

Universidades Lusíada

Araújo, Marisa Alexandra Gomes, 1999-

Fatores protetores na diabetes mellitus tipo 1 : intervenção do assistente social junto de adolescentes e suas famílias

<http://hdl.handle.net/11067/7533>

Metadados

Data de Publicação	2024
Resumo	<p>A dissertação intitulada “Fatores Protetores na diabetes mellitus tipo 1: intervenção do Assistente Social junto de adolescentes e suas famílias” apresenta um estudo que tem como objetivos identificar e compreender os fatores protetores dos adolescentes com diabetes mellitus tipo 1 (DM1) e conhecer a perceção sobre as práticas dos assistentes sociais a intervir com adolescentes, em contexto de saúde, na promoção dos fatores protetores e os desafios que se colocam no seu exercício profissional. E...</p> <p>The dissertation entitled "Protective factors in type 1 diabetes mellitus: intervention by social workers with adolescents and their families" presents a study that aims to identify and understand the protective factors in adolescents with type 1 diabetes mellitus (DM1) and to understand the practices of social workers intervening with adolescents in a health context to promote protective factors and the challenges they face in their professional practice. This is a predominantly qualitative stu...</p>
Palavras Chave	Serviço social com jovens - Portugal, Diabetes na adolescência, Diabéticos - Cuidado e tratamento, Serviço social médico
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-ISSSL] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-10-22T03:23:44Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA
INSTITUTO SUPERIOR DE SERVIÇO SOCIAL DE LISBOA
Mestrado em Serviço Social

Fatores protetores na diabetes mellitus tipo 1: intervenção do assistente social junto de adolescentes e suas famílias

Realizado por:
Marisa Alexandra Gomes Araújo

Orientado por:
Prof.^a Doutora Maria Isabel de Jesus de Sousa

Constituição do Júri:

Presidente: Prof.^a Doutora Teresa Paula Garcia Rodrigues da Silva
Orientadora: Prof.^a Doutora Maria Isabel de Jesus de Sousa
Arguente: Prof.^a Doutora Ana Carina da Silva Ruxa

Dissertação aprovada em: 20 de junho de 2024

Lisboa

2024



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

INSTITUTO SUPERIOR DE SERVIÇO SOCIAL DE LISBOA

Mestrado em Serviço Social

**Fatores protetores na diabetes *mellitus* tipo 1:
intervenção do Assistente Social junto de
adolescentes e suas famílias**

Marisa Alexandra Gomes Araújo

Lisboa

Março 2024



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

INSTITUTO SUPERIOR DE SERVIÇO SOCIAL DE LISBOA

Mestrado em Serviço Social

**Fatores protetores na diabetes *mellitus* tipo 1:
intervenção do Assistente Social junto de
adolescentes e suas famílias**

Marisa Alexandra Gomes Araújo

Lisboa

Março 2024

Marisa Alexandra Gomes Araújo

Fatores protetores na diabetes *mellitus* tipo 1:
intervenção do Assistente Social junto de
adolescentes e suas famílias

Dissertação apresentada ao Instituto Superior de
Serviço Social de Lisboa da Universidade Lusíada
para a obtenção do grau de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Doutora Maria Isabel de Jesus de
Sousa

Lisboa

Março 2024

FICHA TÉCNICA

Autora Marisa Alexandra Gomes Araújo
Orientadora Prof.^a Doutora Maria Isabel de Jesus de Sousa
Título Fatores protetores na diabetes *mellitus* tipo 1: intervenção do Assistente Social junto de adolescentes e suas famílias
Local Lisboa
Ano 2024

CASA DO CONHECIMENTO DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

ARAÚJO, Marisa Alexandra Gomes, 1999-

Fatores protetores na diabetes *mellitus* tipo 1 : intervenção do Assistente Social junto de adolescentes e suas famílias / Marisa Alexandra Gomes Araújo ; orientado por Maria Isabel de Jesus de Sousa. - Lisboa : [s.n.], 2024. - Dissertação de Mestrado em Serviço Social, Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa da Universidade Lusíada.

I - SOUSA, Maria Isabel de Jesus, 1956-

LCSH

1. Serviço Social com jovens - Portugal
2. Diabetes na adolescência
3. Diabéticos - Cuidado e tratamento
4. Serviço Social médico
5. Universidade Lusíada. Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

1. Social work with youth
2. Diabetes in adolescence
3. Diabetics - Care
4. Medical social work
5. Universidade Lusíada. Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa - Dissertations
6. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. HV1441.P8 A73 2024

AGRADECIMENTOS

A realização desta investigação é o resultado de muito trabalho, esforço e dedicação. É o terminar de mais uma etapa neste percurso académico, que não ficará por aqui.

Em primeiro lugar, quero agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Isabel de Sousa, por toda a disponibilidade, apoio, acompanhamento, dedicação, carinho e amizade ao longo deste percurso. Obrigada pela paciência tendo em conta as minhas dificuldades e por vezes, ansiedade, mas que nunca me deixou desistir e que me motivou para continuar a investir no meu percurso académico, permitindo-me ser uma melhor profissional e iniciar este percurso na área de investigação.

Em segundo lugar, quero agradecer ao Dr. Rogério Ribeiro, investigador da APDP, que me apoiou e acompanhou também neste processo, nunca me deixando desistir. Obrigada pela paciência e apoio, por me encorajar a ser e a fazer melhor e pela disponibilidade na construção deste trabalho.

Quero também agradecer à equipa de Departamento de Crianças e Jovens da APDP pelo apoio, carinho e por me terem apoiado no recrutamento dos adolescentes para a realização deste estudo. Agradecer também à APDP por ter permitido a realização deste estudo que é tão importante para mim a nível pessoal e profissional, e para o Serviço Social na área da saúde.

Agradecer também a todos os participantes, tanto aos adolescentes como às assistentes sociais que disponibilizaram um pouco do seu tempo para contribuírem para este trabalho.

Por fim, mas que estarão sempre em primeiro, um muitíssimo obrigada aos meus pais, ao meu irmão e ao meu namorado pelo apoio prestado, carinho, motivação e por nunca me terem deixado desistir. Não conseguiria terminar esta etapa se não tivesse o vosso apoio e o vosso incentivo para continuar a investir no meu percurso académico.

Não há palavras que cheguem para agradecer a todos estes elementos que participaram neste percurso e que sempre me apoiaram. Muito obrigada a todos!

APRESENTAÇÃO

Fatores Protetores na diabetes *mellitus* tipo 1: intervenção do Assistente Social junto de adolescentes e suas famílias

Marisa Alexandra Gomes Araújo

A dissertação intitulada “Fatores Protetores na diabetes *mellitus* tipo 1: intervenção do Assistente Social junto de adolescentes e suas famílias” apresenta um estudo que tem como objetivos identificar e compreender os fatores protetores dos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1 (DM1) e conhecer a percepção sobre as práticas dos assistentes sociais a intervir com adolescentes, em contexto de saúde, na promoção dos fatores protetores e os desafios que se colocam no seu exercício profissional. Este é um estudo predominantemente qualitativo, com recurso a diferentes técnicas e tipos de fontes diversificadas para a recolha de dados: consulta dos processos dos adolescentes com DM1, entrevistas a adolescentes entre os 12 e os 16 anos com DM1, grupo focal com Assistentes Sociais a intervir em contexto hospitalar, na especialidade de pediatria. Para o tratamento destes dados, optou-se pela análise de conteúdo para os dados qualitativos e pela análise estatística para os dados quantitativos. Foi possível concluir que existem divergências entre as percepções dos adolescentes e das assistentes sociais relativamente aos fatores protetores na DM1, na adolescência. Na opinião dos adolescentes, os fatores protetores individuais e familiares encontram-se assegurados, o mesmo não se passando com os fatores protetores comunitários, nomeadamente, a escola. Na percepção das assistentes sociais, qualquer destes três subgrupos de fatores protetores apresentam lacunas.

Palavras-chave: Fatores Protetores, Adolescentes com Diabetes *Mellitus* tipo 1, Serviço Social

PRESENTATION

Protective factors in type 1 diabetes *mellitus*: the social worker's intervention with adolescents and their families

Marisa Alexandra Gomes Araújo

The dissertation entitled "Protective factors in type 1 diabetes *mellitus*: intervention by social workers with adolescents and their families" presents a study that aims to identify and understand the protective factors in adolescents with type 1 diabetes *mellitus* (DM1) and to understand the practices of social workers intervening with adolescents in a health context to promote protective factors and the challenges they face in their professional practice. This is a predominantly qualitative study, using different techniques and different types of sources for data collection: consultation of the files of adolescents with DM1, interviews with adolescents aged between 12 and 16 with DM1, focus groups with Social Workers working in a hospital setting, in the paediatric speciality. To process the data, we opted for content analysis for the qualitative data and statistical analysis for the quantitative data. It was possible to conclude that there are differences between the perceptions of adolescents and social workers regarding protective factors in DM1 in adolescence. In the opinion of the adolescents, the individual and family protective factors are in place, while the community protective factors, namely school, are not. In the opinion of the social workers, any of these three subgroups of protective factors have gaps.

Keywords: Protective Factors, Adolescents with Type 1 Diabetes *Mellitus*, Social Work

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Dimensões e conceitos do modelo teórico.....	143
Tabela 2. Caracterização dos adolescentes com DM1: agregado familiar.....	62
Tabela 4. Estrutura da grelha de análise das entrevistas aos adolescentes com DM1	152

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo Teórico: Fatores protetores na DM1	52
Figura 2. HbA1c dos adolescentes com DM1 (%)	63
Figura 3. IMC dos adolescentes com DM1 (%)	64

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

AML – Área Metropolitana de Lisboa

APDP – Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal

DGS – Direção-Geral de Saúde

DM – Diabetes *Mellitus*

DM1 – Diabetes *Mellitus* tipo 1

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

FIAS – Federação Internacional de Assistentes Sociais

HbA1c – Hemoglobina glicada

ISPAD - International Society for Pediatric and Adolescent

OMS – Organização Mundial de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1. SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E DM1 NA ADOLESCÊNCIA	15
1.1. SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE	16
1.2. SERVIÇO SOCIAL NA DOENÇA CRÓNICA: DIABETES <i>MELLITUS</i>	21
1.2.1. MODELO PSICOSSOCIAL E SISTÊMICO	24
1.2.2. MODELO DE GESTÃO DE CASO	29
1.3. ADOLESCÊNCIA E FATORES PROTETORES NA DM1	31
1.3.1. FATORES PROTETORES: CONCEITO E OS SEUS ELEMENTOS	35
1.3.2. FATORES PROTETORES NA DM1	42
1.4. MODELO TEÓRICO: FATORES PROTETORES NA DM1	51
2. DESENHO DO ESTUDO E MÉTODOS	53
2.1. TÉCNICAS DE RECOLHA	54
• ENTREVISTA.....	54
• GRUPO FOCAL.....	55
• AMOSTRAS.....	56
2.2. TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	57
2.3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	58
3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	61
3.1. DM1 NA ADOLESCÊNCIA: A PERCEÇÃO DOS PRÓPRIOS.....	61
3.1.1. BREVE CARATERIZAÇÃO DO PAINEL DE ENTREVISTADOS	62
3.1.2. ADOLESCENTE E A DM1	65
3.1.3. A FAMÍLIA E A GESTÃO DA DM1	93
3.1.4. COMUNIDADE E A GESTÃO DA DM1	101
3.2. SERVIÇO SOCIAL E A DM1 NA ADOLESCÊNCIA.....	106

3.2.1.	BREVE CARATERIZAÇÃO DO PAINEL DE PARTICIPANTES NO GRUPO FOCAL	106
3.2.2.	PERCEÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA GESTÃO DA DM1	106
3.3.	PERCEÇÕES DOS ADOLESCENTES COM DM1 E DOS ASSISTENTES SOCIAIS, EM CONTRAPONTO	114
4.	CONCLUSÃO	119
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	123
	LEGISLAÇÃO	134
	LISTA DE ANEXOS	137
	Anexo A	138
	LISTA DE APÊNDICES	141
	Apêndice A	142
	Apêndice B	145
	Apêndice C	151
	Apêndice D	154
	Apêndice E	158
	Apêndice F	160
	Apêndice G	162

INTRODUÇÃO

A presente dissertação enquadra-se no âmbito do Mestrado em Serviço Social do Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa da Universidade de Lisboa, intitulando-se “*Fatores Protetores na diabetes mellitus tipo 1: intervenção do Assistente Social junto de adolescentes e suas famílias*”, orientada pela Professora Doutora Isabel de Sousa. A escolha do tema foi motivada pela proximidade com a problemática em consequência do exercício de funções por parte da autora desta dissertação, como Assistente Social, na Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP).

A APDP tem como missão: apoiar as pessoas com diabetes, os seus familiares e os seus cuidadores, prestando serviços de qualidade, bem como construir uma relação terapêutica na consulta multidisciplinar, integrando a pessoa com diabetes no seu processo de tratamento; desenvolver projetos de investigação com o objetivo de melhoria do tratamento da diabetes; e, por fim, colaborar no desenvolvimento de políticas públicas centradas nos direitos e nas necessidades das pessoas com diabetes (APDP, 2023).

Globalmente, a diabetes *mellitus* tipo 1 tem vindo a aumentar consideravelmente, podendo estar relacionada com fatores genéticos, como afirma Correia (2019: 15). O surgimento da DM1 na adolescência exige um esforço acrescido de adaptação à doença por parte dos adolescentes, que se encontram num período de alterações hormonais, caracterizadas por várias transformações essenciais para o seu desenvolvimento.

Para a gestão da DM, é necessário um esforço dos adolescentes e dos seus familiares e ainda, uma intervenção diferenciada por parte das equipas de saúde, com o objetivo de contribuírem para uma melhor qualidade de vida e bem-estar. Desta forma, é essencial promover os fatores protetores individuais, familiares e comunitários nos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1, com o intuito de promover uma melhor adesão à doença.

Considerou-se também importante perceber as práticas dos Assistentes Sociais que intervêm nesta problemática, pois, de acordo Ciporen (2012) citado por Agiri (2019, p. 5-6), o papel dos Assistentes Sociais no combate à diabetes *mellitus* está relacionado com o facto destes profissionais facilitarem as intervenções médicas educacionais e

psicossociais para promover as mudanças necessárias no estilo de vida do utente e melhorar o seu bem-estar.

Desta forma, pela escassa literatura sobre a problemática em questão, surge a seguinte pergunta de partida que orientou esta investigação: “Quais os fatores protetores na diabetes *mellitus* tipo 1 em adolescentes e qual a intervenção do Assistente Social na promoção desses fatores?”.

Tendo em conta esta pergunta de partida, surge o objeto de estudo, que se centra nos fatores protetores dos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1 e na intervenção do Assistente Social, enquadrado em equipa multidisciplinar, junto destes adolescentes e suas famílias. Foi a partir deste questionamento inicial que se identificou como objetivo geral: Conhecer os fatores protetores dos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1 e a perceção dos Assistentes Sociais sobre as suas práticas, na promoção dos mesmos.

Para operacionalizar este objetivo geral, foram identificados dois objetivos específicos: i) identificar e compreender os fatores protetores dos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1; ii) conhecer a perceção dos Assistentes Sociais sobre as suas práticas e debater os desafios que se colocam no seu exercício profissional.

Este é um estudo de natureza exploratória, que se enquadra numa abordagem eminentemente de carácter qualitativo, embora recorrendo a alguns dados quantitativos, colocando o enfoque nos adolescentes com DM1 e nos Assistentes Sociais que se encontram a trabalhar com esta problemática em contexto hospitalar na especialidade de pediatria. Neste estudo, teve-se o cuidado de garantir o anonimato de todos os participantes.

Para concretização do estudo, recorreu-se à recolha dos dados dos processos dos adolescentes com DM1 na APDP, a entrevistas com os adolescentes com DM1 e, por fim, recorreu-se a um grupo focal com as Assistentes Sociais que se encontram a trabalhar com esta problemática em contexto hospitalar na especialidade de pediatria.

A dissertação encontra-se estruturada em quatro pontos, onde se procede ao enquadramento teórico, seguido pela apresentação do desenho do estudo, pela apresentação e discussão de resultados e, por fim, se apresenta a conclusão. Assim, o primeiro ponto baseia-se na revisão de literatura sobre o Serviço Social na Saúde e na doença crónica diabetes *mellitus*, bem como na revisão sobre os fatores protetores e a relação dos fatores protetores com a DM dos adolescentes com DM1. A partir dessa revisão de

literatura e da sistematização e reflexão que se lhe seguiu, foi possível elaborar um modelo teórico (Souza Filho & Struchiner, 2021) que visava sistematizar, do ponto de vista conceptual, o processo da DM1 na adolescência.

O segundo ponto retrata o desenho da pesquisa, respetiva metodologia, técnicas de recolha de dados e o tratamento dos mesmos, bem como os princípios éticos que orientaram a conduta da investigadora e os procedimentos adotados com vista à proteção dos direitos dos participantes na pesquisa. O terceiro ponto apresenta a análise e a discussão dos resultados obtidos.

Por fim, o quarto ponto retrata as conclusões do estudo e reflexões finais apresentando algumas questões que se espera incitar o debate e futuras investigações, no âmbito do Serviço Social.

1. SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E DM1 NA ADOLESCÊNCIA

O Serviço Social é uma profissão e uma disciplina académica que promove o desenvolvimento e a mudança social, a coesão social, o *empowerment* e a promoção da pessoa, envolvendo as mesmas com as estruturas sociais para responder aos desafios da vida e melhorar o bem-estar social (FIAS, 2014). É uma profissão que se desenvolve na sociedade com autonomia de critérios e, ao mesmo tempo, com uma responsabilidade social (Carvalho, 1998 *apud* Carvalho, 2012: XXIV).

Para além disto, é uma profissão fundada nos direitos humanos e na dignidade humana, destacando-se os princípios da autodeterminação, liberdade, autonomia e justiça social, potenciando um tratamento mais justo e equitativo (Carvalho, 2012: XXIV).

Para o Serviço Social é importante a compreensão da ação dos sujeitos em relação às estruturas sociais existentes e ao comportamento humano, numa perspetiva que vai tanto do sujeito para a sociedade, como vice-versa. Ou seja, os sujeitos adquirem um papel fundamental na sociedade, podendo reconstruí-la, em função das expectativas, necessidades, possibilidades e da configuração dos sistemas económicos, políticos e sociais (Carvalho, 2012: XXIV).

Desta forma, afirma-se que, como acontece noutras áreas das ciências sociais e humanas, no Serviço Social o conhecimento constrói-se na relação dos sujeitos com a sociedade e que as respostas sociais se produzem em rede, com as organizações, com as famílias, com os profissionais e com a tecnologia, como afirma Carvalho (2012: XXIV). Então, pode concluir-se que o Serviço Social tem uma dimensão, denominada por dimensão social da saúde.

As áreas do Serviço Social e da Saúde têm uma relação antiga, fazendo parte da identidade da profissão do Assistente Social. O conceito de Saúde tem sofrido alterações ao longo dos anos e as teorias e as práticas do Serviço Social interligam-se e desenvolvem-se nessa dinâmica. Ou seja, a Saúde passou de uma conceção de ausência de doença, centrada no modelo biomédico, para um completo estado de bem-estar orientado por determinantes biopsicossociais (Carvalho, 2012: XXIII).

Posto isto, para a presente investigação, sentiu-se a necessidade de se abordar, neste capítulo, o nascimento do Serviço Social na Saúde, bem como as funções do Assistente

Social na saúde em geral e, concretamente, na doença crónica diabetes *mellitus*, abordando-se também os fatores protetores e os respetivos elementos e, por fim, a gestão da doença crónica tendo em conta os fatores protetores mencionados.

1.1. SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

A Saúde, para o Serviço Social, tem sido um dos principais campos de atividade, constituindo uma das grandes áreas de função do Serviço Social como profissão, tanto em Portugal como a nível internacional (Guerra, 2019: 20). O Serviço Social integra as equipas dos serviços de saúde em 1905, com a criação do primeiro posto do Serviço Social no *Massachusetts General Hospital* (Branco & Farçadas, 2012: 1).

Antes de se aprofundar o surgimento do Serviço Social na área da saúde, é igualmente importante conhecer-se o conceito de saúde. A Organização Mundial de Saúde emprega uma definição de sistema de saúde muito vasta que compreende todas as atividades que têm como objetivos a promoção, a recuperação ou a manutenção da saúde (OMS, 2000 citado por Guerra, 2019: 36-37).

A OMS refere que a responsabilidade do sistema de saúde nos resultados ou ganhos em saúde é muito menor do que se pensava e por isso, assistiu-se a uma alteração do conceito de saúde, passando da mera ausência da doença para a noção de bem-estar físico e mental, e para um conceito mais amplo que inclui uma adequação da vida social na procura da qualidade de vida, como refere Guerra (2019: 37). Desta forma, em 1946, a OMS definiu Saúde como um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença ou de enfermidade (Guerra, 2019: 46).

A institucionalização do Serviço Social na Saúde está diretamente relacionada com o movimento hospitalar e com a alteração do contexto de exercício da Medicina, emergindo associado à natureza coletiva da prestação de cuidados de saúde e à consagração das equipas multiprofissionais no âmbito da Saúde (Cowles, 2003, *apud* Branco & Farçadas, 2012: 1).

O Serviço Social tem uma relação histórica com a área da Saúde, desencadeada pela pioneira do Serviço Social, Mary Richmond e por Florence Nightingale, pioneira da área de enfermagem (Guerra, 2019: 57). Richmond trouxe para o Serviço Social as visitas

domiciliárias, baseando-se nas ideias de Nightingale, sendo este trabalho de visitas domiciliárias que deu visibilidade ao Serviço Social nos Estados Unidos da América (Guerra, 2019: 57-58).

Já em Portugal, com o movimento higienista e de medicina social na I República, surgem as primeiras iniciativas de institucionalização das visitadoras numa base profissional, como afirma Branco (2015), citado por Guerra (2019: 58). Branco (2015) afirma ainda que nas zonas urbanas portuguesas existiam graves problemas de saúde pública, como casos de tuberculose, sífilis e uma elevada taxa de mortalidade infantil (Branco, 2015 *apud* Guerra, 2019: 58). É, então, neste contexto que se sente a necessidade da expansão da medicina social e se assiste às primeiras tentativas de institucionalização de novos profissionais na área médico-social (Guerra, 2019: 58).

De acordo com Martins (1999: 342-343), em Portugal, considera-se como marco relevante a proposta de João Porto, médico, professor e diretor da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, em 1940, relativa à organização do Serviço Social do Hospital da Universidade de Coimbra. Martins (1999: 231) salienta também que a formação dos Assistentes Sociais é, muito recente, pois a primeira escola, o Instituto de Serviço Social, foi criada, em Lisboa, em 1935 e, a segunda, a Escola Normal Social, em Coimbra, dois anos mais tarde.

Posteriormente, a Lei n.º 2011, de 2 de abril de 1946, promulgou as bases para a organização hospitalar e o Serviço Social passa a estar contemplado nos Hospitais Regionais e Sub-regionais. Este diploma prevê que o “*Estado prestará auxílio às iniciativas particulares que se proponham preparar enfermeiros, assistentes, visitadores e outros agentes do serviço social*”.

Em 1968, o Decreto-Lei n.º 48357, de 27 de abril, no n.º 1, do art.º 14.º, identifica a ação dos estabelecimentos e serviços hospitalares como sendo simultaneamente de natureza médica e social, identificando, no n.º 2 do mesmo artigo, como principais atribuições da ação social

estabelecer as relações entre as necessidades pessoais ou familiares e os casos de doença, a fim de serem tidos em conta no tratamento e no regresso dos doentes ao meio social; visa igualmente promover e facilitar o contacto dos doentes e suas famílias com os serviços exteriores cuja intervenção seja aconselhável para resolver ou debelar os seus estados de necessidade.

Parece então poder concluir-se que a integração dos Assistentes Sociais nos serviços de Saúde resulta da evolução da conceção de saúde, de uma visão biomédica para uma perspetiva biopsicossocial, bem como dos contributos destes profissionais para a promoção e para a consolidação de uma abordagem biopsicossocial dos problemas e situações de saúde, o que realçou os antecedentes e consequências sociais da doença, e sublinhou que os fatores sociais afetam a saúde das pessoas, pois uma saúde “pobre” pode originar diversos problemas de saúde (Dhooper, 1997, citado por Branco & Farçadas, 2012: 4).

A ação dos Assistentes Sociais na área da Saúde é uma atividade profissional que implica um diagnóstico psicossocial da pessoa doente, como parte do diagnóstico global e do plano de tratamento, e o tratamento da problemática social que incide sobre o processo de saúde e de doença, sempre dentro do conjunto do tratamento geral (Amaya Ituarte in Modragón & Trigueros, 1999 citados por Branco & Farçadas, 2012: 6). Então, o foco do Assistente Social na Saúde está sobre os fatores sociais da saúde (Branco & Farçadas, 2012: 7).

Carvalho (2020: 1090) afirma que os Assistentes Sociais são desafiados pelo conceito de saúde e pelos determinantes sociais, ou seja, pelos aspetos estruturais e pelas políticas que existem e que têm a responsabilidade na prevenção de agravamento e na promoção da saúde da sociedade.

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) consistem nas *“condições sociais em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem e o conjunto mais vastos de sistemas que moldam as condições da vida quotidiana”* (OMS, 2011). Incluindo também *“as experiências do indivíduo em seus primeiros anos de vida, educação, situação económica, emprego e trabalho decente, habitação e meio ambiente, além de sistemas eficientes para a prevenção e o tratamento de doenças”* (OMS, 2011).

Desta forma, tal como os outros profissionais de saúde, também os Assistentes Sociais atuam em função dos Determinantes da Saúde, mas com destaque para os sociais, principalmente, aqueles que influenciam negativamente a promoção da saúde das pessoas. Esta é uma ação determinada por várias relações implícitas na expectativa das pessoas, dos profissionais, das organizações, das políticas, dos princípios e dos valores (Carvalho, 2012: XXV).

Akhter *et al.* (2016: 307) afirmam que os DSS têm sido definidos como factos do ambiente social, que incluem o estatuto socioeconómico, a habitação e o transporte, a acessibilidade dos recursos de cuidados de saúde, apoio social, educação, desemprego, segurança de emprego e deficiência.

Assim, a Saúde ao ser uma dimensão central da vida dos indivíduos, para o Serviço Social é uma questão de direitos humanos e de justiça social, visto que os indivíduos têm direito de usufruir de condições sociais para a saúde e de ter acesso a serviços e a outros recursos que promovam a mesma (Silva *et al.*, 2013: 25-48 *apud* Carvalho, 2020: 1090).

Desta forma, o Serviço Social como área significativa da Saúde tem um papel e visão de relevo na promoção de Saúde, pois é uma das áreas com um papel mais preponderante na intervenção em contextos vulneráveis, como refere Guerra (2019: 47-48).

O Assistente Social pode também ser um agente promotor de literacia em Saúde, no que diz respeito ao acesso aos direitos, em que o acesso ao sistema de saúde tem um lugar preponderante, e na sensibilização dos diferentes públicos para a importância da autocuidado e de hábitos de vida saudáveis (Ferreira & Espírito Santo, 2018: 48).

Com isto, a Saúde é o resultado das condições de alimentação, habitação, educação, meio ambiente, trabalho, transportes, emprego, lazer, acesso a serviços de saúde, sendo também o equilíbrio entre o bem-estar físico e espiritual, sendo esta uma forma de ser e de estar que reúne elementos materiais e imateriais, como afirma Guerra (2019: 47).

É importante também realçar-se que o campo primordial da intervenção do Serviço Social na Saúde é a dimensão psicossocial associada à dimensão ambiental, pois esta intervenção não se resume apenas em apoiar pessoas individualizadas, mas sim intervir de forma global, tendo em conta o sistema familiar e comunitário da pessoa (Guerra, 2019: 61). Ou seja, Guerra (2019: 61) afirma que a intervenção psicossocial que o Assistente Social realiza é uma preconização do modelo de intervenção individual, pois cada caso é uma situação diferente.

A autora refere ainda que a dimensão psicossocial se reporta aos fatores de ordem económica, social e cultural e aos aspetos de ordem psicológica que influenciam a situação de saúde ou que interferem na doença e no processo de cura (Guerra, 2019: 61).

Deste modo, a presença do Assistente Social na área da Saúde é uma mais-valia para a intervenção a realizar, pois ao estarem envolvidos nos cuidados de saúde a vários níveis, como prevenção, cuidados primários, cuidados secundários, cuidados terciários, cuidados de reabilitação e cuidados continuados, a sua intervenção incide nos diversos fatores da Saúde ou da doença, podendo ocorrer diretamente com o utente ou uma intervenção de carácter mais global e abrangente na promoção da saúde (Guerra, 2019: 62).

Em 2002, as funções do Assistente Social na saúde são estabelecidas na Circular Normativa n.º 8 do Departamento de Modernização e Recursos de Saúde do Ministério da Saúde, a 16 de maio de 2002, sendo elas (Lopes *et al.*, 2012: 35):

- Identificar e analisar os problemas e as necessidades de apoio social dos utentes, elaborando o respetivo diagnóstico social;
- Proceder ao acompanhamento e apoio psicossocial dos utentes e das respetivas famílias, no quadro dos grupos sociais em que se integram, mediante a prévia elaboração de planos de intervenção social;
- Proceder à investigação, estudo e conceção de processos, métodos e técnicas de intervenção social;
- Participar na definição, promoção e concretização de processos, métodos e técnicas de intervenção social;
- Definir, elaborar, executar e avaliar programas e projetos de intervenção comunitária na área de influência dos respetivos serviços e estabelecimentos;
- Analisar, selecionar, elaborar e registar informação no âmbito da sua intervenção profissional e da investigação;
- Assegurar a continuidade dos cuidados sociais a prestar, em articulação com os parceiros da comunidade;
- Envolver e orientar utentes, famílias e grupos no autoconhecimento e procura dos recursos adequados às suas necessidades;
- Articular-se com os restantes profissionais do serviço ou estabelecimento, para melhor garantir a qualidade, humanização e eficiência na prestação de cuidados;
- Relatar, informar e acompanhar, sempre que necessário e de forma sistemática, situações sociais problemáticas, em especial as relacionadas com crianças, jovens, idosos, doentes e vítimas de crimes ou de exclusão social (Lopes *et al.*, 2012: 35).

Para além do que foi referido até aqui, o Serviço Social implica aquisição e manutenção de competências e saberes em diversas dimensões do saber e que, independentemente do setor ou da área em que o Assistente Social esteja a intervir, tem de respeitar os princípios, as normas e os valores inscritos no Código Deontológico da profissão, sendo

que a sua intervenção está associada aos direitos do homem e constitui-se como um potencial de cidadania (Carvalho, 2011: 243-244).

Como já foi referido, atualmente, entende-se que Saúde corresponde a um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença ou enfermidade. Mas evidencia também um estado de equilíbrio dinâmico entre as dimensões fisiológicas, psicológicas e sociológicas, relacionado com a qualidade de vida e o bem-estar da pessoa (Guerra, 2019: 50).

Isto quer dizer que, um estado de equilíbrio dinâmico da pessoa em relação a si própria e ao meio ambiente, depende não só da escolha em adotar comportamentos de saúde ou de risco, mas também do meio em que estas se encontram inseridas e na capacidade em permitir escolhas saudáveis (Guerra, 2019: 50). Este equilíbrio dinâmico constitui um recurso para a vida e é necessário aprender como o promover e o manter (Guerra, 2019: 50).

É importante também referir que a presença dos Assistentes Sociais nas equipas de Saúde contribuiu para um maior bem-estar e qualidade de vida, pois é uma área atenta às desigualdades sociais que influenciam a saúde das populações e que procura mudar e transformar percursos e modos de vida das pessoas e da comunidade (Guerra, 2019: 50). Desta forma, os Assistentes Sociais ao manterem relações privilegiadas com as pessoas, conseguem contribuir para um maior bem-estar, influenciando diretamente a melhoria do estado de saúde das mesmas (Guerra, 2019: 50).

Posto isto, a missão dos Assistentes Sociais na saúde consiste em enfatizar a centralidade dos fatores psicossociais como Determinantes Sociais da Saúde e do tratamento num modelo de cuidados integrado de saúde, que acolhe a pessoa, os recursos e o ambiente (Guerra, 2019: 65). Com isto, o Serviço Social apresenta-se como uma função histórica consolidada relevante para o acesso aos cuidados de Saúde e para a qualificação e humanização dos serviços para as pessoas (Guerra, 2019: 65).

1.2. SERVIÇO SOCIAL NA DOENÇA CRÓNICA: DIABETES MELLITUS

Como referido no subcapítulo anterior, a Saúde constitui uma das grandes áreas de função do Serviço Social como principal campo de atividade e, neste sentido, o Serviço Social tem uma visão de relevo na promoção da saúde, pois é uma das áreas com um papel preponderante na intervenção com contextos vulneráveis.

A gestão de doenças crónicas representa um grande desafio para o Serviço Social, não só devido à quantidade de serviços formais e informais exigidos pelo número crescente da população com doenças crónicas, mas também porque os cuidadores requerem o apoio do Assistente Social (Christ & Diwan, 2008: 1).

Nos termos da alínea b), do n.º 1, do Despacho Conjunto n.º 861/99, de 8 de outubro, dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade, define-se doença crónica como:

a doença de longa duração, com aspectos multidimensionais, com evolução gradual dos sintomas e potencialmente incapacitante, que implica gravidade pelas limitações nas possibilidades de tratamento médico e aceitação pelo doente cuja situação clínica tem de ser considerada no contexto da vida familiar, escolar e laboral, que se manifeste particularmente afectado,

Rolland (1995) citado por Vieira e Lima (2002: 553) afirma que existem três fases da doença crónica: a fase de crise, caracterizada pelo período sintomático até o início do tratamento, em que ocorre uma desestruturação da vida da criança/adolescente e da família; a fase crónica, marcada pela progressão e remissão do quadro de sinais e sintomas e acontece quando a criança/adolescente e a família procuram dar autonomia e procurar reestruturar as suas vidas; por fim, a fase terminal, que abrange o momento em que a morte aparece inevitável, até à morte propriamente dita.

Desta forma, a diabetes *mellitus* é um exemplo de doença crónica, que implica um acompanhamento frequente de educação e apoio, ou seja, é um sistema de cuidados de saúde que implica um sistema de apoio que podem influenciar o *coping* e o bem-estar das pessoas com diabetes *mellitus* (Serrabulho *et al.*, 2015: 27).

Para além disto, a DM é um problema de saúde pública no mundo que está associada a complicações agudas que podem ser prevenidas através de uma boa adaptação e compensação da doença, com controlo da glicémia e bons hábitos de vida, de alimentação e de atividade física (Duarte, 2022a *apud* Serrabulho & Matos, 2005: 5).

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2023: 8), no seu relatório relativo aos anos 2019, 2020 e 2021, afirmou que, em 2021, a prevalência estimada da DM na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos foi de 14,1%, ou seja, cerca de 1,1 milhões de pessoas neste grupo etário tem diabetes *mellitus*. Referiu também que, a nível mundial, cerca de 1,2 milhões de crianças e jovens

tem diabetes *mellitus* tipo 1 e que, cerca de 537 milhões de pessoas adultas têm DM (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2023: 50).

As doenças crónicas tendem a prolongar-se por toda a vida e provocam incapacidades e graus variáveis, devido a causas irreversíveis, afetando profundamente a vida dos indivíduos, os seus contextos envolventes, bem como a sua relação com a sociedade (Soares, 2006 citado por Almeida & Duarte, 2014: 147).

Sousa *et al.* (2007) afirmam que as doenças crónicas constituem um dos maiores problemas das ciências médicas e sociais, visto que atingem milhares de pessoas desde o nascimento até a velhice, impactando de forma negativa a vida das pessoas (Sousa *et al.*, 2007 citados por Almeida & Duarte, 2014: 148). Estes autores afirmam também que as doenças crónicas são responsáveis pelo afastamento entre a esperança média de vida e qualidade de vida, ou seja, nos dias de hoje as pessoas podem viver durante mais tempo, mas não quer dizer que tenham uma boa qualidade de vida (Almeida & Duarte, 2014: 148).

Viver com uma doença crónica implica uma reorganização da vida da pessoa, para ser possível lidar com a doença. Quando começam a surgir os sintomas da doença crónica, verifica-se um conjunto de alterações nos projetos de vida das pessoas e constrangimentos à adaptação familiar, profissional e social (Almeida & Duarte, 2014: 148).

Perante estas situações, é necessário a intervenção de profissionais, nomeadamente do Assistente Social. O Assistente Social na área da Saúde, para além de atuar na prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde da pessoa, constituindo-se como um ator profissional que contribui para a mudança, agilizando a resolução de problemas, atua no reforço da emancipação e capacitação das pessoas, desempenhando um papel referencial na melhoria das condições de vida dos mesmos (Almeida & Duarte, 2014: 153-154).

Na Saúde, o Assistente Social trabalha em equipas multidisciplinares. A abordagem multidisciplinar baseia-se na articulação dos conhecimentos de diferentes disciplinas, sendo que cada profissional permanece dentro dos limites do seu campo de conhecimento, como afirma Ribeirinho e Teles (2022: 2).

Para Lopes *et al.* (2012: 45), trabalhar em equipa multidisciplinar é uma estratégia capaz de melhorar a qualidade de vida da pessoa, mas existe a necessidade de melhorar os

relacionamentos profissionais e agir sempre em conjunto, tendo em consideração, que o problema em causa é de todos os profissionais. Estes autores afirmam ainda que, o trabalho em equipa é um dos pontos fulcrais para um bom desempenho da intervenção, de forma que se consiga ver o outro como um ser integral, um cidadão (Lopes *et al.*, 2012: 45).

Desta forma, as equipas multidisciplinares têm um papel fundamental para garantir que todas as necessidades dos sujeitos de intervenção sejam devidamente acauteladas e consideradas na intervenção social (Ribeirinho & Teles, 2022: 2).

Com isto, percebe-se que o Assistente Social é um profissional indispensável nas equipas multidisciplinares na saúde, pois diagnosticam as fragilidades, necessidades, potencialidades e recursos de todo o sistema, ou seja, da pessoa, da família e comunidade e, posteriormente, elabora o plano de intervenção, mobilizando os recursos necessários para a resolução da situação-problema (Ribeirinho & Teles, 2022: 11).

A intervenção do Assistente Social na doença crónica corresponde às funções indicadas anteriormente. Na sua intervenção com pessoas com DM, o Assistente Social recorre a três tipos de abordagens: abordagem psicossocial, abordagem sistemática e por fim, a abordagem de gestão de caso.

1.2.1. MODELO PSICOSSOCIAL E SISTÉMICO

O campo primordial de intervenção do Serviço Social, na Saúde, é a dimensão psicossocial associada à dimensão ambiental, sendo uma intervenção que não se resume apenas em apoiar a pessoa de forma individual, mas sim de realizar uma abordagem global, tendo em conta a pluridimensionalidade da pessoa e a sua inserção num dado contexto, como afirma Guerra (2019: 61). Ou seja, a intervenção psicossocial realizada pelos Assistentes Sociais não é nada mais do que a preconização do modelo de intervenção social individual, em que cada caso é uma situação (Guerra, 2019: 61).

A dimensão psicossocial é a entidade que se reporta aos fatores económicos, sociais e culturais e aos aspetos psicológicos, que influenciam a situação ou que interferem na doença e no processo de cura e de reabilitação (Guerra, 2019: 61) e reintegração soci-familiar e profissional ou escolar da pessoa (Lopes *et al.*, 2012: 35).

Num primeiro contacto com a pessoa com diabetes *mellitus*, o Assistente Social identifica os problemas e as necessidades da pessoa, identifica os fatores psicossociais envolvidos na gestão e no tratamento da doença e identifica os fatores psicossociais a nível familiar e da comunidade, elaborando, posteriormente, um diagnóstico social.

O diagnóstico social é elaborado a partir de um estudo, de uma pesquisa de variáveis, de uma recolha de dados, de uma troca de informações entre o Assistente Social e a pessoa. O diagnóstico social de Saúde é a fase central de qualquer procedimento ou protocolo, é a base que articula a fase de estudo com a fase de intervenção e tratamento e, posteriormente, para a reconstrução, reinserção ou reabilitação da pessoa, sendo o eixo que altera o sentido da ação e que incentiva as pessoas na sua própria recuperação (Masfret, 2012: 61).

Na prática, o Assistente Social tenta compreender a pessoa, a forma como a pessoa com DM encara a doença crónica e o seu tratamento, a relação que tem com a respetiva família e comunidade e a forma como estes encaram a doença crónica.

Perante a identificação dos fatores psicossociais e identificação dos problemas e das necessidades, o Assistente Social recorre a uma abordagem psicossocial. O modelo psicossocial é uma mistura de conceitos derivados da psiquiatria e das ciências sociais com um corpo de conhecimentos empíricos desenvolvidos dentro do campo do trabalho de casos (Caparrós, 1998: 169). Este modelo caracteriza-se pela sua preocupação com o bem-estar da pessoa, analisando os fatores internos e externos, nomeadamente, mentais, emocionais, físicos, sociais e económicos (Caparrós, 1998: 169).

Para Fernández e Ponce de León (2019c: 2022) citados por Fialho (2021: 80), o objetivo visado deste modelo consiste em melhorar a qualidade de vida e o bem-estar biopsicossocial das pessoas que constituem a família, através de cuidados diretos profissionalizados para que possam enfrentar a sua independência no seu desenvolvimento com a sociedade.

Este modelo baseia-se nos valores e nos princípios da profissão, que ajudam a interiorizar que cada pessoa é diferente e que cada situação deve ser analisada a partir da sua própria narrativa, entendendo que todas as pessoas têm potencial e competências para mobilizar mudança que lhes permita resolver o conflito e tomar as suas próprias decisões (Fialho, 2021: 80).

Com este modelo, procura-se que a pessoa descubra os seus recursos, quer pessoais e estruturais para atingir a mudança, assumindo o controlo da sua vida e, principalmente, que consiga resolver os seus problemas. Desta forma, os Assistentes Sociais demonstram às pessoas as estratégias para que consigam atingir a mudança por si próprios (Fialho, 2021: 80).

O Assistente Social oferece o apoio profissional e os recursos sociais disponíveis, com o objetivo das pessoas se sentirem menos vulneráveis e mais capazes de resolver os seus problemas, utilizando diversas estratégias como o aconselhamento, informação, audição, organização do ambiente e planeamentos, que permitem à pessoa e respetivas famílias melhorar as suas competências (Fialho, 2021: 80).

A partir deste modelo, de acordo com Fialho (2023: 80), o Assistente Social pode intervir diretamente com a pessoa, com a família e ao mesmo tempo, intervir com a comunidade para planeamento de programas estratégicos de cuidados para a pessoa e respetiva família.

Posto isto, o Serviço Social surge como um otimizador de serviços e recursos visto que diagnostica e intervém nos problemas psicossociais das pessoas, conforme afirma Dhooper (1997) citado por Branco e Farçadas (2012: 6). Assim, os Assistentes Sociais fornecem recursos adequados às necessidades psicossociais das pessoas, que, de outro modo, levaria a queixas somáticas tendo como consequência a má utilização dos cuidados de saúde (Branco & Farçadas, 2012: 6).

Nesta linha, Branco e Farçadas (2012:6) evidenciam que a:

rentabilização de recursos situa-se ao nível do diagnóstico individual, realçando o contributo de uma abordagem biopsicossocial no diagnóstico de saúde, em que o assistente social intervém na avaliação e diagnóstico psicossocial, fomentando, assim, uma abordagem global em saúde e colocando em evidência o diagnóstico de problemas sociais que poderão potenciar ou mascarar problemas de saúde

Tendo em conta o que foi referido, o Assistente Social recorre também à abordagem sistémica. Esta abordagem baseia-se na definição do conceito de sistema, que consiste no conjunto de elementos que compõem uma estrutura, no qual a cada membro é atribuída uma função para satisfazer as necessidades (Fialho, 2021: 83).

O Serviço Social preocupa-se com as interações da pessoa com o seu contexto social, com a finalidade de estabelecer um possível mapa de apoio social durante a intervenção. De forma geral, os Assistentes Sociais fazem parte de equipas interdisciplinares, onde a preocupação profissional transcende a melhoria do funcionamento das famílias e comunidades como um todo integrado, como afirma Payne (2005: 142) citado por Fialho (2021: 83/84).

Este modelo tem como objetivo transformar um sistema disfuncional num sistema funcional, ou seja, tem como objetivo alcançar o equilíbrio do sistema para que os seus membros consigam satisfazer as necessidades e adaptar-se às mudanças evolutivas e do ciclo de vida (Minuchin & Fishman, 1984 *apud* Fialho, 2021: 84).

De acordo com o modelo sistémico, o Assistente Social procura reforçar o apoio social disponível, ou seja, pessoas, famílias, grupos ou outros ambientes, com o objetivo de melhorar a autoestima, autoconfiança, autonomia e a qualidade de vida da pessoa. Então, o Assistente Social ao fortalecer o sistema, o ambiente da pessoa e mobilizar os recursos que existem à sua volta, pode contribuir para a sua inclusão e para oportunidades sociais que enriquecerão o seu sistema.

Com isto, a abordagem do Assistente Social com as famílias constitui um enorme desafio, apesar de Neder (1996) indicar que os Assistentes Sociais são os únicos profissionais a ter a família como objeto de intervenção contínua, na sua trajetória histórica (Neder, 1996, citado por Guadalupe, 2012: 184). A família é considerada como um sistema único que emerge identitariamente da interação com os outros elementos e da relação que estabelece com os outros sistemas (Guadalupe, 2012: 184).

Na abordagem sistémica, a doença pode ser equacionada enquanto crise situacional e accidental, e também enquanto fonte exógena de stress para a família, estando bem explícito na frase de Peter Steinglass que afirma que “a doença é como um terrorista que surge à porta, irrompe pela casa fora, exigindo tudo o que a família tem” (Guadalupe, 2012: 185).

Por fim, Guadalupe (2012: 186) defende que o impacto da doença na família origina uma abordagem considerada normativa, por entender a doença como uma crise horizontal imprevisível que pode ocorrer no sistema familiar. Afirma ainda, que este impacto

pode surgir a diferentes níveis – estrutural, processual e emocional dependendo de múltiplas variáveis associadas à doença, à família e à relação entre família e doença (Gualupe, 2012: 186).

O Assistente Social estabelece também uma relação de ajuda com a pessoa. Para Robertis (2011: 70), “ajuda” consiste no conjunto dos processos e atos organizados, tendo como objetivo tornar a pessoa capaz de ter autonomia pessoal. Isto quer dizer que, o Assistente Social é o produtor de uma interação dinâmica de pensamentos e atos entre o Assistente Social e a pessoa, que permite que a pessoa encontre as suas capacidades de agir, de pensar e ainda, de resolver um problema social (Michelfelder, 1985 *apud* Robertis, 2011: 70).

Robertis (2003: 74) afirma ainda que o Assistente Social é um profissional de ajuda, pois utiliza diversos meios e mecanismos de ação social, que fazem parte das políticas sociais existentes. Desta forma, esta relação de ajuda contribui para o cuidado do Assistente Social na pessoa com diabetes *mellitus*, pois permite que este realize um diagnóstico social para avaliação dos fatores psicossociais que estão relacionados com a DM e o seu tratamento.

Ou seja, o Assistente Social ao estabelecer uma relação de ajuda com a pessoa com diabetes *mellitus*, tem como objetivo ajudar na inserção da mesma, criando oportunidades para o seu desenvolvimento pessoal e social e ainda, acompanhá-la para aquisição de novas competências e de uma maior autonomia (Robertis, 2003: 77). Essa ajuda profissional apresenta como fonte de legitimidade a ética, os princípios e os valores em que se baseia a ação do Assistente Social (Robertis, 2003: 75).

Nesta relação de ajuda com o outro, com a pessoa com DM, os Assistentes Sociais intervêm com o objetivo de a pessoa crescer a nível pessoal e desenvolver competências que antes não tinha ou que estavam reprimidas (Robertis, 2003: 77). Esse desenvolvimento da pessoa com DM anda de “mãos dadas” com o reconhecimento que o Assistente Social tem para com a pessoa. Então, este reconhecimento é o ato pelo qual o Assistente Social contribui para capacitar a pessoa com diabetes a encontrar a sua identidade.

Assim, para além da elaboração do diagnóstico social e da relação de ajuda, o Assistente Social é um promotor da advocacia social, pois tem como função informar a pessoa com DM e respetiva família sobre os seus direitos e sobre os recursos sociais (DGS,

2006: 7) e garantir que esses direitos sejam respeitados. Branco e Farçadas (2012: 11) afirmam que o Assistente Social auxilia a pessoa no acesso aos cuidados de saúde, procurando ultrapassar os obstáculos e as barreiras que surgem, como as questões de linguagem e o acesso à informação.

Por fim, estes autores também defendem que a advocacia social deveria ser um dos modelos subjacentes à prática profissional, enquanto Payne (1995: 284) *apud* Branco e Farçadas (2012: 11) refere que a defesa da pessoa é um importante ramo para a prática do Assistente Social, pois tem em vista a promoção do controlo e a participação da pessoa nas suas vidas, comunidades e serviços que recebem.

1.2.2. MODELO DE GESTÃO DE CASO

Em Serviço Social, o modelo de gestão de casos está associado ao *Casework*, ou seja, Serviço Social de Casos, que se focaliza no indivíduo e no meio envolvente, integrando a ação direta ou indireta dos indivíduos e das respetivas famílias que necessitam do apoio por parte dos Assistentes Sociais (Almeida, 2013: 20), sendo um método “*orientado por princípios e adequado à complexidade das necessidades e à exigente coordenação de serviços prestados aos indivíduos, famílias e populações*” (Almeida, 2013: 21).

A denominação gestão de casos surge na área da saúde após a II Guerra Mundial e, ao longo das décadas, vai sofrendo alterações na forma de intervenção, pois, nos anos 70, passou “*a ser considerado como uma estratégia útil para a eficiência e eficácia das medidas sociais e dos serviços prestados*” (Almeida, 2013: 16). Atualmente, é visto como um processo colaborativo “*com vista a responder com qualidade às necessidades e potencialidades dos indivíduos [que] implica o investimento na comunicação e utilização eficiente e eficaz dos recursos disponíveis*” (CRPG, 2007: 3 citados por Almeida, 2013: 17).

Este modelo pode ser também considerado como uma estratégia de ação e de coordenação integrada, que mobiliza e articula os diferentes serviços, colocando em ação várias competências que implicam um trabalho em equipa com a partilha de responsabilidades e papéis. Para além disto, promove a participação ativa da pessoa, numa lógica de *empowerment* e de respeito pelo mesmo e pela diferença, alterando a forma de pensar e de intervir (Almeida, 2013: 17)

É, então, um modelo que implica a participação

“em todas as fases de intervenção, desde a avaliação diagnóstica, planeamento, facilitação, coordenação de cuidados, avaliação e advocacy para a tomada de decisão e serviços que respondem às necessidades de saúde dos Indivíduos e das famílias, através da comunicação e recursos disponíveis, de forma a promover resultados de qualidade a nível de custo-benefício” (Almeida, 2013:17-18)

Assim sendo, este modelo é um meio para atingir o bem-estar e autonomia através do *advocacy*, comunicação, educação, identificação de recursos e, por fim, facilitação de serviços, como afirma Almeida (2013: 18). O Assistente Social, tendo em conta esta abordagem, envolve o indivíduo com as respostas existentes na comunidade que *“podem estar localizados numa única organização ou espalhados por várias agências ou organizações”* (Almeida, 2013: 23), promovendo uma relação de confiança com o indivíduo, apoiando na construção da sua resiliência e do seu desenvolvimento.

Para terminar este subcapítulo sobre o trabalho do Serviço Social na doença crónica, é importante referir que, o Assistente Social, em comparação com os outros profissionais de saúde, pode estar numa posição privilegiada para facilitar os serviços de intervenção no cuidado das pessoas com DM e ainda, para abordar, de uma forma abrangente, as necessidades de saúde e psicossociais da pessoa, dada a sua capacidade de interligar as pessoas aos serviços de saúde e da comunidade, como afirma Fabbre *et al.* (2011) citados por Agiri (2019: 5).

Após uma primeira intervenção do Assistente Social com a pessoa com diabetes *mellitus*, é necessário realizar-se acompanhamento à pessoa e respetiva família, com o objetivo de potencializar as capacidades da pessoa no autocuidado e autonomia e ainda, potencializar as capacidades da família para o cuidado à pessoa com DM. Almeida (2012: 174) afirma que o acompanhamento consiste numa modalidade de ação que especifica procedimentos de mediação diferenciados, considerando a compreensão do problema e toda a situação envolvente, pressupondo a avaliação diagnóstica da situação. Assim, no acompanhamento, o Assistente Social tem a perceção se os problemas das pessoas estão a ser minimizados.

De acordo com a DGS (2006: 6), pode ser elaborado um plano de cuidados, com tempos previstos e metas a atingir, que irá orientar a pessoa com diabetes *mellitus* e a família

para uma melhor gestão da doença. Ao longo da sua intervenção com a pessoa com DM, o Assistente Social articula com a equipa multidisciplinar de saúde, pois contribui para um maior bem-estar e qualidade de vida, visto que está atento às desigualdades sociais que tanto influenciam na saúde das pessoas, procurando mudar e transformar percursos e modos de vida (Guerra, 2019: 50).

Desta forma, o Assistente Social pode atuar na sensibilização de profissionais e serviços, implicando ter em conta o papel que os fatores psicossociais têm na saúde e na doença, dedicando-se à intervenção com a pessoa e procurando as respostas que resolvam ou minimizem as consequências dos problemas psicossociais e contribuindo para um diagnóstico multidisciplinar (Branco & Farçadas, 2012: 8).

Torna-se também necessário realçar que, de acordo com Agiri (2019: 5-6), a importância dos Assistentes Sociais na gestão da diabetes *mellitus* foi notada na literatura, pois Ciporen (2012) examinou o papel dos Assistentes Sociais no combate à diabetes *mellitus* tipo 1 e constatou que estes profissionais facilitam a intervenção médica, educacional e psicossocial significativa para promover mudanças necessárias no estilo de vida e melhorar o bem-estar geral das pessoas (Agiri, 2019: 5-6).

Assim, a intervenção dos Assistentes Sociais junto de pessoas com diabetes *mellitus* tem o objetivo de sensibilizar as pessoas para o tratamento da doença, percebendo as necessidades e os fatores psicossociais, contribuindo para a autonomia e para a integração da pessoa, de forma a promover melhor qualidade de vida e bem-estar.

1.3. ADOLESCÊNCIA E FATORES PROTETORES NA DM1

Como se referiu no subcapítulo anterior, a diabetes *mellitus* é uma doença crónica que está associada a complicações que podem ser prevenidas com uma boa gestão da DM, implicando um acompanhamento por parte da equipa médica e da família.

A diabetes *mellitus* apresenta diversos tipos, contudo, para a presente investigação apenas importa a diabetes *mellitus* tipo 1. Desta forma, a diabetes *mellitus* tipo 1 é uma doença autoimune crónica causada pela destruição das células produtoras de insulina do pâncreas pelo sistema de imunitário do organismo (Arroyo-Jousse *et al.*, 2015; e

Lorenzo *et al.*, 2015 citados por Spínola & Silva, 2018: 700). É por isso, doença caracterizada por uma perturbação do metabolismo dos hidratos de carbono, gorduras e proteínas, sendo a sua principal característica bioquímica, denominada por hiperglicemia, como afirma American Diabetes Association (2008) *apud* Spínola e Silva (2018: 700).

Como consequência desta incapacidade do próprio organismo em produzir insulina, os indivíduos com DM1 têm de realizar uma terapia de substituição de insulina para impedir a cetose e preservar a sua vida, através de caneta de insulina ou sistema de perfusão subcutâneo contínua de insulina (Spínola & Silva, 2018: 700).

A DM é uma das doenças crónicas mais comuns na pediatria, tendo uma incidência muito baixa nos primeiros meses de vida, atingindo o seu pico durante a puberdade (Pérez-Marín *et al.*, 2015: 158). De acordo com Correia (2019: 15), a incidência global de DM1 tem vindo a aumentar numa percentagem de cerca de 3-4% por ano, principalmente nas crianças mais jovens e que este aumento se deve, provavelmente, a fatores ambientais, pois trata-se de uma alteração rápida para poder ser atribuída a fatores genéticos.

Segundo a WHO (2003), são vários os fatores intrapessoais que influenciam o processo de adesão ao regime terapêutico: a idade, género, autoestima, autoeficácia, *stress*, depressão e consumo excessivo de bebidas alcoólicas. Neste contexto os adolescentes tendem a aderir menos ao regime terapêutico do que as crianças mais novas, registando os adolescentes do sexo masculino menor adesão (WHO, 2003).

O público-alvo da presente investigação consiste nos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1, tornando-se importante analisar o conceito de adolescente. Segundo a *World Health Organization* (2022), a adolescência corresponde ao período dos 10 aos 19 anos, sendo a fase de vida entre a infância e a vida adulta (Levy, 1998; Prazeres, 1998b citados por Serrabulho & Matos, 2005: 8). A adolescência pode ser definida como o período transitório entre a infância e a idade adulta, caracterizada por crescimento biológico e transição para papéis sociais diferentes, destacando-se a nível individual a sua maturidade biológica, o seu desenvolvimento cognitivo e psicológico (Sawyer *et al.*, 2018; *World Health Organization*, 2014).

Pelas suas características de desenvolvimento, a adolescência é um período de grande mudança que exige dos adolescentes e das suas famílias um esforço acrescido de adaptação à doença crónica e que requer uma intervenção diferenciada por parte das

equipas de saúde. Com isto, a DM exige uma reorganização dos hábitos pessoais e familiares a vários níveis, implicando não uma cura, mas uma gestão quotidiana (Ribeiro, 1998 *apud* Flora & Gameiro, 2016: 18).

O diagnóstico da DM na infância leva a um tratamento habitualmente partilhado e acompanhado pela família e quando incide na adolescência, é um choque psicológico e gera uma situação de crise para o adolescente e para a sua família, como afirma Duarte e Góis (2002) citados por Serrabulho & Matos (2005: 12-13).

Esse tratamento da DM tem como objetivo a promoção de um bom crescimento e desenvolvimento psicoafectivo, uma boa compensação da diabetes *mellitus* e por fim, a prevenção de manifestações tardias (ISPAD, 2000 citados por Serrabulho & Matos, 2005: 5).

A diabetes *mellitus* tipo 1 apresenta como principais complicações agudas a hipoglicemia e hiperglicemia; e crónicas as lesões macro e microvasculares. A hipoglicemia é a complicação aguda mais frequente da DM1, visto que o adolescente pode ficar com um desconforto físico e psicológico e com sintomas graves, sendo que o risco de hipoglicemia pode gerar ansiedade significativa para a criança/ adolescente e respetiva família (Fitas e Monteiro, 2019: 64). Já as lesões microvasculares são as principais responsáveis pela neuropatia, retinopatia e nefropatia diabética que surgem após um longo período de evolução da doença, mais comum quando o indivíduo já alcançou a idade adulta (Junior Alvarenga *et al.*, 2008: 162).

Desta forma, os adolescentes com DM1 necessitam de um esforço maior para conseguirem seguir o tratamento, visto que este tratamento exige que os adolescentes se ajustem a uma realidade com várias restrições e necessidades, que afetam diversas áreas das suas vidas (Greco-Soares & Dell'Aglio, 2016: 160).

Ao longo da infância, os cuidados com o tratamento da diabetes *mellitus* tendem a ser mais centralizados na família, contudo, na adolescência, os jovens assumem a responsabilidade do seu autocuidado (Marcelino & Carvalho, 2005 citados por Greco & Dell'Aglio, 2017: 324). Apesar de assumirem uma maior responsabilidade do autocuidado, os adolescentes reconhecem que a família tem um papel fundamental no tratamento desta doença, especialmente com as exigências diárias para que o tratamento seja realizado, podendo, por vezes, ficar desagradados com essas exigências por parte da família (Fragoso *et al.*, 2010 *apud* Greco-Soares & Dell'Aglio, 2017: 324).

Com estas exigências para se realizar o tratamento, os adolescentes podem afastar-se da família, algo bastante comum, e procurar inserção social através de grupos de pares, aproximando-se mais desses. Então, este desejo de serem autônomos pode dificultar o tratamento da doença, tendo como consequência o mau controle metabólico (Minanni *et al.*, 2010 *apud* Greco-Soares & Dell'Aglio, 2017: 324).

Para os adolescentes, as maiores dificuldades podem estar associadas com a incerteza no futuro quanto ao desenvolvimento da doença, a necessidade de cumprir o plano alimentar e a adaptação a uma rotina de compromissos sociais, nomeadamente, a ida a escola, a festas, a atividades, que devem ser compatíveis com a frequência de consultas (Minanni *et al.*, 2010 *apud* Flora & Gameiro, 2016: 33)

Se o adolescente apresentar dificuldades para lidar com estas novas questões, podem desenvolver-se quadros de stress ou outros sintomas emocionais, nomeadamente, a depressão (Fu I *et al.*, 2000 *apud* Greco-Social & Dell'Aglio, 2016: 160), podendo também sofrer preconceito por parte de colegas e de outros familiares, comprometendo a sua autoestima (Carrol *et al.*, 2006 *apud* Junior Alvarenga *et al.*, 2008: 163).

Alencar *et al.* (2013: 480) afirmam que, para além dos adolescentes terem mais dificuldade em aceitar a doença, visto que são convocados a responsabilizar-se pela própria doença, também podem desenvolver sintomas de exclusão, limitação e sobrecarga devido à diabetes *mellitus*.

Outros autores, como Almino *et al.* (2009: 761-762), afirmam que realizaram um estudo sobre esta temática e concluíram que o adolescente com diabetes *mellitus* tipo 1 vivencia diversas fases que interferem com o seu processo de desenvolvimento e, durante essas fases, podem implicar consequências nas suas vidas e na vida das suas famílias. Afirmam também que os aspetos emocionais, afetivos, psicossociais, a dinâmica familiar e a própria relação que o adolescente tem com a equipa de saúde pode influenciar a gestão da DM (Almino *et al.*, 2009: 762).

O relacionamento positivo entre a equipa de saúde e o adolescente com diabetes *mellitus* tipo 1 facilita uma melhor aceitação e adaptação à DM e uma melhor adesão à terapêutica (Serrabulho *et al.*, 2015: 83). Torna-se importante salientar que as estratégias utilizadas pela equipa de saúde podem também desenvolver a motivação, força de vontade, conhecimentos e atitudes positivas relativamente à DM, podendo contribuir para

um melhor controlo metabólico e prevenir as complicações da doença (Serrabulho *et al.*, 2011: 60).

De forma a minimizar estas dificuldades, o adolescente necessita de ser orientado sobre como lidar com cada mudança da sua rotina através de uma equipa interdisciplinar capacitada, para manter um bom controle metabólico, mas também para receber suporte emocional (Greco-Soares & Dell'Aglio, 2016: 160). A adesão ao tratamento e o autocuidado do adolescente trazem melhorias significativas na qualidade de vida.

Posto isto, por vezes, surgem fatores que podem influenciar os comportamentos dos adolescentes, desde os individuais, ou seja, valores, crenças, autoestima, resiliência e motivação, e por fim, fatores socioculturais, nomeadamente, a família, a escola, o grupo de pares e as atividades que realizam nos tempos livres (Frasquilho, 1998 *apud* Serrabulho & Matos, 2005: 8).

1.3.1. FATORES PROTETORES: CONCEITO E OS SEUS ELEMENTOS

A sociedade contemporânea está inserida num mundo complexo e com vários problemas que acumulam riscos, que vão desde as variáveis genéticas e biológicas até às psicossociais, como afirmam Sapienza e Petromônico (2005: 2009). Estes riscos tornam o indivíduo vulnerável e podem consistir na desnutrição, no baixo peso, nas lesões cerebrais, no atraso no desenvolvimento, na família desestruturada, no desemprego e na dificuldade no acesso à saúde e à educação (Sapienza & Pedromônico, 2005: 210).

Com os vários riscos que existem na sociedade, as crianças e os adolescentes estão expostos a diversas experiências de crise que ocorrem nos seus primeiros anos de vida, podendo, um dia mais tarde, vir a sofrer danos a longo prazo ou a terem resultados negativos na saúde, como afirma Buchana (2014: 245).

Os fatores protetores podem mitigar os fatores de risco¹, associados aos maus resultados infantis, e promover a resiliência do adolescente (Rutter, 1989 *apud* Buchana, 2014:

¹ “(...) os fatores de risco são aqueles fatores, que, se presentes, aumentam a probabilidade de a criança desenvolver uma desordem emocional ou comportamental. Tais fatores podem incluir atributos biológicos e genéticos da criança e/ou da família, bem como fatores da comunidade que influenciam, tanto o ambiente da criança quanto de sua respetiva família” (Garmezy, 1985 citado por Maia e Williams, 2005: 92).

245). Isto quer dizer que proteger significa oferecer condições de crescimento e de desenvolvimento, de fortalecimento do indivíduo em formação, pois é um conceito que “*faz parte do contexto das relações primárias e do universo semântico das políticas sociais*” (Schenker & Minayo, 2005: 711).

Vários estudos têm demonstrado uma diversidade de respostas aos acontecimentos, mesmo em ambiente e condições semelhantes, como afirma Rutter (1989) *apud* Buchana (2014: 245). As experiências negativas na infância podem ser melhoradas pela segurança econômica e relações de apoio na idade adulta (Quinton & Rutter (1985) *apud* Buchana (2014: 245). Desta forma, os fatores protetores assumem diferentes níveis e apoiam na gestão dos riscos diários, contribuindo para diminuir a ocorrência de comportamentos desviantes (Mendes, 2015: 28).

Rutter (1985) define fatores protetores como fatores que modificam ou alteram a resposta pessoal a um risco ambiental que predispõe o mau resultado adaptativo, nomeadamente, o desenvolvimento da criança, o seu temperamento e a sua habilidade de resolver problemas (Rutter, 1985 citado por Maia e Williams, 2005: 92). Mais tarde, afirmou que os fatores protetores permitem uma resposta mais adaptada e que podem não ter um efeito tão claro se não existir uma situação de stress (Rutter, 1987, *apud* Mendes, 2005: 29).

Já Garmezy (1983) resumiu os fatores protetores como disposições pessoais positivas, um meio familiar de apoio e, por fim, um meio externo social que funciona como um sistema de apoio, que reforça os vários esforços da criança, por forma que esta consiga enfrentar o problema (Garmezy, 1983 citado por Rae-Grant *et al.*, 1989: 263).

Nesta linha de pensamento, pode-se afirmar que os fatores protetores são condições ou atributos de indivíduos, famílias, comunidades ou da sociedade em geral, que reduzem ou que eliminam o risco e promovam a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar das crianças e das famílias (U.S. Department of Health and Human Services *et al.*, 2014: 4). Para além disto, estes fatores protetores podem servir como amortecedores que ajudam a família a encontrar recursos, apoios e estratégias de sobrevivência, sendo-lhes permitido uma parentalidade positiva, mesmo sob efeito de stress (U.S. Department of Health and Human Services *et al.*, 2014: 4).

Desta forma, é importante perceber-se que a presença de um fator protetor pode determinar o surgimento de outros fatores protetores e, por isso, é complexo compreender

de que forma esses fatores agem para atenuar os efeitos negativos do risco (Pesce *et al.*, 2004: 137). Deste modo, possuem quatro funções: a função de reduzir o impacto dos riscos; a função de reduzir as reações negativas que seguem a exposição do indivíduo face à situação de risco; a função de estabelecer e manter a autoestima e a autoeficácia; e, por fim, a função de criar oportunidades para reverter os efeitos do stress (Rutter, 1987 *apud* Mendes, 2015: 29).

Com a revisão bibliográfica realizada sobre os fatores protetores, percebeu-se que este conceito foi tipificado em 3 níveis: fatores protetores individuais, fatores protetores familiares e, por fim, fatores protetores comunitários.

1.3.1.1. FATORES PROTETORES INDIVIDUAIS

Vários autores incluem o temperamento positivo, uma inteligência acima da média e competências sociais como fatores protetores (Rutter *et al.*, 1970b; Garmezy *et al.*, 1984; Rolf, 1972 citados por Rae-Grant *et al.*, 1989: 263). Estas competências sociais incluem a realização, a participação e a competência em atividades, nomeadamente, a capacidade de se relacionar com os outros e de participar ativamente na sua realização académica (Rae-Grant *et al.*, 1989: 263 *apud* Araújo *et al.*, 2022: 118).

Os fatores protetores positivos para a proteção dos adolescentes consistem na oportunidade de o mesmo interagir com os outros adolescentes e com outras pessoas fora do seu meio familiar, nos estilos parentais adequados, numa boa qualidade de interação com a comunidade e, por fim, na oportunidade de uma rede social fortemente estabelecida, como afirmam Holden *et al.*, (1998) citados por Maia e Williams (2005: 98).

Werner (1998) defende que os adolescentes conseguem lidar de forma adequada com as adversidades que surgem ao longo da sua vida, pois são socialmente mais preceptivos do que os seus familiares que não conseguem lidar com essas situações de adversidade (Werner, 1998 *apud* Maia & Williams, 2005: 98). Desta forma, ao conseguirem lidar e resolver estas adversidades são também capazes de despertar uma atenção positiva das outras pessoas, desenvolvendo a habilidade de resolver problemas e a habilidade de pedir ajuda e de ajudar os outros quando é necessário, podendo também influenciar positivamente o seu meio envolvente (Werner, 1998 *apud* Maia & Williams, 2005: 98).

Resiliência é o nome deste fenómeno. Para Pesce *et al.* (2004: 135), a resiliência pode ser entendida como um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam o desenvolvimento de uma vida saudável, mesmo que não vivam nesse ambiente. Nesta mesma linha de pensamento, as autoras referem também que este processo resulta da combinação entre os atributos da criança ou do adolescente e do seu meio ambiente familiar, social e cultural (Pesce *et al.*, 2004: 135).

Deste modo, entende-se que a resiliência é considerada como um dos fatores protetores dos adolescentes, visto que se refere à ocorrência de bons resultados, mesmo existindo diversas ameaças ao seu desenvolvimento, como afirma Rutter (1985) citado por Maia e Williams (2005: 99). Então, a resiliência não pode ser pensada como um atributo que nasce com o sujeito, mas sim como um processo interativo entre a pessoa e o seu meio (Pesce *et al.*, 2004: 135).

Por último, é também importante realçar que o vínculo afetivo com o cuidador alternativo, ou seja, com avós, irmãos, tios, é também um fator de proteção, visto que essas pessoas se podem tornar num suporte essencial nos momentos de stress, conseguindo promover no adolescente a sua autonomia, segurança e confiança (Werner, 1998 *apud* Maia & Williams, 2005: 98).

1.3.1.2. FATORES PROTETORES FAMILIARES

A família é um elemento fundamental para o desenvolvimento da criança e do adolescente, pois é essencial para a determinação e organização da personalidade, conseguindo influenciar o comportamento do indivíduo nas ações e medidas educativas no meio familiar (Drummond & Drummond Filho, 1998, citados por Prata & Santos, 2007: 248). Esta é considerada como um lugar privilegiado de afeto, no qual estão inseridos os relacionamentos íntimos, expressão de emoções e de sentimentos (Romannelli, 1997, citado por Prata & Santos, 2007: 250).

Para além do que foi referido, a família é também responsável pelo processo de socialização da criança e do adolescente, podendo ser identificada como um fator de risco ou como um fator protetor, dependendo do estilo parental utilizado (Reppold *et al.*, 2002 *apud* Maia & Williams, 2005: 97). Desta forma, Maia e Williams (2005: 97) afirmam que

o bom funcionamento familiar, a existência de um vínculo afetivo, o apoio e a monitorização parental são fatores protetores que reduzem a probabilidade dos adolescentes terem uma má conduta.

Outros autores consideram que os fatores protetores familiares favoráveis incluem o apoio dos pais, a proximidade familiar e o estabelecimento de regras. Aqui se inclui um dos estudos de Rutter *et al.* (1975) onde apuraram que uma relação de apoio pode proporcionar um efeito protetor nos adolescentes (Rutter *et al.*, 1975 *apud* Rae-Grant *et al.*, 1989: 263).

Segundo Augusto *et al.* (2014: 1002), as famílias, quando estão perante uma situação de stress, conseguem responder positivamente e ajustar-se de forma a conseguirem sair da situação de forma positiva. Isto quer dizer que a família adquiriu a capacidade de resiliência, tendo a capacidade de ultrapassar uma situação que poderia ter sido traumática, mas, ao serem resilientes, adaptaram-se de forma positiva às dificuldades (Augusto *et al.*, 2014: 1002 citados por Araújo *et al.*, 2022: 120).

A resiliência familiar centra-se nas áreas fundamentais que permitem o fortalecimento das habilidades da família em desenvolver forças que permitam ultrapassar as várias mudanças que ocorrem na vida (Araújo *et al.*, 2022: 120). Esta perspetiva reconhece as forças e as dinâmicas das relações familiares e considera que o stress familiar e as mudanças são uma oportunidade de crescimento e não um obstáculo (Black & Lobo, 2009 citados por Augusto *et al.*, 2014: 1002).

A resiliência apresenta o domínio das famílias sobre as tarefas de desenvolvimento (Masten & Reed, 2005 *apud* Gardner *et al.*, 2008: 107), ou seja, a família integra os processos de vulnerabilidade e processos de proteção que interagem para afetar o funcionamento da família e de todos os seus membros envolventes (McCubbin & McCubbin, 1991; Walsh, 2003 *apud* Gardner *et al.*, 2008: 107).

Para além da resiliência familiar ser considerada como um fator protetor, é importante dar relevo a outros autores, que abordam outros elementos de fatores protetores familiares, como Gomide (2003) que destaca práticas educativas positivas que envolvem o uso adequado de atenção e a distribuição de privilégios; o adequado estabelecimento de regras; a distribuição contínua e segura de afeto; o acompanhamento e supervisão das atividades escolares e de lazer; e, por fim, o comportamento moral, que implica o desenvolvimento da empatia, do senso da justiça, do trabalho, da responsabilidade, da

generosidade e o conhecimento do certo e do errado (Gomide, 2003 *apud* Maia & Williams, 2005: 97).

Outro autor destacado por Maia e Williams (2005), foi Guralnick (1998) que realçou três padrões que podem ser identificados como essenciais na interação da família com o adolescente, principalmente, a qualidade da interação, a medida em que a família proporciona ao adolescente experiências diversas e apropriadas com o ambiente físico e social ao seu redor e, por fim, o modo pelo qual a família garante a saúde e a segurança do adolescente (Guralnick, 1998 *apud* Maia & Williams, 2005: 98).

As práticas parentais efetivas, de acordo com Kumpfer e Alvarado (2003) *apud* Maia e Williams (2005:98), constituem-se no mais poderoso meio de se reduzir problemas de comportamentos de adolescentes. Desta forma, destacam algumas pesquisas em que salientam o ambiente familiar positivo como principal razão para os adolescentes não entrarem em comportamentos delinquentes ou comportamentos não saudáveis, como o relacionamento positivo entre pais e filho, supervisão e disciplina consistente e comunicação dos valores familiares (Kumpfer & Alvarado, 2003 *apud* Maia & Williams, 2005: 98).

Kumpfer e Alvarado (2003) *apud* Maia e Williams (2005: 99), defendem que os mecanismos de proteção familiares e o processo de resiliência individual devem ser direcionados para reduzir os fatores de risco familiares. Então, os fatores de proteção para promoverem comportamentos adolescentes saudáveis consistem num relacionamento positivo entre pais e adolescentes; método e disciplina; monitorização e supervisão, comunicação de valores; e, por fim, expectativas sociais e saudáveis (Kumpfer & Alvarado (2003) *apud* Maia & Williams (2005: 99).

Por fim, Masten (2011), Masten, Best e Garnezy (1990) afirmam que os fatores protetores como a maturidade, o autocontrolo e as relações positivas entre os pais e os filhos, podem influenciar ou reduzir o impacto da adversidade sobre o desenvolvimento do adolescente e contribuir para resultados mais resilientes (Masten, 2011; Masten, Best e Garnezy, 1990 citados por Monaghan *et al.*, 2015: 879). Estes resultados incluem uma elevada qualidade de vida relacionada com a saúde, baixos níveis de angústia e, por fim, boa gestão das doenças (Hilliard *et al.*, 2012 *apud* Monaghan *et al.*, 2015: 879).

1.3.1.3. FATORES PROTETORES COMUNITÁRIOS

De acordo com Maia e Williams (2005: 92), os fatores de risco podem incluir atributos biológicos e genéticos do adolescente e da respetiva família, bem como fatores da comunidade que influenciam tanto o ambiente do adolescente, como da sua família.

Os fatores protetores comunitários estão relacionados com a relação que a criança e/ou o adolescente estabelece com outros elementos fora da sua família e com as instituições com as quais mantém contacto (Rae-Grant *et al.*, 1989 *apud* Maia & Williams, 2005: 98), como por exemplo a escola, os amigos e os professores. A disponibilidade dos familiares e dos amigos alargados, bem como os professores, exercem um efeito protetor sobre os adolescentes (Werner & Smith, 1982 *apud* Rae-Grant *et al.*, 1989: 263).

Para além disto, existem pesquisas que destacam o papel da comunidade como uma influência no desenvolvimento das crianças e/ou adolescentes, mas essa influência é complexa e pode ser medida pelo comportamento parental e processo familiar, como afirma Fox e Benson (2003) citados por Maia e Williams (2005: 97).

Maia e Williams (2005: 97) realizaram um estudo relacionado com as práticas parentais e o contexto de relação com a comunidade, chegando à conclusão de que as famílias com características positivas podem oferecer proteção às crianças e aos adolescentes, tendo em conta os riscos da comunidade.

A escola é um poderoso agente de socialização das crianças e dos adolescentes, pois é um fator fundamental na potencialização da resiliência, visto que apresenta fortes instrumentos para a promoção da autoestima e do desenvolvimento dos mesmos (Schenker & Minayo, 2005: 713). Fornece também suporte emocional e os professores podem também servir como um modelo positivo de identificação pessoal para o adolescente, como afirma Werner (1998) (Maia & Williams, 2005: 98 *apud* Araújo *et al.*, 2022: 121).

Este suporte, que é fornecido pelas redes para além da família e do envolvimento da escola e dos professores, é considerado como um fator protetor (Drummond *et al.*, 2002 *apud* Gardner *et al.*, 2008: 108). Este é um fator que oferece suporte emocional, psicológico, informativo, instrumental e económico, sendo que a disponibilidade do mesmo está ligada ao suporte emocional e ao bem-estar da criança e do adolescente, como afirma Gardner *et al.* (2008: 108).

Com isto, entende-se que os fatores protetores estão relacionados com os recursos e características que um indivíduo utiliza numa situação de risco para dar uma resposta mais adaptada, podendo ser categorizados em fatores protetores individuais, fatores protetores familiares e fatores protetores comunitários (Aisenberg & Herrenkohl, 2008; Ribeiro & Sani, 2009 citados por Mendes, 2015: 31).

1.3.2. FATORES PROTETORES NA DM1

A adesão ao autocuidado é problemática para a maioria das pessoas com DM, contudo, é mais difícil ainda para os adolescentes (Flora & Gameiro, 2016: 32), devido às alterações hormonais associadas ao crescimento, ao desenvolvimento físico e psicológico acelerado, à ingestão alimentar variável, aos padrões variáveis de atividade física e das atividades escolares, à ocorrência de problemas comportamentais associada a dificuldades psicossociais e, por fim, ao tratamento dependente dos pais (Araújo *et al.*, 2022: 122).

Desta forma, a adesão aos cuidados ideais na diabetes *mellitus* tipo 1 necessita de um grau elevado de autogestão no âmbito da rotina complexa da insulino-terapia, da nutrição saudável, controlo glicémico frequente e, por fim, atividade física regular (Serrabulho *et al.*, 2012: 12).

Tendo em conta a adesão aos cuidados ideais na DM, torna-se necessário abordar os valores de hemoglobina glicada² recomendados para os adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1. De acordo com as Guidelines do ISPAD, é recomendado que os adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1 tenham uma HbA1c inferior a 7%, tendo como valores de glicemia 70 mg/dl a 180 mg/dl, de forma a reduzir as complicações a curto e a longo prazo (Book *et al.* 2022: 1272).

² A hemoglobina glicada representa o nível médio de glicose nas últimas oito a doze semanas, sendo utilizado como medida de controlo glicémico, conforme afirma American Diabetes Association (2013) citados por Monaghan *et al.*, 2015:881).

Abordando agora a questão da atividade física, Debat *et al.* (2018) citados por Alves *et al.* (2021: 26950) referem que esta é uma ferramenta fundamental para o controlo metabólico, pois contribui de forma significativa para a melhoria da qualidade de vida dos adolescentes com DM1 (Lima *et al.*, 2017 *apud* Alves *et al.*, 2021: 26954).

A maior parte dos estudos realizados, concluíram que a realização de atividade física dos adolescentes com DM1 influencia de forma positiva o controlo glicémico, pois a hemoglobina glicada tem uma diminuição significativa após a realização deste exercício, conforme refere Bernardi *et al.* (2004) e Mosher *et al.* (1998) *apud* Miculis *et al.* (2010: 272).

Um dos maiores receios dos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1 na realização de atividade física consiste na ocorrência de hipoglicemia durante ou após a atividade física, fazendo com que os adolescentes fiquem desanimados para a realização da mesma (Miculis *et al.*, 2010: 272).

Para além disto, a prática de atividade física desde a infância pode promover a manutenção de um estivo de vida ativo até à idade adulta, bem como melhorar os níveis glicémicos e de sensibilidade à insulina das crianças e dos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1 (Lehmann *et al.*, 1997; Guelf *et al.*, 2005 citados por Miculis *et al.*, 2010: 272).

Para além da rotina relacionada com a terapêutica da DM, é também importante referir que é importante o adolescente com diabetes *mellitus* tipo 1 ter uma boa qualidade de sono. Este fenómeno é vital e necessário à manutenção da homeostase corporal, pois o processo de dormir tem funções biológicas que são fundamentais na consolidação de diversos processos como memória e restauração da energia corporal, como afirma Silva *et al.* (2020: 351). Neste sentido, vários estudos evidenciam que as pessoas com diabetes *mellitus* tipo 1 apresentam uma boa qualidade de sono e com maior número de horas dormidas por noite, não existindo qualquer correlação entre o sono e o controlo glicémico (Barone, 2015 *apud* Cordeiro *et al.*, 2019: 762)

Assim, a equipa de saúde multidisciplinar que acompanha o adolescente com DM1 deverá providenciar a educação sobre as várias áreas (Kaplan *et al.*, 1993 *apud* Serrabulho & Matos, 2005: 12), orientando os adolescentes com DM1 para uma dieta saudável e a realização de atividade física como estilo de vida adequado (Sales-Peres *et al.*, 2016: 1204)

Neste processo de acompanhamento, o profissional identifica as necessidades que vão surgindo ao longo do tempo, com o objetivo de apoiar as habilidades do adolescente no autocuidado. Também se identificam os sentimentos e os comportamentos que podem interferir no controle da diabetes *mellitus*, decorrentes dos desafios inerentes ao cotidiano do adolescente, como afirma Collet *et al.* (2018: 5).

Para o adolescente não sofrer complicações da diabetes *mellitus*, é necessário que adote um conjunto de tratamento e cuidados diários, prescritos pelos profissionais de saúde, como afirma Spínola & Silva (2018:670). Para além disto, é necessário que o adolescente entenda em que consiste a doença crónica, a complexidade do seu tratamento, as mudanças de estilo de vida que são impostas pelo tratamento, o medo da ocorrência de hipoglicemias e a antecipação de dor com os procedimentos de injeção de insulina e de monitorização glicémica (Aronson, 2012; McGill & Levitsky, 2016 *apud* Spínola & Silva, 2018: 671).

A descoberta da DM1 no adolescente requer, como já referido, a reorganização da sua rotina, incorporando novos hábitos relacionados com a terapêutica da diabetes *mellitus*, tornando-se também necessário que o adolescente com DM1 aceite a sua condição de portador de doença crónica, que por vezes é percebida como uma doença que acarreta limitações (Fragoso *et al.*, 2010: 444). Assim, torna-se importante garantir que o adolescente com DM1 se sinta seguro com a sua condição, de forma que as limitações da diabetes *mellitus* tipo 1 não influenciem o seu bem-estar (Fragoso *et al.*, 2010: 444).

As características da diabetes *mellitus* têm um impacto nos adolescentes e respetivas famílias, nomeadamente, na esfera social, comportamental, financeira e somática (Flora & Gameiro, 2016: 18). Para o adolescente e a família conseguirem gerir da melhor forma esta doença crónica, é necessário a adesão a um sistema que consiste ao horário inflexível do controlo da glucose no sangue, à administração da insulina, à ingestão de carboidratos e, por fim, à atividade física supervisionada (Monaghan *et al.*, 2014: 878).

Desta forma, é necessário alcançar um bom controlo glicémico e fazer um esforço para satisfazer as necessidades de desenvolvimento do adolescente (Monaghan *et al.*, 2014: 878), pois, caso não consigam, estão a aumentar a possibilidade de surgir fatores de risco que prejudiquem a qualidade de vida do adolescente.

Para não aparecerem fatores de riscos relacionados com a DM no adolescente com diabetes *mellitus* tipo 1, é necessário perceber os fatores protetores relacionados com

a gestão da DM, e ao se perceber esses fatores, está a contribuir-se para a resiliência, resiliência esta que é necessária tanto nos adolescentes como nos familiares (Monaghan *et al.*, 2014: 878). Esta resiliência, de acordo com Monaghan *et al.* (2014: 878-879), ocorre quando o adolescente ou a família alcança um resultado positivo em pelo menos um domínio, mesmo que existam fatores de risco ou situações de crise.

Desta forma, para a gestão da diabetes *mellitus*, é necessário a existência de fatores protetores relacionados com a maturidade, o autocuidado, o autocontrolo e relações positivas entre pais e filhos e relação positiva do adolescente com o seu meio ambiente (Araújo *et al.*, 2022: 122/123). Para Pérez-Marín *et al.* (2015: 160), os principais fatores de proteção para um adolescente com DM1 consistem na adaptação à doença, incluindo um sentimento positivo de autoeficácia, autocuidado, estratégias adequadas de sobrevivência, a tomada de decisões e a resolução de problemas quando lida com situações de stress e ainda, a capacidade de comunicação e de reflexão.

O autocuidado é fundamental para a gestão da DM do adolescente com DM1, sendo um dos fatores protetores, pois está relacionado com administração de insulina, a monitorização da glicose no sangue, a manutenção de registos de administração de insulina e níveis de glicose, a gestão de hipoglicemias e hiperglicemias, cumprimento de planos de refeição e a realização da atividade física regular (Chien *et al.*, 2007 *apud* Flora & Gameiro, 2016: 19).

Relativamente às condicionantes para o autocuidado, a idade, as experiências da vida, a cultura, o género, o padrão de vida, a educação e a crença, são fatores que interferem no controlo da doença (Ataíde & Damasceno, 2010: 519 citados por Flora & Gameiro, 2016: 33). Ataíde e Damasceno (2010: 519) destacam fatores ambientais, socioeconómicos e problemas no sistema de saúde como elementos que interferem no processo de autocuidado (Ataíde & Damasceno, 2010: 519 *apud* Flora & Gameiro, 2016: 33).

Nem sempre o adolescente realiza o autocuidado e este desvio do autocuidado pode resultar de características da doença e do tratamento, pois a diabetes *mellitus* é uma doença crónica sem desconforto imediato nem risco evidente, que pode comprometer as decisões clínicas, visto que a prescrição de insulina e avaliação da sua ação estão dependentes da apreciação que os adolescentes e respetiva família assumem perante a DM (Anderson *et al.* citados por Lewin *et al.*, 2009 *apud* Flora & Gameiro, 2016: 33).

No fundo, é importante perceber a forma como o adolescente com DM1 interpreta, aprende e constrói o processo da doença, relativamente às exigências da educação terapêutica e da adaptação ao contexto social, como afirma Flora & Gameiro (2016: 19).

Como referido anteriormente, a DM é uma doença crónica que implica um acompanhamento frequente de educação e de apoio, podendo influenciar o *coping* e o bem-estar dos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1 (Serrabulho *et al.*, 2015: 72). O *coping* é definido como estratégias que são utilizadas de forma consciente para lidar com os eventos stressantes que o adolescente enfrenta (Lisboa *et al.*, 2002 citados por Kristensen *et al.*, 2010: 22).

Nos estudos sobre o *coping* em crianças e em adolescentes, de acordo com Compas (1987) citado por Kristensen *et al.* (2010: 23), é necessário compreender-se o contexto social dos mesmos. É importante também considerar o nível de desenvolvimento cognitivo, pois este influencia a forma como a criança ou o adolescente avalia a situação stressante e, posteriormente, as estratégias que irão utilizar para lidar com essa situação (Peterson, 1989 *apud* Kristensen *et al.*, 2010: 23).

Então, o processo de *coping* pode ser entendido como uma interação do indivíduo com o seu ambiente, considerando-se que as estratégias variam de acordo com os contextos em que a pessoa está inserida e, ainda, de acordo com as suas características pessoais (Lisboa *et al.*, 2002 *apud* Kristensen *et al.*, 2010: 23).

Desta forma, Collet *et al.* (2018: 5) afirmam que o profissional, juntamente com o adolescente e respetiva família, são capazes de detetar os desafios vivenciados no dia a dia com a doença crónica e ainda, criar intervenção para ajudar o adolescente com o autocuidado, ajudar na sua perceção da doença no quotidiano, na sua própria autoperceção e ainda, a habilidade dos pais para dar suporte e partilhar responsabilidades com o adolescente, tendo em conta a capacidade do mesmo e de o encorajar a assumir essas responsabilidades.

Por último, a perceção dos sintomas da DM é também, de certa forma inesperada, um fator protetor. Geralmente, quando se pensa em sintomas da diabetes *mellitus*, associa-se a algo negativo, a um fator de risco para a progressão negativa da doença (Araújo *et al.*, 2022: 124). No entanto, Huang (2009), ao investigar a relação dos fatores de risco e dos fatores protetores, com os resultados e o nível de resiliência na DM, concluiu que a perceção dos sintomas da DM é um fator protetor.

Desta forma, Skelly *et al.* (2008), citados por Huang (2009: 173), afirmam que, para se melhorar os resultados de saúde, a identificação dos sintomas da DM, ou a experiência desses sintomas, pode tornar-se fundamental para a realização de atividades de autocuidado adequado.

Importa salientar que, a diabetes *mellitus* tem um impacto no adolescente e nas suas famílias, nomeadamente, na esfera social, comportamental e financeira (Flora & Gameiro, 2016: 18). Num estudo realizado em Portugal onde foram analisadas as atitudes, desejos e necessidades de familiares de pessoas com DM1 chegou-se à conclusão de que a diabetes *mellitus* tipo 1 tem um impacto significativo no seu bem-estar emocional devido às preocupações e ao papel efetivo nos cuidados à pessoa com DM (Nascimento do Ó *et al.*, 2022: 735).

Assim, para os adolescentes com DM1 conseguirem uma boa gestão da DM é necessário a adesão a um sistema que permita que este alcance um bom controlo metabólico. Caso não seja possível o alcance de um bom controlo metabólico, podem surgir fatores de risco que prejudiquem a qualidade de vida do adolescente (Araújo *et al.*, 2022: 125)

Para Gonçalves (1996) e Motta (1997) citados por Mello (2006: 22-23) quando existe confirmação de diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 1 numa criança ou adolescente, surge a família diabética, por meio da redistribuição das responsabilidades, reorganização da rotina diária e a renegociação dos papéis familiares. Assim, surgem também na família desafios psicossociais, sendo necessário e fundamental que a família consiga desenvolver um elevado nível de literacia sobre a diabetes *mellitus* (Araújo *et al.*, 2022: 125).

Então, a família tem a responsabilidade de fornecer o suporte básico para o crescimento e desenvolvimento do adolescente, nomeadamente, alimentação, estímulo e afetos adequados, interações e dinâmicas com o mundo, incentivadas e direcionadas para o adolescente na sua inserção social (Sakae, 2004 citada por Mello, 2006: 28).

Para além disto, a família necessita de ter a capacidade de se adaptar às consequências e complicações da diabetes *mellitus* tipo 1, de ter uma coesão familiar equilibrada que permita a relação estável e segura entre o adolescente com DM1 e a família, de forma a conseguirem uma organização familiar equilibrada (Araújo *et al.*, 2022: 125).

Com isto, percebe-se que os fatores protetores familiares na gestão da diabetes *mellitus* tipo 1 irão contribuir para um elevado bem-estar do adolescente com DM1, para a diminuição de ansiedade e depressão e uma melhor gestão da DM tanto dos adolescentes como dos familiares (Pérez-Marín *et al.*, 2015: 160).

Percebe-se também que as relações positivas entre a família e os adolescentes têm sido associadas a uma melhor resposta familiar a doenças crónicas e a uma melhoria da saúde e que a qualidade de afeto do adolescente com os seus familiares ou cuidadores influencia as interações diárias à volta da gestão da DM1 (Freeney, 2000; Rosenberg e Shields, 2009 *apud* Monaghan *et al.* 2014: 879).

La Greca e Thompson (1998) citados por Serrabulho & Matos (2005: 13) afirmam que o suporte da família e dos amigos é fundamental para o adolescente com diabetes *mellitus* tipo 1, pois ao realizarem um estudo sobre este tema, concluíram que a família dava mais apoio nos tratamentos e nas tarefas quotidianas enquanto os amigos apoiavam no aspeto emocional (Serrabulho & Matos, 2005: 13).

Este suporte social fornecido ao adolescente com diabetes *mellitus* tipo 1 protege as perturbações induzidas pelo stress, consistindo na disponibilidade e no apoio das pessoas mais próximas com quem o adolescente estabelece uma relação de confiança e afetividade, tornando o adolescente capaz de enfrentar as situações de crise, neste caso, de enfrentar a diabetes *mellitus*, como afirma Serrabulho & Matos (2005: 13).

No entanto, no seio da família, é importante que seja trabalhado o equilíbrio entre a independência e a dependência do adolescente com DM1, pois os cuidados da doença crónica exigem a abordagem da equipa multidisciplinar em saúde, como afirma Zanetti *et al.* (2001) citados por Mello (2006: 24). Estes autores afirmam também que o adolescente com DM1 requer das famílias e dos profissionais de saúde esforços conjuntos para atingirem um bom controlo metabólico com o objetivo de diminuir as complicações futuras da doença (Zanetti *et al.*, 2001 citados por Mello, 2006: 24).

Na literatura é referido também que as atividades em grupo com outros adolescentes e familiares são benéficas pelas trocas de experiências e de vivências, o que proporciona mais capacidades para gerir e viver melhor com a DM (Jos, 1994; Lacroix & Assal, 2003; Peyrot, 2008 *apud* Serrabulho *et al.*, 2015: 72). Assim, todos os elementos da família devem estar envolvidos no processo de autocuidado do adolescente com DM1 e desta

forma, a família torna-se capaz de modificar e de criar soluções para enfrentar os problemas que surgem no quotidiano (Mello, 2006: 29).

Por fim, é importante referir os fatores de proteção da comunidade. Estes fatores estão relacionados com a vivência do adolescente com DM1 com outras pessoas e instituições, como por exemplo os amigos, escola e a equipa de saúde do local onde são acompanhados.

Conforme referido no capítulo anterior, a disponibilidade que existe por parte dos amigos exerce um efeito protetor sobre os adolescentes e, por esse motivo, os amigos são um fator protetor comunitário essencial. Contudo, alguns autores, nomeadamente, Collet *et al.* (2018: 6) afirmaram que a falta de conhecimento por parte dos amigos sobre a diabetes *mellitus* pode levar a atitudes desrespeitosas, gerando a discriminação e situações de *bullying* que podem afetar a gestão da diabetes *mellitus* do adolescente.

Em contrapartida, Fragoso *et al.* (2010: 448) referem existir estudos que concluíram que os amigos são também elementos com um papel essencial, pois não tratam os adolescentes com DM1 com diferença e tentam tranquilizá-los sobre a doença (Fragoso *et al.*, 2010: 448-449).

Relativamente à escola, esta é um poderoso agente de socialização da criança e do adolescente e assim, deve oferecer aos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1 as mesmas oportunidades que aos outros adolescentes, potenciando ferramentas necessárias para a gestão saudável e harmoniosa da DM, nomeadamente através da saúde escolar (Correia, 2019: 14)

A saúde escolar é o referencial do SNS no processo de promoção da saúde em contexto escolar e, neste contexto, a abordagem da promoção da saúde no meio escolar assenta nos princípios das Escolas Promotoras de Saúde e numa metodologia de trabalho por projeto que tem como objetivos as necessidades reais da população escolar (Menino, 2019: 82).

Em Portugal, a saúde escolar iniciou-se em 1901 e foi evoluindo até aos dias de hoje, tendo havido várias reformas numa tentativa de a adequar às necessidades das escolas e às preocupações de saúde emergente, como refere DGS (2007: 8) citado por Rocha *et al.* (2011: 71). Rocha *et al.* (2011: 71) informam que a educação para a saúde é uma mais-valia para melhorar a qualidade de vida dos alunos, pois apresenta-se como um

programa que previne situações de risco e de doença, capacitando as crianças e os jovens para uma vida mais saudável.

Para Feitor *et al.* (2020: 365) a presença do adolescente em contacto escolar corresponde a um período alargado no seu dia-a-dia e por esse motivo, as escolas devem ter profissionais capacitados e formados para conseguirem assegurar a prestação de cuidados nas situações de descompensação da diabetes *mellitus*. Então, é necessário que existam e que sejam implementados protocolos e planos de saúde individuais (PSI), elaborados com o adolescente, a família, a escola e a equipa de saúde escolar (Feitor *et al.*, 2020: 365).

Isto quer dizer que, quando nas escolas existem alunos com DM, deve ser acionado o Programa Nacional de Saúde Escolar, que apresenta dois objetivos: promover um ambiente escolar saudável e seguro e por fim, aumentar a literacia da comunidade, como afirmam Feitor *et al.* (2020: 365).

A Orientação n.º 006/2016, de 23/11/2012, da Direção-Geral da Saúde e da Direção-Geral de Educação reforçou o compromisso de todos os intervenientes na gestão da diabetes *mellitus* tipo 1 na escola, a promoção da saúde, a prevenção das intercorrências e a minimização do impacto da DM no desempenho escolar (Friães, 2019: 11). Esta orientação recomenda o acompanhamento das crianças e jovens com diabetes *mellitus* tipo 1 e promove os cuidados desta população no meio escolar, realizando-se o Plano de Saúde Individual (PSI) (Friães, 2019: 11).

O PSI é um plano, elaborado para cada criança ou jovem com diabetes *mellitus* tipo 1, desenvolvido pela equipa de saúde escolar que começa com a referenciação da criança/adolescente pela consulta da especialidade da área da DM ou pelo médico de família (Friães, 2019: 11).

É importante salientar também que a Equipa de Saúde escolar integra a Equipa Multidisciplinar do Agrupamento de Escolas, facultando o melhor conhecimento aos profissionais de educação sobre a DM, tendo como objetivo construir uma abordagem participada, integrada e eficaz da doença crónica (Friães, 2019: 10).

Para além disto, é também importante perceber o desempenho escolar dos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1. De acordo com Mitchell *et al.* (2021: 412), já foram

realizados vários estudos sobre esta temática. Alguns dos estudos afirmam que a diabetes *mellitus* tipo 1 pode afetar o desempenho escolar destes adolescentes enquanto outros chegaram à conclusão de que a diabetes *mellitus* não afeta o desempenho escolar.

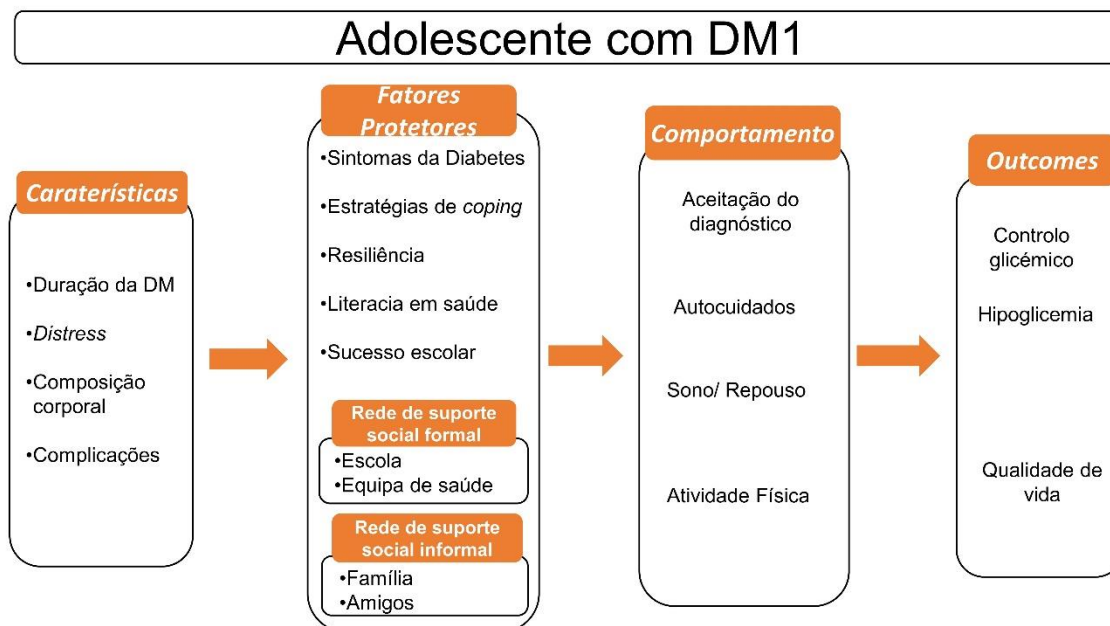
Mitchell *et al.* (2021: 419), numa investigação conduzida pelos próprios, concluíram que não se verificou qualquer diferença no desempenho escolar dos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1, considerando importante a realização de mais estudos para explorar os fatores psicológicos e sociais, bem como os fatores de controlo da diabetes *mellitus* tipo 1.

Parece, então, poder concluir-se que, para existir uma boa gestão da DM1, é necessário garantir a presença dos fatores protetores referidos, visto que contribuem para o bem-estar e qualidade de vida do adolescente com DM1.

1.4. MODELO TEÓRICO: FATORES PROTETORES NA DM1

Após a revisão da literatura sobre o tema em estudo, decidiu-se elaborar um modelo teórico (Figura.1) que permita sistematizar tudo o que foi referido até agora. O modelo teórico consiste num “sistema hipotético-dedutivo representante da realidade, que pode gerar proposições a partir de proposições iniciais, ou seja, é possível realizar previsões a partir deles e simular o real” (Bunge, 1974; Bung, 2017 *apud* Souza Filho & Struchiner, 2021: 88). O modelo teórico permite simplificar a investigação realizada através de uma delimitação de uma pergunta específica, como refere Almeida (1992) citada por Souza Filho & Stuchiner (2021: 89), pois sintetizar o trabalho científico consiste na construção de modelos que sirvam para representar os fenómenos estudados, integrados em teorias e que apresentem a capacidade de resolver determinado problema (Concari, 2001 *apud* Souza Filho & Stuchiner, 2021: 89).

Figura 1. Modelo Teórico: Fatores protetores na DM1



Fonte: Elaboração própria

No modelo teórico acima apresentado, está representado adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1, tendo em conta características como a duração da DM1, o *distress*, a composição corporal e as complicações da doença. Estas características vão influenciar os fatores protetores que correspondem aos sintomas da diabetes *mellitus*, às estratégias de *coping*, à resiliência, literacia em saúde, sucesso escolar, a rede de suporte formal e a rede de suporte informal. Importa esclarecer que os sintomas da diabetes *mellitus* se constituem como um fator protetor na medida em que a identificação destes sintomas ou a experiência desses sintomas, se pode tornar fundamental para a realização de atividades de autocuidado, conforme referido anteriormente (Skelly et al., 2008 *apud* Huang, 2009).

Os fatores protetores vão influenciar o comportamento da adolescente com DM1, favorecendo a aceitação do diagnóstico, o autocuidado, a atenção ao sono/repouso e por fim, a valorização da atividade física. Os três grupos vão originar um melhor controlo glicémico, diminuição de hipoglicemias e uma melhor qualidade de vida para o adolescente com DM1. Por fim, importante salientar que estes conceitos estão descritos na Tabela 1 que se encontra no Apêndice A.

2. DESENHO DO ESTUDO E MÉTODOS

A presente investigação insere-se no paradigma interpretativo, pois procura interpretar as diversas situações da sociedade e o significado que essas situações têm para as pessoas, de forma a compreender o mundo (Latorre *et al.*, 1996: 42; Mertens, 1998: 11 citados por Coutinho, 2014). Ou seja, a investigação implica sempre a interpretação das ações das outras pessoas, a interpretação de um todo.

Fortin (1999: 22) afirma que através das várias questões colocadas na investigação, umas implicam a descrição dos fenómenos em estudo e outras implicam uma explicação sobre a existência de relação entre fenómenos. Com isto, afirma-se que a presente investigação é predominantemente qualitativa, com recurso a alguns dados quantitativos.

A investigação de carácter qualitativo, segundo Goboy (1995:58) citado por Proetti (2017: 7), não procura enumerar ou medir os dados, pois parte das questões de interesses, que se vão definindo à medida que o estudo se desenvolve. Então, envolve os dados descritivos sobre pessoas, lugares, processos interativos com contacto direto com o investigador, procurando compreender a perspetiva dos participantes em estudo (Goboy, 1995:58 *apud* Proetti, 2017: 7).

Torna-se relevante também indicar que esta é uma pesquisa de natureza exploratória, pois existe pouca ou nenhuma literatura sobre o tema em estudo. Vilelas (2022: 2013) defende que “os estudos exploratórios visam proporcionar uma maior familiaridade com o problema, no sentido de o tornar explícito ou de facilitar a formulação de hipóteses”, defendendo também que são utilizados “[...] para conhecer as variáveis desconhecidas, necessárias a uma investigação mais específica e profunda”. Então, com este estudo exploratório é possível obter mais conhecimento sobre um tema específico e potenciar estudos futuros (Vilelas, 2022: 213).

Assim, e tendo em conta a natureza deste estudo, procurou-se identificar e compreender os fatores protetores dos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1 e conhecer a perceção dos Assistentes Sociais sobre as suas práticas e debater os desafios que se colocam no seu exercício profissional.

Neste sentido, recorreu-se à triangulação que, de acordo com Lefrançois (1995: 59-60) citado por Fortin (1999: 323), consiste numa estratégia para colocar em comparação os vários dados obtidos com a ajuda de dois ou vários processos distintos de observação,

seguidos de forma independente no meio do mesmo estudo. Assim, na pesquisa empírica, recorreu-se a fontes de informação distintas, que representam pontos de vista diferenciados – adolescentes e assistentes sociais – e à triangulação de técnicas – entrevista e grupo focal –, realizando-se uma articulação integrada entre a percepção dos entrevistados e a percepção dos participantes do grupo focal. Procedeu-se, ainda, pontualmente, a uma triangulação entre dados quantitativos e qualitativos.

2.1. TÉCNICAS DE RECOLHA

Para a recolha de dados, recorreu-se à pesquisa documental para realização do enquadramento teórico. Esta consiste num procedimento que utiliza métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados e tipos, como afirma Sá-Silva *et al.* (2009: 4). De acordo com Albarello *et al.* (1995: 30), a pesquisa documental consiste num método de recolha e de verificação de dados, que pretende o acesso às fontes pertinentes, que, muitas vezes, abre via à utilização de outras técnicas de investigação, nomeadamente, observação, análise de conteúdo, entre outros.

Para a pesquisa empírica, foram utilizadas diversas técnicas, nomeadamente, recolha de registos dos processos dos adolescentes com DM1, que são acompanhados na APDP, sendo recolhidos dados sobre a hemoglobina glicada (HbA1c), índice de massa corporal (IMC), sexo, idade, tempo de acompanhamento na APDP e tempo de diagnóstico da DM1 para caracterização da amostra do estudo. Outras das técnicas utilizadas consistem na entrevista e no grupo focal.

- **ENTREVISTA**

A entrevista consiste numa forma específica de interação social que tem como objetivo recolher dados para uma investigação (Vilelas, 2022: 347). As entrevistas semiestruturadas permitem que o entrevistado tenha a possibilidade de relatar as suas experiências e vivências sobre o tema proposto, tendo alguma liberdade para desenvolver as respostas segundo a direção que ache adequada, explorando os aspetos que considera mais relevantes, como afirma Vilelas (2022: 351-352).

O guião de entrevista (Apêndice B) encontra-se dividido em 5 temáticas: equipa de saúde, família, escolas e colegas, a perceção e o tratamento e por fim, questões sobre o trabalho do Assistente Social.

As entrevistas foram realizadas no período de 3 de outubro a 19 de dezembro de 2023, com duração média de 13 minutos e 7 segundos. Após a gravação das entrevistas, realizou-se a transcrição das mesmas e elaborou-se uma grelha de análise, cuja estrutura se apresenta no Apêndice C.

- **GRUPO FOCAL**

O grupo focal é uma forma rápida, fácil e prática de se contactar com a população que se quer investigar, é um grupo de discussão informal e de tamanho reduzido, com a finalidade de obter informações de carácter qualitativo em profundidade (Vilelas, 2022: 303). Com o grupo focal, procura-se identificar as interações grupais e ampliar a escuta, favorecendo as representações sobre a experiência e também a compreensão de atitudes, preferências, sentimentos e dificuldades, conforme afirma Vilelas (2022: 303).

Assim sendo, entendeu-se pertinente a realização de um grupo focal com Assistentes Sociais a intervir com o grupo-alvo da investigação, em contexto hospitalar, na especialidade de pediatria, com o objetivo de conhecer as práticas destes profissionais e debater os desafios que se colocam no seu exercício profissional.

O grupo focal realizou-se a 30 de novembro de 2023, na Universidade Lusíada de Lisboa, tendo como duração uma hora e meia, estando o guião no Apêndice E. Os Assistentes Sociais foram convidados através de e-mail dirigido aos coordenadores das equipas de serviço social dos diferentes Centros Hospitalares e Hospitais do SNS, da AML (Apêndice F). Foram também efetuados contactos telefónicos com vista a sensibilizar estes profissionais para a importância dos seus contributos neste debate. Para além do consentimento informado (Apêndice G), que incluía uma apresentação sumária do projeto e dos seus objetivos, foi igualmente remetido o artigo da autora desta dissertação, em co-autoria (Araújo *et al*, 2022), “*Identificação e Promoção de Fatores Protetores na Gestão da Diabetes Mellitus tipo 1 em Adolescentes*”, sugerindo-se a sua leitura prévia, como estímulo ao debate.

- **AMOSTRAS**

Para a realização de uma investigação, é necessário selecionar o universo e a amostra, sendo estes elementos fundamentais de uma investigação. Segundo Fortin (1999: 202), a amostra corresponde a um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte da mesma população, devendo ser representativa da população visada.

Tendo-se recorrido, nesta investigação, como já referido, à triangulação de dados, foram constituídas duas amostras não-probabilísticas: a primeira relativa a adolescentes com DM1 e a segunda relativa a Assistentes sociais inseridos em contexto hospitalar, e com intervenção junto do grupo-alvo da investigação.

Assim, no tocante aos adolescentes, optou-se por uma amostra por conveniência, também denominada de acidental, resultando as unidades selecionadas de produto das circunstâncias (Vilelas, 2022:181). No caso, foram selecionados 30 adolescentes com DM1, acompanhados na APDP e com idades entre os 12 e os 16 anos, recrutados no dia em que compareceram para a consulta de diabetologia nesta Associação, nos períodos indicados acima enquanto o universo corresponde a 172 adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1 dos 12 aos 16 anos, que frequentaram a APDP nos últimos 12 meses. Entendeu-se este intervalo de idades como particularmente relevante, pois é uma fase de vida dos adolescentes com várias mudanças, quer a nível físico, como psicológico e também por ser uma fase transitória do 2.º Ciclo para o 3.º Ciclo.

Para a realização das entrevistas, foram identificados como critérios de inclusão: adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1, com idades compreendidas entre os 12 e os 16 anos e consultas na APDP nos últimos 12 meses. Em relação aos critérios de exclusão, estes abrangiam: recusa em assinar o consentimento informado, recusa na autorização da gravação da entrevista e existência de alguma condição clínica ou psicológica que, na opinião da equipa, pudesse comprometer a adequada participação no estudo.

No que diz respeito aos Assistentes Sociais inseridos em contexto hospitalar e com intervenção junto do grupo-alvo da investigação, tratou-se de uma amostra intencional, tendo sido selecionados os Hospitais integrados do SNS, da AML, conforme já referido.

Dos contactos efetuados com os Hospitais da AML, 4 Assistentes Sociais confirmaram a sua participação, configurando assim um número mínimo para a realização do grupo

focal, conforme preconizado por José Vilelas (2022: 307). Na hora do evento, apenas duas Assistente Sociais compareceram presencialmente e uma terceira informou que só poderia participar a distância. Apesar deste constrangimento, assumiu-se a realização do mesmo, quer para não defraudar o esforço das pessoas que se disponibilizaram a participar, quer pelo entendimento de que, ainda assim, poderiam ser recolhidos contributos relevantes. Foi assim realizado o grupo focal com 3 participantes, em formato híbrido.

Do levantamento efetuado, concluiu-se que existem poucos Assistentes Sociais a trabalhar em contexto hospitalar e no departamento de Pediatria e, que o excesso de trabalho, se pode traduzir em barreiras à sua participação noutra tipo de atividades, nomeadamente de investigação.

2.2. TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Como técnica de tratamento e análise dos dados recolhidos recorreu-se à análise de conteúdo. Para Hsieh e Shanon (2005) citados por Rossi *et al.*, (2014: 40) a análise de conteúdo corresponde a “*um método de pesquisa para a interpretação subjetiva de conteúdo de dados de texto por meio de processos de classificação sistemática de codificação e da identificação de temas ou padrões*”.

Então, para este estudo, os dados quer das entrevistas quer do grupo focal foram transcritos e analisados através de uma grelha de análise na qual se atribuíram tópicos, com a finalidade de se identificar o significado do discurso dos participantes, bem como as semelhanças ou diferenças que pudessem existir.

No tocante às transcrições, importa esclarecer que se teve o cuidado de respeitar a linguagem utilizada pelos participantes, embora com estratégias distintas, procurando ter em conta as especificidades de linguagem patenteadas. Assim, na transcrição do grupo focal com assistentes sociais, utilizou-se a ortografia-padrão, já na transcrição das entrevistas a adolescentes, foi utilizado um sistema misto de grafia-padrão e grafia modificada, com o maior peso recaindo na ortografia-padrão, tal como recomendado por Marcuschi (1986), citado por Gago (2002: 98), procurando, com isto, transmitir de forma o mais fidedigna possível as suas falas. Como exemplos, mantiveram-se elisões como ‘né’, em vez de ‘não é’ ou queda de parte de palavras como ‘tou’, em vez de ‘estou’.

Para além disto, para o tratamento dos dados, e por forma a garantir o anonimato dos participantes, foi criado um sistema de codificação composto por duas letras e um número sequencial. Assim, os adolescentes com DM1 são identificados com um código composto pelas letras “AD” seguidas de um número do 1 ao 30 e as Assistentes Sociais são identificadas com um código composto pelas letras “AS” seguidas de um número do 1 ao 3.

Com isto, após a análise e o tratamento, quer das entrevistas quer do grupo focal, foi possível sintetizar as perceções de cada grupo sobre o tema do estudo, permitindo, mais tarde, realizar o seu diálogo e discussão, percebendo a existência de convergências e de divergências.

2.3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para se investigar é necessário ter em consideração as preocupações e as questões éticas que decorrem do processo de investigação, sendo que a realização de investigações implica o levantamento de questões morais e de questões éticas (Vilelas, 2022: 467-468).

Nesta linha de pensamento, a aquisição de conhecimentos impõe um limite que não deve ser ultrapassado, limite este que está relacionado com o respeito pela pessoa e a proteção do seu direito de viver livremente e dignamente enquanto ser humano (Fortin, 1999: 113). Fortin (1999: 113) refere também que, se um estudo violar estes direitos é moralmente inaceitável tanto para os sujeitos de investigação como para os próprios investigadores e, também para a comunidade no seu global.

Desta forma, quando se realiza uma investigação, é necessário respeitar cinco princípios ou direitos fundamentais que são aplicáveis aos seres humanos: o direito à auto-determinação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo, e por fim, o direito a um tratamento justo e equitativo (Vilelas, 2022: 467- 468).

A realização desta pesquisa teve em conta o conjunto de princípios ou direitos que orientam a conduta do investigador, nomeadamente, o Consentimento Informado. Para esta pesquisa, foi necessário a elaboração de dois consentimentos informados: um para

os adolescentes entrevistados e seus representantes legais (apêndice D) e outro para os assistentes sociais participantes no grupo focal (apêndice G).

Nos consentimentos informados foi assegurado que os sujeitos de investigação tiveram conhecimento dos objetivos gerais do estudo, bem como da duração da sua participação, o direito ao abandono da sua participação, a todo o momento, sem objeção do investigador e, por fim, a garantia de confidencialidade e sigilo acerca da sua identidade.

Para além disto, as perguntas formuladas, tanto no guião de entrevistas como no guião do grupo focal, não envolviam riscos emocionais ou psicológicos para os sujeitos de intervenção.

Para a garantia da confidencialidade e sigilo acerca da sua identidade, foi atribuído códigos aos sujeitos de investigação. As gravações e a chave de codificação que permite identificar os participantes do estudo, foram armazenados e mantidos de forma segura e serão eliminadas assim que o estudo terminar. Os restantes dados recolhidos, nomeadamente, base de dados de caracterização dos participantes e as transcrições das entrevistas e do grupo focal são armazenados e mantidos de forma segura por um período de, pelo menos, cinco anos desde o final do estudo.

Por fim, considerando os princípios éticos da investigação, para além da confidencialidade dos sujeitos de investigação, teve-se o cuidado e a preocupação de respeitar e assegurar a total confidencialidade da organização. Para a realização deste estudo foi necessário submeter o projeto à Comissão Ética para a Saúde da APDP, tendo a mesma dado, 21 de junho de 2023, o parecer favorável para a realização da pesquisa (Anexo A).

3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Explicitado o desenho do estudo e descritos os métodos e técnicas utilizados para a recolha e tratamentos dos dados, bem como os procedimentos adotados com vista a salvaguardar as questões éticas, é tempo de proceder à apresentação e discussão de resultados.

Na posse de três *corpora* de características distintas – grelha de dados resultantes da consulta dos processos dos 30 adolescentes entrevistados, gravações áudio de entrevistas realizadas a adolescentes com DM1 e gravação áudio de um grupo focal com assistentes sociais que intervêm junto desta população, em contexto hospitalar – um dos desafios que se colocou, desde logo, foi como fazer uma análise articulada, tendo-se em conta: i) a leitura da perceção dos adolescentes com DM1, com os dados da sua situação clínica; ii) a leitura da perceção dos adolescentes com DM1, com a perceção das Assistentes Sociais; iii) e, por fim, a leitura integrada, na qual se procurou articular a perceção dos adolescentes com a perceção dos Assistentes Sociais, identificando as convergências e as divergências.

3.1. DM1 NA ADOLESCÊNCIA: A PERCEÇÃO DOS PRÓPRIOS

A adolescência, como referido anteriormente, é um período de alterações, estando caracterizada por transformações corporais e psicológicas que são determinantes no desenvolvimento do próprio, o que exige do adolescente um esforço acrescido de adaptação, em caso de doença crónica, como a DM1.

Este subcapítulo, está dividido em quatro partes: caracterização dos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1 entrevistados, a perceção dos mesmos sobre a DM, sobre os seus familiares e a relação com a DM e sobre a relação da escola e dos amigos com a DM.

3.1.1. BREVE CARATERIZAÇÃO DO PAINEL DE ENTREVISTADOS

Como referido anteriormente, para a realização deste estudo, entrevistou-se 30 adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1. Neste sentido, neste subcapítulo, será feita a caracterização dos adolescentes que participaram no estudo.

A maioria dos entrevistados é do sexo feminino (17), sendo 13 do sexo masculino. Como já referido anteriormente, a seleção destes adolescentes obedeceu a um critério de conveniência, pois os adolescentes foram entrevistados quando compareciam na APDP para consulta de diabetologia e assim, foi possível entrevistar adolescentes do sexo feminino e do sexo masculino, embora a maioria tenha sido do sexo feminino.

Relativamente às idades, foi possível entrevistar adolescentes de todas as idades integrantes do intervalo dos 12 aos 16 anos, embora a maioria dos adolescentes tenha 15 anos. Percebeu-se também que o tempo de diagnóstico se situa entre 1 ano e 13 anos e que o tempo de acompanhamento na APDP se situa entre 1 e 10 anos.

No que diz respeito à composição do agregado familiar, verifica-se que a maioria dos adolescentes (16) pertence a um agregado familiar constituído por casal com filhos, sendo de assinalar que dois dos adolescentes integram, em semanas alternadas, agregados familiares distintos, pertencentes a cada um dos progenitores que se encontram separados.

Tabela 1. Caraterização dos adolescentes com DM1: agregado familiar

Agregado Familiar	Número de adolescentes
Alargada	3
Monoparental feminino	9
Nuclear, casal com filhos	16
Outro tipo	2

Fonte: Elaboração própria.

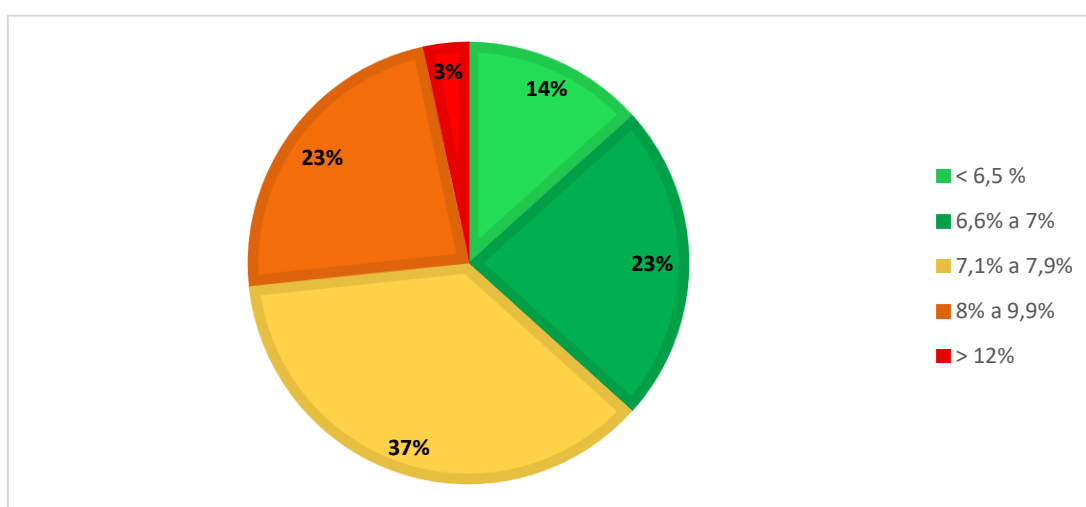
Relativamente à escolaridade, foi possível observar que a escolaridade não foi afetada pela gestão da DM, pois, na maioria dos adolescentes, a escolaridade (7.º a 11.º ano), é consistente com as idades em presença, sendo que existe apenas um caso com um ano de atraso e outro caso com dois anos de atraso. Estes dados vêm ao encontro dos

resultados de Mitchell *et al.* (2021), salvaguardando-se a necessidade, tal como os autores bem referem, de realizar mais estudos para explorar os fatores psicológicos e sociais e os fatores de controlo da DM1.

Como referido anteriormente, ter um bom controlo glicémico pode prevenir o adolescente de vir a desenvolver mais tarde complicações da DM1. Assim, os adolescentes com DM1, sempre que têm consulta de diabetologia, necessitam de fazer a análise que permite avaliar a hemoglobina glicada, para perceber como está o referido controlo glicémico.

Como referido anteriormente, o bom controlo glicémico previne na adolescência o desenvolvimento de complicações da DM, sendo recomendado que os adolescentes tenham uma hemoglobina glicada inferior a 7%. Assim, os adolescentes com DM1, sempre que têm consulta de diabetologia, necessitam de fazer uma análise que permite avaliar a hemoglobina glicada, que permita avaliar o referido controlo glicémico.

Figura 2.HbA1c dos adolescentes com DM1 (%)



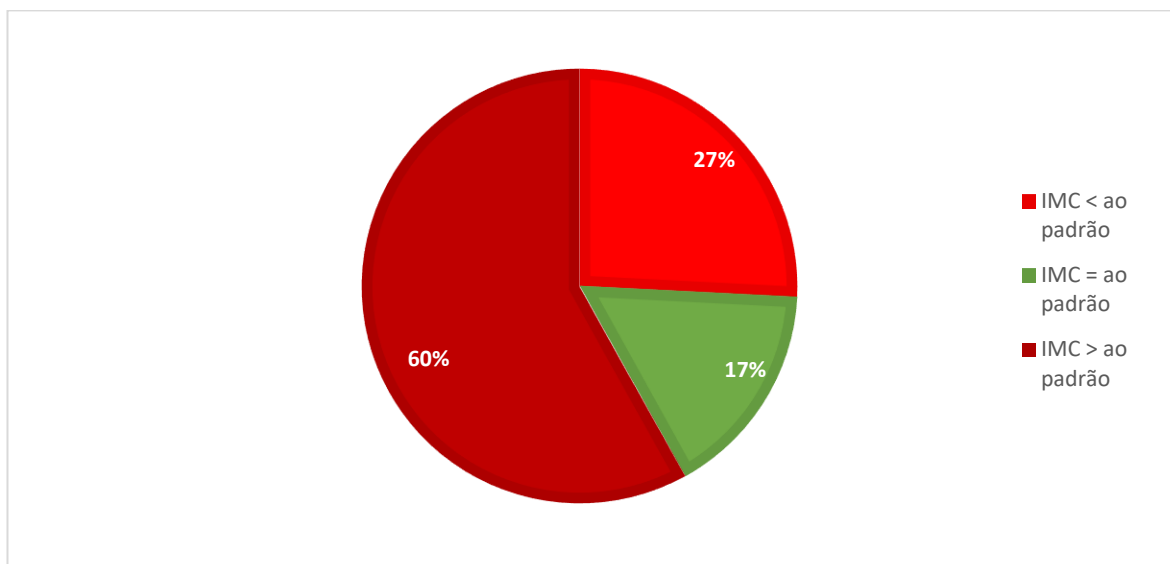
Fonte: Elaboração própria

Como pode verificar-se na figura acima, 37% dos adolescentes apresenta um bom controlo glicémico (onde se incluem 14% com muito bom controlo), sendo que a maioria (63%) está longe dessa situação, visto que apresentam um controlo glicémico acima do recomendado, sendo que 3% se encontra em situação de elevado risco, pois apresenta

uma HbA1c superior a 12%. Também se observou que, dentro do grupo de adolescentes que apresentam controlo glicémico indesejável, a maioria (69%) são adolescentes do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 13 e os 16 anos, com predominância dos 14 anos. Tendo em conta a população do estudo, constata-se que estes resultados se afastam drasticamente do que foi defendido pela WHO (2003) que evidencia que os adolescentes do sexo masculino são quem apresenta menor adesão, demonstrando piores resultados de controlo glicémico.

Outro indicador de saúde relevante diz respeito ao Índice de Massa Corporal (IMC). A figura abaixo apresenta o IMC dos adolescentes com DM1. Para análise destes resultados, teve-se em conta os padrões de IMC indicados pela WHO³ (2024).

Figura 3. IMC dos adolescentes com DM1 (%)



Fonte: Elaboração própria

Conclui-se que a maioria dos adolescentes (60%) apresentam IMC acima da padrão, com predominância do sexo feminino (72%), com idades entre 13 e os 16 anos; 17% adolescentes com DM1 apresentam IMC dentro do padrão; e, por fim, 27% dos adolescentes com DM1 apresentam IMC abaixo do padrão.

³ Informação retirada das tabelas “BMI-for-age BOYS 5 to 19 years (percentiles)” e “BMI-for-age GIRLS 5 to 19 years (percentiles)” do website da WHO (2024). Disponível em: <https://www.who.int/tools/growth-reference-data-for-5to19-years/indicators/bmi-for-age>

3.1.2. ADOLESCENTE E A DM1

O adolescente com diabetes *mellitus* tipo 1 experiencia diversos constrangimentos que interferem no seu processo de desenvolvimento impostos pela própria doença, passando pela administração de insulina, monitorização glicémica, restrição alimentar e necessidade de atividade física regular.

A partir da palavra dos próprios, pretendeu-se conhecer: sentimentos em relação à DM1; rotina adequada para uma boa gestão da DM, tratamento da DM, equipa de saúde, impacto da atividade física no controlo glicémico da DM, perceções sobre a DM, desempenho escolar e, por fim, sono. São esses resultados que se apresentam e discutem em seguida.

- **SENTIMENTOS EM RELAÇÃO À DM1**

A análise dos dados sobre os sentimentos do adolescente quando pensa que tem DM, demonstraram que quatro dos adolescentes entrevistados evidenciaram que quando pensam que têm diabetes *mellitus* se sentem normal. Alguns adolescentes evidenciam também que, para além de ser normal, conseguem realizar as tarefas no seu quotidiano e, ao mesmo tempo, realizar as medições glicémicas e controlar a alimentação e outros evidenciam que é uma doença que cresceu consigo:

“Sinto que já é uma doença normal. Há muitas doenças piores que a diabetes.” (AD_2)

“Acho que é uma coisa normal [...] visto que consigo fazer o meu dia a dia normal todos os dias, com exceção que tenho que picar e ter um bocadinho mais de cuidados com a alimentação para não descontrolar muito.” (AD_4)

“Sinto-me uma pessoa normal.” (AD_19)

“Normal [...] é uma coisa que cresceu comigo desde sempre e eu não me consigo imaginar sem a diabetes.” (AD_21)

Constata-se também que outros adolescentes se sentem iguais antes e depois do diagnóstico, embora possam referir alguma estranheza

“Sinto-me igual, acho eu. É estranho dizer que tenho diabetes, mas já sei que tenho. Porque sou adolescente e normalmente, pensa-se que é uma doença de velho. Mas depois sou adolescente e não é só uma doença de velhos.” (AD_1)

ou apreensão relativamente a eventuais restrições alimentares

“Eu agora... eu agora acho que sinto-me igual a antes. Mas na altura pensei que não poderia comer algumas coisas ou fazer algumas coisas, mas agora é normal.” (AD_17)

Outros adolescentes entrevistados, constataram que não sentem nada quando pensam que têm DM

“Nada demais, acho que a doença... nunca atrapalhou-me no meu dia a dia, não é nada que me incapacite de fazer algo.” (AD_22)

“Não sinto nada, tipo... não há nada diferente, só se vai tornar diferente se eu piorar por isso... desde que eu tenha tudo bem, acho que consigo ter uma vida normal...” (AD_24)

havendo quem evidencie que não se lembra da sua vida sem ter diabetes *mellitus*

“Nada... eu como já tenho diabetes há 13 anos, eu não me lembro da minha vida sem diabetes então para mim é como se fosse normal” (AD_20)

ou alguma frustração com as limitações da doença

“Nada, sinto-me aborrecido às vezes... ter diabetes e tal... tem limitações.” (AD_14)

“Não penso em nada, para mim é como se fosse uma vida normal, mas às vezes fico um bocadinho frustrado, porque quero ir a certos restaurantes e não posso ou tenho os valores muito altos ou por outras coisas.” (AD_26)

Constata-se também que outros adolescentes evidenciaram que já estavam habituados com o facto de ter uma doença crónica como a diabetes *mellitus* tipo 1:

“Já me habituei.” (AD_8)

“Sinceramente, nada, não sinto nada. Só... já fiquei habituada, por isso... tanto faz para mim.” (AD_29)

Em contrapartida, constata-se que, um dos adolescentes, não se sente mal quando pensa que tem diabetes *mellitus*, pois considera que é uma doença como as outras, não a considerando como um obstáculo:

“Sinceramente, não me sinto mal... não me vem nada negativo a cabeça porque é uma doença igual às outras [...] eu não encaro a doença como um obstáculo.” (AD_16)

O discurso de dois dos entrevistados explica que, quando pensam que têm DM, se sentem diferentes, tendo evidenciado que o acompanhamento psicológico ajudou na perceção como encara a doença e que se sente diferente quando está em festas:

“Eh pá, já senti que era uma rapariga diferente das outras. Mas, entretanto, entrei para uma psicóloga e tem-me ajudado bastante porque reparei que sou igual às outras pessoas, só que com este problema.” (AD_6)

“Ah... um bocadinho diferente [...] porque não posso ir a uma festa e não posso começar a tirar o que quiser.” (AD_30)

Constata-se que os adolescentes, quando pensam que têm DM, têm vários sentimentos, nomeadamente a tristeza, pois percebeu-se que o motivo de ficar triste está relacionado com o facto de a diabetes *mellitus* ser uma doença crónica e por terem o conhecimento que a diabetes *mellitus* é uma doença crónica para a vida toda:

“Fico triste. [...] Não sei.” (AD_9)

“Sinceramente, às vezes fico um bocadinho triste porque é uma doença crónica e vou ter que lidar com isto para a vida inteira, é um pouco cansativo.” (AD_13)

“Praticamente não fico tão feliz não é, porque é uma doença e é para a vida... só que também tenho que entender que vou ter que me habituar com isso e é para o resto da minha vida então...” (AD_11)

Apenas um dos adolescentes entrevistados evidenciou que, quando pensa que tem DM, gostava de não ter diabetes *mellitus*, pois gostava de sentir como era a sua vida sem esta doença crónica:

“Eh pá, quando eu penso que tenho diabetes, eu gostava de não ter diabetes de novo. Eu quero sentir de novo qual a sensação de não ter diabetes” (AD_7)

Percebe-se também que, apenas um dos adolescentes entrevistados, considera que não sabe o que é viver sem a DM, pois foi diagnosticado quando era muito novo, mas que se sente feliz pela DM ter aparecido quando era novo;

“Basicamente, eu não sei o que é viver sem diabetes, porque fiquei com diabetes muito nova. [...] Apareceu-me quando eu era muita nova, portanto, não tinha muita experiência de vida. Fico feliz por me ter aparecido quando eu era mais nova, porque vejo agora muitos miúdos com diabetes que se revoltam muito.” (AD_3)

Outro adolescente evidenciou que se sente bastante desconfortável quando pensa que tem DM e que ainda é um assunto difícil de gerir:

“Sinto-me bastante desconfortável, ainda é um assunto muito tocante para mim e ainda não consigo acreditar.” (AD_5)

Enquanto outro evidencia que, quando pensa que tem diabetes, tem a noção que esta é uma doença que não tem cura e por esse motivo, terá de viver para o resto da vida com a mesma:

“Que não vou ter cura e vou ter que viver com isto para sempre.” (AD_27)

Com esta análise, constata-se também que vários adolescentes dão exemplos muito específicos quando pensam que têm diabetes *mellitus*. Um adolescente evidencia que, no início do diagnosticado, não percebia o porquê de ter diabetes *mellitus*, mas que arranhou um mecanismo para lidar melhor com a DM enquanto outro evidenciou que, por vezes, até se esquece que tem DM, pois sente-se bem com a doença crónica:

“Ao início eu chorava, porquê que isto aconteceu a mim... pronto, agora eu sei que isto acontece aos mais fortes [...]” (AD_15)

“Eu às vezes até me esqueço, acho que estou bem com isto... não tenho... não é sentir bem ou mal, mas é uma doença que tenho que viver com ela e já aceitei, nunca tive problemas com isso.” (AD_23)

“Sinto que... sinto que tenho uma doença que é rara, que podia não ter... podia hoje em dia se não apanhasse a doença estar melhor... nada mais que isso.” (AD_25)

O discurso de um dos adolescentes demonstrou-se bastante interessante, pois refere que encara a diabetes *mellitus* como o jogo do Monopólio. Nesta comparação entre a DM e o jogo, refere que terá consequência se tiver mau controlo metabólico e o mesmo acontece no jogo, pois se tiver pouco dinheiro sabe que pode ir à falência e poderá até perder o jogo:

“Nada, eu vejo a diabetes como um jogo de monopólio. Por exemplo, tu no monopólio tens de ter um nível razoável de dinheiro e não podes baixar o teu dinheiro senão vais à falência. Neste caso, tens de ter valores bons, no nível médio e não pode descer muito senão desmaias... é como o dinheiro, vais à falência. Não podes ter dinheiro muito grande, mas demasiado grande para as casas que tens, senão vão pensar que assaltaste o banco, é a mesma coisa não podes ter valores altos porque senão vão pensar que tu assaltaste o banco... então, tens de manter o nível razoável de dinheiro.” (AD_10)

O discurso de um dos adolescentes evidencia que se sente mal quando pensa que tem DM, pois sabe que a diabetes *mellitus* é uma doença para o resto da vida, mas que o diagnóstico melhorou aspetos da sua saúde:

“Às vezes fico um bocado mal porque sei que é até a vida toda, mas ... até acho que melhorei algumas coisas na saúde quando fui diagnosticada, porque eu antes não comia tão bem como agora e não tinha tanto cuidado com a saúde” (AD_18)

Constata-se que, apenas um dos adolescentes evidenciou não saber o que se sente quando pensa que tem DM:

“Não sei...” (AD_12)

Para além de se ter percebido como o adolescente se sentia quando pensava que tinha DM, abordou-se também se já se tinham sentido com raiva, angustiados ou com depressão por ter diabetes *mellitus*. Desta forma, após análise das entrevistas aos adolescentes com DM1, constatou-se que a maioria já se sentiu com raiva, angustiado ou com depressão e que apenas nove adolescentes responderam de forma negativa a esta questão.

Constata-se, igualmente, que existem vários motivos para os adolescentes se sentirem com raiva, angustiados e depressivos. Dois dos adolescentes entrevistados, evidenciaram que este sentimento de raiva, angústia e depressão surgiu apenas no início do diagnóstico, estando relacionado com o desconhecimento da doença e da sua terapêutica e de questionarem o motivo de terem diabetes *mellitus* tipo 1:

“Apenas no início. [...] Porque tinha uma via normal e depois do nada mudou.” (AD_1)

“Só nos primeiros dias que eu ganhei... Porque eu não sabia o que fazer, tipo eu tinha 11 anos estava muito ansiosa, eu ia parar de comer o que gostava para o meu bem, só que nem fosse por isso, naquela altura eu achava que estava tudo contra mim, por isso...” (AD_24)

“No começo houve umas fases que posso me ter sentido mal ou até perguntar o porquê que sou eu a ter isto e os outros não.” (AD_23)

Outro adolescente evidencia que foi uma fase estranha que aconteceu durante pouco tempo, mas, por vezes, se questionava como seria a sua vida se não tivesse DM:

“Sim já... foi uma fase um bocado... vá estranha, mas acho que foi muito minimal, não foi por muito tempo, foi só uma ou duas vezes, Às vezes só questionava como é que seria a minha vida sem diabetes.” (AD_20)

Alguns adolescentes evidenciam que o motivo destes sentimentos está relacionado com a alimentação, pois afirmam que esta é uma limitação:

“Às vezes, imagina, estamos numa festa de anos, eu posso comer bolo sim... só que às vezes... eu não sei muito bem explicar... eu fico zangada às vezes, de ter que fazer as coisas, às vezes apetece-me comer mais e sei que não posso porque já fiz as contas... mas já estou habituada a isso.” (AD_15)

“[...] então, como quando eles comem algum doce, um churro nas festas. O pai e a mãe às vezes não deixam com medo da glicémia subir muito.” (AD_4)

“Sim. Porque não podia fazer o que os outros faziam, que era comer quando quisessem e isso tudo... mas já me habituei a isso. Agora já não faz confusão nenhuma” (AD_26)

Para das limitações alimentares, outros adolescentes evidenciam que a DM também pode ter limitações em relação à atividade física, pois quando está com hipoglicemia não pode fazer o mesmo que os seus colegas estão a fazer:

“Porque às vezes vejo os meus colegas que estão a fazer alguma coisa, por exemplo, educação física, eu não gosto muito, mas há coisas que até é giro e eu às vezes não posso fazer porque tenho hipos [...]” (AD_24)

Constata-se também que um adolescente evidencia que estes sentimentos podem estar relacionados com a realização da terapêutica, pois refere que se irrita com o facto de ter de contabilizar os hidratos e não poder comer o que quer e a quantidade que deseja:

“Já me senti com raiva. [...] Não sei... irritava-me ter que contabilizar as coisas, não poder o que eu quero ou a quantidade que eu quero.” (AD_8)

Outro evidencia que o motivo que leva o adolescente a sentir-se com raiva, depressão ou angustiado está relacionado com o facto de, por vezes, se aborrecer em todos os aspetos da sua vida, incluindo a DM:

“Um bocado. Às vezes, porque é assim, eu quando estou chateado, eu chateio-me com tudo. E acontece muito na diabetes.” (AD_6)

Constata-se que, apenas um adolescente, já se sentiu com raiva, angustiado ou com depressão, mas pelo facto de ter sido julgado e colocado de parte:

“Também, mas acho que é por ter sido muito julgado, na altura e até agora e bastante posta de parte.” (AD_5)

Alguns adolescentes evidenciaram que o motivo de se sentirem com raiva, angustiadados e depressivos estava relacionado com o facto de não gostarem da doença e com o facto de não aceitarem a mesma:

“Porque eu não gosto.” (AD_7)

“Não sei, talvez o facto de eu não aceitar assim tanto que eu tenho diabetes.” (AD_11)

Apenas um dos adolescentes evidencia que quando estava afetado psicologicamente a DM afetava bastante e não ajudava o adolescente a sentir-se melhor:

“Já. Porque houve uma altura que eu não andava bem... psicologicamente e isso afetava bastante, era uma coisa que não ajudava e depois ficava revoltado e pronto... depois ficava magoada porque sabia que não ia ter cura.” (AD_27)

Percebe-se também que o motivo de se sentirem com raiva, angústia e depressivo está relacionado com o facto das pessoas não terem conhecimento da diabetes *mellitus* quando dizem que o adolescente não pode comer doces porque tem DM:

“Há pessoas que não sabem... por exemplo, quando eu tou com a glicemia normal né e apetece-me comer algum doce ou assim, as pessoas ficam a pensar que não posso comer porque tenho diabetes e dá bué raiva.” (AD_14)

Noutro discurso, o adolescente evidencia que o motivo estava relacionado com o facto de não saber lidar com a gestão da doença:

“Porque ... parecia que eu não sabia lidar, tinha de aturar aquilo tudo e depois, chegava a uma altura que ficava chateada...” (AD_18)

Por fim, outro adolescente evidencia que o motivo de ter estes sentimentos está relacionado por ser intolerante ao glúten e não com a diabetes *mellitus*:

“Sim.... Por causa da intolerância ao glúten.” (AD_30)

Deste modo, percebe-se que nem todos os adolescentes lidam da mesma forma com a gestão da diabetes *mellitus* e, como refere Fu I *et al.* (2000) citado por Greco-Social & Dell’Aglia (2016: 160), por vezes, o adolescente pode ter dificuldades em lidar com as questões da DM e por esse motivo, podem desenvolver-se sintomas de stress ou emocionais, levando à depressão. E conforme referiu Alencar *et al* (2013: 480), a DM para a vida dos adolescentes tem como consequência os sentimentos de exclusão, limitações e até a sobrecarga e, geralmente, os adolescentes têm mais dificuldade em aceitar a doença.

Como referido anteriormente, existem estudos que identificam que os adolescentes passam por várias fases na vivência da DM e que, durante essas fases, podem surgir vários sintomas, mas, com o passar do tempo, os adolescentes conseguem fazer as mudanças necessárias para a gestão da diabetes *mellitus*. Com a análise feita, percebemos que foram vários os sintomas e os motivos que levam os adolescentes a vivenciarem determinados sintomas, mas, vários adolescentes, conseguem arranjar mecanismos e ultrapassar esses sintomas e focar-se na gestão da doença, que faz parte da sua vida.

Aos adolescentes que responderam de forma afirmativa sobre os sentimentos de raiva, angústia ou depressão, foi também questionado que estratégias utilizavam para ultrapassar esses sentimentos. Constata-se que dois dos adolescentes entrevistados não sabem explicar as estratégias utilizadas. Apenas evidenciam que não sabem explicar, mas reconhecem que têm de viver com a diabetes *mellitus*:

“Pensei que fosse só uma coisa... tipo, não sei explicar.” (AD_1)

“Sinceramente, eu não sei ... Acho que foi só passando...” (AD_18)

“Sei lá, só sinto que dentro de mim tenho que viver com esta doença e que não há muito a fazer.” (AD_3)

Apenas um dos adolescentes evidencia que a estratégia utilizada consiste em pensar e ter o controlo da situação:

“Pensar e vá... ter o controlo da situação.” (AD_2)

Outro adolescente refere que utiliza várias estratégias para ultrapassar o que sente em relação à diabetes *mellitus*, como a realização de atividades físicas:

“Eu desporto, mais ou menos, raiva nisso na natação. Eu voltei recentemente para a natação e ando há 11 anos e é uma coisa que eu faço para me esquecer disso. Respiro fundo. E também arrumar as coisas. Quando estou muito nervosa ou irritada com alguma coisa, começo a arrumar coisas, por exemplo uma caixa de dominós e começo a arrumar as coisas por ordem. Fico mais aliviada” (AD_5)

Constata-se que alguns adolescentes evidenciam que se mentalizaram com o facto de ter diabetes *mellitus* tipo 1, percebendo que é uma doença para o resto das suas vidas:

“Não, acho que só pus na cabeça que calhou-me a mim e que tenho que viver com isto.” (AD_23)

“Meti na minha cabeça que não tinha outra alternativa, que era só para fazer as coisas em condições e tudo mais... Porque na verdade vou ter que viver com isto para toda a minha vida.” (AD_27)

Também se constata que dois dos adolescentes entrevistados referem que utilizam a distração como estratégia para se abstraírem dos pensamentos e sentimentos em relação à DM:

“Comer outra coisa, quando não dá ou então é lidar... oiço música e gosto de desenhar, para distrair.” (AD_14)

“Eu tive que me acalmar e falo sempre com uma amiga minha que eu tenho do Norte aaa... que ela me consegue sempre acalmar e ela ajuda-me... ela não percebe nada da diabetes, mas tenta sempre acalmar-me [...]” (AD_28)

Um dos adolescentes expressou de forma explícita a sua compreensão de que os sentimentos de raiva, angústia e depressão não o iriam ajudar no seu dia a dia e na gestão da doença:

“Perceber que a raiva não me ia dar a lado nenhum.” (AD_8)

Outro adolescente evidencia que, para ultrapassar estes sentimentos, encara a DM como um elemento que faz parte de si, visto ter sido diagnosticada quando era muito nova:

“Pensar que eu sou assim mesma... eu basicamente diabetes faz parte de mim e nunca vá... nunca vou saber... pronto eu sempre cresci com a diabetes, é uma coisa normal porque não me lembro da minha vida sem ter diabetes” (AD_20)

Dois dos adolescentes entrevistados evidenciaram que não utilizam estratégia para ultrapassar os sentimentos sentidos, pois afirmam que foram aceitando a doença ou então, que se distraem com telemóvel:

“Eu não utilizei nada tipo... eu só fui aceitando aos poucos” (AD_24)

“Nada... pego no telemóvel e pronto... vou comer, dormir e pronto. No dia seguinte estou melhor.” (AD_30)

Constata-se que, apenas um dos adolescentes, evidencia que é a mãe quem o ajuda a entender a diabetes *mellitus*, sendo essa sua estratégia:

“Eu tenho a minha mãe que me ajuda a entender que é para a vida e praticamente temos um tratamento, as insulinas e tudo mais e também há pessoas que têm, não sou a única.” (AD_11)

Um dos adolescentes evidencia que opta por comer um doce de forma a ultrapassar o sentimento em relação à diabetes *mellitus*:

“Chego a casa e como um chocolate.” (AD_4)

Outros adolescentes enfatizam a importância da aceitação da DM1, habituando-se a conviver com ela:

“Eu pensei que é uma coisa que eu tenho em mim, que eu tenho que aceitar, não posso mudar. A única coisa que eu posso fazer é tentar dar o melhor de mim.” (AD_13)

“Foi só habituar-me à doença.” (AD_26)

Tendo em conta as conclusões referidas acima sobre os sintomas e o motivo desses sintomas, é possível também concluir-se que são várias as estratégias que os adolescentes utilizam para ultrapassar os sintomas de raiva, angústia e depressão. É importante também referir que cada um tem a sua maneira específica de encarar a doença e de lidar com a mesma, mesmo aqueles que negaram já terem sentido raiva, angústia ou depressão quando pensam na diabetes *mellitus*.

Desta forma, percebe-se que os adolescentes são seres humanos resilientes, pois conseguem lidar com as adversidades que surgem nas suas vidas, como a DM. Esta resiliência configura-se como um fator protetor que o próprio adolescente vai desenvolvendo ao longo do tempo, visto ser um processo interativo entre o adolescente e o meio em que se encontra inserido. Para além da resiliência, pode também referir-se que a maioria dos adolescentes com DM1, evidenciam boas estratégias de *coping* para conviver melhor com a diabetes *mellitus*.

Posto isto, conclui-se que, apesar da adolescência ser um período que acarreta várias alterações hormonais, biológicas e físicas, os adolescentes conseguem desenvolver fatores protetores individuais como a resiliência e o *coping*, fatores estes importantes, pois capacitam o adolescente a enfrentar e ultrapassar os problemas que vão surgindo nas suas vidas derivados desta doença crónica.

- **ROTINA ADEQUADA PARA UMA BOA GESTÃO DA DM1**

Para a gestão da diabetes *mellitus*, é necessário que o adolescente tenha uma rotina complexa que inclui a administração de insulina, controlo glicémico frequente, alimentação saudável e atividade física.

Assim sendo, questionou-se aos adolescentes com DM1 se estes conseguiam ter uma rotina adequada para um bom controlo glicémico. Consta-se que, apenas um dos adolescentes, evidencia que não consegue fazer uma rotina adequada para uma boa gestão da diabetes *mellitus*, pois esquece-se de fazer a terapêutica da doença:

“Não. Eu não sou boa com rotinas, não consigo gerir. Porque às vezes é para picar o dedo e eu esqueço-me. Outras vezes vejo os diabetes e esqueço-me de dar insulina.” (AD_9)

A maioria dos adolescentes identifica que, para ter uma rotina adequada para uma boa gestão da DM, é necessário ter em atenção os valores da glicémia, a administração de insulina, as medições capilares da glicémia, exercício físico, a alimentação, a contagem de hidratos e a pesagem de alimentos.

Para além destes elementos, alguns dos adolescentes evidenciam a importância da boa gestão da DM para alcançarem padrões de uma ‘vida normal’:

“De forma a conseguir comer tudo o que os outros comem e fazer as coisas que os outros conseguem fazer.” (AD_21)

“Faço uma vida normal, mas com alguns cuidados.” (AD_3)

Outros sublinham a importância do rigor no cumprimento das rotinas específicas para ter uma boa gestão da doença e a integração dessas rotinas nas dinâmicas diárias:

“Tenho sempre atenção quando o telefone toca, com alarmes a dizer valores baixos ou altos e corrijo logo para evitar algo mais grave.” (AD_4)

“De forma a ter os horários, ter rotinas muito específicas. Por exemplo: se é para acordar aquela hora, é para acordar aquela hora, se é para medir, é para medir àquela hora.” (AD_5)

“Sim, porque a rotina que eu tenho basicamente foi a rotina que a médica escolheu para eu fazer... [...]” (AD_12)

“Eu acho que, pronto... tenho tempo para tudo... para, pronto, para fazer tudo o que é preciso da diabetes sem me atrasar para nada ou perder nada.” (AD_17)

“Já é parte da minha rotina normal do dia, cada vez que faço uma coisa, cada vez que vou comer, já está no meu sistema para ir fazer a leitura ou dar insulina ou mesmo às vezes, por vezes, vejo as horas e vou ver como está a minha glicemia.” (AD_20)

“Fazendo o que é necessário para me sentir bem, medindo e dando insulina.” (AD_23)

Um dos adolescentes destaca que, quando está mais doente, sabe que tem de controlar a DM e ter em atenção os hidratos de carbono que ingerir:

“Eu vou sempre controlando muito bem sim... sei que nos dias em que estou mais doente não posso comer tantos hidratos ou quando a conta dá um e eu tenho que dar um e meio por causa do xarope... e acho que é isso.” (AD_15)

Por fim, apenas um adolescente refere que não consegue controlar a alimentação e os hidratos de carbono, tendo a noção que é necessário ter mais cuidado e mais atenção aos hidratos de carbono:

“Quer dizer, mais ou menos, não controlo muito bem os hidratos de carbono e as coisas que como... Ter mais atenção aos hidratos de carbono... ter mais cuidado.” (AD_30)

De forma a minimizar estas dificuldades, o adolescente com DM1 necessita de ser orientado sobre como lidar com cada mudança da sua rotina através de uma equipa interdisciplinar capacitada, para manter um bom controle metabólico, mas também para receber suporte emocional (Greco-Soares & Dell’Aglia, 2016: 160). A adesão ao tratamento e o autocuidado do adolescente trazem melhorias significativas na qualidade de vida.

Para o adolescente não sofrer complicações da diabetes *mellitus*, é necessário que adote um conjunto de tratamento e cuidados diários, prescritos pelos profissionais de saúde, como afirma Spínola & Silva (2018: 670).

O autocuidado é fundamental para a gestão da DM do adolescente com DM1, sendo um dos fatores protetores, pois está relacionado com administração de insulina, a monitorização da glicose no sangue, a manutenção de registos de administração de insulina e níveis de glicose, a gestão de hipoglicemias e hiperglicemias, cumprimento de planos de refeição e a realização da atividade física regular (Chien *et al.*, 2007 *apud* Flora & Gameiro, 2016: 19).

Assim, para os adolescentes com DM1 conseguirem uma boa gestão da DM é necessário a adesão a um sistema que permita que este alcance um bom controlo metabólico. Caso não seja possível o alcance de um bom controlo metabólico, podem surgir fatores de risco que prejudiquem a qualidade de vida do adolescente (Araújo *et al.*, 2022: 125)

- **Tratamento da DM: hipoglicemia e hiperglicemia**

A hipoglicemia, como já referido anteriormente, corresponde a uma complicação aguda mais frequente da diabetes *mellitus* tipo 1 e, por esse motivo, os adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1, podem ser afetados de forma física ou psicologicamente ou, então, apresentarem sintomas mais graves.

Através da análise das entrevistas, constatou-se que a maioria dos adolescentes com DM1 entrevistados evidenciam que não é frequente terem episódios de hipoglicemia. Outros seis dos adolescentes entrevistados evidenciaram que, por vezes, têm episódios de hipoglicemia:

“Não muito, só de vez em quando” (AD_9)

“Não é muito habitual, mas tenho.” (AD_13)

“Não sempre, às vezes tenho.” (AD_14)

“Não, às vezes acontece” (AD_22)

“Habitual não digo, mas às vezes tenho.” (AD_23)

“Às vezes sim, outras vezes não.” (AD_26)

No tocante às estratégias destes últimos para tratar os episódios de hipoglicemia, vários referem o uso de açúcar, sendo que nalguns casos trazem-no sempre consigo, e a adoção de uma posição de descanso:

“Vou até ao bar da escola ou ao café e como dois pacotes de açúcar e fico sossegada numa mesa ou no chão. [...] Já aconteceu eu estar a 20 e tal e não senti... continua a treinar, tipo... quase cai para o lado.” (AD_9)

“Normalmente, eu ando com um pacote de açúcar na mala e eu tomo ou então aqueles pacotes docinhos.” (AD_14)

“Geralmente eu sento-me, caso haja o risco de desmaiar não bato com a cabeça e de imediato eu começo a fazer a ingestão do açúcar até ficar estável” (AD_13)

Em contraponto, apenas um dos adolescentes, que refere não ter episódios de hipoglicemia com muita frequência, indica evitar o uso de açúcar ou afins:

“Não muito frequente. Tento sempre dispensar as bolachas... açúcar, rebuçados, glicose ou mel.” (AD_16)

Também se constata que um adolescente faz o tratamento da hipoglicemia sozinho, embora procure sempre a validação dos pais, mesmo quando não estão presentes:

“Às vezes sim, outras vezes não. ... Faço... trato da hipoglicemia sozinha. Se não tiver os pais, ligo aos meus pais a perguntar o que tenho de fazer, mesmo que saiba o que tenho de fazer, ligo sempre.” (AD_26)

Um adolescente evidencia que utiliza as estratégias que a equipa de saúde da APDP ensinou, que consistem em ingerir açúcar e esperar:

“Ah... as estratégias é basicamente o que me ensinaram aqui, comer o açúcar e esperar.” Talvez comer alguma coisa antes ou medir regularmente.” (AD 29)

Vários adolescentes evidenciaram ser habitual terem episódios de hipoglicemia, apontando estratégias idênticas às do grupo que as sofre esporadicamente, ou seja, ingestão de açúcar ou afins e eventual adoção de posição de descanso, sendo nestes patente uma maior atenção à medição de valores:

“Tenho sempre açúcar comigo, então, pingo, espero o tempo necessário e depois volto a ver os valores.” AD_4)

“Por vezes eu como açúcar ou ligo para a minha mãe. Ela diz para comer açúcar e depois ver passado quinze minutos.” (AD_11)

“Um pouco sim. ... Eu, geralmente, costumo ficar muito calma quando tenho hipoglicemias, mas eu tomo glucotabs, são aquelas pastilhas que têm açúcar e espero quinze minutos e depois volto a ver como está e depois vou comer para garantir o valor.” (AD_24)

De entre estes, um outro refere tremores e dificuldade em conseguir controlar o impulso de comer muito:

“Açúcar e por exemplo, uma coisa que me acontece muito é não me conseguir controlar quando estou com hipoglicemia, começo a comer muito e não consigo parar de tremer. Então, a coisa que eu faço é, por exemplo: se tivesse uma hipo agora eu teria que estar sentada ali (aponta para o chão) e ter o corpo esticado para o corpo circular mais rápido.” (AD_5)

Por fim, um adolescente que, para além de pronta atenção à necessidade de medição de valores, apresenta como estratégia não a ingestão de açúcar, mas de alimentos:

“É assim, eu às vezes sinto, mas vou logo picar o dedo, vejo quanto é que tava e comia logo.” (AD_6)

Outro aspeto que se procurou conhecer diz respeito às estratégias que os adolescentes adotam para prevenir episódios de hipoglicemia. Foi possível constatar que alguns adolescentes evidenciam, não só uma forte consciência da importância da medição da glicémia, como um bom domínio no que diz respeito ao ajustamento da dose de insulina,

quer em função do teor de hidratos de carbono de cada refeição, quer em função do esforço físico despendido:

“Se calhar, não dar tanta insulina ao almoço, às vezes penso que vou comer tudo e depois não como.” (AD_4)

“Ir medindo sempre, de uma em uma hora. Ir passando o sensor para ver se está a deixar ou a subir... se tiver a subir fazer insulina e se tiver a descer comer qualquer coisa e dar insulina, se for preciso.” (AD_14)

“Ir sempre visualizando os valores e... se for uma altura de muito esforço físico reduzir um pouco a insulina ou então, comer um bocadinho mais.” (AD_16)

“[...] então é a garantir que eu coma o que está, por exemplo, eu dei quarenta gramas de hidratos de carbono, logo tenho que comer quarenta gramas de hidratos. Se por acaso eu coma só vinte, eu vou ter hipoglicemia” (AD_24)

Registaram-se ainda respostas mais lineares, centradas em dimensões associadas às emoções ou alimentação:

“Não me irritar tanto, ajudaria.” (AD_5)

“[...] comendo mais neste caso.” (AD_11)

Um dos adolescentes evidencia que fazendo os procedimentos adequados é possível evitar episódios de hipoglicemia:

“Tratar bem e fazer as coisas bem.” (AD_23)

Em contraponto, um outro manifesta-se descrente quanto à possibilidade de evitar episódios de hipoglicemia, centrando-se no tratamento:

“Eu acho que... não há como evitar hipoglicemia. Se tiver tenho, tenho de corrigir e tratar.” (AD_26)

Finalmente, dois adolescentes patenteiam dificuldades na identificação de estratégias de prevenção, embora um deles releve o contributo do sensor:

“Eu não sei, mas quando não tinha o sensor, ia sempre medindo de duas em duas horas, então... Mas o sensor ajuda.” (AD_6)

“Boa pergunta... não sei o que posso fazer para evitar.” (AD_22)

Desta forma, constata-se que os adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1 sabem as estratégias adequadas para tratar um episódio de hipoglicemia. Conforme referido, a hipoglicemia deve ser tratada de forma adequada, sendo que o adolescente pode recorrer a pacotes de açúcar, sumos, gel de glicose ou comprimidos de glicose. Assim, com esta análise, constata-se que os adolescentes que evidenciaram que é habitual terem episódios de glicemia, utilizam o açúcar para tratar a hipoglicemia. Já no que diz respeito à prevenção evidenciam que recorrem às medições capilares, ao uso do sensor, aos ajustes na insulina, à atividade física, ao controle dos hidratos de carbono que ingerem e das emoções.

Para além do tratamento e prevenção dos episódios de hipoglicemia por parte dos adolescentes, pretendeu-se igualmente conhecer como atuam quando têm hiperglicemia. Embora três dos adolescentes tenham indicado que não fazem nada quando estão com hiperglicemia, a maioria procura manter a situação sob controle, quer seja automaticamente, através das bombas de insulina

“Agora como tenho a bomba 780 isto corrige tudo sozinho e não preciso fazer nada.” (AD_17)

“Nada... tenho a bomba que dá correções sozinhas e bebo água, mais nada.” (AD_30)

quer através da correção e, ou, administração de insulina:

“Dou insulina, para corrigir.” (AD_1)

“Faço a correção para baixar.” (AD_3)

“Faço logo a correção” (AD_6)

“Eu vejo os diabetes, se tiver alta faço a correção.” (AD_7)

“Dou insulina [...]” (AD_9)

“Faço insulina.” (AD_11)

“Dou insulina.” (AD_23)

“Dou insulina... para controlar.” (AD_24)

quer, ainda, através de cuidados específicos, que podem incluir para além da medição da glicémia e administração de insulina, a avaliação das cetonemias, a ingestão de água e o relaxamento:

“Pico o dedo e se precisar de dar insulina, dou.” (AD_8)

“Administro insulina e vou... vou sempre vendo se aquilo se mantém mais estável ou se aumenta e se caso de aumenta injetar depois, passado duas horas, mais insulina.” (AD_16)

“Dou insulina e às vezes, vejo corpos cetônicos.” (AD_14)

“Sim, depende dos valores, se tiver alto, mais ou menos nos duzentos trezentos eu dou insulina e após duas horas se não tiver a baixar dou caneta.” (AD_20)

“Pronto... dou insulina de bomba e se continuar a subir troco o fio ou a cânula e dou insulina de caneta.” (AD_22)

“Dou insulina e tenho que medir as cetonemias.” (AD_27)

“Bebo água, meço os corpos cetônicos, se tiver com eles positivos, não deviam, mas entro em pânico, porque tenho pavor a hospitais. Tento relaxar e não me stressar mais.” (AD_28)

Apenas um dos adolescentes entrevistados, evidencia que verifica os valores da glicemia pelo sensor Libre, mas confirma os valores pela medição capilar:

“Eu verifico o libre, mas para ter mesmo a certeza faço a picagem e... quando tenho a certeza que estão mesmo altos eu dou mesmo pouquinha insulina só para pararem de subir e corrijo.” (AD_25)

Finalmente, apenas dois dos adolescentes manifestam um comportamento mais passivo ou negligente:

“Eu costumo corrigir só a primeira vez, depois a preguiça vai lá e depois é o jantar. Esse é o meu problema, as hiperglicemias.” (AD_5)

“Quando sei que tenho hiperglicemia, eu não faço nada. Espero para a próxima refeição para corrigir os diabetes e os diabetes baixarem.” (AD_26)

Desta forma, constata-se que a maior parte dos adolescentes faz a correção de hiperglicemia através da administração de insulina. Alguns dos adolescentes também evidenciaram que, após a primeira administração, continuam a verificar os valores e a administrar insulina caso a glicemia não baixe. Assim, sabe-se que a hiperglicemia consiste na ocorrência de níveis de glicemia acima dos objetivos estabelecidos para o adolescente com diabetes *mellitus* tipo 1. Quando surgem estes episódios de hiperglicemia, os adolescentes devem obrigatoriamente verificar o valor dos corpos cetônicos, podendo levar ao aparecimento de diversos sintomas.

Com isto, perante o tratamento da DM1, pode-se concluir que a maior parte dos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1 adere ao tratamento da gestão da DM. Este é um dos fatores protetores do adolescente, pois o autocuidado é um elemento fundamental na gestão da DM, que implica a administração de insulina, a monitorização da glicemia, a ingestão da quantidade adequada de hidratos de carbono e a realização de atividade física.

Para além do autocuidado, pode-se concluir também que se está perante o fenómeno da resiliência e de *coping*, pois a grande maioria dos adolescentes consegue gerir os episódios de hipoglicemia e de hiperglicemia através das várias estratégias que a equipa de saúde forneceu. Mais uma vez, conclui-se que os fatores protetores individuais se encontram garantidos para os adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1.

- **EQUIPA DE SAÚDE**

Através da análise realizada às entrevistas, constatou-se que todos os adolescentes se sentem bem com a equipa de saúde da APDP e que qualificam o apoio recebido como bom ou muito bom:

“Sinto-me bem [...]” (AD_8)

“Acho que eles apoiam-me bem [...]” (AD_20)

“Acho que o apoio é muito bom [...]” (AD_24)

“Muito bom.” (AD_28)

“Sinto-me bem, sinto-me confortável.” (AD_15)

“Gosto do apoio que me dão, sinto-me confortável...” (AD_19)

Três deles, indo na mesma linha de apreço, estabelecem comparações com o acompanhamento recebido noutros locais:

“Sinto-me bastante mais confortável do que, por exemplo, no Hospital [nome do Hospital], é muito mais formal, não é bem a prática de ser formal, de serem... não e de trabalhadores, mas de terem mais atenção e carinho.” (AD_5)

“Sinto-me bem, porque o apoio que vocês me dão aqui é diferente do que davam em [nome do Hospital]. Então, sempre que venho aqui sinto bem, porque tenho sempre o apoio.” (AD_6)

“Que é bom... comparado ao meu hospital antigo é perfeito. Deram-me aplicações que eu nunca tinha ouvido falar, aplicações que facilitam imenso quando estou na escola para fazer as contas para o almoço, etc.” (AD_12)

São vários os aspetos assinalados como justificação do apreço pelo trabalho da equipa da APDP. Alguns adolescentes identificam a simpatia e o acolhimento que lhes é dispensado, como elementos que favorecem sentimentos de à-vontade:

“A simpatia.” (AD_12)

“[...] as pessoas são simpáticas.” (AD_29)

“Do rececionamento que eles me dão, já estão habituados comigo. Então, sinto um à-vontade enorme quando estou cá.” (AD_21)

Outros relevam as atitudes da equipa, quando não apresentam um bom controlo glicémico, e que podem passar por compreensão e empatia:

“Eu acho que a equipa é muito compreensiva, por exemplo, às vezes os nossos valores não estão muito regulados a equipa tenta compreender o nosso lado, tem empatia conosco e tenta compreender o que não está a correr bem.” (AD_13)

ou por repreensão, se necessário:

“Gosto do facto de me darem nas orelhas e do apoio que me dão no geral.” (AD_6)

A dimensão relacional é igualmente valorizada por vários adolescentes:

“Sinto-bem... é como se fossem família a equipa médica” (AD_2)

“As pessoas em si, acho que eles criam uma relação que não é só de trabalho, criam uma relação de... pode-se dizer que até de amizade.” (AD_23)

“Da maneira como falam. O carinho que têm a falar, a dizer as coisas...” (AD_27)

Também o humor é apreciado,

“Eles têm um bom humor, as pessoas.” (AD_18)

podendo aparecer associado a outras dimensões, de âmbito relacional e pedagógico:

“São divertidos... e queridos... e explicam bem as coisas.” (AD_30)

“O carinho, dicas... isso tudo.” (AD_19)

A dimensão pedagógica, nomeadamente no tocante a estratégias e a informação sobre novos recursos para a gestão da DM1 são também valorizadas em si mesmo:

“Dicas para me ajudar e melhorar... e assim.” (AD_1)

“As dicas que dão.” (AD_22)

“mostrarem coisas novas sobre a diabetes e saber como tratar...” (AD_10)

Dois dos adolescentes, apesar de manifestarem alguma dificuldade em identificar o que mais apreciam no apoio da equipa da APDP, referindo que gostam de tudo, parecem valorizar também a dimensão pedagógica, associando-a ao esclarecimento de dúvidas ou à capacidade de ajudar a resolver problemas:

“Eu, sinceramente, gosto de tudo, porque... pronto. Eles esclarecem as minhas dúvidas que eu tenho entre a diabetes e outras coisas.” (AD_7)”

“Não sei explicar, eu gosto de tudo. Eu acho que eles fazem tudo bem, sinto-me bem. Eu acho que, graças a eles, consigo estar sempre bem e quando corre alguma coisa mal, venho cá e resolve-se sempre.” (AD_17)

Outro aspeto evidenciado por um dos adolescentes é a segurança:

“A segurança que me dão... para me sentir mais segura comigo mesma.” (AD_11)

Por fim, apenas três dos adolescentes entrevistados, evidenciaram que se sentem bem com o apoio e que gostam do apoio, mas não sabem explicar o que mais gostam:

“Não sei, sinceramente.” (AD_3)

“Não sei.” (AD_8)

“Não sei, sinceramente” (AD_9)

Então, constata-se que todos os adolescentes se sentem bem e apoiados com a equipa de saúde da APDP, podendo identificar-se várias dimensões, nomeadamente, a nível relacional – simpatia, compreensão, empatia, diversão, carinho e amizade – e a nível pedagógico - dicas, novos recursos de gestão da DM1, esclarecimento de dúvidas e a capacidade para resolução de problemas.

O facto de os jovens se sentirem confortáveis com a equipa de saúde e de manifestarem sentir-se apoiados pela mesma, potencia que os adolescentes consigam encarar a doença de forma ajustada. Assim, este relacionamento positivo entre o adolescente com DM e a equipa de saúde facilita uma melhor aceitação e adaptação à diabetes *mellitus* tipo 1, conforme referido anteriormente (Serrabulho *et al.*, 2015). Estes autores relatam ainda que a equipa de saúde, ao utilizar estratégias que contribuam para desenvolver a

motivação, conhecimentos e autocuidado, pode favorecer uma melhor adesão à diabetes *mellitus* (Serrubulho *et al.*, 2011).

Assim, a equipa de saúde está integrada no grupo dos fatores protetores comunitários e tendo em conta tudo o que já foi referido, constata-se que o apoio por parte da equipa de saúde é uma mais-valia, pois permite que o adolescente se sinta à-vontade para expor as suas dúvidas e os seus problemas, de forma a melhorar a sua adesão à DM1.

- **IMPACTO DA ATIVIDADE FÍSICA NO CONTROLO GLICÊMICO DA DM**

Apresentam-se, em seguida, os dados relativos à perceção dos adolescentes entrevistados sobre o impacto da atividade física na diabetes *mellitus* tipo 1. É importante referir que apenas um dos adolescentes não se encontra a realizar qualquer atividade física devido a um problema de saúde.

Torna-se também importante salientar que a maioria dos adolescentes realiza mais do que uma atividade física, como por exemplo, educação física na escola e outra atividade como natação, dança, voleibol, basquete, andebol, dança, futebol, futsal, karaté, rugby ou ginástica rítmica. A maioria dos adolescentes evidencia que a atividade física tem impacto positivo, ou muito positivo, no controlo glicémico, relevando o facto de os valores ficarem estabilizados:

“Os valores ficam mais controlados e assim.” (AD_1)

“Muito, pois conseguem manter os níveis.” (AD_2)

“Sim, porque me ajudam a estar mais controlada” (AD_4)

“É positivo porque deixa os valores estabilizados.” (AD_15)

“Não sei... mas acho que equilibra.” (AD_14)

“Estabiliza os valores...” (AD_19)

“Acho que tem o impacto que tem que ter, equilibra os valores.” (AD_23)

“Costuma ficar sempre estável.” (AD_30)

Para além de reconhecerem o impacto positivo da atividade física, três adolescentes evidenciam a sua importância como forma de relaxamento e descontração e de contrariar o sedentarismo:

“Ah... deixa-me mais relaxado comigo mesmo durante os períodos de hipo e hiperglicemia devido a que fica sempre normal... Equilibra os valores.” (AD_21)

“Acho que tem positivo, porque fazer exercício físico sempre é bom. Acho que ajuda porque não estou sempre parada e a descontrair.” (AD_27)

“Positivo, porque se eu não tivesse a fazer nenhuma atividade eu estava o tempo todo sentada... e os meus valores talvez tivessem sempre para mais para o alto e como estou a fazer atividade física eles baixam. [...] Mas a nível de valores sinto que equilibra.” (AD_28)

Alguns adolescentes manifestam uma boa compreensão da relação entre os valores da glicémia e a intensidade da atividade física aconselhável face a esses valores:

“Sim, poderia ser que os valores baixassem e eu me sentisse mal nos treinos. Poderia haver alturas em que eu tivesse os valores altos, e eles baixassem, é 50 50.” (AD_3)

“Às vezes aumenta-me os valores, quando é mais mexida. Mas por vezes, também baixa. Acho que tem um bom impacto.” (AD_18)

“Eu acho que tem sempre impacto positivo, mas não noto mudança de valores assim drásticos... obviamente se fizer exercício é provável que vá baixar e o oposto, se tiver muito alto não aconselhável fazer exercício.” (AD_20)

“O impacto é que às vezes tenho os diabetes baixos e não posso fazer muito esforço porque depois vai para hipoglicemia. [...] Mas por exemplo quando tenho os valores altos, sim pode haver algum impacto em querer também fazer o desporto e os diabetes baixarem. ... Sim, acho que controla.” (AD_26)

havendo mesmo quem assinale diferenças entre modalidades:

“Tem impacto, porque eu tenho de estar num valor estável para conseguir fazer essas atividades como deve ser. Na natação, não. Na Natação eu tenho de ter um valor alto para eu conseguir fazer.” (AD_5)

“Geralmente, quando faço natação a minha glicemia fica boa entre aspas, fica estável. Com educação física fica normal, não vejo muita diferença.” (AD_29)

para além dos cuidados a ter quando usam bomba:

“Sim. Baixa... e por isso que eu prefiro deixar os valores antes da aula... mais altos tipo a 200, tiro a bomba para não correr o risco de levar com uma bolada na bomba e partila [...] Já no vôlei, tenho de fazer uma paragem a meio, porque o vôlei depende do nosso desempenho [...]” (AD_10)

Apenas um dos adolescentes evidencia o impacto do calor:

“Só no calor é que eu posso dizer que tem impacto, porque o calor às vezes afeta muito e eu às vezes posso ficar com hipoglicemia.” (AD_24)

E outro adolescente considera que a atividade física traz oscilações no controlo metabólico, pois os valores têm tendência a subir:

“Há muitas oscilações, sempre para valores mais altos.” (AD_8)

Apenas três dos adolescentes evidenciaram que a atividade física não tem impacto no seu controlo glicêmico:

“Não.” (AD_12)

“[...] Não tem impacto, pois se antes for bem tratado ou bem administrado.” (AD_16)

“Acho que não tem impacto.” (AD_25)

Torna-se também importante referir que, apenas um dos adolescentes entrevistados, considera que a atividade física tem impacto negativo no controlo metabólico, pois fica sempre com hipoglicemia depois da atividade física:

“Negativo, porque vai sempre para valores de hipos. Eu vejo sempre antes de fazer, e os valores rondam sempre os 140.” (AD_7)

Posto isto, constata-se que a maior parte dos adolescentes sentem que a realização de atividade física tem um impacto positivo no controlo glicêmico, pois os valores estabilizam. Constatou-se também que alguns dos adolescentes relatam que a prática de atividade física faz com que os adolescentes tenham hipoglicemia. Na literatura, afirma-se que, por vezes, os adolescentes têm receio de realizar atividade física por saberem que podem vir a ter baixas de glicemia, o que faz com que o adolescente desanime para a realização da mesma.

Por fim, a literatura também afirma que a prática de atividade física é um dos fatores fundamentais na gestão da diabetes *mellitus*, pois contribui para que as pessoas com DM tenham um bom controlo metabólico, visto que influencia de forma significativa a hemoglobina glicada.

- **PERCEÇÕES SOBRE A DM: CONTRIBUIÇÕES E LIMITAÇÕES**

A maioria dos adolescentes considera que existem elementos que podem contribuir para uma melhor qualidade de vida com a DM, quer ao nível da paciência e autocuidado, em que o controle assume um papel preponderante

“Um bocadinho mais de paciência... Por exemplo, quando às vezes tenho que medir sei que posso estar descontraindo no meu quarto e assim e tenho que fazer aquilo... e às vezes fico um bocadinho “hm, tenho de fazer”, porque pronto não tenho outra escolha.” (AD_27)

“Fazer o que faço sempre, correções, alimentação saudável...” (AD_4)

“Controlar melhor... é a única coisa que eu posso fazer agora.” (AD_14)

“Controlar sempre...” (AD_28)

quer ao nível da aceitação e estabilidade psicológica

“Para viver bem com a diabetes, primeiramente, eu tenho que aceitar que é uma coisa que eu não posso mudar em mim, por isso, vou ter que estar sempre a lidar com isto.” (AD_13)

“Mais estabilidade psicológica, de ter aceitado aquilo na altura, ou então, ter um tempo para pensar só nisso, se calhar só uma semana para perceber o porquê de estar a funcionar mal ou o porquê de eu lidar assim.” (AD_5)

Outros adolescentes evidenciam que o apoio familiar e da equipa de saúde pode contribuir para os adolescentes conseguirem viver bem com a DM:

“Eu acho que... o apoio, o apoio é muito importante para conseguir evoluir. O apoio familiar ou apoio dos amigos.” (AD_16)

“Acho que... acho que o apoio da família e também da APDP. Acho que é só isso.” (AD_17)

Outros adolescentes evidenciam que o avanço da tecnologia poderia contribuir para conseguirem viver bem a DM. Um adolescente evidencia que podem surgir novas máquinas para ajudar a viver com a DM enquanto outros referem a bomba de insulina como uma solução para viver com a diabetes *mellitus*:

“Claro que a tecnologia está sempre a mudar e aparece sempre novas máquinas que ajudam mais” (AD_23)

“Uma bomba de insulina... porque eu acho que os meus diabetes às vezes se descontrolam um bocadinho e com a bomba de insulina até poderiam se controlar melhor porque

a bomba é uma coisa totalmente diferente da caneta... até durante controlaria os diabetes coisa que a dormir nunca dá para fazer.” (AD_25)

“Eu e a minha mãe quando estávamos sentadas estávamos a falar da bomba só que eu tenho um pouco de medo porque eu não sei...” (AD_11)

“Eu gostava de ter a bomba que era bem melhor do que estar sempre a picar a barriga...” (AD_9)

Nesta linha de pensamento, um adolescente evidencia que gostava que surgisse uma bomba de insulina mais discreta, de forma a não deixar marcas no corpo:

“É assim, eu uso a bomba [...] mas sim, no futuro, arranjar uma máquina ou uma coisa mais discreta que não deixe marcas...” (AD_20)

Finalmente constatou-se que sete dos adolescentes evidenciam uma postura pessimista, indicando que não existe nada que possa contribuir para que vivam bem com a diabetes *mellitus* tipo 1.

Deste modo, constata-se que a maioria dos adolescentes destaca vários aspetos que poderiam contribuir para conseguirem viver melhor com a DM a diversos níveis, nomeadamente, do autocuidado e da paciência, da aceitação e da estabilidade psicológica, do apoio familiar e da equipa de saúde e por fim, do uso de tecnologia como a bomba de insulina.

No tocante à perceção do adolescente em relação às limitações que a DM poderá ter no futuro, a maior parte dos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1 evidenciaram que a doença não trará limitações no futuro.

Um adolescente evidenciou que não tem a certeza se a DM pode limitar a sua vida futura em relação às saídas à noite e às bebidas alcoólicas:

“Tipo, não sei... talvez, em bebidas alcoólicas pode limitar-me. As saídas à noite também.” (AD_3)

Outros adolescentes manifestam a consciência que podem existir limitações e receios relacionados com a sua vida profissional:

“Por exemplo, na minha vida profissional eu acho que pode afetar um bocadinho, mas não muito.” (AD_13)

“eu estou a pensar ir para veterinária e se eu estiver a cuidar de algum animal ou assim, imagina que ele tem uma ferida, eu tenho medo de não higienizar bem as mãos e mesmo tendo luvas, eu tenho medo de ir alguma coisa para a ferida por eu ter tado a comer ou assim... tenho um bocado de medo.” (AD_10)

Um adolescente assume a certeza de existência de limitações que se podem agravar se não houver um bom controlo da DM:

“Pode... se eu não controlar bem posso sair prejudicado por causa disso [...] no meu futuro só acho que não posso fazer trabalhos muito esforçados, por exemplo, fazer muito esforço e tenho que saber me controlar... também depende do trabalho que vou ter, não posso trabalhar horas a mais por dia mesmo por causa da diabetes estar bem e tenho que ter sempre como medir e controlar.” (AD_25)

Enquanto outro evidencia que pode limitar quando quiser ter filhos, sendo esta uma preocupação do adolescente:

“Eu tirei umas questões com a ginecologista e perguntei, porque estava curiosa, já tenho esta questão há muito tempo... porque eu sei que preciso ser acompanhada por ter diabetes, preciso de um cuidado assim mais especial. E ela teve-me a explicar que, neste momento, como estou, pronto, não está totalmente controlado... preocupa-me um bocado, porque pode não afetar agora, mas pode afetar mais tarde e tenho medo disso.” (AD_27)

Dois dos adolescentes evidenciam que, inicialmente pensavam que a DM poderia trazer limitações, mas, atualmente acham que não. Um adolescente evidencia que a mãe pensava que este não poderia sair de casa devido à DM:

“Até há uns meses pensava que sim, mas hoje em dia não. A minha mãe é pessoa que está muito focada no meu futuro e há uns anos atrás havia uma lei que proibia as pessoas com diabetes de alugar casas e ela pensava que eu ia ficar com ela para sempre.” (AD_22)

Enquanto outro relata que pensava que não poderia ter uma vida normal:

“Antes sim, mas agora não. Quando era mais nova pensava que era a única com diabetes e não podia fazer muita coisa, mas agora vejo que fazem uma vida normal e profissões que talvez eu queira fazer.” (AD_29)

Por fim, outros evidenciaram que não sabem se a DM poderá ter limitações nas suas vidas futuras:

“Não sei, nunca pensei nisso.” (AD_8)

“Não sei...” (AD_9)

Posto isto, de acordo com a literatura, a diabetes *mellitus* tipo 1 pode trazer várias limitações para a vida dos adolescentes, limitações essas que podem ser físicas, sociais, emocionais e psicológicas. No entanto, essa parece não ser a perceção dos adolescentes inquiridos, já que a maioria considera que a diabetes *mellitus* não trará limitações

nas suas vidas futuras embora alguns identifiquem limitações em vários aspetos, nomeadamente, a nível de saídas à noite e do consumo de bebidas alcoólicas, a nível profissional, e em termos de maternidade.

- **DESEMPENHO ESCOLAR**

A maioria dos adolescentes com DM1 consideram que a *mellitus* não afetou o seu desempenho escolar. No entanto, vários apontam dificuldades de concentração associados a valores de glicémia descontrolados.

“Por vezes... se tiver uma glicemia baixa é um bocado difícil de concentrar... tenho de tar a parar, tomar açúcar e tomar conta de mim enquanto estou nas aulas ou se tiver muito alto é um bocado difícil concentrar, fico com dores de cabeça... perco um bocado o foco.” (AD_20)

“Não... quer dizer, no ano passado, sim quando eu não tinha a diabetes controlada... eu sentia que não prestava muito atenção nas aulas e tinha mais vontade de dormir.” (AD_12)

“Sim. Eu quando estou com os diabetes baixos não consigo pensar bem e penso mais lento. Então, não consigo fazer muitas coisas. Não me consigo concentrar.” (AD_9)

“Talvez um bocadinho. ... Às vezes quando estou com hipoglicemia, eu não me consigo concentrar bem nas aulas e acabo por perder alguns conteúdos.” (AD_13)

“Depende muito, quando a minha glicemia está baixa eu não me consigo concentrar.” (AD_29)

Um dos adolescentes aponta dificuldades, não só relativamente à prática de atividade física, mas também alterações de humor e de comportamento

“Mais ou menos, só mesmo em educação física eu às vezes quando preciso fazer alguma atividade e estou com eles baixos ou altos e não consigo fazer nada. [...] fico sem cabeça ou então, quando estou com eles altos começo a disparatar, começo a dizer coisas sem nexos, a ser mal criada e isso [...]” (AD_22)

Três adolescentes evidenciaram que a *mellitus* afetou o seu desempenho escolar, sendo que um deles situa esse impacto ao nível de stress e insegurança, sem quebra no aproveitamento escolar

“Sim, dá-me mais stress nos testes ou quando preciso de estudar para alguma coisa muito importante. Não me baixou as notas, mas fico mais inseguro comigo mesmo.” (AD_21)

e os outros dois, referem-se principalmente às dificuldades sentidas no início da doença, tendo um deles reprovado o ano

“Sim. De forma a baixar as notas e ter outra preocupação para lidar, muito mais importante que a escola e que relativamente é bastante mau, pois tinha na cabeça a escola e agora tenho duas, a escola e a diabetes [...] desci para o 2, que foi quando tive diabetes, e os professores começaram a dar-me o valor de dúvida por estar naquela situação. Foi uma coisa bastante má para mim porque eu não queria ser beneficiada nesse ponto. Então, depois no terceiro período aumentei as notas, outra vez.” (AD_5)

“No início sim. Por causa da diabetes, no início, eu estava muito atrapalhado e acabei por chumbar o resto. Mas de resto está tudo bem.” (AD_22)

Os resultados indicam que a maioria dos adolescentes não considera, que a DM1 afete o seu desempenho escolar, embora vários mencionem dificuldades de concentração quando os valores da glicémia estão descontrolados.

Vale a pena recordar que, de acordo com a revisão de literatura efetuada, há divergências, sendo que alguns dos estudos concluíram que o desempenho escolar é afetado enquanto outros estudos não encontraram diferenças no desempenho escolar dos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1 (Mitchell *et al.*, 2021: 412).

Com isto, e conforme referido na literatura, conclui-se que o desempenho escolar não é afetado pela DM, mas que, em certos aspetos, pode limitar os adolescentes quando estes estão em sala de aula ou a realizar alguma atividade que envolva esforço físico.

- **SONO**

Sabe-se que o sono é um fenómeno vital e necessário para a manutenção do corpo do ser humano e que assegura funções biológicas essenciais na consolidação de vários processos, nomeadamente, da memória e restauração da energia do corpo. Conforme já referido, os adolescentes devem dormir cerca de oito a dez horas de sono por noite.

A maioria dos adolescentes com DM1 entrevistados revela dormir cerca de oito a dez horas por noite e os restantes cerca de 5 a 7 horas por noite. Desta forma, constatou-se que a maioria dos adolescentes indica dormir um n.º de horas adequado.

Dois dos adolescentes evidenciam que não têm uma boa qualidade de sono:

“Não muito, às vezes acordo muito cansada mesmo com estas oito horas.” (AD_13)

“Não. Sou uma pessoa que acorda muito facilmente e é muito comum eu acordar várias vezes durante a noite.” (AD_20)

enquanto outro assume que não tem uma boa higiene de sono

“Não... quer dizer, mais ou menos porque eu fico acordado com os meus amigos até tarde.” (AD_30)

De acordo com a literatura, vários estudos evidenciam que as pessoas com diabetes *mellitus* tipo 1 apresentam uma boa qualidade de sono e com maior número de horas dormidas por noite, não existindo qualquer correlação entre o sono e o controlo glicémico (Barone, 2015 *apud* Cordeiro *et al.*, 2019: 762).

Desta forma, pode ser concluído que, tanto os adolescentes com DM1 com controlo glicémico aceitável ou valores acima do desejado, afirmam que têm uma boa qualidade de sono, tendo em conta o número de hora dormidas.

3.1.3. A FAMÍLIA E A GESTÃO DA DM1

Como referido anteriormente, a família é um elemento muito importante para o desenvolvimento do adolescente, pois ajuda na determinação e organização do mesmo, que pode influenciar o seu comportamento no meio familiar.

Neste subcapítulo, serão discutido vários temas, nomeadamente, quem acompanha o adolescente às consultas, como o adolescente percebe as atitudes da família durante as consultas, bem como o apoio que estes dão, a relação da família com a diabetes *mellitus* e ainda, se o adolescente sente que a família modifica o comportamento com a gestão da doença.

Foi possível apurar que todos os adolescentes são acompanhados por um ou mais elementos da sua família quando comparecem às consultas agendadas na APDP.

- **ATITUDES E APOIO NA GESTÃO DA DM1**

Constatou-se que três adolescentes identificaram que os familiares, durante a consulta, assumem atitudes de apoio:

“A mãe ajuda-me às vezes quando eu não sei. [...] está sempre comigo para me ajudar” (AD_6)

“A mãe apoia, diz as verdades, não esconde nada e é isso...” (AD_25)

“Eles apoiam-me, não ralham, não fazem nada, só apoiam.” (AD_26)

Outro adolescente relata que a família, para além do apoio, também é compreensiva com a gestão da DM:

“A mãe apoia-me e sinto-me compreendida por ela.” (AD_13)

Dois dos adolescentes identificam que a família tem atitudes de preocupação e de respeito para com o adolescente e a gestão da diabetes *mellitus*:

“A mãe é mais preocupada sim, eles preocupam-se.” (AD_15)

“Acho que eles respeitam, eu acho que... Não sei explicar.” (AD_18)

Alguns adolescentes centram-se no tipo de diálogo estabelecido com a equipa de saúde:

“Vá, fica atenta para melhorar e aperfeiçoar para ter um melhor controlo.” (AD_2)

“Normalmente, a minha mãe fala com os doutores com os enfermeiros... comenta o que faz, o que eu faço, houve o que os enfermeiros têm a dizer e pronto...” (AD_20).

“Aaah... só ela a concordar com os médicos.” (AD_24)

Enquanto outros adolescentes evidenciam que os elementos da família tentam perceber, junto da equipa de saúde, estratégias para melhorar a gestão da DM:

“Ela... pronto, tenta perceber o que estamos a fazer de errado e tem de me dizer onde tenho que melhorar e essas coisas.” (AD_12)

“A minha mãe ouve o que o médico está a falar né... depois dá a opinião dela e é isso... fala para ver como se pode melhorar.” (AD_14)

“Normal. Eu passo por psicologia mais tempo e como é psicologia a mãe não entra, mas com a médica é bastante mais normal entre aspas... E nós as duas chegamos a um consenso entre a médica e se tivermos que alterar algum valor falamos as três.” (AD_5)

sendo que, nalguns casos, explicam e fazem resumos dos acontecimentos em relação à gestão da doença:

“Costuma explicar o que acontece lá em casa em relação ao controlo... e acho que é isso. (AD_4)

“Normais, ela fala sobre o que se passa em casa e da diabetes.” (AD_7)

“(...) às vezes fala ela, por exemplo, durante as noites para explicar é ela, porque eu não acordo com a minha bomba a apitar então ela acorda, está mais habituada...” (AD_10)

“Maioritariamente, dizer como é que... um resumo dos três meses, as contas, o rácio, os hidratos de carbono e as análises, dizer a... há quanto tempo é que fiz as análises, se tenho alguma coisa a melhorar, se há algum valor mais elevado que outro.” (AD_16)

ou procuram arranjar soluções para que esses problemas não voltem a acontecer:

“Tenta sempre resolver os problemas que eu tive antes de vir cá e depois fala com a médica, enfermeira e nutricionista para arranjar soluções para resolver os problemas.” (AD_17)

Constata-se também que, apenas um adolescente, evidencia que os elementos da família que o acompanham às consultas tem uma atitude neutra, visto que transmitem poucas emoções:

“Neutras... tentam transmitir um mínimo de emoções. Isto é uma coisa que é comigo, não com eles... eles vêm, apenas como acompanhantes.” (AD_23)

Apenas um dos entrevistados, refere que a família que o acompanha às consultas dão autonomia ao adolescente para ser ele a explicar e que se limitam apenas a ouvir a explicação do adolescente:

“Deixam ser eu a falar e ficam a ouvir.” (AD_3)

Finalmente, um dos adolescentes refere sentir nervosismo por parte do elemento da família que o acompanha à consulta, ficando o próprio também nervoso, com a expectativa dos resultados da hemoglobina glicada:

“A mãe fica nervosa e eu às vezes também fico... porque nunca sabemos vão estar os valores.” (AD_1)

e um outro revela o desapontamento da mãe quando toma conhecimento, durante a consulta, do valor da hemoglobina glicada:

“Ela, por vezes, quando vê que estou com os valores maus ela fica chateada... porque é uma doença que tenho de controlar para a vida.” (AD_11)

No que diz respeito à percepção dos adolescentes com DM1 em relação às atitudes dos familiares quando os resultados das análises não correspondem ao esperado, vários adolescentes evidenciam que os familiares os ajudam a ultrapassar:

“Ajuda-me a tentar melhorar e assim...” (AD_1)

“Eles são bastante compreensivos, ajudam-me a melhorar os valores.” (AD_16)

“Ajuda-me sempre.” (AD_17)

Outros, na mesma linha de pensamento, referem que, para além dos familiares os ajudarem, tentam também, em alguns casos, arranjar outras estratégias para melhorar os resultados e até em alguns casos, tentam tranquilizar os adolescentes:

“Dizem vá, que vamos melhorar ou assim, que vamos fazer para melhorar.” (AD_3)

“Diz-me que para... que temos que fazer algumas coisas para melhorar e em casa falamos sobre isso... tentamos chegar a algum acordo para ver se mudamos alguma coisa para os valores, a A1c ficarem adequados.” (AD_10)

“Ela me ajuda, diz-me que vai ficar tudo bem e que vamos melhorar como fizemos agora.” (AD_11)

Alguns adolescentes evidenciam que os elementos da família tentam perceber o que é necessário para melhorar e explicam aos adolescentes o que é preciso ser feito para isso:

“Ela... pronto, tenta perceber o que estamos a fazer de errado e tem de me dizer onde tenho que melhorar e essas coisas.” (AD_12)

“Então, eles... dizem que aquele valor pode ser mau, mas também não me vão bater porque tenho hiper ou hipos... eles explicam-me o que eu tenho de fazer.” (AD_15)

“Diz-me que eu tenho que mudar e o porquê. Explica. Quando tiver que dar, dá na cabeça.” (AD_30)

Constata-se que, apenas um dos adolescentes, evidencia que os familiares ficam desapontados, mas que, ao mesmo tempo, ficam confiantes para melhorar o controlo metabólico:

“A minha mãe fica um bocado desapontada mas tem sempre aquela mentalidade de que vamos conseguir fazer melhor na próxima vez.” (AD_20)

Outro adolescente refere que os pais tentam acalmá-lo dizendo que é normal ter os valores glicémicos altos:

“Tentam me acalmar e dizem que é normal...” (AD_18)

Alguns adolescentes evidenciam que os familiares os apoiam quando os valores não são aqueles que estão à espera:

“Tentam me acalmar e dizem que é normal...” (AD_21)

“O apoio que eu precisar e dão o máximo que conseguirem dar.” (AD_23)

Um adolescente evidencia os pais não vão pensar que é um erro do adolescente centrando-se na necessidade de existir um ajuste na terapêutica:

“Isso... de certeza que eles não pensam que o erro é meu, temos... pensam que vai ter que haver um acerto na insulina e que vou ter que passar a tomar mais insulina.” (AD_26)

Apenas um dos entrevistados revela que a mãe se exalta quando os resultados não são os esperados e o próprio refere que é independente na gestão da doença, estando habituado a fazer a gestão sozinho:

“Geralmente, grita comigo, mas pronto... realmente, não sei. Eu sou muito independente da parte da doença, faço tudo praticamente sozinho.” (AD_22)

Constata-se também que alguns dos adolescentes evidenciam que os elementos da família chamam o adolescente à atenção devido aos valores glicémicos não serem os que estão à espera:

“Dá-me na cabeça para eu melhorar e respeita os conselhos que me dão.” (AD_27)

“Ela tipo... como é que vou explicar, não é zangar-se, ela chama-me à atenção porque ela sabe que estão altos por minha culpa, porque eu abuso depois ela chama-me e diz que para a próxima eu não posso fazer isso e ajuda-me.” (AD_28)

Por fim, um dos adolescentes entrevistado evidencia que, tanto a mãe como o próprio adolescente, ficam chocados quando os valores não são os esperados:

“Ela fica... nós as duas ficamos às vezes em choque e conseguimos trabalhar as duas” (AD_29)

Desta forma, constata-se que os adolescentes se sentem apoiados pelos familiares, mesmo quando estes não lidam da melhor forma com o facto de os resultados da DM não serem os esperados. Evidencia-se também que os familiares demonstram essencialmente atitudes de preocupação, respeito, apoio, compreensão, sobre a gestão da DM.

Assim, conclui-se que os familiares têm atitudes positivas e apoiam o adolescente na gestão da diabetes *mellitus*. Estas relações positivas têm como consequência uma melhor resposta familiar a doenças crônicas e também uma melhoria da qualidade de afeto entre o adolescente e os seus familiares, como Monaghan *et al.* (2014) afirma.

Conforme explicado na literatura, a qualidade da interação entre o adolescente e a família garante maior segurança e melhoria na sua saúde. Por fim, este apoio dos familiares é um elemento fundamental para a gestão da diabetes *mellitus* do adolescente, sendo este um fator protetor muito importante.

- **RELAÇÃO E MODIFICAÇÃO DO COMPORTAMENTO FACE À DM1**

Para além da questão do apoio familiar, tentou-se perceber, do ponto de vista dos adolescentes, a relação da família com a doença crónica da DM. Constatou-se que a maioria dos adolescentes evidenciam que os familiares lidam bem com esta doença crónica. Na perspetiva de alguns adolescentes, os diferentes elementos da sua família não lidam da mesma forma com a gestão da diabetes *mellitus*:

“A mãe lida bem, porque já fala comigo a lidar com os diabetes desde que eu tenho três anos que foi quando eu ganhei diabetes, estava na casa da mãe e desde esse dia a mãe cuidou de mim a vida toda até agora. O pai lida melhor com a [nome] do que a mim [...]” (AD_9)

“Depende da parte da minha família. Da parte do meu pai quase ninguém sabe nada. Da parte da mãe, sabem mais. [...] Eles lidam bem, mas às vezes é tabu.” (AD_18)

Outros adolescentes entrevistados referem que os familiares lidam bem, mas que ao início foi um processo difícil e que demoraram algum tempo a habituar-se à doença:

“Ao início foi bastante complicado porque era tudo muito novo... mas, ao longo do tempo, fomos nos acostumando e... hoje todos nós compreendemos e lidamos isso como se fosse um problema normal.” (AD_16).

“Acho que já tivemos fases que foi uma batalha... nunca foi uma batalha para mim, eu sempre estive habituado, mas acho que houve ali um período e que eles tiveram que se habituar com isto, mas nunca foi uma coisa má.” (AD_23).

Constatou-se que, apenas um adolescente evidencia que, apesar da família lidar bem com a diabetes *mellitus*, por vezes, é um assunto tabu:

“Eles lidam bem, mas às vezes é tabu. Dizem que, às vezes, não posso comer tal coisas porque tenho diabetes.” (AD_18)

Também se constatou que os adolescentes evidenciam que a família preocupa-se muito com a gestão da diabetes *mellitus*:

“Há muita preocupação. Estão-me sempre a perguntar se me estou a sentir bem.” (AD_6)

“A minha família preocupa-se, tenta sempre ajudar, dá conselhos e... Preocupam-se comigo e ajudam-me em tudo.” (AD_25)

Por fim, apenas um dos adolescentes, evidencia que, por vezes, é difícil, pois quando tem valores altos durante a noite, os pais acordam:

“Às vezes é difícil, outras vezes... depende. Quando tenho os diabetes altos, às vezes tenho que medir à noite e os meus pais têm de acordar, pelo menos, duas vezes à noite...” (AD_26)

Considerou-se também importante conhecer a perceção dos adolescentes sobre se os familiares modificavam o comportamento devido à DM. A maioria dos adolescentes entrevistados evidenciaram que a família não modificava o comportamento.

Outros adolescentes relataram que a família modificava o comportamento, no sentido de manifestaram preocupação com o adolescente quando este tem os valores mais altos ou mais baixos:

“Sim, preocupam-se. Quando tenho os valores mais altos, dão-me nas orelhas. Quando estou com os valores mais baixos, mandam-me logo ir comer.” (AD_6)

“Sim, começam a ficar mais preocupados e a ajudar-me.” (AD_13)

“Ficam preocupados sim...” (AD_15)

“Quando os valores estão mais baixos, ficam mais preocupados. Mas sim, depende muito. Quando está muito alto, também ficam preocupados. Por isso, sim.” (AD_29)

“Quando estão mais baixos vão buscar açúcar e preocupam-se.” (AD_30)

Em contraponto, um dos adolescentes refere que a família modifica o comportamento, através da repreensão, quando os valores da glicémia estão altos, culpando-o:

“Às vezes. [...] Quando estão mais altos, dão-me sempre na cabeça, a dizer que não fui eu que controlei bem e às vezes não é verdade.” (AD_4)

e um outro refere que os familiares modificam o comportamento, não dando importância à gestão da DM e excluindo-o:

“No aspeto de... darem... aaah, de não darem tanta a importância, de me porem um bocadinho de parte por estar a fazer alguma coisa errada.” (AD_5)

Após análise da narrativa dos adolescentes, constata-se que a maioria refere que a família tem uma boa relação com a DM e que o seu comportamento não se modifica perante esta doença. De entre os que identificam modificação do comportamento, a maioria refere a manifestação de preocupação, um repreensão e um outro exclusão.

De acordo com a literatura, as relações positivas entre a família e o adolescente são associadas a uma melhor resposta familiar a doenças crónicas, nomeadamente, da diabetes *mellitus* e a melhoria da saúde, conforme refere Freeney (2000) *apud* Monaghans *et al.* (2014: 879).

A literatura defende também que, quando o adolescente é diagnosticado com diabetes *mellitus* tipo 1, acaba por surgir a família diabética, tendo em conta a reorganização da rotina, a redistribuição das responsabilidades (Mello, 2006: 22/23). Para além disto, também para a família surgem desafios psicossociais sobre a gestão da DM.

Perante estas situações, percebe-se a necessidade da família se adaptar às consequências e complicações da DM. Então, afirma-se que existe resiliência familiar, ou seja, que as famílias conseguem responder de forma positiva e conseguem adaptar-se às dificuldades da situação, conforme refere Augusto *et al.* (2014: 1002). Assim, percebe-se que a resiliência familiar, como já referido, permite o fortalecimento das habilidades da família no desenvolvimento de forças que permitem ultrapassar as mudanças que vão ocorrendo, sendo encarado como um crescimento.

A resiliência familiar, a relação positiva entre o adolescente e a família, e o apoio que os familiares fornecem aos adolescentes constituem elementos protetores identificados através da análise das entrevistas aos adolescentes com DM1. No entanto, pode concluir-se que apesar de existirem elementos protetores familiares, não se garante que estes elementos sejam assegurados em todos os adolescentes, visto que sete dos adolescentes entrevistados apresentam valores de controlo metabólico acima do desejado.

3.1.4. COMUNIDADE E A GESTÃO DA DM1

A comunidade tem um papel fundamental na vida dos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1, promovendo o desenvolvimento dos mesmos. Deste modo, os fatores protetores comunitários, conforme já referido, estão relacionados com a vivência dos adolescentes com DM1 fora do seio familiar.

Neste subponto, serão discutidos os resultados sobre o apoio existente na escola em relação à DM1 e o apoio por parte dos seus colegas/amigos..

- **APOIO NA DM1 POR PARTE DA ESCOLA**

A escola tem um papel fundamental na gestão da diabetes *mellitus*, pois para além de garantir que os adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1 tenham as mesmas oportunidades que os outros, deve potenciar as ferramentas necessárias para que os adolescentes consigam gerir a sua doença de forma harmoniosa.

Após a análise das entrevistas, constatou-se que a maioria dos adolescentes com DM tem apoio por parte da escola na gestão da DM, evidenciando que esse apoio é fornecido por professores, auxiliares e, em alguns casos, pelas enfermeiras da saúde escolar.

Vários adolescentes evidenciam que já tiveram apoio na escola, mas que, atualmente, não estão a beneficiar de apoio:

“Quando estava no 6.ºano, eu tinha e enfermeira [nome], mas ela nunca lá ia. Então, era sempre uma auxiliar, que era muito amiga da mãe.” (AD_6)

“Acho que não. Só quando era mais nova, agora não.” (AD_29)

Constata-se também que, alguns dos adolescentes, evidenciam que têm apoio apenas em situações muito específicas, como por exemplo, quando estão com uma hipoglicemia ou hiperglicemia:

“Aah... imagina, tenho uma hiper ou uma hipo, dirijo-me às pessoas e elas chamam alguém de saúde para me ajudar.” (AD_19).

“Tenho, no caso se tiver alguma hipoglicemia, as auxiliares ficam comigo [...]” (AD_26)

No tocante à perceção da necessidade de apoio por parte da escola, mais de metade dos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1 considera não necessitar de apoio na

gestão da DM por parte da escola, sendo que vários referem ser autônomos, responsáveis e independentes para a realização da terapêutica da doença:

“Não, consigo fazer tudo sozinho.” (AD_2)

“Porque sei ser responsável, já tive do primeiro ao quarto com isso e a partir do momento que entrei naquela escola, tornei-me mais responsável e então, não preciso que estejam em cima de mim a controlar-me.” (AD_3)

“Tenho, mas não preciso muito porque já sou independente.” (AD_16)

“Acho que não, já sou autônomo.” (AD_17)

“Não existe, porque eu sou muito independente comigo mesmo.” (AD_21)

“Não, consigo fazer tudo sozinho.” (AD_22)

Os adolescentes com DM1 que evidenciam que sentem a necessidade de ter apoio da escola, na gestão da DM, descrevem situações específicas onde consideram precisar de mais apoio, nomeadamente, dos professores ou de alguém para os ajudar se for necessário:

“[...] eu às vezes só preciso de me sentar, comer e ficar mais sossegada porque depois com muito barulho eu vou-me distrair e vou querer estar mais elétrica e os valores não vão descer. Então, nesse tempo eu acho que é melhor ir para ao pé delas e ficas tipo... eu tenho uma salinha onde eu fico lá quieta e onde não me distraio com nada.” (AD_10)

“Sim. Não sei... só mesmo a ajuda dos professores para saber se eu estou bem” (AD_11)

“É mais as hipoglicemias, no caso se... eu estiver mal, se precisarem de picar-me o dedo, dar-me o açúcar e isso...” (AD_26)

“Quando tenho alguma baixa ou alta eu começo a tremer muito e a ficar muito tonta e isso faz-me aflição ouvir vozes então eu quero estar ao pé de alguém que saiba que é diabetes e que esteja sossegada.” (AD_28)

Desta forma, conclui-se que nem todos os adolescentes sentem a necessidade por ter apoio por parte da escola, sentindo-se autônomos e responsáveis para fazerem a terapêutica sozinhos. Para além disto, outros adolescentes sentem a necessidade de ter este acompanhamento, referindo que seria fundamental que existissem pessoas da escola com conhecimento da diabetes *mellitus* para conseguirem auxiliá-las sempre que existisse essa necessidade.

Conforme já referido no enquadramento teórico, existem autores que defendem que os professores podem servir como um modelo positivo de identificação pessoal para o

próprio adolescente (Maia e Williams, 2005: 98). Com a análise realizada, percebe-se que alguns adolescentes sentem a necessidade de sentir apoio por parte dos professores.

A partir da experiência profissional da autora desta dissertação, constata-se que o apoio da escola, na gestão da DM, nem sempre é garantido, apesar da existência das equipas de saúde escolar e da Orientação n.º 006/2016 das Direções-Gerais da Saúde e da Educação, atrás referida. Os resultados desta pesquisa indicam que nem todos os adolescentes se sentem capazes de gerir a doença sozinhos, necessitando de apoio escolar para a gestão da diabetes. Percebe-se, assim, que os fatores comunitários, nomeadamente o apoio da escola, não estão a ser garantidos a todos os adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1.

Finalmente pode concluir-se que, apesar deste apoio na escola nem sempre ser garantido, a maioria dos adolescentes com DM1, durante o período em que estão na escola, realizam a terapêutica de forma autónoma. Isto quer dizer que se encontra garantido um dos fatores protetores individuais do adolescente, nomeadamente, o autocuidado.

- **APOIO NA DM1 POR PARTE DOS COLEGAS/AMIGOS**

Sendo a diabetes *mellitus* uma doença crónica que afeta diversos aspetos da vida dos adolescentes, com este estudo, procurou-se também perceber se estes se sentem apoiados pelos colegas e ou amigos. Constatou-se que os colegas/amigos dos adolescentes com DM1 se demonstram preocupados com a gestão da DM dos adolescentes e que se disponibilizam para apoiar no que for necessário

Vários adolescentes evidenciam que o apoio dos colegas/amigos consiste na demonstração de preocupação:

“Às vezes perguntam como é que eu estou” (AD_2)

“Por exemplo, uma hipoglicemia, perguntam sempre se eu preciso de ajuda e acompanham-me.” (AD_16)

“Às vezes perguntam-se se já fiz a glicemia, se já dei insulina para a comida, se estou bem, se preciso de açúcar, comida...” (AD_20)

“Preocupam-se, perguntam se está tudo bem e assim... mas acima de tudo querem garantir que eu fique bem, pelo menos até ao fim do dia.” (AD_24)

“É mais nas hipoglicemias e nas hiperglicemias, alguns veem que eu estou parado [...] perguntam se eu estou bem e se preciso de alguma coisa.” (AD_26)

“Quando eu estou baixo e tenho que sair ou quando parece que me sinto mal, eles começam a perguntar como eu estou” (AD_30)

Outros evidenciam também que os colegas/ amigos se disponibilizam para ir buscar alimentos ou os materiais para os adolescentes efetuarem a terapêutica:

“Às vezes nas aulas de educação física, eu começo a ter valores baixos e eles vão logo a correr comigo ao bar comprar comida ou à mochila para ir buscar comida. Estão sempre preocupados” (AD_6)

“Tipo, quando veem que eu estou mais em baixo, perguntam se os diabetes estão bons, perguntam se eu já vi os diabetes, se já dei insulina, se for preciso ir buscar açúcar vão buscar. Se for preciso ir buscar o estojo da diabetes, vão buscar...” (AD_8)

Nesta linha de pensamento, outros adolescentes evidenciam que os colegas/amigos os ajudam na gestão da diabetes:

“Há colegas que lembram-me... às vezes quando é para fazer atividade física dizem para eu não me esquecer de medir os diabetes [...] Há colegas que quando tenho baixas ou tenho que dar insulina às vezes acompanham-me...” (AD_25)

“Tipo, quando veem que eu estou mais em baixo, perguntam se os diabetes estão bons, perguntam se eu já vi os diabetes, se já dei insulina, se for preciso ir buscar açúcar vão busca. Se for preciso ir buscar o estojo do diabetes vão buscar.” (AD_9)

“Tipo, às vezes eu estou a sentir-me mal e eles dizem-me para fazer a pica e coisas assim” (AD_3)

Vários adolescentes evidenciaram que os seus colegas/ amigos, quando souberam que o adolescente tinha DM, questionaram o adolescente sobre a doença:

“Por exemplo, eu tenho aa... não é a caneta de insulina, é a injeção e pediram-me para explicar caso alguma coisa acontecesse.” (AD_5)

“A minha namorada, acho que no começo teve uma curiosidade acerca do assunto e eu expliquei-lhe o que poderia responder e amigos mais próximos ajudam-me e às vezes até ficam meio... assim com medo e perguntam se já medi e se está tudo bem.” (AD_23)

Enquanto outro evidencia que os colegas/amigos chamam a professora pelo adolescente, quando se apercebem que os valores da glicemia estão baixos:

“Eles ajudam-me com as medições [...] Eles preocupam-se quando tenho a glicemia bué baixa, o meu telefone tem alarme né e quando toca e eu digo que está baixo né e em vez de ser eu a chamar a professora são eles que chamam por mim.” (AD_14)

Apenas um dos adolescentes entrevistados evidenciou que o apoio que os colegas/amigos fornece é emocional:

“Mais ou menos emocional. Quando eu estou com os valores altos e assim” (AD_18)

Apenas dois dos adolescentes entrevistados referiram que não têm apoio por parte dos colegas/amigos. Um dos adolescentes evidencia que não pede ajuda aos colegas/amigos e o outro que os colegas/amigos não dão apoio e por isso, realiza a terapêutica sozinha:

“Não me dão apoio porque eu também não peço. Se eu precisar de ajuda, eu peço, mas, nomeadamente, eu não peço.” (AD_12)

“Acho que... acho que eles não me dão muito apoio tipo... acabo por ser eu mais ou menos sozinha a fazer as coisas.” (AD_13)

Por fim, apenas um adolescente reportou o seu desagrado relativamente a comportamentos dos colegas:

“Normalmente, eu não gosto que eles comentem, não gosto de coisas que eles não sabem, por exemplo, já mandaram muitas bocas a dizer que eu não era gorda o suficiente para ter diabetes e tipo... eu não acho necessidade dessas coisas [...]” (AD_10)

Posto isto, é possível concluir que a maior parte dos adolescentes se sente apoiado por parte dos colegas/amigos na gestão da DM e que estes demonstram interesse e preocupação sobre esta doença crónica. Assim, pode afirmar-se que este fator protetor comunitário é essencial para os adolescentes com diabetes *mellitus*, pois a disponibilidade existente por parte da maioria dos colegas/amigos exerce um efeito protetor sobre estes adolescentes, conforme já referido anteriormente por Werner e Smith (1982).

Para além disto, as situações relatadas por um dos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1 (AD_10), resultam de comportamentos desadequados, pois a falta de conhecimento dos colegas/amigos sobre a DM pode levar a atitudes desrespeitosas, gerando a discriminação e situações de *bullying* (Collet *et al.*, 2018: 6).

Contudo, não deixa de ser importante salientar que os colegas/amigos são elementos com um papel essencial na gestão da DM, pois ajudam os adolescentes DM1 a não se sentirem diferentes e a tranquilizá-los sobre a doença, conforme referido anteriormente pelos autores Fragoso *et al.* (2010: 448-49).

3.2. SERVIÇO SOCIAL E A DM1 NA ADOLESCÊNCIA

Apresentados e discutidos os resultados desta pesquisa no tocante à percepção dos adolescentes relativamente à DM1 na adolescência, importa agora proceder à apresentação e discussão dos resultados do grupo focal realizado com Assistentes Sociais a intervir com o grupo-alvo da investigação, em contexto hospitalar, na especialidade de pediatria.

3.2.1. BREVE CARATERIZAÇÃO DO PAINEL DE PARTICIPANTES NO GRUPO FOCAL

Participaram no grupo focal três Assistentes Sociais do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 45 e os 62 anos, com Licenciatura em Serviço Social e sem formação pós-graduada.

O tempo de exercício profissional das Assistentes Sociais situa-se entre os 18 e os 40 anos e o tempo de exercício profissional em contexto hospitalar situam-se entre os 16 e os 40 anos, tratando-se de um painel com larga experiência profissional e em contexto hospitalar.

3.2.2. PERCEÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA GESTÃO DA DM1

Como já referido, pretendeu-se, com a realização de um grupo focal com Assistentes Sociais a intervir em contexto hospitalar junto de adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1, operacionalizar um dos objetivos específicos desta pesquisa, ou seja, conhecer a percepção dos Assistentes Sociais sobre as suas práticas e debater os desafios que se colocam no seu exercício profissional.

Os resultados apurados, a partir da palavra dos próprios, e que a seguir se apresentam, encontram-se estruturados em dois subtópicos: desafios na intervenção do Assistente Social com o adolescente com DM1 e contributos do Serviço Social para potenciar os fatores protetores dos adolescentes com DM1.

A partir da palavra das próprias, pretendeu-se conhecer: os desafios a intervenção do Assistente Social com o adolescente com DM1 e as contribuições da intervenção do Assistente Social para potenciar os fatores protetores dos adolescentes com DM1.

- **DESAFIOS NA INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL COM O ADOLESCENTE COM DM1**

Tendo em conta a intervenção do Serviço Social, tornou-se necessário perceber se existem desafios na intervenção social com os adolescentes com DM1. Assim, constata-se que as Assistentes Sociais identificaram um conjunto de desafios, desde logo relacionados com o próprio adolescente, que nem sempre, consegue aceitar a doença:

“O próprio adolescente, não é? Que por vezes não aceita a sua doença e é um bocado difícil trabalhar com o adolescente quando ele próprio não aceita a sua situação de doença [...]” (AS_3)

“[...] a maior parte deles não aceitam, fazem outras coisas nas escolas que não devem, não dizem aos colegas. Tive, recentemente, um internamento de um adolescente que não fazia a insulina e que achava que ia tudo passar ao lado e que ia ficar bem [...] a adolescência tem esta particularidade “de que não podemos estar doentes” e “ninguém tem de saber isso””. (AS_1)

Através da perceção das Assistentes Sociais, constata-se que os fatores protetores intrínsecos ao adolescente, como o autocuidado, a adesão à terapêutica e a resiliência não se encontram assegurados, pois evidenciam que os adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1 não aceitam esta doença crónica.

Outros desafios identificados prendem-se com a família, apresentando, embora, situações com contornos distintos. Casos em que a família aparenta falta de disponibilidade, quer na prestação de cuidados

“... A família que não está disponível para a cuidar... Delega muito a capacidade da gestão da doença no próprio jovem.” (AS_3)

por vezes, associada a dificuldades de conciliação de horário cuidados/trabalho

“Depois também o facto do familiar, sobretudo geralmente a mãe, sai de casa muito cedo [...] portanto, não conseguem ver o controlo de manhã a nível da diabetes, chegam tarde.” (AS_3)

quer na monitorização do autocuidado efetuado pelo próprio adolescente

“[...] a falta de disponibilidade familiar para uma maior vigilância [...]” (AS_3).

Então, constata-se que os fatores protetores familiares, de acordo com a perceção das Assistentes Sociais, não se encontram assegurados, visto que a falta de disponibilidade

por parte dos familiares é um desafio na intervenção dos Assistentes Sociais, tendo os progenitores a obrigação de dar os cuidados necessários ao adolescente com diabetes *mellitus* tipo 1.

Identificam também como desafio os pares, ou seja, os colegas e os amigos, pois consideram que estes nem sempre ajudam devido ao desconhecimento sobre a doença,

“Eu acho que os pares, os colegas, os amigos e tudo, muitas vezes também não ajudam muito, até porque eles próprios também têm um desconhecimento grande relativo à doença [...]” (AS_2)

considerando importante trabalhar-se estas questões de saúde, das doenças crónicas nas escolas, pois evidenciam que os estilos de vida mais saudáveis podem fazer a diferença:

“[...] é uma coisa que é bastante importante, trabalhar-se um bocadinho estas questões a nível do ensino, das escolas, de todos os níveis, porque realmente a mudança de estilos de vida e estilos de vida saudáveis fazem toda a diferença nestas questões, não é? Isso era muito importante.” (AS_2)

Relativamente aos pares, através da perceção das Assistentes Sociais, constata-se que os colegas e os amigos nem sempre ajudam o adolescente com DM1, considerando que o facto de não ajudarem pode estar relacionado com o desconhecimento da doença.

Constata-se também que as Assistentes Sociais consideram que a escola tem sido também um desafio, pois os adolescentes com DM1 apresentam absentismo escolar e a escola não consegue dar o devido apoio:

“A nível da escola, muitas vezes, há uma articulação com a saúde escolar, mas também, efetivamente, estes jovens depois também têm o absentismo escolar. Portanto, a escola depois não consegue dar este apoio porque o jovem falta à escola, falta às aulas [...]” (AS_3)

Evidenciam também que não existe disponibilidade por parte dos professores para a realização da terapêutica da diabetes *mellitus*:

“[...] os professores não querem administrar a medicação e também não há mais pessoas [...]” (A_1)

Assim, constata-se que, a nível da comunidade, principalmente, da escola, esta não consegue dar apoio aos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1.

Evidenciam também que existem outros desafios na atualidade, relacionados com as situações económicas, as famílias disfuncionais

“As situações económicas, os pais divorciados, separados, aqueles que estão de costas voltadas, muito zangados, sei lá... é tudo um conjunto de fatores e por isso é que é uma intervenção sistémica, que temos que abranger todos estes fatores e todos eles são importantes.” (AS_2)

e a alimentação destes adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1, tendo em conta as dietas

“Agora também há os desafios das novas comunidades, as dietas de cada um.” (AS_2)

bem como questões associadas à alimentação vegetariana e vegan

“O vegan...” (AS_3)

“Os hábitos alimentares, os vegetarianos, os vegan. Uma panóplia que têm que ser considerados, é também muito importante.” (AS_2)

Evidenciam também a alimentação noutras culturas, nomeadamente, da cultura asiática

“[...] A base da alimentação asiática é o arroz, comem muitos vegetais e legumes, mas é muito arroz. E isto é difícil para eles.” (AS_2)

Para além destes desafios, e ainda a nível da alimentação, evidenciaram a ingestão de guloseimas sem a devida atenção à eventual necessidade de administração de insulina:

“[...] existe outras situações, agora sem ser emigrantes, que é “coitadinho do menino que precisa de um doce”. Ele tem que comer um docinho de vez enquanto, coitadinho do menino_ [...] há que ter algum cuidado, mas depois também ter o cuidado das insulinas e assim, mas depois não há esse cuidado.” (AS_3)

No âmbito dos desafios que podem colocar-se ao nível da alimentação, não foi discutida a relação entre alimentação adequada e (in)suficiência económica, sendo este um tópico a aprofundar em estudos futuros. No entanto, perante as situações de carência, torna-se importante ter em conta os determinantes sociais da saúde, como já referido, pois influenciam de forma negativa a promoção da saúde (Carvalho, 2012).

Também consideram como desafio, o facto de as pessoas com quem intervêm não terem um número de telefone fixo:

“Depois lançam-nos um novo desafio, os nossos utentes não têm um telefone certo.” (AS_3)

“Estão sempre a mudar de cartão, os cartões mudam a toda a hora.” (AS_2)

As Assistentes Sociais evidenciam também que não são apenas as famílias que constituem desafio na sua intervenção, reportando que, nos casos de crianças institucionalizadas, a articulação com as instituições pode ser difícil, pois estas não estão sensibilizadas nem disponíveis para alterar as suas rotinas tendo em conta as necessidades dos adolescentes com diabetes *mellitus*:

“As instituições não estão sensibilizadas, disponíveis para grandes alterações das suas rotinas, da sua forma de estar. É difícil.” (AS_2)

“Já tivemos que fazer reuniões com instituições porque, efetivamente, era uma... quando vinham à consulta vinham com o técnico, depois quando vinha noutra era outro técnico, não havia aqui uma passagem de informação. Depois era difícil aqui a articulação.” (AS_3)

Para resolução de situações referidas, uma das Assistentes Sociais evidencia que, no seu hospital, realizaram um internamento domiciliário, tendo o acompanhamento da equipa de saúde e dos profissionais da instituição durante as várias refeições, garantindo à instituição segurança, em relação à terapêutica da diabetes *mellitus*:

“Então fizemos uma hospitalização domiciliária na instituição. A equipa ia ao pequeno-almoço, ao almoço e ao jantar. Ao lanche era contacto telefónico e permitiu à instituição ter aqui algum nível de segurança para aprender. [...] Isto proporcionou também aqui à instituição uma segurança efetiva na aprendizagem nesta situação.” (AS_3)

Após esta análise, verifica-se que os principais desafios identificados na intervenção dos Assistentes Sociais com adolescentes com DM1 coincide com os fatores protetores individuais, familiares e comunitários.

Tendo em conta os desafios relatados acima, questionou-se também quais as estratégias que as Assistentes Sociais utilizam para ultrapassar estes desafios. As Assistentes Sociais relevaram a abordagem multidisciplinar junto do adolescente com DM1 e com a família:

“Tentamos na consulta, sobretudo... quando vai à consulta, a equipa médica geralmente costuma também chamar-me para a consulta, tentamos fazer um plano de intervenção com o jovem e com a família.” (AS_3)

Para além disto, evidenciaram também que, sempre que existe família alargada, convocam esses elementos para participarem na consulta e terapêutica da DM:

“Então, tentamos sempre que houver família alargada que possa dar um contributo e poder ajudar, chamamo-la ao hospital na altura da consulta e fazemos ali uma reunião com a família.” (AS_3)

Deste modo, constata-se que a abordagem multidisciplinar é importante na intervenção do Assistente Social na área da saúde, visto que permite que todos os elementos da equipa participem ativamente para resolução da situação. Tal como referido anteriormente, a abordagem multidisciplinar reúne os conhecimentos das diferentes áreas (Almeida & Duarte, 2014), garantindo que as necessidades do adolescente e respetiva família sejam consideradas na intervenção, como afirma Ribeirinho e Teles (2022).

Foi também evidenciada a importância da articulação com a comunidade, nomeadamente a articulação com a saúde escolar, estando o papel do assistente social mais centrado na gestão de casos:

“Tentamos também fazer depois a articulação com a saúde escolar. A equipa, perdeu-se agora um bocadinho com a situação do COVID, perdeu-se um bocado, a equipa do hospital ia muito às escolas falar sobre a diabetes e com o covid isto perdeu-se um bocadinho e está a tentar-se retomar esta situação. Nós, em situações mais específicas, é que depois contamos, nós Serviço Social, a equipa. Na maioria das vezes, é equipa de enfermagem que faz essa articulação.” (AS_3)

Com isto, constata-se que a abordagem de gestão de casos é importante, visto que existe a necessidade de o Assistente Social, por vezes, ter que articular com a saúde escolar, de forma a agilizar os cuidados à terapêutica do adolescente com DM1.

- **CONTRIBUTOS DO SERVIÇO SOCIAL PARA POTENCIAR OS FATORES PROTETORES DOS ADOLESCENTES COM DM1**

Discutidos os desafios que se colocam na intervenção dos assistentes sociais com este grupo-alvo, apresenta-se, de seguida, a perceção destes profissionais sobre os contributos do Serviço Social para potenciar os fatores protetores dos adolescentes com DM1.

Então, constata-se que as Assistentes Sociais conseguem identificar diversas contribuições nas suas intervenções para potenciar os fatores protetores dos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1, desde logo a reeducação familiar

“Se calhar fazer aqui uma reeducação com a família, tentar perceber-se aqui, efetivamente o papel do cuidador enquanto pai ou mãe” (AS_3)

evidenciando que, em várias culturas, as crianças e os adolescentes são muito autônomos e torna-se necessário que as famílias percebam que a criança e o jovem são menores de idade:

“nos PALOP, desde novos os miúdos têm a... são muito autônomos e é importante aqui a família perceber que apesar de serem ali um bocadinho crescido, ainda é menor de idade e tentar ali tentar arranjar estratégias com a família de maneira a que se consiga a ir tudo a bom porto e tentar ver com a família, ouvi-los [...]” (AS_3)

Ao mesmo tempo, identificam que também é importante ter em atenção as características culturais destas famílias, de forma a arranjar estratégias para conseguirem lidar com a diabetes *mellitus*:

“[...] não temos conhecimento das características culturais todas, de cada cultura e se calhar, é importante ouvi-los. Efetivamente, às vezes o timing, isto é tudo muito complexo, mas tentar aqui ver com a família, ouvi-los e tentar junto deles de que maneira podemos arranjar estratégias para lidar com a situação da doença.” (AS_3)

Constata-se também que as Assistentes Sociais consideraram que a alimentação pode condicionar os fatores protetores dos adolescentes, pois, nem sempre, as pessoas se conseguem adaptar e fazer as alterações necessárias para uma boa gestão da doença:

“A alimentação.” (AS_2 e AS_3)

“Temos muita situação de, sobretudo, os asiáticos que têm uma alimentação muito própria e não conseguem fazer uma alteração, é muito difícil.” (AS_3)

Para além disto, as profissionais defendem que o Assistente Social, ao ser um elo de ligação entre o local de saúde e o adolescente com DM1, a família e os recursos existentes na comunidade, são uma contribuição para potenciar os fatores protetores

“O facto de também ser o elemento que é o elo de ligação e é a ponte entre o hospital, a família, o utente, o doente, os recursos da comunidade, ser o técnico que constrói e cria uma rede para cada situação e apesar de tudo e independente das características de cada um e de cada grupo, há sempre a necessidade de se construir uma rede de suporte ao nível da comunidade que integram todas estas, a escola, os serviços de ação social, a família e tudo. E o facto de ser o técnico que faz esta ligação e faz esta ponte, eu acho que também um fator muito importante nesta questão” (AS_2)

“Acho que o importante é sempre haver uma boa articulação com toda a gente, com a comunidade com a família. E acho que o Assistencial Social é o fundamental nisto, que é o que faz o elo de ligação com todos, com o hospital, família.” (AS_3)

defendendo ainda, que a criação dos fatores protetores passa também pela intervenção com vista à autonomização das famílias e à mudança do estilo de vida:

“A criação de fatores protetores também passa por esta rede e autonomizar as famílias, mas a mudança também, do estilo de vida, de mentalidade a alteração... passa muito pelo assistente social porque temos mesmo uma intervenção mais abrangente e acho que isto também é muito importante neste e noutros grupos.” (AS_2)

Acrescentam também que, o Assistente Social é um elo de ligação, pois tentam prevenir que os familiares e as crianças e os adolescentes não faltam às consultas:

“estava a lembrar-me que nós, a nível de saúde, às vezes, somos um elo de ligação por causa das consultas, para não faltar às consultas, mandamos um email a dizer que a criança tal tem consulta e vejam se conseguem que a mãe e a criança não faltem à consulta. Portanto, fazemos aqui um bocadinho de articulação com a comunidade, com os vários serviços.” (AS_3)

Assim, constata-se que o Assistente Social, ao ser o elo de ligação entre o adolescente e as respetivas famílias e as equipas de saúde e com a comunidade, permite capacitar o adolescente e respetiva família e também mobilizar os recursos necessários para promover uma melhor adesão à terapêutica da DM.

Constata-se também que as Assistentes Sociais consideram que o adolescente, a família e a comunidade envolvente do adolescente com diabetes *mellitus* tipo 1 devem trabalhar em conjunto para a autonomia e para o autocuidado. Surge, novamente, o Assistente Social integrado em equipas multidisciplinares:

“É um conjunto.” (AS_2)

“É um conjunto, eu acho que tem de ser tudo em conjunto. Por isso é que é muito importante as equipas multidisciplinares trabalharem em conjunto a situação, porque acho que tem de ser um bocadinho de cada saber, cada um dá o seu contributo para melhorar e ajudar a resolver a situação. A psicóloga tem uma intervenção, o assistente social tem outra, a família tem outra, o próprio tem outra e a médica outra.” (AS_3)

Assim, constata-se, através da perceção das Assistentes Sociais, que a abordagem multidisciplinar é a maior contribuição para potenciar os fatores protetores dos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1, visto que esta abordagem permite o olhar de todas e de cada uma das áreas para resolução da situação do adolescente, como referido anteriormente.

3.3. PERCEÇÕES DOS ADOLESCENTES COM DM1 E DOS ASSISTENTES SOCIAIS, EM CONTRAPONTO

Como já referido, para a realização desta pesquisa, optou-se pelo recurso a fontes de informação distintas – adolescentes com DM1 e Assistentes Sociais –, e pela triangulação de técnicas – entrevista e grupo focal – tendo os respetivos resultados sido apresentados e discutidos nos pontos anteriores. Aqui chegados, importa, então, proceder a uma articulação entre as perceções de uns e de outros.

Através da análise das entrevistas aos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1, constatou-se que a maioria afirmou que se sente normal, igual, e apenas uma minoria não se sente bem, evidenciando desconforto e tristeza, em associação a terem DM1:

“Acho que é uma coisa normal [...] visto que consigo fazer o meu dia a dia normal todos os dias, com exceção que tenho que picar e ter um bocadinho mais de cuidados com a alimentação para não descontrolar muito.” (AD_4)

“Sinto-me igual, acho eu.” (AD_1)

Para além disto, como referido na análise e discussão das entrevistas, constatou-se também que, a maioria evidencia que já teve sentimentos de depressão, angústia e de raiva, mas que utilizou estratégias para ultrapassar esses sentimentos.

Constatou-se também que, a maioria dos adolescentes, conseguiu identificar uma rotina para uma boa gestão da diabetes *mellitus* tipo 1, mesmo percebendo-se que vários adolescentes apresentam um mau controlo metabólico. Esta rotina, de acordo com os adolescentes com DM1, passa pela monitorização dos valores, administração de insulina, boa alimentação, contagem de hidratos de carbono e realização de atividade física:

“Boa alimentação, dar insulina, fazer exercício físico” (AD_1)

“[...] tento sempre ir visualizando os valores, tento sempre ter noção de quando preciso de comer ou administrar de insulina [...]” (AD_16)

“Alimentar, picar o dedo quando necessário e fazer insulina.” (AD_18)

“Fazendo o que é necessário para me sentir bem, medindo e dando insulina.” (AD_23)

Com isto, identificou-se que os fatores protetores individuais, como o autocuidado, a resiliência e adesão à gestão da diabetes *mellitus* parece encontrar-se assegurada. Esta visão é divergente da perceção das Assistentes Sociais, que aponta como desafio o facto do adolescente com DM1 não aceitar a sua condição de doente crónico:

“O próprio adolescente, não é? Que por vezes não aceita a sua doença e é um bocado difícil trabalhar com o adolescente quando ele próprio não aceita a sua situação de doença [...]” (AS_3)

“[...] a adolescência tem esta particularidade “de que não podemos estar doentes e ninguém tem de saber isso””. (AS_1)

Em resumo, enquanto na perceção dos adolescentes com DM1, os fatores protetores individuais se encontram assegurados, na perceção dos Assistentes Sociais, fatores protetores como a resiliência, a adesão à terapêutica e o autocuidado não estão assegurados.

Também se constatou que a maioria dos adolescentes se sentem apoiados pela família e que esta demonstra preocupação e apoia os adolescentes com a gestão da diabetes *mellitus* tipo 1:

“Há muita preocupação. Estão-me sempre a perguntar se me estou a sentir bem.” (AD_6)

“Eles são bastante compreensivos, ajudam-me a melhorar os valores.” (AD_16)

“Eles apoiam-me, não ralham, não fazem nada, só apoiam.” (AD_26)

Já a perceção das Assistentes Sociais sobre este tema aponta para a falta de disponibilidade das famílias para o cuidado e supervisão do autocuidado dos adolescentes com DM1:

“... A família que não está disponível para a cuidar... Delega muito a capacidade da gestão da doença no próprio jovem. [...] a falta de disponibilidade familiar para uma maior vigilância [...]” (AS_3).

Mais uma vez parece verificar-se uma divergência entre as perceções dos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1 e as perceções das Assistentes Sociais, visto que os adolescentes se sentem apoiados pelas suas famílias e os Assistentes Sociais identificam falta de apoio e disponibilidade por parte da família. Com isto, surge a questão: Será que os fatores protetores familiares dos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1 se encontram efetivamente assegurados?

A nível dos fatores protetores na comunidade, a maioria dos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1 evidenciou ter apoio na escola, embora mais de metade deles considere não necessitar de apoio na gestão da DM por parte da escola. Constatou-se também que alguns adolescentes identificam a necessidade de apoio para questões específicas, como tratamento de episódios de hipoglicémia:

“Sim. Não sei... só mesmo a ajuda dos professores para saber se eu estou bem” (AD_11)

“É mais as hipoglicemias, no caso se... eu estiver mal, se precisarem de picar-me o dedo, dar-me o açúcar e isso...” (AD_26)

Importa salientar que, embora minoritário, há um grupo de adolescentes que evidencia a necessidade de ter apoio da escola, na gestão da DM, e que este nem sempre é garantido, referindo que seria fundamental a existência de pessoas na escola com conhecimento da diabetes *mellitus*, para conseguir apoiá-los sempre que necessário.

Em resumo, e cruzando ambas as perceções, pode concluir-se que a escola tem dificuldade em apoiar os adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1, notando-se falta de disponibilidade por parte de professores para apoio na terapêutica da doença.

Posto isto, as perguntas que se colocam são as seguintes: Quais os constrangimentos sentidos nas escolas que dificultam o apoio às crianças e adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1? Que estratégias para ultrapassar esses constrangimentos?

Outro elemento que se teve em consideração para esta leitura integrada está relacionada com os colegas/ amigos, pois a maioria dos adolescentes com DM1 evidencia que se sentem apoiados pelos colegas/ amigos, demonstrando preocupação e apoiando o adolescente no que for necessário:

“Tipo, quando veem que eu estou mais em baixo, perguntam se os diabetes estão bons, perguntam se eu já vi os diabetes, se já dei insulina, se for preciso ir buscar açúcar vão buscar. Se for preciso ir buscar o estojo da diabetes, vão buscar...” (AD_8)

“Preocupam-se, perguntam se está tudo bem e assim... mas acima de tudo querem garantir que eu fique bem, pelo menos até ao fim do dia.” (AD_24)

“Quando eu estou baixo e tenho que sair ou quando parece que me sinto mal, eles começam a perguntar como eu estou” (AD_30)

Enquanto a perceção das Assistentes Sociais, como referido anteriormente, apresenta divergências, pois constata-se que, nem sempre, existe apoio por parte dos colegas/amigos devido ao desconhecimento da doença

“Eu acho que os pares, os colegas, os amigos e tudo, muitas vezes também não ajudam muito, até porque eles próprios também têm um desconhecimento grande relativo à doença [...]” (AS_2)

Assim, constata-se que existem diversas divergências tendo em conta a perceção dos adolescentes com DM1 e a dos Assistentes Sociais, evidenciando a existência de uma

convergência, que consiste na falta de apoio escolar que, em ambas as percepções, se entende que esse apoio não é assegurado.

4. CONCLUSÃO

Pensar nos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1 e em como a doença crónica requer cuidados exigentes e perceber como os fatores protetores podem contribuir para uma melhor adesão à terapêutica e gestão da diabetes *mellitus*, foi uma oportunidade de reflexão sobre esta doença e sobre a intervenção do Assistente Social junto deste grupo-alvo e desta problemática.

A revisão de literatura e a elaboração do enquadramento teórico permitiram perceber e explicar a importância da existência dos fatores protetores e como o Assistente Social pode intervir junto dos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1, com vista a assegurar a existência destes fatores protetores. Sabe-se que a diabetes *mellitus* requer cuidados por parte do adolescente, da sua família e da comunidade envolvente, sendo necessário que todos estejam capacitados para contribuir para uma melhor gestão da DM.

Permitiu também a elaboração de um modelo teórico (Souza Filho & Struchiner, 2021) que sistematizasse, do ponto de vista conceptual, o processo da DM1 na adolescência, evidenciando a relação entre as características do adolescente, fatores protetores, comportamentos e *outcomes*. Este modelo teórico veio a revelar-se útil também na estruturação da discussão dos resultados da pesquisa empírica, esperando-se que possa constituir uma referência em pesquisas futuras.

No que diz respeito à pesquisa empírica, a opção metodológica por fontes de informação distintas – adolescentes e assistentes sociais – permitiu, não só conhecer as perceções de uns e de outros relativamente aos três grupos dos fatores protetores – individuais, familiares e comunitários – como ensaiar uma comparação entre os diferentes pontos de vista.

A análise da perceção dos adolescentes com DM1 remete para a assunção de que os fatores protetores individuais se encontram de uma maneira geral assegurados, evidenciando-se o reconhecimento da doença, a existência de autocuidado e adesão à terapêutica, sendo que a generalidade deles manifesta saber identificar o que é uma rotina adequada para a gestão da diabetes *mellitus*, bem como tratar hipoglicemias e hiperglicemias, de forma autónoma. A resiliência é outro elemento dos fatores protetores individuais do adolescente com DM1, tendo-se constatado que, apesar da frustração com

as limitações da doença e de sentimentos negativos face à mesma patenteados por alguns adolescentes, a maioria evidencia estratégias para lidar da melhor forma com esses sentimentos.

Por outro lado, constatou-se também que, apesar da narrativa dos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1 apontar para que estes fatores protetores individuais se encontram assegurados, a maioria apresenta mau controlo glicémico, o que contraria a visão apresentada. Conclui-se então que, os adolescentes com DM1 conhecem a terapêutica da DM para alcançar uma boa gestão da diabetes *mellitus*, mas, efetivamente, não cumprem essa terapêutica, tendo em conta os resultados do controlo glicémico registado no dia das entrevistas.

Já a perceção das Assistentes Sociais vai no sentido de que os fatores protetores individuais dos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1 não se encontram assegurados, identificando como desafio o facto dos adolescentes com DM1 não aceitarem a sua condição de doença crónica, o que dificulta o autocuidado e a adesão à terapêutica.

No tocante aos fatores protetores familiares, na perceção dos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1, estes encontram-se assegurados, evidenciando que se sentem apoiados pelas suas famílias e que, apesar dos familiares não lidarem todos da mesma forma com esta doença crónica, o adolescente não deixa de se sentir apoiado na gestão da DM. A resiliência familiar, a relação positiva entre os adolescentes e o apoio que os familiares fornecem na gestão da DM são elementos protetores identificados.

Em contraponto, a perceção das Assistentes Sociais vai mais uma vez em sentido contrário, evidenciando que a falta de disponibilidade da família é um dos grandes desafios na intervenção do Assistente Social junto dos adolescentes com DM1 e suas famílias.

Quanto aos fatores protetores comunitários, na perceção dos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1, a equipa de saúde é um apoio para a gestão da DM1, indicando que se sentem bem e apoiados pela equipa de saúde. Desta forma, como referido pela literatura, a equipa de saúde utiliza estratégias que podem contribuir para desenvolver várias características e sentimentos nos adolescentes com DM1, favorecendo uma melhor aceitação da doença e adesão à terapêutica.

A escola é também considerada como um fator protetor comunitário. A perceção da maioria dos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1 aponta para a identificação de

apoio na escola para a gestão da DM, por parte de professores, auxiliares e enfermeiros da saúde escolar, embora mais de metade deles considere não necessitar desse apoio, pois consideram-se capazes de tratar a diabetes *mellitus* de forma autónoma. Porém, contactou-se também que outros adolescentes sentem a necessidade de apoio por parte da escola, evidenciando que deveriam existir profissionais capacitados para apoiarem os adolescentes com DM1 sempre que necessário.

Parece verificar-se aqui alguma convergência de pontos de vista, entre este último grupo e as Assistentes Sociais, tendo estas evidenciado que se torna necessário trabalhar as questões de saúde nas escolas, considerando que estas não conseguem dar apoio na gestão da DM, podendo isso contribuir para o absentismo escolar. Evidenciaram também a aparente falta de disponibilidade dos professores no apoio da terapêutica da doença crónica.

Os colegas/amigos são também outro elemento dos fatores protetores comunitários. A perceção dos adolescentes com DM1 revela que estes se sentem apoiados pelos amigos, quer pela demonstração de preocupação quer na prestação de ajuda. Já a perceção das Assistentes Sociais se apresenta divergente, mais uma vez, apontando que os colegas/amigos não apoiam o adolescente na gestão da doença, devido ao desconhecimento sobre a diabetes *mellitus*.

Em resumo, pode concluir-se que as perceções dos adolescentes com DM1 não são convergentes com as perceções dos Assistentes Sociais que trabalham em contexto hospitalar com este grupo-alvo, afigurando-se que os fatores protetores dos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1 nem sempre são assegurados, conclusão que é reforçada se levados em conta os resultados das análises de controle glicémico.

Importa recordar que esta pesquisa se assume como um estudo exploratório, cujos resultados apresentam limitações, desde logo, pelo reduzido número de Assistentes Sociais participantes, relevando-se, embora, a importância da investigação nesta área.

Sabe-se que a diabetes *mellitus* é uma doença crónica que exige uma rotina de cuidados exigentes todos os dias, o que pode dificultar a adesão do adolescente com diabetes *mellitus* tipo 1.

Promover os fatores protetores dos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1 é uma prática de intervenção necessária, tendo ficado patente que o Assistente Social, integrado na equipa multidisciplinar de saúde, tem um papel a desempenhar nesta matéria. Ficou também patente que o Assistente Social, na área da Saúde, é um elo de ligação entre a instituição de saúde, o adolescente, a família e a comunidade, podendo contribuir para a sensibilização destes elementos com vista a uma maior compreensão da doença e adesão à terapêutica, potenciando os fatores protetores e favorecendo o bem-estar.

Releva-se, assim, a importância da intervenção do Assistente Social junto deste grupo-alvo, com as respetivas famílias e comunidade, atuando no reforço das competências e capacitação sobre a diabetes *mellitus*, esperando que este trabalho possa contribuir para o aprofundamento, reflexão e debate necessários.

Com o intuito de provocar a reflexão e incitar futuras investigações no âmbito do Serviço Social, colocam-se as seguintes questões:

1. Que estratégias desenvolver, na intervenção direta com adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1, com vista à promoção dos fatores protetores individuais?
2. Como promover os fatores protetores familiares?
3. Como sensibilizar a comunidade, em particular as escolas, para a promoção dos fatores protetores dos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGIRI, Rievu (2019) - Social Workers and Early Intervention with Diabetic Clients. In Walden Dissertations and Doctoral Studies Collection.
- AKHTER, Kalsoom; TURNBULL, Tiece; SIMMONS, David (2016) - Influences of social issues on type 1 diabetes sel-management: are we doing enough?
- ALBARELLO, Luc; DIGNEFFE, Françoise; HIERNAUX, Jean-Pierre; MAROY, Christian; RUQUOY, Danielle & SAINT-GEORGES, Pierre de (1995) - Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais - Trajectos. Gradiva
- ALENCAR, Delmo de Carvalho; LIMA, Adman Câmara Soares; ALMEIDA, Vitória de Cássia Félix de; SAMPAIO, Karla Jimena de Araújo de Jesus; DAMASCENO, Marta Maria Coelho; ALENCAR, Ana Maria Parente Garcia (2013) – Sentimentos de adolescentes com Diabetes Mellitus frente ao processo de viver com a doença. In Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 2013, vol. 66, n.º4, pp. 479-84
- ALMEIDA, Helena Neves (2012) - Capítulo 6: Envelhecimento, Qualidade de Vida e Mediação Social Profissional de Saúde. In CARVALHO, Maria Irene (2012). - Serviço Social na Saúde. Lisboa, Pactor - Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação, pp.139-181
- ALMEIDA, Helena Neves (2013) – Gestão de Caso e Mediação Social: Abordagens, processos e competências cruzadas na agenda do conhecimento em Serviço Social. In SANTOS, Clara Cruz; ALBUQUERQUE, Cristina Pinto; ALMEIDA, Helena Neves (2013) – Serviço Social: Mutações e desafios atuais (pp. 10-57)
- ALMEIDA, Helena Neves; DUARTE, Daniela Oliveira (2014) - Serviço Social e ajudas técnicas: mediações em situação de doença crónica com incapacidade física. Intervenção Social. In Revista Intervenção Social, n. 39 145–164.
- ALMINO, Maria Auxiliadora Ferreira Brito; QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa (2009) – Diabetes mellitus na adolescência: experiências e sentimentos dos adolescentes e das mães com a doença. Revista da Escola de Enfermagem da USO, vol. 43, n.º 4, pp.760-767.

ALVES, Camila Simonassi Dantas; ANDRADE, Danilo Ladeira Muiños De; SIMONASSI, Isabella Amorim; DIAS, Breno Lapa; COSTA, Adriano Pereira Giovanni; RIBEIRO, Adriely Cristina Coronel; SILVA, Gilson, Freitas Rodrigues da; COTRIM, Amanda Gomes; SANTOS, Bruna Flores Moraes; LOPES, André Pereira; CASTANHA, William Vicente Alves; TOSTA; Ana Laura Fernandes; CORREIA, Jennifer Rodrigues (2021) – Diabetes mellitus tipo 1 e exercício físico: o impacto no metabolismo da glicose.

ARAÚJO, Marisa; SOUSA, Isabel de; NASCIMENTO DO Ó, Dulce; BOAVIDA, José Manuel; RIBEIRO, Rogério (2022) - Identificação e promoção de fatores protetores na gestão da diabetes *mellitus* tipo 1 em adolescentes. Lusíada, Intervenção Social, Lisnoa, n.º 59/50 (1.º e 2.º semestre de 2022), pp. 109-130.

ASSOCIAÇÃO PROTECTORA DOS DIABÉTICOS DE PORTUGAL (2023) – Sobre a APDP. Disponível em: <https://apdp.pt/apdp/sobre-a-apdp/> [Consult. 9 de abril de 2023].

AUGUSTO, Cláudia Cristina Vieira Carvalho de Oliveira Ferreira; ARAÚJO, Beatriz Rodrigues; RODRIGUES, Vítor Manuel Costa Pereira; FIGUEIREDO, Maria do Céu Aguiar Barbieri de (2014) - Adaptação e validação do Instrumento Inventory of Family Protective Factor para a cultura portuguesa. In Rev. Latino-Am. Enfermagem, nov.-dez. 2014;22(6):1001-.

BERTOLIN, Daniela Comelis; PACE; Ana Emilia; CESARINO; Claudia Bernardi; RIBEIRO, Rita de Cassia Helu Mendonça; RIBEIRO, Renato Mendonça (2015) - Adaptação psicológica e aceitação do diabetes mellitus tipo 2. In Acta Paulista de Enfermagem, v. 28, n. 5, p. 440-446. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500074>

BOOK, Martin de; CODNER, Ethel; CRAIG, Maria E.; HUYNH, Tony; MAAHS, David M.; MAHMUD, Farid H.; MARCOVECCHIO, Loredana; DIMEGLIO, Linda A. (2022) – ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2022: Glycemic targets and glucose monitoring for children, adolescents, and young people with diabetes. In PEDIATRICDIABETES, v. 23, n. 8, dezembro de 2022, pp. 1270-1276.

- BRANCO, Francisco; FARÇADAS, Maria (2012) – Capítulo 1: Serviço Social nos Cuidados de Saúde Primários: contexto, perspetivas e desafios. In CARVALHO, Maria Irene (2012) - Serviço Social na Saúde. Lisboa, Pactor - Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação, pp.1-23
- BUCHANA, Ann (2014) - Risk and Protective Factors in Child Development and the Development of Resilience. In Open Journal of Social Sciences, 2014, 2, 244-249
- CAPARRÓS, Maria José Escartín (1998) – Manual de Trabajo Social. Alicante: Aguaclara
- CARVALHO, Maria Irena Lopes B. de (2011) – Ética, Serviço Social e “responsabilidade social”: o caso das pessoas idosas. In Revista Katálysis, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 239-245, jul./dez.
- CARVALHO, Maria Irene (2012). - Serviço Social na Saúde. Lisboa, Pactor - Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação, pp.25-53.
- CARVALHO, Maria Irene (2020) - O Serviço Social na saúde em Portugal e os desafios da Covid-19. In Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social, vol. 3, outubro-dezembro.
- CHRIST, Grace; DIWAN, Sadhna (2008) – Chronic illness and aging: The role of social work in managing chronic illness care. In Council on Social Work Education.
- COLLET, Neusa; BATISTA, Annanda Fernandes de Moura Bezerra; NÓBREGA, Vanessa Medeiros da; SOUZA, Maria Helena do Nascimento; FERNANDES, Leiliane Teixeira Bento (2018) - Autocuidado apoiado no manejo da Diabetes tipo 1 durante a transição da infância para a adolescência. In Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2018.
- CORDEIRO, Gabriel Ribeiro; SMOLAREK, André de Camargo; SMOUTER, Leandro; REBESCO, Denise Barth; FERREIRA, Luís Henrique Boiko; SOUZA JUNIOR, Tácito Pessoa de; MARCARENHAS, Luís Paulo Gomes (2019). – Relação da Qualidade de Sono com a qualidade de vida de adolescentes com de diabetes mellitus tipo 1. In Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento, São Paulo, v.13, n.º 81, pp. 759-764.

- CORREIA, Cíntia Castro (2019) – Módulo 2 – O que é a DM1. In PROGRAMA NACIONAL PARA A DIABETES (2019) – Crianças e Jovens com Diabetes Mellitus tipo 1. Manual de Formação Resumido para Apoio aos Profissionais de Saúde e de Educação. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, pp. 14-18
- COUTINHO, Clara Pereira (2014) – Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática. Edições Almedina, S.A, 2ª Edição.
- DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE (2006) – Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Disponível em: <https://servicosocial.pt/wp-content/uploads/2015/07/Manual-de-Boas-Práticas-para-os-Assistentes-Sociais-da-Saúde-na-Rede-Nacional-de-Cuidados-Continuados-Integrados.pdf>
- DRA. CHRISTIANE FUJII (2023) - Composição corporal: o que é e como medir a sua. Disponível em: <https://christianefujii.com.br/composicao-corporal-o-que-e-e-como-medir-a-sua/> [Consult. 18 de abril de 2023]
- FAGULHA, Ana (1989) - Hipoglicemia. In Acta Médica Portuguesa, supl. 1, pp. 25-26.
- FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE ASSISTENTES SOCIAIS (FIAS) (2022) – Definição Global de Serviço Social. [Consult. 28 de junho de 2022] Disponível em: <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work>
- FEITOR, Sofia; VEIGA, Ana Rita; SILVA, Almarim; SILVA, Vitor; DUARTE, Sandra; SOUSA, Maria Rui; BASTOS, Fernanda (2020) - EMPOWERMENT COMUNITÁRIO EM SAÚDE ESCOLAR – ADOLESCENTE COM DIABETES MELLITUS TIPO 1. in Suplemento digital Rev ROL Enferm 2020; 43(1): 364-373
- FERREIRA Fatima Marissol; ESPÍRITO SANTO, Maria Inês M.I. (2018) - Planeamento de alta hospitalar: Perspetivas e reflexões acerca dos protelamentos sociais em Portugal. Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social, 25, pp. 33-50. <https://doi.org/10.14198/ALTERN2018.25.02>
- FIALHO, Joaquim (2021) – Manuel para a Intervenção Social. Edições Sílabo.
- FITAS, Ana Laura; MONTEIRO, Arminda (2019) – Módulo 8 – Complicações agudas da DM1 – como atuar. In PROGRAMA NACIONAL PARA A DIABETES (2019) –

Crianças e Jovens com Diabetes Mellitus tipo 1. Manual de Formação Resumido para Apoio aos Profissionais de Saúde e de Educação. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, pp. 64-74.

FLORA, Marília Costa; GAMEIRO, Manuel Gonçalves Henriques (2016) - Autocuidado dos Adolescentes com Diabetes Mellitus tipo 1: Conhecimento acerca da Doença. In Revista de Enfermagem Referência, Série IV - n.º 8 - jan./fev./mar. 2016

FLORA, Marília Costa; GAMEIRO, Manuel Gonçalves Henriques (2016) – Dificuldades no autocuidado dos adolescentes com diabetes mellitus tipo 1. In Revista de Enfermagem, vol. IV, n. 11, outubro-dezembro, pp. 31-40.

FORTIN, Marie-Fabienne (1999) – O processo de Investigação: da concepção à realização. LUSOCIÊNCIA – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

FRAGOSO, Luciana Vlória Cavaleiro; ARAUJO, Márcio Flávio Moura de; LIMA, Ana Karine Girão; FREITAS, Roberto Wagner Júnior Freire de; DAMASCENO, Marta Maria Coelho (2010) – Vivências Cotidianas de Adolescentes com diabetes mellitus tipo 1. In Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2010 jul-set, v.19, n.3, pp. 443-51

FRIÃES, Paula (2019) - Módulo 1 – A criança e o jovem com diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) – 2. Orientações e normas técnicas. In PROGRAMA NACIONAL PARA A DIABETES (2019) – Crianças e Jovens com Diabetes *Mellitus* tipo 1. Manual de Formação Resumido para Apoio aos Profissionais de Saúde e de Educação. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, pp. 10-11

GAGO, Paulo Cortes (2002) - “Questões de transcrição em Análise da Conversa”. In Veredas, (On-line), 6 (2), pp.89-113. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/veredas/arti-cle/view/25285>

GARDNER, Deborah L.; HUBER, Charles H.; STEINER, Robert; VAZQUEZ, Luís A.; SAVAGE, Todd, A. (2008) - The Development and Validation of the inventory of Family Protective Factors: A brief Assessment for Family Counseling. In The Family Journal: Counseling and therapy for couples and families, vol. 16 No. 2, April 2008 107-117.

- GOMIDES, Danielle dos Santos; VILLAS-BOAS, Lilian Cristiane Gomes; COELHO, Anna Cláudia Martins; PACE, Ana Emília (2013) - Autocuidado das pessoas com diabetes mellitus que possuem complicações em membros inferiores. In Acta Paul Enfermagem, n. 26, v. 3, pp. 289-293.
- GOVERNO DA REPÚBLICA PORTUGUESA – MINISTÉRIO DA SAÚDE (2023). Literacia em Saúde. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2016/11/15/estrategia-nacional-para-a-literacia-em-saude/> [Consult. 17 de março de 2023].
- GRECO-SOARES, Juliana Prytula; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco (2017) – Adesão ao tratamento em Adolescentes com Diabetes Mellitus tipo 1. In Psicologia, Saúde & Doenças, 2017, n. 18, v. 2, pp. 322-334.
- GRECO-SOARES, Juliana Prytula; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco (Juliana Prytula Greco-Soares, Débora Dalbosco Dell'Aglio (2016) – Relações entre qualidade de vida e diabetes mellitus tipo 1 na adolescência. In Contextos Clínicos, vol. 9, n. 2, Julho - Dezembro 2016.
- GUADALUPE, Sónia (2012) – Capítulo 7: A intervenção do Serviço Social na Saúde com Famílias e em Redes de Suporte Social. In CARVALHO, Maria Irene (2012). - Serviço Social na Saúde. Lisboa, Factor - Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação, pp.183-217
- GUERRA, Inês (2019) - O que é o caso social? Estudo sobre a construção do caso social em contacto hospitalar. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2019
- HUANG, Min-Feng (2009) - Resilience in chronic disease: The relationships among risk factors, protective factors, adaptive outcomes, and the level of resilience in adults with diabetes. Tese de Doutoramento em Filosofia na Queensland University of Technology.
- HUMALIMENTAR (2022) - Controle glicêmico: por que controlar o açúcar no sangue? Disponível em: <https://humalin.com.br/blog/controla-glicemico-por-que-controlar-acucar-no-sangue/> [Consult. 12 de março de 2023]
- JUNIOR ALVARENGA, Marcos de Souza; CUNHA, Cristaine de Freitas; CASTRO, Thalita Figueiredo Silva (2008) - A adolescência e a sua interferência no controle

do diabetes mellitus: dificuldades e propostas a partir de uma revisão da literatura.

KRISTENSEN, Christian Haag; SCHAEFER, Luiziana Souto; BUSNELLO, Fernanda de Bastani (2010) - Estratégias de *coping* e sintomas de stress na adolescência. In Estudos de Psicologia, Campinas, vol. 27, n. 1, janeiro-março, 2010, p. 21-30.

LOPES, Maria Augusta; RIBEIRO, Ana Rosa; ESPÍRITO SANTO, Inês; FERREIRA, Fátima; FREDERICO, LUÍS (2012) - Capítulo 2 - Serviço Social e Qualidade em Contexto Hospital. In CARVALHO, Maria Irene (2012) - Serviço Social na Saúde. Lisboa, Pactor - Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação, pp.25-53.

MAIA, Joviane Marcondelli Dias; WILLIAMS, Lucia Cavalcanti de Albuquerque (2005) - Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. In Temas em Psicologia — 2005, Vol. 13, no 2, 91 – 103

MARTINS, Ana Maria de Castro (1999) - Génese, emergência e institucionalização do serviço social português. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

MASFRET, Dolors Colom (2012) – Capítulo 3: O Serviço Social de Saúde e o Planeamento da Alta para a Continuidade de Cuidados na Comunidade. In CARVALHO, Maria Irene (2012). - Serviço Social na Saúde. Lisboa, Pactor - Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação, pp. 55 – 81

MELLO, Maria Berra de (2006) – Déficits de autocuidado vivenciados por famílias de crianças e adolescentes com diabetes mellitus tipo 1. Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem - Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

MENDES, Ana Rita Figueiredo (2015) – Fatores de risco e fatores de proteção na infância. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Medicina Legal submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

MENINO, Eva (2019). - Módulo 10 – Intervenção das equipas de Saúde escolar. In PROGRAMA NACIONAL PARA A DIABETES (2019) – Crianças e Jovens com

Diabetes Mellitus tipo 1. Manual de Formação Resumido para Apoio aos Profissionais de Saúde e de Educação. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, pp. 82-86.

MICULIS, Cristiane P.; MASCARENHAS, Luís P.; BOGUDZEWSKI, Margaret C.S.; CAMPOS, Wagner de. (2010). – Atividade física na criança com diabetes tipo 1. In *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, 86(4), pp. 271-278.

MITCHELL, Rebecca J; MCMAUCH, Anne; WOODHEAD, Helen; LYSTAD, Reidar P.; ZURYNSKI, Yvonne; BADGERY-PARKER, Tim; CAMERON, Cate M.; HNG, Tien-Ming. (2021). – The impact of type 1 diabetes mellitus in childhood on academic performance: A matched population-based cohort study. In *Pediatric Diabetes*, 2022, 23, pp. 411-42

MONAGHAN, Maureen; CLARY, Lauren; STERN, Alexa; HILLIARD, Marisa E.; STREISAND, Randi (2015) - Protective Factor in young Children With type 1 Diabetes. In *Journal of Pediatric Psychology*, vol. 40, n.9, 2015, pp. 878–887.

NASCIMENTO DO Ó, Dulce; SERRABULHO, Maria Lurdes; RIBEIRO, Rogério Tavares; SILVA, Sónia COVINHAS, Ana, AFONSO, Maria João; BOAVIDA, José Manuel; RAPOSO, João Filipe (2022) - Relações Interpessoais na Diabetes: Perspetiva e Experiência de Pessoas com Diabetes, Cuidadores Informais, e Profissionais de Saúde em Portugal. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 10(35), pp. 729-727.

NATIONAL INSTITUTE OF NEUROLOGICAL DISORDERS AND STROKE (2023) - Brain Basics: Understanding Sleep. Disponível em: <https://www.ninds.nih.gov/health-information/public-education/brain-basics/brain-basics-understanding-sleep> [Consult. 17 de março de 2023]

NETTO, Augusto Pimazoni; ANDRIOLO, Adafmar; FILHO, Fadlo Fraige; TAMBAS-CIA, Marcos; GOMES, Marília de Brito; MELO, Murilo; SUMITA, Nairo Massakazu; LYRA, Ruy; CAVALCANTI, Paulo (2009) - Atualização sobre hemoglobina glicada (HbA1c) para avaliação do controle glicêmico e para o diagnóstico do diabetes: aspetos clínicos e laboratoriais. In *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboral*, v. 45, n. 1, p. 31-48. <https://doi.org/10.1590/S1676-24442009000100007>

- OLIVEIRA, Dalila Andrada; DUARTE, Adriana Maria Cancellia; VIEIRA, Livia Maria Fraga (2010) - DICIONÁRIO: trabalho, profissão e condição docente. Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Educação, 2010.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2011) - Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde. Rio de Janeiro: World Conference on Social Determinants of Health.
- OROPELLO, Jonh M; PASTORES, Stephen M. & KVETAN, Vladimir (2016) - Lange Critical Care. New York: McGraw-Hill Education.
- PÉREZ-MARÍN, Marián; GÓMEZ-RICO, Irene; MONTOYA-CASTILLA, Inmaculada (2015) - Type 1 diabetes mellitus: psychosocial factors and adjustment of the pediatric patient and his/her family. Review
- PESCE, Renata; ASSIS, Simone; SANTOS, Nilton; OLIVEIRA, Raquel Carvalhães de. (2004) - Risco e Proteção: Em Busca de Um Equilíbrio Promotor de Resiliência. In Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa Mai-Ago 2004, Vol. 20 n. 2, pp. 135-143.
- PIMENTEL, Júlia Serpa; DIAS, Sandra (2012) - Importância do fortalecimento das redes informais de apoio: projecto oficinas de pais. In Internacional Journal of Developemantal and Educational Psychology e Revista de Psicologia, n.º 1, v.º 4, pp. 355-363.
- PRATA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel António dos (2007) - FAMÍLIA E ADOLESCÊNCIA: A INFLUÊNCIA DO CONTEXTO FAMILIAR NO DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO DE SEUS MEMBROS. In Psicologia em Estudo, Maringá, v. 12, n. 2, p. 247-256, maio/ago. 2007
- PROETTI, Sidney (2017) - As pesquisas qualitativa e quantitativa como métodos de investigação científica: um estudo comparativo e objetivo. In Revista Lumen - Educação de Base no Brasil, v. 2, n. 4 de 2017.
- RAE-GRANT, Naomi; THOMAS, Helen; OFFORD, David; BOYLE, Michael H. (1988) - Risk, Protective Factors, and the Prevalence of Behavioral and Emotional Disorders in Children and Adolescents. Journal of the American Academhy of Child

& Adolescent Psychiatry, 28(2), pp.262-268. <https://doi.org/10.1097/00004583-198903000-00019>

RIBEIRINHO, Helena; TELES, (2022) – Trabalho Interdisciplinar na Área da Saúde: Desafios para o Serviço Social. In Carvalho, Maria Irene (2022) – Práticas de intervenção do Serviço Social na Saúde. Lisboa, Pactor – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação, pp. 1-20.

ROBERTIS, Cristina de (2003) – Fundamentos del trabajo social: Ética y metodología. Nau Libres

ROBERTIS, Cristina de (2011) - Metodologia da Intervenção em Trabalho Social. Porto, Porto Editora.

ROCHA, Amarílis Pereira; MARQUES, Ana Lúcia de Oliveira; ALMEIDA, Catarina Inês Soares; BATISTA, Isabel Maria Andrade; ALMEIDA, Maria João Henriques de. (2011) - Evolução da saúde escolar em Portugal: Revisão Legislativa no âmbito da educação. In Millenium, 41 (julho/dezembro). Pp. 69-87.

ROSSI, George Bedinelli; SERRALVO, Francisco Antonio e JOÃO, Belmiro Nascimento (2014) – Content Analysis. Edição Especial, Vol. 13, n. 4. setembro de 2014.

SALES-PERES, Sílvia Helena de Carvalho; GUEDES, Maria de Fátima Santos; SÁ, Leticia Marques Sá; NEGRATO, Carlos Antonio; LAURIS, José Roberto Pereira (2016) – Estilo de vida em pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 1 : uma revisão sistemática. In Ciência e Saúde Coletiva, v. 21, n.º 4, pp. 1197-1206.

SAPIENZA, Graziela; PEDROMÔNICO, Márcia Regina Marcondes (2005) – Risco, Proteção e Resiliência no Desenvolvimento da Criança e do Adolescente. In Revista Psicologia em Estudo, Maringá, v. 10, n. 2, p. 209-216, mai./ago. 2005

SÁ-SILVA, Jackson Ronie; ALMEIDA, Cristóvão Domingos de; GUINDANI, Joel Felipe (2009) – Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. In Revista Brasileira de História & Ciências Sociais, ano 1, número 1, julho de 2009.

SAWYER, S.M.; AZZOPARDI, P.S; WICKREMARATHNE, D.; PATTON, G.C. (2028) - The age of adolescence. IN The Lancet Child & Adolescent Health, v.2, n.3, pp. 223-228.

- SCHENKER, Miriam; MINAYO, Maria Cecília de Souza (2005) - Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas a adolescência. In Revista Ciência & Saúde Coletiva, 10 (3):707-717, 2005.
- SERRABULHO, Lurdes; MATOS, Margarida Gaspar; NABAIS, João Valente; RAPOSO, João Filipe (2015) – A educação para a saúde nos jovens com diabetes tipo 1. In Revista Psicologia, Saúde & Doença, 2015, v.16, n.1, pp. 70-85.
- SERRABULHO, Maria de Lurdes; MATOS, Margarida Gaspar de (2005) - Representações da saúde e estilos de vida nos adolescentes com diabetes tipo 1.
- SERRABULHO, Maria de Lurdes; MATOS, Margarida Gaspar de; RAPOSO, João Filipe (2012) – The health and lifestyles of adolescents with type 1 diabetes in Portugal. In European Diabetes Nursing, volume 9, n. 1 2012, pp. 12-16.
- SERRABULHO, Maria de Lurdes; MATOS, Margarida Gaspar; RAPOSO, João Filipe (2011) – As representações de saúde e estilos de vida dos adolescente com diabetes tipo 1. In Revista Portuguesa da Diabetes, volume 6, número 2, junho 2011, pp.55-61.
- SILVA, Rodrigo Rufino Pereira; SARMENTO, Thaise de Abreu Brasileiro; FEITOSA, Ankilma do Nascimento Andrade; BRITO, Luciana Modesto de (2020) – Qualidade do sono e sonolência excessiva entre estudantes de medicina. In Revista Medicina (São Paulo), jul-ago, v.99, nº 4, pp. 350-6
- SNOEK, Frank J.; BREMMER, Marijke A.; HERMANNNS, Norbert (2015) - Construscts of depression and distress in diabetes: time for na appraisal. In Depression and Diabetes, vol. 3, n. 6, pp. 450-460, junho.
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE DIABETOLOGIA (2023) – Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2019, 2020 e 2021 - Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes- Edição de 2023.
- SOUZA FILHO, Breno Augusto Bormann de; STRUCHINER, Cláudio José (2021) - Uma proposta teórico-metodológica para elaboração de modelos teóricos. In Cardernos Saúde Coletiva, n. 29, v. 1, pp. 86-97.

SPÍNOLA, Jéssica; SILVA, Cláudia Mendes (2018) - Perceção de obstáculos ao controlo da Diabetes tipo 1 em adolescentes. In *Psicologia, Saúde, & Doenças*, 2018, vol. 13, n. 3, pp.- 669-681.

U.S. Department of Health and Human Services; Friends National Resource Center for Community-Based Child Abuse Prevention & Center for the Study of Social Policy – Strengthening Families (2014) - Making Meaningful Connections: 2014 Prevention Resource Guide.

VIEIRA, Maria Aparecida; LIMA, Regina Aparecida Garcia de (2022) – Crianças e Adolescentes com Doença Crônica: convivendo com mudanças. In *Revista Latino-am Enfermagem*, 2022, vol. 10, n.4, pp. 552-560.

VILELAS, José Manuel da Silva (2022) – Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento. Edições Sílabo, Lda. 3ª Edição.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO (2003) - Adherence to long-term therapies: evidence for action. WHO Document Production Services.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO (2014) - Health for the World's Adolescents: A second chance in the second decade. WHO Document Production Services.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO (2023) - Physical activity. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>. [Consult. 17 de abril de 2023]

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO (2024) – BMI-for-age (5-19 years). [Consult. 20 de fevereiro de 2024] Disponível em: <https://www.who.int/tools/growth-reference-data-for-5to19-years/indicators/bmi-for-age>

LEGISLAÇÃO

Decreto-lei n.º 48357, de 27 de abril. Diário do Governo n.º 101/1968, Série I de 1968-04-2027, páginas 599-612. [Consult. 10 de dezembro de 2023] Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/48357-1968-274639>

Despacho Conjunto n.º 861/99, de 8 de outubro. Diário da República n.º 235, II Série, 1999-10-08, páginas 15015. Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e da Solidariedade. [Consult. 10 de dezembro de 2023]. Disponível em: <https://files.diaridarepublica.pt/1s/1999/10/235b00/67966798.pdf>

Lei n.º 2011, de 2 de abril de 1946. Diário do Governo n.º 70/1946, Serie I de 1946-04-02. [Consult. 10 de dezembro de 2023] Disponível em: <https://files.diarioda-republica.pt/1s/1946/04/07000/02010204.pdf>

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Parecer da Comissão de Ética da APDP

Anexo A

Parecer da Comissão Ética da APDP

 <p>Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal</p> <p>Exmos Senhores Dr.ª Marisa Araújo Dr. Rogério Ribeiro</p> <p>Processo Submissão nr. 018/2023 Ofício N.º 128/2023</p> <p>Lisboa, 21 de Junho de 2023</p> <p>ASSUNTO: Estudo "Factores protectores na Diabetes Mellitus tipo 1: intervenção do assistente Social junto de adolescentes e suas famílias"</p> <p>Cumpra-me informar V. Exas. que a Comissão de Ética para a Saúde da APDP emitiu PARECER FAVORÁVEL, para a realização do Estudo supracitado.</p> <p>Com os melhores cumprimentos A Comissão de Ética para a Saúde</p> <p> Casimiro Menezes Presidente</p> <p>Instituição Particular de Solidariedade Social Fundado em 13 de Maio de 1926 - Pessoa Colectiva n.º 500 851 875 Sollre, 118-120 • 1250-203 Lisboa • Tel: 351 21 381 61 00 • Fax: 351 21 385 93 71 • Email: diabetes@apdp.pt • www.apdp.pt</p>	
---	--

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A – Dimensões e conceitos do modelo teórico

Apêndice B – Guião de Entrevista aplicado aos adolescentes com DM1

Apêndice C – Estrutura da grelha de análise das entrevistas aos adolescentes com DM1

Apêndice D – Consentimento Informado para os adolescentes com DM1

Apêndice E – Guião do Grupo Focal aplicado aos Assistentes Sociais que trabalham em contexto hospitalar

Apêndice F – Lista de Centros Hospitalares / Hospitais da AML

Apêndice G – Consentimento Informado para os Assistentes Sociais que trabalham em contexto hospitalar

Apêndice A

Dimensão e conceitos do modelo teórico

Tabela 2. Dimensões e conceitos do modelo teórico

Dimensões	Conceito
Diabetes <i>mellitus</i>	Doença crónica que se prolonga durante toda a vida da pessoa, desde o diagnóstico clínico da doença até à atualidade, provocando incapacidades que afetam a vida das pessoas, do seu meio ambiente e da relação com a sociedade (Soares, 2006 citado por Almeida & Duarte, 2014:147).
<i>Distress</i>	Estado emocional experimentado por um indivíduo em resposta a um evento de stress específico ou uma exigência que resulta em danos temporários ou permanentes (Ridner, 2004 <i>apud</i> Snoek <i>et al.</i> , 2015:452).
Composição Corporal	Conjunto de componentes que formam a massa corporal, que avaliam padrões de crescimento e quantificam a gordura corporal (Dra. Christiane Fujii, 2023).
Complicações	Evolução desfavorável ou consequência de uma doença, uma condição ou uma terapia, que pode produzir efeitos adversos ou produzir novos problemas de saúde (Oropello <i>et al.</i> , 2016), podendo as pessoas com diabetes necessitar de intervenção comportamental e farmacológica para manutenção de bons resultados.
Sintomas da diabetes	Perceção ou avaliação de um sintoma no processo da autogestão da diabetes (Skelly <i>et al.</i> 2005 citados por Huang, 2009:217).
Resiliência	Capacidade da pessoa ultrapassar uma situação stressante, adaptando-se de forma positiva às dificuldades (Anau, 2005 <i>apud</i> Augusto <i>et al.</i> , 2014:1002).
Estratégias de <i>coping</i>	Estratégias utilizadas de forma consciente para lidar com os eventos stressantes que o adolescente enfrenta na sua vida quotidiana (Lisboa <i>et al.</i> , 2002 citados por Kristensen <i>et al.</i> , 2010:22).
Literacia em Saúde	Competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e a usarem informação de formas que promovam e mantenham boa saúde (Governo da República Portuguesa – Ministério da Saúde, 2023).
Sucesso Escolar	Processo pelo qual os alunos percorrem o ano escolar com sucesso, desenvolvendo aprendizagens significativas sobre os conhecimentos para a vida na sociedade contemporânea (Gatti <i>apud</i> Oliveira <i>et al.</i> , 2010).
Rede de suporte formal	Profissionais que trabalham com a criança e família e instituições como os hospitais, os serviços de segurança social, entre outros (Pimentel & Dias, 2012:358).
Rede de suporte informal	Pessoas que cuidam e que apoiam as crianças no seu dia a dia, como os familiares, amigos, vizinhos, associações sociais, como organizações religiosas e de voluntários (Pimentel & Dias, 2012:357).
Aceitação do diagnóstico	Processo de adaptação psicológica, pela potencialidade de tornar a pessoa mais ativa no cuidado com a doença e enfrentar as limitações e exigências da doença, forma positiva (Bertolin <i>et al.</i> , 2015:441).
Autocuidados	Prática de atividades que as pessoas realizam para benefício próprio na manutenção da vida, saúde e bem-estar, e o desenvolvimento

	dessa prática está diretamente relacionado às habilidades, limitações, valores, regras culturais e científicas da própria pessoa” (Gomides <i>et al.</i> , 2013: 290).
Sono/repouso	Estado de repouso para o corpo e a mente em que a consciência está inativa parcial ou completamente (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2023), levando a um bom controlo glicémico se existir uma boa qualidade de sono.
Atividade física	Conjunto de movimentos corporais produzidos pelos músculos esqueléticos que requeiram gasto de energia (WHO, 2023).
Controlo glicémico	Manutenção do nível da glicose no sangue, avaliada através de exames de sangue específicos que detetam os níveis glicémicos (HumAlimentar, 2022), como por exemplo a hemoglobina glicada (HbA1c), sendo considerado bom controlo glicémico valores inferiores a 6,5% de HbA1c (Netto <i>et al.</i> 2009: 33).
Hipoglicemia	Diminuição da glicémia abaixo dos seus valores fisiológicos, ou seja, no sangue venoso (Fagulha, 1989: 25-S).
Qualidade de vida	Perceção que o indivíduo tem da posição que ocupa na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores em que se insere de forma articulada com os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (Almeida, 2012: 145).

Fonte: *Elaboração própria.*

Apêndice B

Guião de Entrevista aplicado aos adolescentes com DM1

Guião de Entrevista

No âmbito do mestrado em Serviço Social, encontro-me a realizar uma investigação sobre os Fatores Protetores dos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1.

Os fatores protetores correspondem às características que o adolescente, as suas famílias, a escola, os amigos, a equipa de saúde, que reduzem e ou que eliminem os fatores de risco da doença, para promover a saúde do adolescente, o seu desenvolvimento e o bem-estar dos mesmos e da sua família.

Nesta entrevista, gostaria de conhecer a tua experiência com a diabetes *mellitus* tipo 1 individualmente e nos diversos contactos do teu dia-a-dia, nomeadamente, na família, escola, amigos, equipa de saúde, e outros.

Caraterização Sociodemográfica

- a) Sexo:
- b) Idade:
- c) Agregado familiar:
- d) Escolaridade
- e) Duração da DM:
- f) Acompanhamento na APDP:

1. Equipa de Saúde

1.1. Quando vens às consultas de acompanhamento na APDP, o que sentes em relação ao apoio da equipa de saúde?

1.2. Gostarias que esse apoio fosse diferente?

Sim **1.2.1.** De que forma?

Não **1.2.2.** O que mais gostas do apoio que a equipa de saúde te dá?

1.3. Para além das consultas na APDP, tens acompanhamento em mais alguma unidade de saúde?

Não

Sim 1.3.1. De que forma?

2. Família

2.1. Regularmente vens à APDP fazer consultas de rotina. Quem costuma acompanhar-te?

2.1.1. Quais as atitudes que a pessoa que te acompanha tem durante a consulta?

2.1.2. E que tipo de apoio te dá quando os valores da glicemia não são o que esperavam?

2.1.3. Sentes que se viesses acompanhado por outra pessoa o apoio seria diferente?

Sim 2.1.4. De que forma?

Não 2.1.5. Porquê?

2.2. Como sentes que a tua família lida com a diabetes?

2.3. Sentes que a tua família modifica o seu comportamento quando tens valores mais baixos ou valores mais altos que o normal?

Não

Sim 2.3.1. De que forma?

3. Escola e amigos

3.1. Quando existe uma criança e/ou adolescente com diabetes nas escolas, estas têm a obrigação de informar as unidades de saúde para apoio na gestão da doença. Desta forma, tens apoio na escola para a diabetes?

Não 3.1.1. Porquê?

Sim 3.1.2. Por quem?

3.1.3. Quais as tarefas que sentes que necessitas mais do apoio dessas pessoas?

3.1.4. E o que sentes em relação a esse apoio?

3.2. Na tua escola, os teus colegas sabem que tens diabetes?

Não 3.2.1. Porquê?

Sim 3.2.2. Como foi quando lhes contaste?

3.2.3. Que tipo de apoio é que eles te dão?

3.3. Sentes que a diabetes afetou o teu desempenho escolar?

Não

Sim 3.3.1. De que forma?

4. Perceção e Tratamento

4.1. Quando pensas que tens diabetes, o que sentes?

4.1.1. Já te sentiste com raiva, angustiado ou deprimido por teres diabetes?

Não

Sim 4.1.2. Porquê?

4.1.3. Quais as estratégias que utilizas para lidar melhor com esses sentimentos?

4.2. Sentes que consegues realizar uma rotina adequada para uma boa gestão da diabetes?

Sim 4.2.1. De que forma?

Não 4.2.2. Porquê?

4.3. É habitual teres episódios de hipoglicemia?

Não

Sim 4.3.1. Que estratégias utilizas quando tens uma hipoglicemia e não tens ninguém por perto?

4.3.2. O que achas que podes evitar para não teres episódios de hipoglicemia?

4.4. E quando tens episódios de hiperglicemia, o que fazes?

4.5. Costumas dormir quantas horas por noite?

4.5.1. Sentes que tens uma boa qualidade de sono? Se não, porquê?

4.6. Gostas de fazer atividade física?

Não 4.6.1. Porquê?

Sim

4.7. Atualmente, realizas alguma atividade física?

4.7.1. Qual?

4.7.2. E qual é o impacto que a atividade física tem para o teu controlo glicêmico?

4.8. Quando pensas no teu futuro, sentes que a diabetes te pode limitar em algum aspeto?

Não

Sim 4.5. De que forma?

4.9. O que achas que pode contribuir ou que poderias ter para viver bem com a diabetes?

4.10. Atualmente, de 0 a 10, como classificas a tua qualidade de vida?

4.10.1. E antigamente, como classificarias?

4.11. Daqui a uns anos, como achas que irá ser a tua qualidade de vida?

5. Outras:

5.1. Para terminar, gostaria de saber se tens conhecimento do trabalho de um Assistente Social?

5.1.1. Desta forma, o que é para ti o trabalho de um Assistente Social?

5.1.2. De que forma é que achas que te pode ajudar na gestão da diabetes?

5.2. Há alguma coisa que gostasses de acrescentar, antes de terminarmos a nossa conversa?

Apêndice C

Estrutura da grelha de análise das entrevistas aos adolescentes com DM1

Tabela 3. Estrutura da grelha de análise das entrevistas aos adolescentes com DM1

Categorias	Subcategorias	AD_
Caraterização sociodemográfica	Sexo	
	Idade	
	Agregado familiar	
	Escolaridade	
	Duração de DM	
	Acompanhamento na APDP	
Equipa de Saúde	Sentimento em relação ao apoio da equipa de saúde	
	O que mais gosta do apoio	
Família	Acompanhamento às consultas	
	Atitudes/ Apoio nas consultas	
	Se fosse outra pessoa o apoio seria diferente?	
	Relação da família com DM	
	Modificação do comportamento perante a DM	
Escola e amigos	Acompanhamento na escola	
	Necessidade de apoio	
	Tarefas que necessita de apoio	
	Sentimento em relação ao apoio	
	Conhecimento da DM e apoio por parte dos colegas/amigos e professores	
	Desempenho escolar afetado?	
Perceção e tratamento da DM	Sentimento em relação à DM	
	Sentimento de raiva, angústia e depressão?	
	Estratégias para lidar com os sentimentos	
	Realização de rotina adequada para a gestão da DM1	
	Episódios de hipoglicemia: estratégias e como evitar	
	Episódios de hiperglicemia: procedimento	

	Atividade física: realização e impacto	
	Limitações da DM	
	Contribuições para viver bem com a DM	
Sono	Horas de sono por noite	
	Qualidade de sono	
Qualidade de vida	Atualmente	
	Antigamente	
	Futuramente	
Outro	Conhecimento do trabalho do Assistente Social	
	Apoio do Assistente Social na gestão da DM	

Fonte: Elaboração própria.

Apêndice D

Consentimento Informado para os adolescentes com DM1



CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Fatores protetores na diabetes *mellitus* tipo 1: intervenção do Assistente Social junto de adolescentes e suas famílias

A gestão da diabetes é bastante exigente, para os adolescentes e para as suas famílias, devendo ser desenvolvidas capacidades não só para limitar os fatores de risco, mas também para promover fatores quer sejam protetores do estado de saúde do adolescente. O presente estudo tem como objetivo conhecer os fatores protetores nos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1 e a intervenção do Assistente Social, enquadrado em equipa multidisciplinar, junto destes adolescentes e suas famílias.

Este trabalho resulta da colaboração entre a APDP e o Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa da Universidade Lusíada de Lisboa, no âmbito do mestrado da assistente social Marisa Araújo, com a orientação dos Profs Rogério Ribeiro e Maria Isabel de Sousa.

Neste estudo, serão realizadas entrevistas semiestruturadas a adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1 entre 12 e os 16 anos, que recorreram à APDP para o acompanhamento habitual nos últimos 12 meses. Estas entrevistas serão realizadas quando os adolescentes comparecerem na APDP para consultas de rotina. Prevê-se a duração de 1 h. As entrevistas serão gravadas em formato áudio para posterior análise do conteúdo. Antes da sua realização, será necessário a assinatura do consentimento informado pelo adolescente e pelo representante legal. A ausência de uma destas autorizações inibe a participação do adolescente.

A participação neste estudo é voluntária e não tem quaisquer riscos nem custos para si. Também não receberá qualquer pagamento pela participação. Cabe-lhe a si decidir se quer participar ou não. Pode recusar-se a participar ou interromper a entrevista a qualquer momento, sem que isso prejudique, de forma alguma, o seu acompanhamento na APDP.

As entrevistas consistem numa conversa com o adolescente, na qual serão efetuadas perguntas sobre o contexto de vida familiar, social e aspetos relacionados com a gestão da sua saúde. Serão também recolhidos dados pessoais, nomeadamente, número de processo da APDP, nome, sexo, idade, escolaridade, agregado familiar, tipo de diabetes, duração de diabetes, tempo

Mod. 32.01

Rua Rodrigo da Fonseca, 1 | 1250-189 Lisboa | Telefone: 213 816 100 | E-mail: diabetes@apdp.pt





de acompanhamento na APDP, índice de massa corporal e HbA1c. Todos os dados serão anonimizados e devidamente guardados e protegidos, sendo somente utilizados para as finalidades do estudo. De modo a garantir o anonimado e confidencialidade de dados, ser-lhe-á atribuído um código cuja chave de identificação será apenas conhecida pela equipa de investigação deste estudo. A sua identificação nunca será tornada pública e todos os contactos serão efetuados em ambiente de privacidade e sigilo profissional. Qualquer comunicação científica dos resultados deste estudo não permitirá, de nenhum modo, a sua identificação.

Os seus dados pessoais serão conservados durante 5 anos após o final do estudo, sendo tornados irreversivelmente anónimos, com destruição da chave de descodificação, impossibilitando, por qualquer forma, a identificação do titular dos dados pessoais e conservados para efeitos de investigação.

De acordo com os limites legais e quando aplicável, os titulares dos dados têm o direito de retirar o consentimento, solicitar o acesso aos dados, a retificação dos dados, o apagamento, a limitação do tratamento, a oposição ao tratamento, a portabilidade dos dados, bem como apresentar reclamação à CNPD ou outra entidade competente. Sempre que o titular dos dados quiser exercer qualquer um dos direitos mencionados, deve solicitá-lo ao investigador que o acompanha.

Este estudo cumpre legislação aplicável, nomeadamente o Regulamento (EU), 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados e que revoga a Diretiva 95/46/CE e a Lei n.º 58/2019 que assegura, na ordem jurídica nacional, a execução do referido Regulamento, tendo sido também revisto e aprovado pela Comissão de Ética da APDP.

A APDP designou um Encarregado de Proteção de Dados cujo contacto é rgpd@apdp.pt.

Caso necessite de algum esclarecimento adicional, poderá contactar a equipa de investigação através do seguinte e-mail: marisa.araujo@apdp.pt.

Receberá uma cópia deste formulário de Consentimento Informado Escrito.

Mod. 32.01

Rua Rodrigo da Fonseca, 1 | 1250-189 Lisboa | Telefone: 213 816 100 | E-mail: diabetes@apdp.pt



CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO
Fatores protetores na diabetes *mellitus* tipo 1: intervenção do Assistente Social junto de adolescentes e suas famílias

Eu, _____, declaro ter lido e compreendido o documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas e pude esclarecer todas as minhas dúvidas.

Eu, _____, Pai/Mãe/Tutor de _____, declaro ter lido e compreendido o documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas e pude esclarecer todas as minhas dúvidas.

Desta forma, declaro que:

- Recebemos informação que consideramos suficiente sobre o estudo;
- Permito a utilização dos dados que, de forma voluntária forneço, unicamente para este estudo, sendo garantido o anonimato e a confidencialidade;
- Falei com _____ (nome do investigador);
- Compreendi que a minha participação é voluntária e que não confere o direito a qualquer tipo de remuneração;
- Concordo em participar neste estudo de livre vontade.

O Participante: _____ Data: __/__/__

O Pai/Mãe/Tutor: _____ Data: __/__/__

O Investigador: _____ Data: __/__/__

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

Mod. 32.01

Rua Rodrigo da Fonseca, 1 | 1250-189 Lisboa | Telefone: 213 816 100 | E-mail: diabetes@apdp.pt



Apêndice E

Guião do Grupo Focal aplicado aos Assistente Sociais que trabalhem em contacto
hospitalar



Projecto "Intervenção Social junto de pessoas com diabetes"

Grupo Focal "Fatores Protetores na diabetes *mellitus* tipo 1: intervenção do Assistente Social junto de adolescentes e suas famílias"

30 de Novembro 2023

Guião

A. Introdução

- Acolhimento
- Agradecimento aos participantes pela disponibilidade
- Apresentação da equipa e dos participantes
- Enquadramento do estudo e objectivos do Grupo Focal

Face à revisão bibliográfica sobre os fatores protetores, entende-se que estes se tornam essenciais na proteção dos indivíduos, nomeadamente, dos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1. Os adolescentes, bem como as suas famílias e a comunidade em que estão inseridos, podem e devem contribuir para que estes fatores protetores existam e permaneçam, não deixando que os fatores de risco se sobreponham.

Com este grupo focal, pretende-se desenvolver um processo reflexivo sobre os fatores protetores nos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1 e o papel do Serviço Social na identificação de lacunas e na articulação e acesso a recursos passíveis de potenciar os fatores protetores individuais, familiares e comunitários.

B. Debate – questões-chave

1. Quais os desafios que o Assistente Social enfrenta na sua intervenção com um adolescente com diabetes *mellitus* tipo 1 e suas famílias?
2. De que modo o Assistente Social pode contribuir para potenciar os fatores protetores nos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1?



«Este trabalho é financiado por fundos nacionais através da FCT - Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P., no âmbito do Projeto «UIDB/04624/2020»

Apêndice F

Lista de Centros Hospitalares / Hospitais da AML



Projecto de investigação
"Intervenção Social junto de pessoas com diabetes"

Grupo Focal

"Fatores Protetores na diabetes *mellitus* tipo 1: intervenção do Assistente Social junto de adolescentes e suas famílias"

30 de novembro de 2023

Lista de Centros Hospitalares / Hospitais da AML

Centro Hospitalar/Hospital
Centro Hospitalar Barreiro Montijo
Hospital de Nossa Senhora do Rosário (Sede) - Barreiro
Hospital do Montijo
Centro Hospitalar de Lisboa Central
Hospital de Santo António dos Capuchos (sem pediatria)
Hospital Dona Estefânia
Hospital S. José (sem pediatria)
Maternidade Alfredo da Costa
Centro Hospitalar de Lisboa Norte
Hospital de Santa Maria
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental
Hospital de Egas Moniz (sem pediatria)
Hospital de S. Francisco Xavier
Centro Hospitalar de Setúbal
Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão
Hospital São Bernardo
Hospital Beatriz Ângelo
Hospital de Cascais
Hospital Garcia de Orta
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca
Hospital de Vila Franca de Xira

Apêndice G

Consentimento Informado para os Assistentes Sociais que trabalhem em contexto
hospitalar



Projecto de investigação
"Intervenção Social junto de pessoas com diabetes"

Grupo Focal

"Fatores Protetores na diabetes *mellitus* tipo 1: intervenção do Assistente Social junto de adolescentes e suas famílias"

Data: 30 de Novembro 2023

Horário: 14h30 – 16h30

Local: Universidade Lusíada, Lisboa (sala 4E)

Objetivo: Analisar o papel do Serviço Social no âmbito da promoção dos fatores protetores nos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1 e os desafios que se colocam à intervenção social neste contexto.

Destinatários: Assistentes Sociais a exercer funções em contexto hospitalar, com intervenção junto de adolescentes com diabetes *mellitus* tipo1.

Dinamizadora: Dra. Marisa Araújo.

Outros membros da equipa do Projecto: Professora Doutora Isabel de Sousa (coord.), Professor Doutor Rogério Ribeiro.



«Este trabalho é financiado por fundos nacionais através da FCT - Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P., no âmbito do Projeto «UIDB/04624/2020»



CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

A gestão da diabetes é bastante exigente, para os adolescentes e para as suas famílias, devendo ser desenvolvidas capacidades não só para limitar os fatores de risco, mas também para promover fatores que sejam protetores do estado de saúde do adolescente. O presente estudo tem como objetivo conhecer os fatores protetores nos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1 e a intervenção do Assistente Social, enquadrado em equipa multidisciplinar, junto destes adolescentes e suas famílias.

Este trabalho resulta da colaboração entre a APDP e o Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa da Universidade Lusíada de Lisboa, no âmbito do mestrado da assistente social Marisa Araújo, com a orientação dos Professores Isabel de Sousa e Rogério Ribeiro.

Neste estudo, será realizado um grupo de discussão com Assistentes Sociais presencialmente, prevendo-se que tenha uma duração de 2 horas.

Pode decidir ou não participar. A sua participação é voluntária, sem riscos, sem custos e sem direito a retribuição.

Para a realização deste estudo será recolhida a sua categoria profissional e as opiniões transmitidas durante o grupo de discussão. O grupo de discussão será gravado, em formato áudio, para posterior análise de conteúdo. A gravação só iniciará após a sua autorização, com a assinatura deste consentimento. A gravação será destruída após o término do estudo e os dados serão conservados anonimamente para efeitos de investigação. A sua identificação nunca será tomada pública e os dados recolhidos serão devidamente guardados e protegidos, garantindo a confidencialidade e o uso exclusivo para as



«Este trabalho é financiado por fundos nacionais através da FCT - Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P., no âmbito do Projeto «UIDB/04624/2020»



finalidades deste estudo. Qualquer apresentação científica dos resultados deste estudo será ANÓNIMA, ou seja, não permitirá, de forma alguma, identificá-lo(a).

De acordo com os limites legais e quando aplicável, os titulares dos dados têm o direito de retirar o consentimento, solicitar o acesso aos dados, a retificação dos dados, o apagamento, a limitação do tratamento, a oposição ao tratamento, a portabilidade dos dados, bem como apresentar reclamação à CNPD ou outra entidade competente. Sempre que o titular dos dados quiser exercer qualquer um dos direitos mencionados, deve solicitá-lo ao investigador que o acompanha.

Este estudo cumpre legislação aplicável, nomeadamente o Regulamento (EU), 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados e que revoga a Diretiva 95/46/CE e a Lei n.º 58/2019 que assegura, na ordem jurídica nacional, a execução do referido Regulamento.

Foram designados Encarregados de Proteção de Dados cujos contactos são rgpd@apdp.pt (APDP) e nsas@ulusiada.pt (CLISSIS).

Caso necessite de algum esclarecimento adicional, poderá contactar a equipa de investigação através do seguinte e-mail: marisa.araujo@apdp.pt.

Receberá uma cópia deste formulário de Consentimento Informado Escrito.



«Este trabalho é financiado por fundos nacionais através da FCT - Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P., no âmbito do Projeto «UIDB/04624/2020»



Declaração de Consentimento Informado Livre e Esclarecido

Fatores protetores na diabetes *mellitus* tipo 1: intervenção do Assistente Social junto de adolescentes e suas famílias

Eu, _____, declaro ter lido e compreendido o documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas e pude esclarecer todas as minhas dúvidas.

Desta forma, declaro que:

- Recebi a informação que considero suficiente sobre o estudo;
- Permito a utilização dos dados que, de forma voluntária forneço, unicamente para este estudo, sendo garantido o anonimato e a confidencialidade;
- Falei com _____ (nome do investigador);
- Compreendi que a minha participação é voluntária e que não confere o direito a qualquer tipo de remuneração;
- Concordo em participar neste estudo de livre vontade.

O Participante: _____

Data: ___/___/___

O Investigador: _____

Data: ___/___/___

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO



«Este trabalho é financiado por fundos nacionais através da FCT - Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P., no âmbito do Projeto «UIDB/04624/2020»