulina nas horas das refeições. Saí de lá a chorar, porque teria de dar injeções na escola, à frente dos meus colegas.

Nº DE INJEÇÕES DIÁRIAS DE INSULINA/7 A 9 VEZES: Quantas vezes, em média, costumas administrar insulina? Resposta: Entre 7 a 9 vezes, depende da quantidade de vezes que como.

PRINCIPAIS ESFORÇOS PARA A ADAPTAÇÃO À DOENÇA - MANUTENÇÃO DO CONTROLO DA DOENÇA: Entrevistador: Quais os esforços mais difíceis para ti? Resposta: Acho que passa muito por quereres mudar o teu ” *mindset*” e dizeres “ Agora vou-me controlar” e consegues controlar, de facto, durante duas semanas, mas há sempre qualquer coisinha que impede.

PRINCIPAIS ESFORÇOS PARA A ADAPTAÇÃO À DOENÇA – CONTINUIDADE DE APRENDIZAGEM: Eu acho que estamos sempre a aprender com a doença. É mesmo uma aprendizagem constante, que requer acompanhamento regular.

PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA/ÍNICIO RECENTE: Entrevistador: Praticavas/Praticas alguma atividade física? Resposta: Desde Junho para cá é que tenho ido, de vez em quando, ao ginásio, porque senti a necessidade de me mexer um bocado e de ajustar melhor com a alimentação.

PERCEÇÃO SOBRE A DOENÇA- IMPACTO DA DOENÇA NA INIBIÇÃO DE ALGUMAS ATIVIDADES: Entrevistador: Sentiste que a Diabetes poderia afetar os teus sonhos ou projetos de vida? Resposta: Não. Eu acho que na altura foi uma barreira para algumas coisas que poderia ter feito e não fiz… por proteção familiar, por exemplo, gostava de ter ido para os escoteiros ou para o judo, mas houve alguma tentativa de me proteger e evitar que eu me pudesse magoar, pois quando se magoa, o efeito em nós (diabéticos)

pode ser maior. E outras coisas, como dormir fora de casa, como por exemplo, em casa de amigos. Até aos quinze anos eu não sabia o que era isso. Mas pronto, a um dada altura a minha família consciencializou-se que não havia barreira nenhuma e a partir daí dessa fase, as coisas já têm sido diferentes.

POSSÍVEIS ENTRAVES RELACIONADOS COM A DOENÇA/ MUDAR DE PAÍS: Entrevistador: Achas que a diabetes alterou, de alguma forma, a tua maneira de ser e de pensar? Resposta:.. Pronto, é claro que se quisesse emigrar, o que não é o caso, a Diabetes poderia ser um entrave, porque não sei como funciona o sistema nacional de saúde nos outros países, nem como seria o acesso a esse tipo de bens e, se calhar, o tratamento seria muito dispendioso.

EPISÓDIOS DE HIPOGLIGÉMIA- PREOCUPAÇÃO COM A FALTA DE CONTROLO: A minha maior preocupação é mesmo as hipoglicemias, e tem a ver, sobretudo, com o facto de eu perder o controlo sobre mim próprio.

CARATERÍSTICAS PESSOAIS DO SUJEITO/ LUTADOR E SOLITÁRIO: Entrevistado: Agora gostava que falasses um pouco sobre ti… Resposta: …eu acho que sou tipo de pessoa um bocado difícil de lidar porque sou muito direto naquilo que digo e na forma como digo as coisas … Mas pronto, sou lutador e a maior prova é que consegui fazer o curso, e desde que o acabei, nunca tive um único dia sem trabalhar…

SATISFAÇÃO PESSOAL/ MANTEM RECEIOS JUSTIFICADOS PELA VIVÊNCIA ESCOLAR: Entrevistador: Sentes-te satisfeito contigo mesmo? Resposta:.. é obvio que há coisas que gostaria de melhorar, mas no geral sim. Mas tenho noção que ainda hoje tenho alguns receios, porque… a escola, às vezes, marca-nos muito… e há pessoas que conseguem ser um bocado "mázinhas"*(manifesta um olhar triste)*

PERCEÇÃO DA (DES)APRECIAÇÃO DOS OUTROS/ ESTIGMATIZAÇÃO: Na altura da escola sempre fui ouvindo bocas em relação à minha orientação sexual, ou ao meu aspeto físico… esse tipo de coisas que os putos têm uns com os outros, que não mata, mas mói… Por isso é que me isolo um bocado e não me dou com qualquer pessoa, porque essa gente tem a mania de por rótulos, só porque sou um bocado diferente dos outros rapazes.

RELAÇÃO COM O CORPO - IMPACTO DA DIABETES:Entrevistador: Fala-me um bocado da relação que tens com o teu corpo. Resposta… aqui a Diabetes teve impacto, e eu não

posso dizer que não. O facto de eu ter tido Diabetes numa fase tão precoce, fez com que eu tivesse alguns atrasos no crescimento …

SATISFAÇÃO COM O CORPO/ MAIOR PREOCUPAÇÃO: Ultimamente tenho tido uma maior preocupação com isso, porque me tenho vindo a aperceber que está a crescer uma barriguinha que eu nunca tive… . Mas pronto, eu acho que também não sou muito físico, gosto de valorizar o interior das pessoas, e no fundo, é isso que conta, não é?

RELAÇÃO COM OS AMIGOS/ AUSÊNCIA DE MELHOR AMIGO: Entrevistador: E em relação aos teus amigos, fala-me um pouco sobre eles e a vossa relação. Resposta: lá está, não tenho nenhum melhor amigo, nem nunca tive. Cada um tem o seu lugar…

APOIO DOS AMIGOS/ ATUALMENTE SENTE-SE APOIADO CONTRARIAMENTE AO PERÍODO ESCOLAR: Entrevistador: E sentes que és apoiado pelos teus amigos? Sim, eles até brincam com a situação… na escola os meus colegas gozavam comigo, do género, estávamos todos a brincar e viravam-se para mim e diziam " Tu não estás bem, vai tomar insulina!" … isto é cruel, não é*?!(olhar triste e ao mesmo tempo indignado)…*

VIDA SEXUAL/ PROBLEMAS APARENTES APENAS EM EPISÓDIOS DE HIPOGLICÉMIA: Entrevistador: Como avaliarias a tua vida sexual? Resposta: Não tenho qualquer tipo de problema ou limitação nesse sentido… Se bem que, às vezes, é normal que se nos der uma baixa de açúcar, por mais vontade que tenhamos, aquilo não funciona, não é?*(sorriu)*

FACULDADE-DESEMPENHO ACADÉMICO: Entrevistador: Como te sentias na faculdade? Resposta: Eu não vivi a faculdade da forma como poderia ter vivido, porque sempre senti a obrigação de acabar o curso com as melhores notas possíveis. Apesar de ficar um pouco frustrado, às vezes, porque via que havia gente que não fazia nada e tinha quase as mesmas notas que eu!

FACULDADE – ATIVIDADES EXTRA-CURRICULARES: … nunca deixei de participar em nada e conciliei tudo, participei em vários projetos, tinha namorada, fiz parte da associação de estudantes. Epá! É verdade que eu não tinha tempo para nada, mas consegui conciliar as coisas.

FACULDADE – ADAPTAÇÃO: Não vou mentir, os primeiros meses de faculdade foram horríveis! Tive que me adaptar a muita coisa, não conhecia quase ninguém, mas pronto depois fui crescendo, aprendendo e conhecendo novas pessoas, e gostei muito.

CONCENTRAÇÃO NOS ESTUDOS OU TRABALHO/ FOCO NAS TAREFAS: eu consigo focar-me bem nas tarefas. As alturas em que não consigo, é quando tenho um problema externo por resolver, por exemplo uma despesa adicional, ou mudança de casa, coisas desse género, mas, no geral, sou uma pessoa muito focada no trabalho.

SONO/ DIFICULDADES EM DORMIR EM ALTURAS DE MAIOR PREOCUPAÇÃO: Entrevistador: Costumas ter dificuldades em dormir? Resposta:… em alturas de preocupação, sim. Ou então, se troco os horários. Mas claro, se tenho assuntos por resolver, quando me deito demoro bastante tempo a tentar adormecer, mas ultimamente nem me tem acontecido muito.

SONHOS/ NÃO SE RECORDA: Entrevistador: E sonhos, costumas ter? Resposta: Sim, às vezes, mas nunca consigo perceber de onde é que eles vêm. Sei que sonho, mas nunca me lembro daquilo que sonhei.

Anexo 5- Teste ao guião da entrevista 1

Transcrição da entrevista- Caso 1

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS DO SUJEITO

Sexo: Masculino

Idade: 22 Data de Nascimento: 10/05/1992

Habilitações Literárias: Licenciatura em Gestão de Marketing

Doença diagnosticada: Diabetes Mellitus tipo 1

Agregado familiar: Mãe (49 anos); Pai (55 anos); irmão (27 anos)

Entrevistador: Com quem vives?

Entrevistado: Atualmente, eu vivo com os meus pais em Castelo Branco. Apesar de também ter apartamento em Lisboa, onde mora lá o meu irmão, e estou sempre a oscilar dum sítio para o outro.

DINÂMICA FAMILIAR

Entrevistador: Só tens um irmão?

Entrevistado: Sim

Entrevistador: Que idade é que ele tem? E o que é que ele faz?

Entrevistado: Tem 27 anos e trabalha em Lisboa na área de Ordenamento do Território.

Entrevistador: Como é que é a tua relação com ele?

Entrevistado: Bem… eu dou-me perfeitamente bem com ele…Achamos piada às mesmas coisas, confio nele e isso tudo, mas não saímos juntos nem nada do género. Cada um tem o seu grupo de amigos.

Entrevistador: E como é que é a relação que o teu irmão tem com os teus pais?

Entrevistado: É boa! Felizmente ninguém se dá mal na minha família. Ele trata o meu pai com muito respeito…E à minha mãe também, claro, mas acho que com o meu pai ainda é mais. Enfim relações normais entre pais e filhos…!

Entrevistador: E quanto a ti, como descreves a relação com a tua mãe?

Entrevistado: É óptima! Se bem que ela às vezes é demasiado protectora e torna-se chata. Mas damo-nos bem.

Entrevistadora: Protectora em que sentido? Podes exemplificar?

Entrevistado: Sim, do género "Oh filho leva o casado que está frio!" ou então " Vais sair? Vê lá não chegues muito tarde"… Mas acho que é normal.

Entrevistador: **E com o teu pai? Como é que é a vossa relação?**

Entrevistado: Dou-me bem com ele, mas tenho mais cuidado com as coisas que digo e a forma como digo. No entanto, ele não é tão protector como a minha mãe, dá-me mais liberdade e deixa-me fazer mais coisas.

Entrevistador: Qual é a profissão da tua mãe?

Entrevistado: Bem… a minha mãe é Técnica Superior do Centro de Reinserção Social. Não sei bem o que ela faz lá, mas sei que dá pareceres para o tribunal e coisas do género.

Entrevistador: E a do teu pai?

Entrevistado: O meu pai agora trabalha na área dos seguros, mas já foi militar há muitos anos.

Entrevistador: Como descreves a relação entre os teus pais?

Entrevistado: É perfeita!! E acho que melhorou desde que fomos os dois (eu e o meu irmão) estudar para Lisboa, passaram a estar mais voltados um para o outro. Além disso, agora estão mais folgados, com a casa paga e tudo. Estão bem e sem grandes preocupações.

Entrevistador: Há algum tipo de actividade que costumas fazer com a tua mãe?

Entrevistado: Não. Só mesmo ajudar em pequenas tarefas domésticas, mas nada de mais.

Entrevistador: E com o teu pai?

Entrevistado: Com o meu pai sim, muito relacionado com carros e motas, agora ele também tem uma pequena oficina e, por vezes, vou ter com ele lá. Temos esse interesse em comum. Mas com o meu irmão ainda há mais essa proximidade… eles vão ver o Rallye juntos e tal. Eu cá gosto, mas não aprecio assim tanto.

Entrevistador: Sentiste que alguma coisa mudou na tua família depois de teres sido diagnosticado com Diabetes?

Entrevistado: Bem, no início toda a gente queria saber como é que eu andava, e perguntavam-me se estava bem. Principalmente uma tia minha, irmã do meu pai, que também é diabética e tem um filho diabético. Ela ligava-me muitas vezes a dar conselhos e esse tipo de coisas.

Entrevistador: Como é que achas que os teus pais reagiram quando souberam da notícia?

Entrevistado: Acho que a minha mãe reagiu pior, ficou mais transtornada do que o meu pai. Mas depois acabou por aceitar

ADAPTAÇÃO À DOENÇA

Entrevistador: Há quanto tempo descobriste que és Diabético?

Entrevistado: Bem, há uns meses, ainda não fez um ano. Fui diagnosticado em Janeiro.

Entrevistador: Como é que descobriste que tinhas Diabetes? Quais é que foram os primeiros sintomas?

Entrevistado: Bem em Outubro do ano passado eu parti o braço e foi um período muito complicado para mim, porque tive de deixar de fazer desporto e emagreci bastante, para além de que fui começar a estagiar de braço partido. Para aí em finais de Dezembro, comecei a ter muita sede e a ter vontade de ir à casa de banho pouco a pouco, até que fui ao hospital e mediram-me a glicémia, que estava a 500. Para ter a confirmação, fizeram-me análises, para detectar o valor da Hemoglobina A1c e, de facto, verificou-se que tinha Diabetes. O médico diz que tive azar, porque nesta

idade já não é muito comum desenvolver Diabetes do tipo 1, geralmente, aparece mais cedo, ou então mais tarde a do tipo 2, mas pronto.

Entrevistador: Como reagiste quando soubeste?

Entrevistado: Primeiro fiquei muito triste, mesmo. Não sabia as consequências da doença e andei a pesquisar possíveis curas e práticas experimentais, mas depois percebi que não havia cura e agora acho que já aceitei a doença.

Entrevistador: O que te preocupou mais quando descobriste?

Entrevistado: Oh, a mudança de estilo de vida. Por exemplo, queria ganhar peso e sempre gostei muito de fazer desporto, fiquei preocupado que isso ficasse limitado, mas agora já percebi que posso continuar a praticar e que até só faz bem, desde que com moderação.

Entrevistador: Conheces bem a doença e tudo o que a envolve?

Entrevistado: Sim, Estou muito bem informado quanto a isso, pelos médicos, enfermeiros, familiares, e eu próprio gosto de ler e de pesquisar.

Entrevistador: Costumas pensar muito nisso?

Entrevistado: No início sim, mas agora não. Levo a insulina no bolso e ninguém sabe o que é. Oh e mesmo que soubessem também não era por aí…

Entrevistador: Quais é que foram as principais mudanças na tua vida?

Entrevistado: Agora faço tudo igualzinho, na altura é que não, porque quando descobri estava com os valores da glicémia e da hemoglobina A1c alterados e aí tive de estar em repouso. Agora que as coisas estão controladas, faço a minha vida normal, como fazia antes.

Entrevistador: Com o teu tipo de Diabetes, suponho que tenhas de recorrer a injeções de insulina. Com que frequência o fazes, ao longo do dia?

Entrevistado: Portanto dou uma à noite, antes de ir dormir e, sempre que faço refeições. Dá para aí uma média de 6/7 vezes por dia.

Entrevistador: Que esforços é que foram mais difíceis de fazer para te adaptares à doença?

Entrevistado: No início as injeções, porque doíam um bocado, e como era eu a dar a mim próprio, é complicado fazer algo a nós próprios já com aquela ideia de que vai doer, mas depois de apanhar um determinado jeito, 19 em 20 vezes já não dói.

AUTO-PERCEÇÃO DO SUJEITO

Entrevistador: Como te descreves a ti próprio?

Entrevistado: Acho que sou calmo, ágil, inteligente…quer dizer… não é bem inteligente… é mais esperto, ou melhor, perspicaz! Preocupo-me muito com os outros, embora isso, às vezes, possa ser considerado um defeito. Não me demonstro muito facilmente, há coisas que gosto de guardar para mim, e só partilho quando tenho confiança… Quando quero sou persistente e acho que também sou bastante independente.

Entrevistador: Sentes-te satisfeito contigo mesmo?

Entrevistado: Sim, agora sim.

Entrevistador: Quando soubeste que eras diabético, sentiste que isso ia afectar os teus sonhos ou projetos de vida?

Entrevistado: Agora já não, mas no início um bocadinho, porque não deixa de ser uma doença crónica que vou levar comigo para vida e sei que isso tem implicações, por exemplo em termos de seguros e assim, mas acho que se for devidamente controlada, como tenho feito até agora, consigo viver normalmente.

Entrevistador: Quais é que são os teus planos para o futuro?

Entrevistado: Arranjar um emprego estável e uma casa, ter uma vida própria e ser saudável.

Entrevistador: Neste momento, o que é que mais te preocupa?

Entrevistado: Bem, se calhar a saúde. O ter que comer bem e fazer exercício, porque de resto não tenho grandes preocupações.

Entrevistador: Se pudesses, mudavas alguma coisa?

Entrevistado: Tirava a diabetes, claro.

Entrevistador: Achas que o facto de teres sabido que tinhas Diabetes, alterou a tua maneira de ser e de pensar?

Entrevistado: Não. Se calhar fez-me mais autónomo, porque isto é só apra mim, só eu é que posso gerir isso, mais ninguém

Entrevistador: O que mais gostas de fazer?

Jogar muito (no computador), muito ginásio e corrida e andar de mota.

Entrevistado: Que tipo de jogos é que costumas jogar?

Mais de acção, com algum toque dramático. Também jogo muito na net, em rede. Até já fui a Inglaterra duas vezes para um encontro com os jogadores que costumo jogar online. A primeira vez que fui tinha 17 anos e gostei bastante da experiência

SUPORTE SOCIAL

Entrevistado: Sentes que és apoiado?

Entrevistado: Sim, na medida do possível. Acho que os meus pais apoiaram o máximo que conseguiram, mas claro que esta doença é minha e só depende de mim.

Entrevistador: O que costumas fazer com os teus amigos?

Entrevistado: Sair, essencialmente, ainda há pouco tempo fomos para o Algarve, costumamos sair à noite, coisas desse género, relacionadas com o lazer ou com a diversão, melhor dizendo.

Entrevistador: Contaste aos teus amigos que tens Diabetes?

Entrevistado: Só contei a alguns, aos mais próximos. Por exemplo, o outro dia ligou-me um colega meu a convidar para um jantar de aniversário. Eu disse que não podia ir, porque não me apetecia estar a explicar e a justificar, depois iam começar a fazer perguntas e coisas do género e eu não tenho muita paciência.

Entrevistador: E aqueles amigos que já sabem…Sentes que eles te apoiam?

Entrevistado: Sim, eles até brincam com a situação e compreendem.

VIDA AMOROSA

Entrevistador: Agora vou-te colocar questões um pouco mais íntimas, mas estás à vontade para não responder, ok?

Entrevistado: Sim, força!

Entrevistador: Tens namorada?

Entrevistado: Hmmm… mais ou menos… Estou a conhecer uma pessoa, ainda estou numa fase muito inicial, mais conversa e tal…

Entrevistador: Muito bem e , no geral, sentes-te satisfeito com a tua vida sexual?

Entrevistado: Sim, é normal. Não ficou afectada com a Diabetes.

INTEGRAÇÃO E ENVOLVIMENTO ACADÉMICO

Entrevistador: Quando estudavas, sentias-te bem na faculdade?

Entrevistado: Sim, sentia-me bem, mas acho que podia ter feito mais amigos, mas os que tenho são poucos e bons. Mas, Sentia-me confortável… Dava-me bem com toda a gente, não sou de fazer intrigas. Se bem que quando juntaram turmas, o ambiente não ficou tão bom, porque havia muita rivalidade, mas eu metia-me à margem disso.

Entrevistador: Quando estudavas, conseguias-te concentrar bem?

Entrevistado: Sim e, geralmente, estudava sempre com alguém. Nunca tive problemas com isso.

SONO

Entrevistador: Costumas ter dificuldades em dormir?

Entrevistado: Não. Só quando estava com os sintomas, mas agora já não.

Entrevistador: Costumas sonhar?

Entrevistado: Bem…Dizem que sonhar, sonhamos sempre, mas nunca me lembro deles.

Anexo 6- Teste ao guião da entrevista 2

Transcrição da entrevista- Caso 2

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS
Sexo: Masculino
Idade: 23
Data de Nascimento: 06/04/1991
A frequentar o último ano do Mestrado Integrado em Arquitetura
Doença Diagnosticada: Diabetes Mellitus tipo 1
Agregado Familiar:
J.F, irmão mais velho (28 anos); irmã mais nova (19 anos); pai (55 anos) e mãe (50 anos)

Entrevistador: Com quem vives?
Entrevistado: Quando vou para os Açores, moro com os meus pais e com os meus dois irmãos. Cá, no Porto, moro com a minha irmã, que também está cá a estudar, e com mais uma rapariga.
Entrevistador: Como descreves a relação que tens com os teus irmãos?
Entrevistado: Com o meu irmão, eu não falo muito, mas damo-nos bem, simplesmente não temos a necessidade de falar sobre a vida um do outro…Ficamos bem em silêncio… Mesmo quando estou nos Açores, ele está sempre fora de casa…na vida dele. Já com a minha irmã, tenho uma relação muito mais próxima, mas também por força das circunstâncias, uma vez que ela também mora cá. Ainda assim, fomos criados um pouco mais juntos. Falo imenso com ela… claro que temos as nossas chatices de irmãos, mas acho que é normal.
Entrevistador: O que fazem eles? (Trabalham, estudam?) Entrevistado: O meu irmão mais velho é Engenheiro e a minha irmã mais nova está a estudar Bioquímica.
Entrevistador: Como descreves a relação que eles têm com os teus pais?
Entrevistado: O meu irmão mais velho dá-se muito bem com ambos, mas como passa muito tempo fora de casa, só fala quando tem que ser… basicamente convivem bem em silêncio. A minha irmã dá-se muito melhor com o meu pai, do que com a minha mãe. Apesar de não se dar mal com a minha mãe mas… consegue ter mais proximidade com o meu pai.
Entrevistador: Qual é a profissão da tua mãe?
Entrevistado: Professora/ Presidente de uma escola
Entrevistador: E a do teu pai?
Entrevistado: Carpinteiro, apesar de não ter muito trabalho agora, devido à crise atual.
Entrevistador: Como é a relação que tens com os teus pais?
Entrevistado: Eu, ao contrário da minha irmã, dou-me muito mais com a minha mãe. Por exemplo, falo com a minha mãe todos os dias, sobre os assuntos da faculdade e assim… com o meu pai também, mas não com tanta frequência. Acho que eu e o meu pai chocamos mais, porque também temos

os feitios mais parecidos. Relativamente a assuntos mais íntimos, não falo com nenhum dos dois.

Entrevistador: Como descreves a relação dos teus pais? Já foi muito boa. Mas no último Verão, quando estive nos Açores, a relação não estava grande coisa.

Entrevistador: Como assim? Queres explicar melhor?

Entrevistado: Ora estavam constantemente a discutir, ora estavam muito distantes, mas nunca percebi o motivo. Também não sei como está a relação agora… Vou esperar pelo Natal para ver.

Entrevistador: O que costuma fazer com a tua mãe (podes exemplificar com tarefas do dia-dia)?

Entrevistado: Em casa, cada um tem o seu horário, mesmo nas refeições. Por isso, aquilo que sujo, é aquilo que limpo. Claro que se me pedirem para limpar o chão, ou tratar da roupa, eu faço, mas só quando tem que ser.

Entrevistador: E com o teu pai? Ao meu pai, eu não ajudo grande coisa. Porque também o trabalho que ele tem é difícil e eu não sei fazer grande coisa. Mas claro, se ele me pedir coisas simples, eu ajudo-o na boa!

Entrevistador: Sentiste que alguma coisa mudou na tua família, depois de saberem que foste diagnosticado com Diabetes?

Entrevistado:O que mudou essencialmente foi a alimentação. Sempre comemos bem, mas passámos a comer ainda melhor e um pouco mais saudável, em termos de equilíbrio. Sempre tivemos sopa e legumes, mas passamos a comer desse tipo de comidas mais vezes.

Entrevistador: Há quanto tempo descobriste que és Diabético?

Entrevistado:Há doze anos. Aliás, vai fazer 12 anos em Março.

Entrevistador: Como reagiste quando soubeste?

Entrevistado: Bem, para ser sincero fiquei "na boa", porque não tinha a noção de nada. Fiquei mais do género "O que é isso?"

Entrevistador: Costumas pensar muito nisso?

Entrevistado: Penso para tratar de mim, mas não penso em termos de me sentir mal. Por exemplo, tenho mais cuidados porque estou num grupo de risco e tento sempre não facilitar. Agora com esta questão da l*egionella*, dei-me ao trabalho de desinfetar tudo, quando houve o surto da Gripe A, também. Tomo sempre as devidas precauções.

Entrevistador: Quando soubeste que eras diabético, sentiste que isso ia afetar os teus sonhos ou projetos de vida?

Entrevistado: Não. Não é um impedimento de nada. Faço uma vida como outra pessoa qualquer, só que com mais cuidados.

Entrevistador: Antes de descobrires que eras diabético, praticavas alguma actividade física?

Entrevistado:Não. Nunca fiz nada, a não ser Educação Física. Porém, em Março entrei num ginásio para melhorar a minha forma física.

Entrevistador: Como te descreves a ti próprio?

Entrevistado: Uiii…Essa é difícil! Bem… eu sei que isto é daquelas frases clichés, mas acho que eu normalmente sou alegre, não digo nada de jeito, no sentido em que estou sempre a aparvalhar, brinco muito, mas tenho um feitio difícil… Sou tímido também! E tenho um lado mais mauzinho, do género:

acho tudo muito básico, sei lá!

Entrevistador: Como assim? Estás a querer dizer que, às vezes, achas-te um pouco presunçoso, é isso?

Entrevistado:Epah!! É que é mesmo isso! Não me sinto bem em ser assim, mas na altura não me apercebo que estou a ser um pouco menos agradável. Só quando chego ao fim do dia é que dou conta.

Entrevistador: Mas, no geral, sentes-te satisfeito contigo mesmo?

Entrevistado: Tenho dias…Sei que tenho muitas qualidades, mas quando ligo essa parte má… chego ao fim do dia e não me sinto bem.

Entrevistador: Costumas ter dificuldades em dormir?

Entrevistado: Tenho tido mais, nos últimos meses. Por exemplo, ainda hoje acordei cansado. Tenho tido mais sonhos, mas não sei bem o quê, mas parecem mais fortes e mais pesados. Não me consigo lembrar dos sonhos, mas julgo que deve ter a ver com a questão do trabalho, mais especificamente, com a tese.

Entrevistador: Quais é que são os teus planos para o futuro?

Entrevistado:Bem, em primeiro lugar: Acabar o curso! E depois, não sei bem. Não sei se quero voltar para a ilha…se quero ficar pelo continente… ou se hei-de emigrar para os países nórdicos. Ainda tenho que ponderar muito bem e vai depender das oportunidades que forem surgindo.

Entrevistador: Como é que te sentes na faculdade?

Entrevistado Sinto-me bem lá. É uma das melhores da Europa… Temos bons professores. Aliás, só me apercebi que era tão boa, quando estive de Erasmus em Roma, o ano passado, e a faculdade de lá é péssima. Mas cá, o curso é muito muito cansativo!

Entrevistador: Consegues concentrar-te bem nos estudos?

Entrevistado Bom, agora estou só mesmo a fazer a tese e tem sido difícil para mim concentrar-me, porque estou habituado a trabalhos mais práticos. Se conseguir trabalhar 6 horas por dia, já fico feliz! Porque é mesmo difícil.

Entrevistador: O que costumas fazer com os teus amigos?

Entrevistado Estamos sempre juntos a trabalhar, e, de vez em quando, saímos e vamos até à baixa beber um fino ou um café.

Entrevistador: Os teus amigos sabem que és diabético?

Entrevistado Sim, sabem. Até já me presenciaram a ter um episódio de hipoglicémia. Ficaram todos em pânico sem saber o que fazer, mas lá se lembraram de ligar o 112 a pedir indicações e lá ficou tudo bem. Acho que eles ficaram assustados, porque nós quando temos esses episódios ficamos com um ar mais agressivo. Mas agora já estão prevenidos para esse tipo de situações.

Entrevistador: Esses episódios de hipoglicémia costumam ocorrer muitas vezes?

Entrevistado Não. Esse ocorreu há cerca de um mês, mas já não tinha um há muitos anos.

Entrevistador: Sentes que os teus amigos te apoiam?

Entrevistado Sim…

Entrevistador: O que gostas mais de fazer?

Entrevistado: Jogar computador. Cá não jogo tanto, mas quando estou de

férias, passo muito, muito, muito tempo a jogar! Mas saio com os amigos e como sempre a horas…(essas coisas).

Entrevistador: E que tipo de jogos, é que costumas jogar?

Entrevistado Jogo muitos tipos, não tenho nenhum em específico.

Entrevistador: A diabetes impede-te de fazer alguma coisa? Ou sentes que já não podes fazer algumas coisas, que podias fazer antes?

Entrevistado: Não.

Entrevistador: O que é mais te preocupa, neste momento?

Entrevistado Neste momento, a minha maior preocupação é ter uma boa nota na tese. Gostava muito de ter 18 no mínimo, mas sei que é difícil. Por outro lado, ter 17 também é demasiado fácil.

Entrevistador: Se pudesses, mudavas alguma coisa?

Entrevistado Não... Entrei na Faculdade que quis, fiz o que quis…talvez me tivesse aplicado um pouco mais na faculdade, naquelas cadeiras que não tive assim tão boa nota.

Entrevistador: Que esforços é que foram mais difíceis de fazer para te adaptares à doença?

Entrevistado Nada.

Entrevistador: Como é que achas que os teus pais reagiram quando souberam da notícia?

Entrevistado A minha mãe desatou a chorar, mas eu não entendi porquê. O meu pai foi menos dramático, mas também sentiu-se mal, e depois punha-se do género "Aiii o meu filho…". Mas, na altura, não dei muita importância, nem me apercebi bem do que se tava a passar. Também esse período passou rápido… Depois aceitaram e ajudaram-me a lidar com a doença.

Entrevistador: Alguém da tua família tem diabetes?

Entrevistado Uma prima minha, que é ainda bebé.

Entrevistador: Achas que o facto de teres sabido que tinhas Diabetes alterou a tua maneira de ser e de pensar?

Entrevistado Talvez…Acho que eu comecei a pensar mais nas coisas e a ponderar tudo.

Entrevistador: Como é que descobriste que tinha Diabetes. E quais os primeiros sintomas que sentiste?

Entrevistado Há 12 anos atrás, eu tive uma gripe durante duas semanas e nunca passava, pelo contrário, estava sempre a piorar, para além de que perdi 9 quilos em dois dias. Entretanto fui ao hospital, fizeram análises e lá descobriram que tinha diabetes.

Entrevistador: Tens namorada?

Entrevistado Neste momento não. Terminei um relacionamento há cerca de 3/ 4 meses, mas não me sinto muito confortável em falar nisso.

Entrevistador: E relativamente à tua vida sexual, sentes-te satisfeito?

Entrevistado Sim… Mas se voltasse atrás, se calhar teria aproveitado mais. E pronto, é isso!

Entrevistador: Há mais alguma coisa, que queiras falar sobre ti? Para te conhecer um pouco melhor? Se sim, podes escrever à vontade.

Entrevistado Não, acho que já disse tudo. E tu? Ficaste satisfeita com as respostas?

Anexo 7- Protocolo do Rorschach

Tabela 10- Cotação do Rorschach

Respostas/Tempos	Inquérito	Cotação
5’’ **Prancha I** 1) Anjo 2) Sombra 16’’	- Grande parte lateral esquerda, pela forma - Parte lateral direita, pela forma (referência simetria)	D F+ (H) D FClob Abstr
14’’ **Prancha II** 1) dois rinocerontes 2)Palhaço 29’’	- Duas partes laterais negras, pela cor e pela forma -Global, pela forma	D CF A G F- (H)
4’’ **Prancha III** 1) Jantar com duas pessoas à mesa 2) Patos 27’’	- Duas partes negras laterais, incluindo o centro, pela forma - Duas partes negras laterais, pela forma	D K H D F+ A
11’’ **Prancha IV** 1) Animal Feroz 2) Rato 3) Inseto 4) Morte	- Metade inferior, pela forma e pela cor - Parte mediana inferior, pela forma - Parte medianda inferior, pela forma - Global, pela forma	- D F- A - D F- A - D F+ A - G FClob- Abst

25’’	e pela cor	
22’’ **Prancha V** 1) Borboleta noturna 2) Ilha 50’’	- Global, pela forma e pela cor -Global, pela forma	- G FC- A - G F- Geo
10’’ **Prancha VI** 1) Cristo Rei 2) Uma fonte 25’’	- Parte superior, pela forma - Parte superior, pela forma	D F+ Arq D F+ Arq
5’’ **Prancha VII** 1) Baía (Encaixe onde entra o mar) 2) Caranguejo 29’’	-Global (com inclusão do branco), pela forma -Global, pela forma	G/bl F+ Geo G F- A
12’’ **Prancha VIII** 1) Logotipo de uma marca de bebida qualquer 2) Ursos 3) Clima polar 40’’	-Global, pela cor e pela forma - Parte rosa, lateral - Global pela forma e cor	G FC simb D F+ A GF- Geo
20’’ **Prancha IX** 1) Globo terrestre	- Global pela forma e	- G FC Geo

2) Continentes sobrepostos 3) Floresta 4) Fogo 58''	pela cor - Global pela forma e pela cor - Parte verde lateral, pela cor - Parte castanha superior, pela cor	- G FC Geo -D C Nat - D C Elem
10'' **Prancha X** 1) Festa 2) Pessoas a dançar 47''	-Global, pela cor -Global, pela forma	-G C Abst -G K H

Questões *a posteriori*:

Manchas Vermelhas:

Não faz referência num primeiro momento, apenas quando questionado.

Na prancha II: "olhar e língua de fora… poderia ser cara de escarno" (DG).

Na prancha III: Laço (ao centro); gotas de sangue a cair noutro fluido qualquer (vermelho lateral)

Prancha que gosta mais:

Prancha III. "Acho que é a mais divertida".

Prancha que gosta menos:

Prancha IV. "É feia e desagradável, e depois tem essa cor escura… não gosto".

Prancha que associa ao Pai:

Prancha X." Porque os elementos da imagem estão mais afastados, ainda que haja ligação entre eles".

Prancha que associa à mãe:

Prancha IX. "Porque dá a sensação de que está tudo junto, onde deveria estar…de terra e de pertença".

Tabela 11- Psicograma

Respostas Tempos	**Localizações**	**Determinantes**	**Conteúdos**	**Percentagens**
R= 25 TT= 6 min e 13 seg ↓ TR= 13 seg. 84 TLmédio= 4 seg. 48 ↓ T.Apreensão = G G/bl D T.R.I=2K<7.5 C (Extroversivo misto) F.C.= 2K>0E (introversivo coartado) I.A%= 0 RC%= 36% FC:C+CF= 4FC= 3C+1CF	G= 11 G/bl= 1 D= 13	F= 13 F+= 7 F-= 6 Fclob= 4 Fclob+ = 1 Fclob- = 1 FC=4 FC+ = 3 FC-= 1 CF= 1 K= 2 C= 3	H= 2 (H)= 2 A= 8 Abstr= 3 Geo= 5 Arq = 2 Simb= 1 Nat = 1 Elem= 1	G%= 52% ↑ D%= 44% ↓ G/bl= 4% F%= 52% F+%= 28% ↓ ↓ F%alargado=84 % F+%alargado=100 % H%= 8% ↓ A%= 32% Ban= 0 ↓

Anexo 8- Consentimento Informado

Clara Ferreira Rita, aluna da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, a especializar-se em Psicologia Clínica e da Saúde, com a subespecialidade em Psicopatologia e Psicoterapias Dinâmicas, sob a orientação do Professor Doutor Eduardo Sá, a realizar o Trabalho de Investigação subordinado ao tema "A Diabetes Mellitus em Jovens-Adultos", vem por este meio solicitar a sua colaboração neste estudo, respondendo a algumas questões, inseridas num guião de entrevista, cujo objetivo é compreender os fenómenos psicológicos associados à Diabetes; bem como responder: a uma prova projetiva de diagnóstico psicológico- Rorschach e, por fim, a um questionário de auto-resposta, o BSI, com o intuito de medir os índices de sintomatologia psicopatológica, manifestos na última semana.

Informo que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, se assim o desejar.

Realço também que todas as informações recolhidas serão confidenciais, sendo exclusivamente utilizadas no âmbito do presente estudo.

Posteriormente, se pretender ter acesso aos resultados obtidos deste estudo, estes lhes poderão ser disponibilizados.

Eu (nome completo), _____ ____ depois de devidamente informado(a) autorizo a participação neste estudo assinando o consentimento aqui descrito.

Assinatura do participante: _____

Assinatura do Investigador: _____