

Implementação do Gabinete de Diagnóstico e de Apoio Social numa
Unidade Especializada nos Cuidados à Diabetes

Cátia Sofia dos Santos Afonso

Trabalho de projeto submetido como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Serviço Social

Orientador(a):

Doutora Maria Inês Amaro, Professora Auxiliar, ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

Coorientador(a):

Doutor Rogério Tavares Ribeiro, Professor Auxiliar Convidado, Universidade de Aveiro

Agosto de 2018

Não sei o que possa parecer aos olhos do mundo, mas aos meus pareço apenas ter sido como um menino brincando à beira-mar, divertindo-me com o facto de encontrar de vez em quando um seixo mais liso ou uma concha mais bonita que o normal, enquanto o grande oceano da verdade permanece completamente por descobrir à minha frente.

Isaac Newton

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer:

À Professora Doutora Maria Inês Amaro e ao Professor Doutor Rogério Tavares Ribeiro pela disponibilidade, apoio e oportunidade.

Ao Presidente Doutor José Manuel Boavida, ao Diretor Clínico João Filipe Raposo e à Enfermeira Dulce Nascimento do Ó pela partilha de conhecimentos e simpatia.

Aos utentes e colegas da Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP); à Mestre Filipa Silva e à Mestre Rita Andrade.

À Professora Doutora Inês Espírito Santo e às colegas de Mestrado em Serviço Social pela partilha de saberes.

À minha Mãe, aos meus familiares e amigos pelo incentivo e por acreditarem sempre nas minhas capacidades.

Em especial:

Ao meu Papá, *grandes heróis deixam grandes saudades*. Obrigada por tudo.

RESUMO

Introdução: Sabe-se que os determinantes sociais de saúde permitem fornecer informações cruciais sobre fatores que influenciam a saúde. No intuito de identificar as necessidades de apoio social sentidas pelas pessoas com diabetes, mas também para o estudo e suporte de problemas sociais que condicionem a saúde das pessoas e respetivas famílias, a Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP) iniciou a implementação de um Gabinete de Diagnóstico e Apoio Social.

Objetivo: Caracterizar os determinantes sociais de saúde e identificar respostas sociais adequadas para pessoas com diabetes.

Material e Métodos: Estudo realizado através de um diagnóstico social criado para pessoas com diabetes com idade superior a 18 anos, com assinatura de termo de consentimento. A aplicação do diagnóstico social foi realizada em cada atendimento social na APDP sendo a amostra não probabilística, de conveniência, ficando constituída por 200 elementos.

Resultados: Foram inquiridas 200 pessoas com diabetes, maioritariamente do sexo feminino (63%). Um quarto residente na região de Lisboa e com idade média de 68 anos. O principal suporte referido é a família e sensivelmente 27% constituem uma família unitária. 67% possuem rendimentos provenientes de pensões, sendo que cerca de 37% dizem ter dificuldades em sustentarem-se. Sensivelmente 19% dizem ter deixado de praticar uma alimentação saudável por carência económica. Os principais encaminhamentos para a atribuição de apoios foram os centros de dia (7%) e o serviço de apoio alimentar (15%).

Conclusão: A existência de carências económicas dificulta a sustentabilidade das famílias e a sua capacidade de aceder a uma alimentação saudável. O Serviço Social pode ter aqui uma prática fundamental, dado que fornece serviços adequados às necessidades sociais das pessoas com diabetes. Além disso, verifica-se um elevado número de idosos em situação de isolamento social e sem suporte social que possa acompanhar a situação clínica do paciente. Sabe-se que a felicidade, o bem-estar e a qualidade de vida são conceções interrelacionadas, pelo que as principais intervenções executadas foram o aconselhamento social, o apoio psicossocial, a advocacia social e a mediação institucional.

Palavras-Chave: Diabetes, Diagnóstico Social, Saúde, Serviço Social.

ABSTRACT

Introduction: It is known that social determinants of health allow to provide crucial information on factors that influence health. To identify the social support needs felt by people with diabetes, but also to study and support social problems that affect the health of people and their families, the Association for the Protection of Diabetics of Portugal (APDP) initiated the implementation of Office of Diagnosis and Social Support.

Objective: Characterize social determinants of health and identify appropriate social responses for people with diabetes.

Materials and Methods: This study was carried out through a social diagnosis created for people with diabetes over 18 years of age, with a signed consent form. The application of the social diagnosis was performed in each social service in the APDP, being the non-probabilistic sample, of convenience, being constituted by 200 elements.

Results: 200 people with diabetes were interviewed, mostly female (63%). A fourth resident in the region of Lisbon and with average age of 68 years. The main support referred to is the family and approximately 27% constitute a unitary family. 67% have income from pensions, and about 37% say they have difficulties in sustaining themselves. About 19% say they have stopped practicing a healthy diet due to economic need. The main referrals for the granting of support were day centers (7%) and food support service (15%).

Conclusion: The existence of economic deficiencies makes it difficult for the families to survive and their ability to access healthy food. Social work can have a fundamental practice here, as it provides services that are adequate to the social needs of people with diabetes. In addition, there is a high number of elderly people in a situation of social isolation and without social support that can accompany the patient's clinical situation. It is known that happiness, well-being and quality of life are interrelated concepts, so the main interventions carried out were social counseling, psychosocial support, social advocacy and institutional mediation.

Key Words: Diabetes, Social Diagnosis, Health, Social Work.

ÍNDICE

Agradecimentos.....	II
Resumo	III
<i>Abstract</i>	IV
Índice.....	V
Índice de Figuras	VIII
Índice de Quadros	IX
Glossário de Siglas.....	X
INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I – Contextualização Teórica.....	2
1. Serviço Social na Saúde.....	2
1.1 Do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial.....	2
1.2 Desigualdades Sociais na Saúde	3
1.3 Determinantes Sociais da Saúde	4
1.4 Serviço Social na Saúde	6
2. Diabetes <i>Mellitus</i>	6
2.1 O que é a Diabetes <i>Mellitus</i> ?	6
2.1 Prevalência da Diabetes <i>Mellitus</i> em Portugal.....	8
3. Serviço Social e a Diabetes <i>Mellitus</i>	8
3.1 Modelos de Intervenção	8
3.1.1 Modelo de Gestão de Casos.....	9
3.1.2 Modelo Psicossocial	10
3.2 Serviço Social numa Unidade Especializada.....	10
3.2.1 Acompanhamento à Pessoa com Diabetes.....	12
CAPÍTULO II – Caracterização Institucional	13

1. Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP)	13
2. Definição do Problema	13
CAPÍTULO III – Projeto “Implementação de um Gabinete de Diagnóstico e de Apoio Social numa Unidade Especializada nos Cuidados à Diabetes”	
1. Denominação do Projeto	14
2. Natureza do Projeto.....	14
2.1 Descrição do Projeto	14
2.2 Fundamentação do Projeto	14
3. Finalidade.....	15
4. Objetivos	15
5. Criação e aplicação de um instrumento de apoio ao Diagnóstico Social	16
5.1 Metodologia de Trabalho.....	16
5.2 Atendimento Psicossocial	19
5.3 Serviço Social numa Equipa Multidisciplinar	20
5.4 Políticas Públicas e Respostas Sociais	21
6. Sistema de Atores	23
6.1 Pessoa com Diabetes	23
6.2 Suporte Social, Família e Cuidadores	24
6.3 Equipa Multidisciplinar.....	24
7. O Pedido de Apoio Social.....	26
8. Localização	26
9. Plano de Ação, Recursos e Indicadores.....	27
10. Cronograma do Projeto	29
CAPÍTULO IV – Avaliação	
1. Análise Crítica dos Resultados e Intervenções Sociais	30
2. Vulnerabilidades Sociais.....	46

Conclusão.....	48
Perspetivas Futuras.....	50
Bibliografia.....	51
Fontes	59
Anexos	i
Anexo A – Ferramenta de Apoio ao Diagnóstico Social.....	i
Anexo B – Consentimento Informado	x
Anexo C – Informação Estatística.....	xiii
Anexo D – <i>Poster</i> de Investigação Congresso: 1º Congresso Nacional da APDP e 10º Congresso de Educadores	xx
Anexo E – <i>Poster</i> de Investigação Congresso: 3º Congresso de Serviço Social no CHLC, EPE.....	xxi
Anexo F – <i>Poster</i> de Investigação Congresso: 14º Congresso Português de Diabetologia.....	xxii
CV – Modelo Europeu.....	xxiii

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.1 – Modelo Biopsicossocial da pessoa com diabetes.....	3
Figura 1.2 – Determinantes sociais da saúde em pessoas com diabetes	5
Figura 1.3 – Prevalência da diabetes em Portugal.....	8
Figura 1.4 – Modelo de gestão de casos	9
Figura 1.5 – Modelo psicossocial.....	10
Figura 1.6 – Níveis de atuação do assistente social numa unidade especializada no cuidado à diabetes.....	11
Figura 1.7 – Residência dos inquiridos	31
Figura 1.8 – Capacidade de sustentabilidade do agregado familiar	34
Figura 1.9 – Apoio social	34
Figura 1.10 – Situação funcional da pessoa com diabetes	35
Figura 1.11 – Qualidade de vida da pessoa com diabetes.....	36
Figura 1.12 – Perceção da pessoa relativamente à sua situação clínica.....	37
Figura 1.13 – Atitudes e comportamentos da pessoa com diabetes	38
Figura 1.14 – Perceção do paciente relativamente ao seu estado de saúde.....	39
Figura 1.15 – A sexualidade na pessoa com diabetes	40
Figura 1.16 – Autocuidados com a diabetes	41
Figura 1.17 – Estado psicológico da pessoa com diabetes.....	42
Figura 1.18 – Problemáticas em diabetes.....	43
Figura 1.19 – Suporte social das pessoas com diabetes	44
Figura 1.20 – Perceção do paciente relativamente ao seu grau de confiança e relativamente ao seu grau de felicidade.....	45
Figura 1.21 – Acompanhamento psicossocial da pessoa com diabetes.....	46

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1.1 – Pressupostos e críticas ao modelo biomédico	2
Quadro 1.2 – Objetivos gerais e específicos do projeto	15
Quadro 1.3 – Instrumento de apoio ao diagnóstico social	17
Quadro 1.4 – Caracterização do público-alvo e técnica de recolha de dados	23
Quadro 1.5 – Plano de ação, recursos e indicadores	27
Quadro 1.6 – Cronograma do projeto	29
Quadro 1.7 – Valor médio de hemoglobina glicada (HbA1c) e anos de evolução	30
Quadro 1.8 – Dados sociodemográficos	31
Quadro 1.9 – Vulnerabilidades sociais detetadas	46
Quadro 1.10 – Apoio social da pessoa com diabetes	xiii
Quadro 1.11 – Situação funcional da pessoa com diabetes	xiii
Quadro 1.12 – Qualidade de vida das pessoas com diabetes	xiv
Quadro 1.13 – Perceção da pessoa relativamente à sua situação clínica	xv
Quadro 1.14 – Atitudes e comportamentos da pessoa com diabetes	xvi
Quadro 1.15 – A sexualidade na pessoa com diabetes	xvi
Quadro 1.16 – Autocuidados com a diabetes	xvii
Quadro 1.17 – Estado psicológico da pessoa com diabetes	xvii
Quadro 1.18 – Problemáticas em diabetes	xviii
Quadro 1.19 – Suporte social da pessoa com diabetes	xix
Quadro 1.20 – Respostas sociais	xix

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

APDP – Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal

AVD – Atividades da Vida Diária

DGS – Direção Geral da Saúde

DM – Diabetes *Mellitus*

GDAS – Gabinete de Diagnóstico e de Apoio Social

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

OMS – Organização Mundial da Saúde

OND – Observatório Nacional da Diabetes

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SPD – Sociedade Portuguesa de Diabetologia

SS – Segurança Social

INTRODUÇÃO

A Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP) iniciou a implementação de um gabinete de diagnóstico e apoio social, com o objetivo de identificar as necessidades de apoio social sentidas pelas pessoas com diabetes, mas também para o estudo e suporte em problemas sociais que condicionem a saúde das pessoas e respetivas famílias. Para tal, foram estabelecidos dois níveis de atuação: o acompanhamento à pessoa com diabetes e respetivas famílias (atendimento psicossocial) e a prevenção das complicações da diabetes através da sensibilização e consciencialização para a doença com o apoio de uma equipa multidisciplinar.

A dimensão biológica é sem dúvida importante, mas a dimensão social também o é, sendo importante manter não só a tradicional visão biomédica, mas também a promoção de uma visão biopsicossocial dos problemas, reconhecendo as consequências sociais da doença, uma vez que hoje se sabe que problemas como a pobreza, as condições de trabalho, as condições habitacionais, questões familiares, entre outros, podem afetar a saúde da pessoa. Ao longo dos tempos o conceito de saúde e de doença têm transformado os papéis dos profissionais, fazendo com que a perspetiva seja centrada não só na saúde, mas também em fatores psicológicos e sociais. Em 1974, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu que a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não, simplesmente, a ausência de doenças ou enfermidades.

A presença da diabetes *mellitus* na vida das pessoas poderá ser um problema social, pois não só influencia o seu dia-a-dia, mas também as pessoas que o rodeiam como a família, os amigos e os colegas. Neste sentido, o serviço social tem um papel significativo na abordagem psicossocial da pessoa, estudando fatores de ordem económica, social e cultural, mas também fatores de ordem psicológica como o processo de aceitação da doença crónica e a reintegração sociofamiliar e profissional ou escolar da pessoa.

O serviço numa unidade especializada nos cuidados à diabetes é desafiado a ter um papel ativo na sociedade, na eficácia das respostas sociais e na promoção da saúde como um direito fundamental para todas as pessoas. Não pretende ver apenas as condições de saúde, mas sim promover uma visão biopsicossocial dos problemas e reconhecer as consequências sociais da doença, considerando fatores como as experiências da pessoa, a sua trajetória de vida e as possibilidades de recursos.

CAPÍTULO I – CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

1. Serviço Social na Saúde

1.1 Do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial

De acordo com Giddens (2013), o Modelo Biomédico de saúde assenta em três pressupostos fundamentais. Em primeiro lugar, a doença é vista como uma rutura do funcionamento do corpo. Em segundo lugar, o paciente representa um corpo doente e a ênfase é colocada na cura da doença. Em terceiro lugar, os médicos são considerados os únicos peritos no seu tratamento.

Nota-se que nas últimas décadas o Modelo Biomédico tem sido alvo de inúmeras críticas (Quadro 1.1), pelo que a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu que a saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades”, pelo que a saúde não se trata apenas de aspetos biológicos e fisiológicos, mas também psicológicos e sociais.

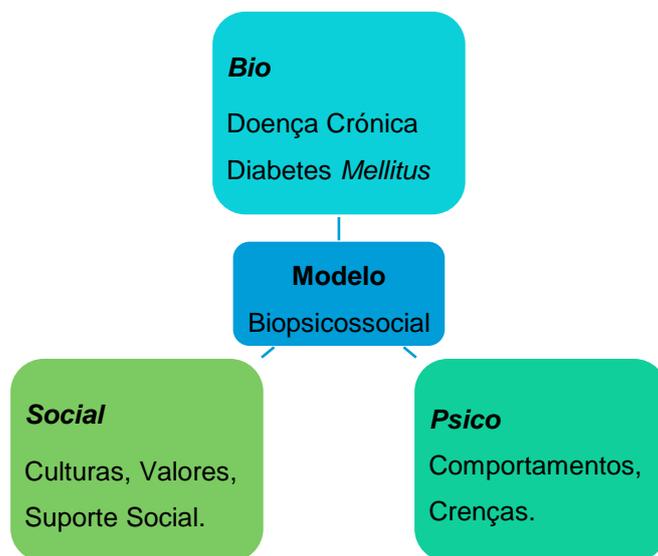
Quadro 1.1 Pressupostos e críticas ao Modelo Biomédico. (Anthony Giddens, 2013)

Pressupostos	Críticas
A doença constitui uma rutura no funcionamento do corpo humano causada por um agente biológico específico.	A doença é uma construção social, não algo que possa ser revelado pela «verdade científica».
O paciente é um ser passivo cujo «corpo doente» pode ser tratado em separado da sua mente.	As opiniões do paciente e a sua experiência da doença são cruciais no tratamento. O paciente é um ser ativo e «integral», sendo importante o seu bem-estar global, e não apenas a sua saúde física.
Os médicos possuem um «conhecimento especializado» e oferecem o único tratamento válido para a doença.	Os médicos não são a única fonte de conhecimento sobre a saúde e a doença- há formas alternativas de conhecimento igualmente válidas.
O lugar apropriado para o tratamento é o hospital, onde a tecnologia médica está concentrada e é mais bem empregue.	Não é necessário que a cura tenha lugar no hospital. Os tratamentos que recorrem à tecnologia, à medicação e à cirurgia não são necessariamente superiores.

De acordo com Fava e Sonino (2008), o Modelo Biopsicossocial permite que a doença seja vista como um resultado de uma interação de mecanismos celulares,

teciduais, interpessoais e ambientais. Ou seja, o Modelo Biopsicossocial permite que a doença seja vista de forma generalizada, como um bem-estar físico, psicológico e social, contextualizando diferentes aspetos como por exemplo a situação económica e a situação habitacional, sendo que a saúde não é só a ausência de doença. (Figura 1.1)

Figura 1.1 Modelo Biopsicossocial na pessoa com diabetes (Elaboração própria, 2018).



O Modelo Biopsicossocial permite que os profissionais de saúde vejam o paciente de uma forma holística, considerando que a história de vida das pessoas é fundamental para desenhar um tratamento eficaz de acordo com a situação clínica.

1.2 Desigualdades Sociais na Saúde

Ao analisarmos a sociedade, verificamos as condições sociais, económicas, políticas e culturais, no entanto, importa realçar o quanto é relevante entender as causas das desigualdades e o que essas desigualdades podem originar. De acordo com Cockerham (2007), “a classe social ou o estatuto socioeconómico é o preditor mais forte da saúde, do aparecimento de doenças e da longevidade em sociologia médica”.

Sabe-se que a verdadeira causa das desigualdades sociais na saúde é fruto do baixo estatuto socioeconómico em que as pessoas vivem. É certo que as pessoas que vivem em países desenvolvidos têm maior probabilidade de sobreviverem do que as pessoas que vivem em países não desenvolvidos. Uma pessoa que nasça em famílias economicamente estáveis tem mais probabilidade de viver maior número de anos do que uma pessoa que nasça no seio de uma família com graves carências económicas.

Também Bauman e Schroder (2015) dizem que as desigualdades económicas podem afetar a saúde e qualidade de vida das pessoas com diabetes. As desigualdades

sociais na saúde surgem devido à desequilibrada distribuição da riqueza e do rendimento, ao desemprego, às más condições de trabalho e às más condições habitacionais, sendo que a pobreza se reverte na exclusão social. Falamos de populações que pertencem a uma classe social baixa, que têm carência económica e por isso as condições habitacionais não são as melhores, trabalham em condições precárias e não têm cuidados de higiene e alimentação adequadas, levando à contração de doenças.

De acordo com Whitehead (2007), o estado de saúde dos indivíduos depende das suas características hereditárias, dos seus comportamentos e estilos de vida, do tipo e da qualidade das relações sociais e comunitárias, das suas condições de vida e das condições contextuais em que se inserem. As populações com baixos rendimentos económicos são caracterizadas por terem piores condições de saúde e de bem-estar, tornando-se assim um grupo vulnerável. Estudar os determinantes sociais de saúde permite reconhecer os fatores que possam estar a influenciar a saúde das pessoas e reconhecer mecanismos que possam promover melhor qualidade de vida.

O combate à pobreza infantil, a negociação de estratégias de investimento para uma economia inclusiva, a criação de novos postos de trabalho e melhoria aqueles que já existem, o estabelecimento de rendas de habitação a preços acessíveis, permitiria melhorar a qualidade de vida das pessoas e consequentemente o seu bem-estar. São estes fatores que influenciam a saúde das pessoas com diabetes, pelo que se forem criadas políticas públicas que respondam às necessidades sociais diagnosticadas, a qualidade de vida das pessoas poderá melhorar significativamente.

1.3 Determinantes Sociais da Saúde

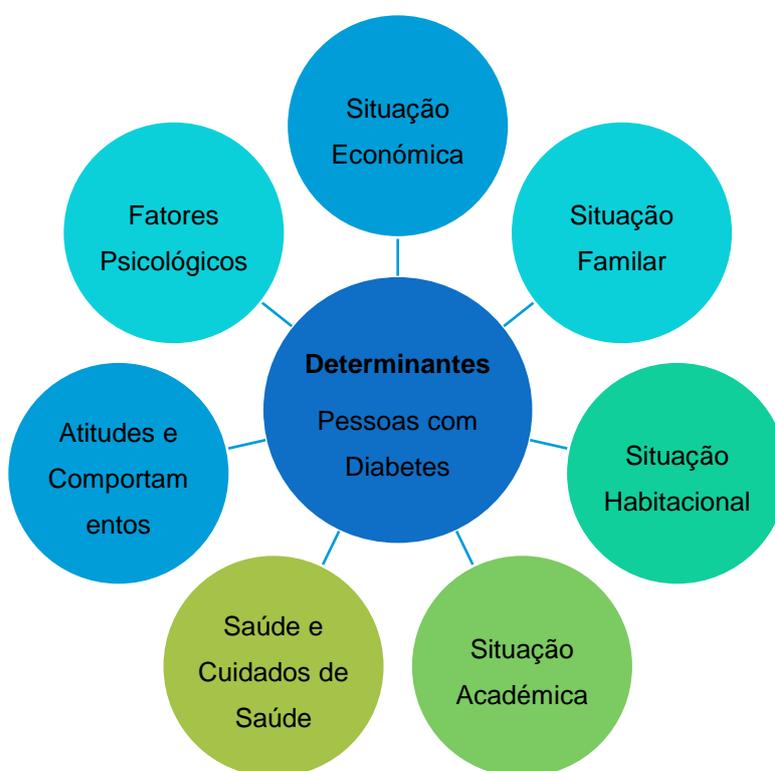
De acordo com Cabral (2002), a hipótese de que a pobreza e a saúde se encontram negativamente correlacionadas tem sido amplamente discutida, sendo a pobreza considerada um fator importante como causa e consequência de doenças. Os determinantes sociais de saúde vêm tornar reconhecida a doença social que as pessoas vivem. De acordo com Mondragón (1999), as doenças são um fenómeno social por terem origens sociais que influenciam a sua evolução e consequências.

A diabetes *mellitus* é uma doença que exige um autocontrole e um autocuidado constante, pelo que se torna importante estudar os determinantes sociais da saúde e os fatores que possam influenciar a sua qualidade de vida. Falamos de uma doença crónica que exige mudanças profundas da sua rotina, nomeadamente na melhoria dos hábitos alimentares, na concretização de atividade física e o paciente deverá adaptar-se aos esquemas terapêuticos que lhe são propostos. Esta mudança poderá não ser de

imediatamente, pois a pessoa poderá passar por um processo de aceitação e adaptação da doença.

Os determinantes sociais em saúde concretizam-se através dos estilos de vida de cada um e dos seus próprios comportamentos, por isso é importante a análise de fatores económicos, políticos e sociais para a compreensão do estado de saúde de cada indivíduo. A autoestima e a autoconfiança fazem também parte dos determinantes sociais de saúde, por isso é tão necessário o acompanhamento psicossocial da pessoa com diabetes. (Figura 1.2)

Figura 1.2 Determinantes sociais da saúde em pessoas com diabetes (Elaboração própria, 2018).



Os hábitos pessoais de saúde e o meio social onde as pessoas se encontram inseridas estão associadas a melhores níveis de saúde, pelo que estudar os determinantes sociais de saúde permitirá conhecer e reconhecer as carências sociais das pessoas e melhorar a sua qualidade de vida e bem-estar, com a criação de políticas públicas para populações de alto risco. Estudar o perfil de saúde da pessoa com diabetes através do diagnóstico social, permitirá averiguar o impacto comportamental, psicológico e as necessidades de apoio social. Estudar os determinantes sociais de saúde significa analisar a trajetória de vida do paciente, sendo a saúde de cada pessoa o produto de políticas sociais e económicas e um direito de cidadania.

Sabe-se que os determinantes sociais da saúde afirmam a identificação da determinação social das doenças, pelo que se pode prevenir os problemas de saúde, desenvolvendo ações que permitam combater as causas sociais das doenças e outras questões de carácter social.

1.4 Serviço Social na Saúde

O serviço social é uma profissão que funciona com base em teorias, modelos e metodologias de intervenção em problemáticas específicas. De acordo com Carvalho e Pinto (2014), “o serviço social é um saber complexo, em construção, composto de teorias, metodologias, princípios, valores, ideologias e cultura próprias”.

Os assistentes sociais na área da saúde são desafiados a proteger as pessoas, promovendo princípios como a autonomia, a dignidade, a liberdade e a autodeterminação. Os valores desta profissão são de natureza ética e trabalhar com pessoas significa respeitá-las e agir de forma consciente e digna. A ética também permite legitimar a profissão de assistente social, reconhecendo-a e dando-lhe credência de autoridade para uma atuação que é também ela qualificada com ensino superior.

Os valores e princípios são fundamentais em qualquer prática do assistente social: na resolução de problemas, na avaliação das necessidades, na procura de soluções para os mais diversos problemas, na capacitação (*empowerment*) dos indivíduos para o seu próprio desenvolvimento, na consciencialização das comunidades e na dinamização de processos de *advocacy*. Encontramo-nos numa época em que existem cada vez menos recursos e mais necessidades sociais, pelo que a profissão de assistente social foi-se alterando de acordo com o desenvolvimento económico e social da sociedade. O serviço social na saúde é chamado a agir perante estas problemáticas e para a defesa dos direitos dos indivíduos, é desafiado a manifestar-se de forma crítica, reflexiva e a adaptar-se a novas necessidades que vão surgindo nas sociedades modernas.

2. A Diabetes *Mellitus*

2.1 O que é a Diabetes *Mellitus*?

De acordo com Correia (2014), a diabetes é uma doença que resulta da falta de insulina ou da incapacidade de esta exercer a sua função ou ainda de ambas as situações ao mesmo tempo. A insulina é uma hormona produzida no pâncreas, nas células beta dos

ilhéus de langerhans, que permite a entrada da glicose circulante para que possa fornecer energia ao nosso organismo.

A diabetes é considerada uma doença crónica, pelo que de acordo com o Despacho Conjunto n.º 861/99 assinado pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Solidariedade, a doença crónica é considerada “uma doença de longa duração com aspetos 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 que tem de ser considerada no contexto da vida familiar, escolar e/ou laboral (...)”.

Existem vários tipos de diabetes, destacam-se os três seguintes: tipo 1, tipo 2 e a diabetes gestacional.

A diabetes tipo 1 é uma forma mais rara de diabetes, em que as células beta do pâncreas deixam de produzir insulina total (ou quase). É conhecida como a diabetes insulino dependente e começa, maior parte das vezes, em crianças ou jovens, no entanto também poderá aparecer em adultos e idosos. As pessoas com diabetes tipo 1 necessitam de terapêutica com insulina para sempre, porque o pâncreas deixa de a poder fabricar.

Na diabetes tipo 2, o pâncreas é capaz de produzir insulina, no entanto uma alimentação incorreta e uma vida sedentária, tornam o organismo resistente à ação da insulina. Grande parte das pessoas com diabetes tipo 2 têm excesso de peso, fazem pouco exercício físico e consomem excesso de calorias. Nos últimos anos, tem aparecido em idades mais jovens por causa da má alimentação, devido por exemplo aos *fast-food*, disponíveis essencialmente em países desenvolvidos.

A diabetes gestacional ocorre durante a gravidez e normalmente desaparece no final. No entanto, se posteriormente não tomarem medidas preventivas, poderão vir a ter diabetes tipo 2. Durante a gravidez, a diabetes deve ser corrigida com dieta e, por vezes, com insulina. Os abortos são um risco da diabetes gestacional.

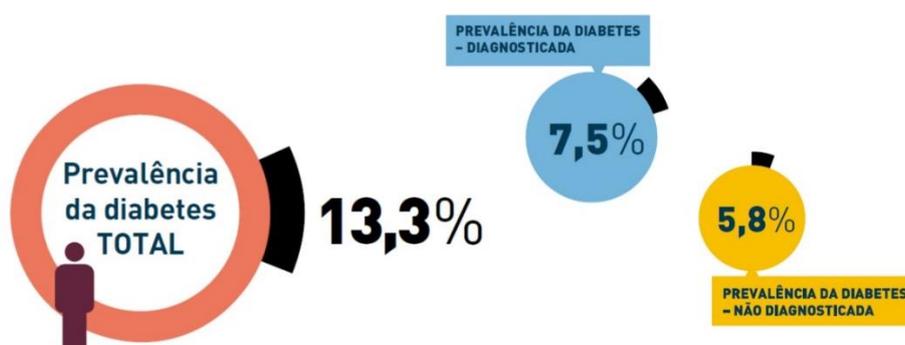
A diabetes é uma doença crónica silenciosa, pelo que por vezes é apenas diagnosticada passado alguns anos e pode trazer complicações microvasculares (lesões dos pequenos vasos sanguíneos), como a retinopatia, a nefropatia e a neuropatia, mas também pode trazer complicações microvasculares (lesões nos grandes vasos sanguíneos), como a hipertensão arterial. Além disso, poderá trazer complicações ao nível do pé diabético, disfunção sexual e outras infeções.

2.1 Prevalência da Diabetes *Mellitus* em Portugal

Segundo informações publicadas no Global Status Report on Noncommunicable Diseases (2014), cerca de 38 milhões de óbitos estão na origem de doenças crónicas, num total de 56 milhões de óbitos ocorridos mundialmente no ano 2012.

De acordo com o Observatório da Diabetes (2016), “em 2015 a prevalência estimada da diabetes na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos (7,7 milhões de indivíduos) foram de 13,3%”, ou seja, mais de 1 milhão de portugueses neste grupo etário tem diabetes. (Figura 1.3)

Figura 1.3 Prevalência da diabetes em Portugal. (Observatório da Diabetes, 2015)



Repetidamente, de acordo com o Observatório da Diabetes (2016), em 2015 “cerca de 56% os indivíduos tinham o diagnóstico de Diabetes *Mellitus* já feito e 44% ainda não tinha sido diagnosticada” (Figura 1.3), o que significa que poderá haver pessoas com diabetes sem diagnóstico e consecutivamente sem os tratamentos necessários para o seu controle adequado.

De acordo com o Observatório da Diabetes (2016), o impacto do envelhecimento na população portuguesa refletiu-se num “aumento de 1,6 pontos percentuais da taxa de prevalência da diabetes entre 2009 e 2015”, ou seja, corresponde a um crescimento na ordem dos 13,5%. Existe uma associação entre o envelhecimento e a diabetes, pois a sua prevalência aumenta acentuadamente com a idade.

3. Serviço Social e a Diabetes *Mellitus*

3.1 Modelos de Intervenção

O serviço social numa unidade especializada nos cuidados à diabetes é desafiado a ter um papel ativo na sociedade, na eficácia das respostas sociais e na promoção da saúde como um direito fundamental para todas as pessoas. Não pretende ver apenas as

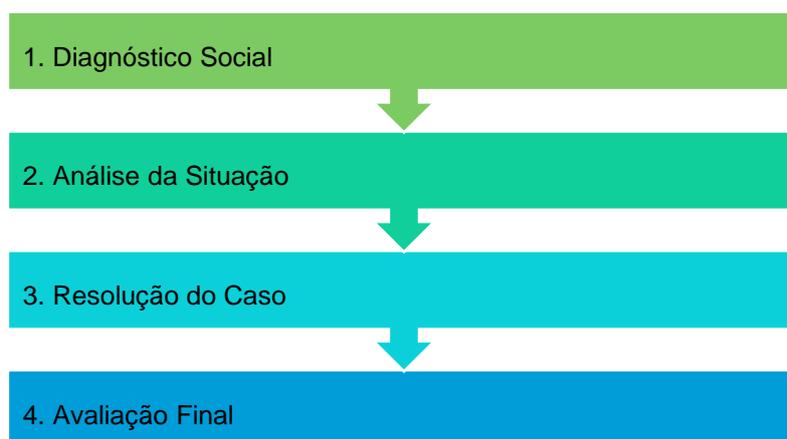
condições de saúde, mas sim promover uma visão biopsicossocial dos problemas e reconhecer as consequências sociais da doença, considerando fatores como as experiências da pessoa, a sua trajetória de vida e as possibilidades de recursos.

Os dois modelos de intervenção individualizada que melhor se adequam na prática do serviço social numa unidade especializada nos cuidados à diabetes são o modelo de gestão de caso e o modelo psicossocial, sendo que existem outros modelos que podem complementar estes dois.

3.1.1 Modelo de Gestão de Casos

O modelo de gestão de caso tem como principal objetivo assegurar à pessoa serviços de forma fundamentada para o cumprimento das suas necessidades. De acordo com Dezerotes (2000), o principal objetivo do modelo é aproximar a pessoa dos recursos sociais disponíveis, com a finalidade de colaborar no desenvolvimento do bem-estar da pessoa, melhorando a sua qualidade de vida.

Figura 1.4 Modelo de Gestão de Casos (Elaboração própria, 2018).



A primeira fase do modelo de gestão de casos passa pelo diagnóstico social, onde é feita uma caracterização do paciente e são averiguadas as necessidades sociais das pessoas com diabetes. Em seguida, é feita uma análise da situação juntamente com a pessoa para que seja estruturada a resolução do caso. Por último, é realizada a avaliação final da intervenção. (Figura 1.4)

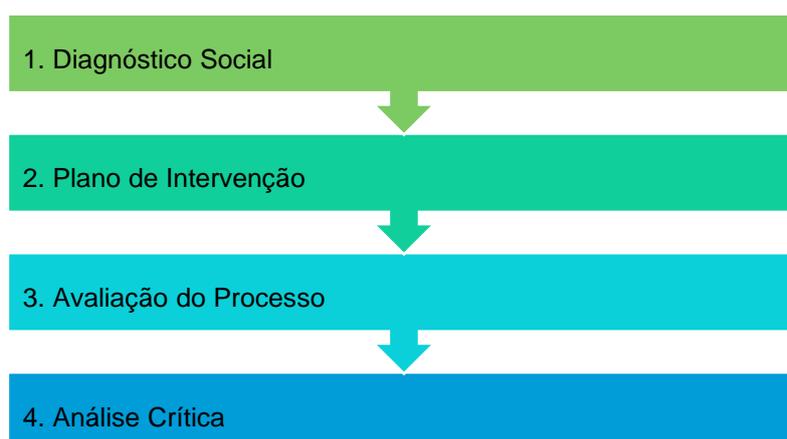
Este modelo permite ao assistente social compreender a pessoa e os seus problemas, trabalhando fatores psicológicos e sociais, promovendo o bem-estar individual e coletivo. Este modelo tem como objetivo ajudar não só o indivíduo, mas também as suas famílias, utilizando os recursos internos e externos da comunidade e mobilizando as capacidades da pessoa. A utilização do modelo de gestão de casos exige o respeito pela pessoa e a sua participação ativa.

3.1.2 Modelo Psicossocial

O modelo psicossocial destina-se às pessoas que manifestam um problema catalogado com as relações familiares, escolares ou laborais e tem como objetivo diagnosticar e compreender o problema da pessoa nos atendimentos psicossociais, para que sejam averiguadas as dificuldades e possíveis soluções para a resolução do caso. O atendimento psicossocial pretende consciencializar a pessoa para as suas capacidades (*empowerment*) e fazer frente aos seus problemas de carácter psicossocial. Deve ser criada uma relação empática e de confiança com a pessoa, pois a relação condiciona o sucesso da intervenção social.

As etapas do modelo psicossocial iniciam no diagnóstico social, posteriormente é feito um plano de intervenção e por último é feita a avaliação e análise crítica da intervenção. (Figura 1.5)

Figura 1.5 Modelo Psicossocial (Elaboração própria, 2018).

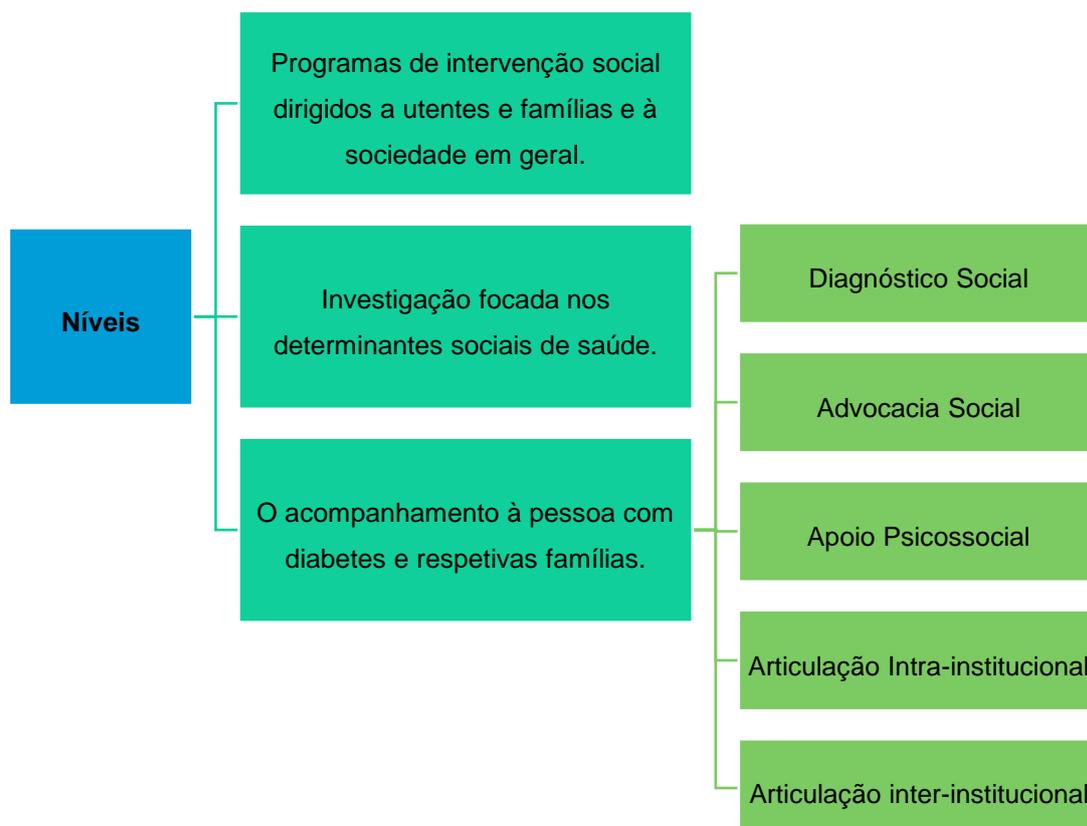


No modelo psicossocial, o assistente social acompanha a pessoa com diabetes por forma a permitir desenvolver no paciente capacidades para lidar melhor com os seus problemas e necessidades, identificando com ele os recursos disponíveis. Além disso, não deixa de ter um papel importante na minimização de variadas reações emocionais frente à doença, pois a diabetes é uma doença crónica e implica que o paciente passe pelas várias fases de aceitação e adaptação da doença.

3.2 Serviço Social numa Unidade Especializada

O serviço social numa unidade especializada no cuidado da diabetes tem um papel importante no acompanhamento à pessoa e respetivas famílias, na investigação focada nos determinantes sociais de saúde, nos programas de intervenção social dirigidos a pacientes e famílias e no acompanhamento à pessoa com diabetes. (Figura 1.6)

Figura 1.6 Níveis de atuação do assistente social numa unidade especializada no cuidado à diabetes.



Griffith, Field e Lustman (1990) estudaram a relação entre o *stress*, o apoio social e o controle da hemoglobina glicada (HbA1c) em 80 pessoas com diabetes. Os investigadores chegaram à conclusão que quando os pacientes estavam com *stress* elevado e baixo apoio social, as pessoas com diabetes apresentavam valores mais altos de HbA1c (11,8%), ou seja, estavam com mau controle metabólico. Quando os pacientes recebiam um apoio social adequado, os valores de HbA1c revelavam-se mais baixos (9,9%). O apoio social pode promover qualidade de vida e consecutivamente um controle adequado da diabetes.

A diabetes é uma doença crónica que exige um autocontrole rigoroso e constante. Ribeiro (1999) informa-nos que a investigação existente transparece a existência de forte correlação entre o apoio social e a saúde, dizendo que o apoio social desempenha um papel protetor na saúde. Num estudo feito por Silva (2003), verifica-se um reforço da ideia de que o apoio social desempenha um papel importante no controle da glicémia e na qualidade de vida das pessoas com diabetes. Ou seja, o mau controle metabólico além de estar associado à fraca adesão à terapêutica ou à alimentação desequilibrada, poderá também estar associado a possíveis disfunções familiares, a possíveis carências económicas e outras necessidades de carácter social.

O atendimento psicossocial numa unidade especializada nos cuidados da diabetes permitirá avaliar as necessidades do paciente e com ele conseguir mobilizar os recursos da comunidade de acordo com as especificidades das situações. De acordo com um estudo feito por Ferreira e Neves (2002), uma doença crónica tem um grande impacto na qualidade de vida do paciente, pelo que se torna importante estudar o perfil de saúde da pessoa com diabetes e fornecer o apoio psicossocial de acordo com as necessidades existentes.

3.2.1 Acompanhamento à Pessoa com Diabetes

A avaliação da situação deve ser feita logo de início, no gabinete de atendimento, por forma a identificar fatores de risco social. Os problemas devem ser reconhecidos pelo paciente e devem ser analisadas as causas e efeitos que possam estar a atenuar o seu estado de saúde. Com o apoio da equipa multidisciplinar, são recolhidos dados que sejam pertinentes para este acompanhamento, nomeadamente a situação clínica, o grau de dependência cognitiva ou motora e a sua capacidade de autogestão.

No atendimento psicossocial, é muito importante a construção de uma relação de ajuda e de confiança entre o profissional e a pessoa com diabetes, por forma a que a pessoa consiga expor as suas necessidades e exprimir as suas emoções e expectativas, permitindo apoiar o paciente e seus cuidadores nas alterações que a diabetes lhe pode causar, no desenvolvimento de uma participação ativa na gestão da diabetes e no seu quotidiano.

Durante o atendimento psicossocial, o paciente é informado sobre os seus direitos enquanto pessoa com diabetes e são identificadas as necessidades a vários níveis, por forma a melhorar a sua qualidade de vida. Após este acompanhamento, o assistente social deve sistematizar a informação, agir e avaliar a intervenção que está a ser posta em prática através de um *follow-up*. Esta avaliação deve ser feita através de uma articulação contínua com o paciente e com as entidades apoiantes.

O serviço social é muito importante no acompanhamento à pessoa com diabetes, pois são cada vez mais o número de pessoas com esta patologia, pelo que parte do assistente social fornecer serviços e recursos adequados tendo em conta as necessidades sociais e clínicas da pessoa com diabetes. Sabe-se que o diagnóstico social poderá detetar problemas de carácter social, por isso ser tão importante a intervenção focada no paciente, contribuindo para um diagnóstico multidisciplinar.

CAPÍTULO II – CARACTERIZAÇÃO INSTITUCIONAL

1. Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP)

A entidade, antigamente denominada por Associação Protetora dos Diabéticos Pobres (APDP), foi criada em 1926 pelo Doutor Ernesto Roma, com o principal objetivo de fornecer gratuitamente insulina e a assistência necessária. De acordo com Ernesto Roma (1926), o tratamento da diabetes pressupõe três práticas fundamentais: a aplicação da insulina sempre que necessário, praticar uma alimentação saudável e fazer exercício físico.

Assim, surge a primeira associação para pessoas com diabetes do mundo, criadora do movimento associativo internacional de luta contra a diabetes. Desenvolveu-se uma estrutura de apoio económico e social ao paciente carenciado, com apoio de uma forte componente educativa, adaptando-se a novos tempos e a novas políticas.

Em 1985, a Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP) foi condecorada pelo Presidente da República, General Ramalho Eanes, com a medalha de membro honorário de ordem de beneficência pelos vários serviços prestados à comunidade.

Atualmente, a APDP presta cuidados clínicos a todas as faixas etárias, nomeadamente na saúde reprodutiva, nefrologia, urologia, cardiologia, oftalmologia, pé diabético, psiquiatria e nutrição. Tem também o serviço de psicologia clínica e atualmente o serviço social. Além disso, tem também como valências a ótica, a unidade de diálise, a farmácia social, o laboratório de análises clínicas e o bloco operatório.

2. Definição do Problema

A APDP diagnosticou autonomamente a necessidade de implementar um gabinete de diagnóstico e de apoio social, com o principal objetivo de avaliar e intervir no combate das necessidades sociais das pessoas com diabetes.

Sabe-se que a resolução de problemas sociais pode melhorar significativamente o controle da diabetes, pelo que a implementação de um gabinete de serviço social poderá trazer benefícios ao nível do bem-estar e da qualidade de vida, intervindo em situações de maus tratos físicos e psicológicos, em situações de solidão e isolamento social, ou em situações de carência económica e alimentar. O serviço social é fundamental para intervir em situações de crise social.

CAPÍTULO III – PROJETO “IMPLEMENTAÇÃO DE UM GABINETE DE DIAGNÓSTICO E DE APOIO SOCIAL NUMA UNIDADE ESPECIALIZADA NOS CUIDADOS À DIABETES

1. Denominação do Projeto

O projeto foi denominado por *Implementação de um Gabinete de Diagnóstico e de Apoio Social numa Unidade Especializada nos Cuidados à Diabetes*, pois pretende a implementação do serviço social na Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP), por forma a intervir nas necessidades sociais das pessoas com diabetes, estudando os seus determinantes sociais de saúde.

2. Natureza do Projeto

2.1 Descrição do Projeto

Através do diagnóstico de necessidades de apoio social, este projeto pretende avaliar e intervir no combate das necessidades sociais das pessoas com diabetes, através de uma intervenção sistemática e multidisciplinar, envolvendo a família enquanto principal suporte social do paciente.

2.2 Fundamentação do Projeto

Na última década tem-se verificado uma diminuição significativa do número de anos potenciais de vida perdidos por diabetes em Portugal. No entanto, de acordo com o Observatório da Diabetes (2016), “em 2014 a diabetes representou cerca de 8 anos e meio de vida perdidos por cada óbito por diabetes na população com idade inferior a 70 anos”. A diabetes deve ser alvo de um controle rigoroso da glicémia, pois pode trazer complicações graves a vários níveis.

A diabetes é uma doença que pode trazer um impacto negativo na situação familiar, social e económica da pessoa. O paciente sente-se vulnerável e estes sentimentos podem influenciar a sua situação clínica. A aceitação da doença levará o paciente a adaptar-se a uma nova realidade, pelo que a reintegração social deve ser feita com o apoio da sua rede de suporte: família, amigos, vizinhos e cuidadores.

Deste modo, admite-se que a implementação do gabinete de diagnóstico e de apoio social numa unidade especializada nos cuidados da diabetes poderá ser benéfica, pois permitirá a elaboração de um diagnóstico social junto das pessoas, que possibilitará

desenvolver soluções para problemas que possam estar a influenciar negativamente, a nível pessoal e familiar, a saúde do paciente.

3. Finalidade

Este projeto tem como finalidade melhorar o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas com diabetes, avaliando e intervindo nas necessidades sociais das pessoas, aproveitando os recursos existentes na comunidade. Além disso, remete para a colaboração na resolução dos problemas das pessoas, bem como desenvolver as suas potencialidades, ajudando a prevenir as disfunções que possam dificultar o seu autocontrolo, com vista à sua reintegração social.

Este projeto pretende também caracterizar os determinantes sociais de saúde em pessoas com diabetes, através do diagnóstico de necessidades de apoio social, considerando que os fatores sociais, económicos, culturais, étnicos, raciais, psicológicos e comportamentais podem influenciar a saúde e a eficácia dos tratamentos.

4. Objetivos

Quadro 1.2 Objetivos gerais e específicos do projeto (Elaboração própria, 2018).

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Implementar um gabinete de diagnóstico e de apoio social uma unidade especializada nos cuidados à diabetes.	<ul style="list-style-type: none">→ Avaliar as necessidades sociais das pessoas com diabetes, intervindo:<ul style="list-style-type: none">→ em situações de maus tratos físicos e psicológicos,→ em situações de isolamento social e solidão.→ Elaborar o perfil socioeconómico da pessoa com diabetes, intercedendo em situações de carência económica, esclarecendo os apoios existentes.→ Aproveitar e otimizar os recursos existentes na comunidade, apoiando na melhoria da qualidade de vida e bem-estar.→ Fornecer o apoio psicossocial no processo de adaptação e aceitação da doença.→ Aconselhar e intervir em situações de crise social.→ Fornecer advocacia social em favor da pessoa e respetivos familiares e/ou cuidadores.→ Acompanhar de forma sistemática as pessoas com diabetes e assegurar a participação das famílias e/ou cuidadores.

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
	→ Articular com a equipa multidisciplinar na resolução dos casos sociais.
Identificar e caracterizar os determinantes sociais de saúde em pessoas com diabetes, através do diagnóstico de	→ Identificar a influência dos fatores físicos, psicológicos e sociais na qualidade de vida das pessoas com diabetes. → Fornecer um conjunto de dados preliminares que contribuam para identificar o público-alvo com alto risco social.
necessidades de apoio social.	→ Analisar e divulgar dados sobre os determinantes sociais de saúde por forma a justificar o desenvolvimento de políticas públicas e programas de apoio social. → Examinar as desigualdades decorrentes das condições sociais em que as pessoas vivem e que influenciam diretamente na saúde.

5. Criação e aplicação de um instrumento de apoio ao Diagnóstico Social

Idáñez e Ander-Egg (1999), definem o diagnóstico social como “um processo de elaboração e sistematização da informação que implica conhecer e compreender os problemas e necessidades de um determinado contexto, as suas causas e evolução ao longo do tempo, assim como os fatores condicionantes e de risco e suas tendências previsíveis, permitindo uma discriminação dos mesmos segundo a sua importância, voltado para o estabelecimento de prioridades e estratégias de intervenção de maneira a que possa determinar-se à partida o grau de viabilidade e factibilidade, considerando tanto os meios disponíveis como as forças e os atores sociais envolvidos nas mesmas.”

5.1 Metodologia de Trabalho

Para a criação do instrumento de apoio ao diagnóstico social, foram feitas análises da literatura existente e uma pesquisa de instrumentos já anteriormente implementados. Este instrumento de apoio foi criado especificamente para pessoas com diabetes, por forma a conseguir diagnosticar a realidade e as circunstâncias psicossociais da pessoa, e assim procurar e planificar soluções ou alternativas. Este diagnóstico esteve sempre aberto a ajustamentos para a obtenção de novas informações e foi incluído não apenas questões de carácter social, mas também de carácter comportamental, estudando as atitudes da pessoa relativamente à diabetes e a sua aceitação da doença.

Destinada a pessoas com diabetes que frequentam a Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP), este instrumento de apoio ao diagnóstico social foi criado não só para avaliar as necessidades sociais das pessoas com diabetes, mas

também para identificar e caracterizar os determinantes sociais de saúde. (Quadro 1.3) Para a criação do instrumento de apoio ao diagnóstico social, foi feita uma análise da literatura existente e uma pesquisa de instrumentos já anteriormente implementados.

Quadro 1.3 Instrumento de apoio ao diagnóstico social (Elaboração própria, 2018).

Diagnóstico Social	
Fatores hereditários – Sexo, raça, etnia, idade.	
Fatores sociodemográficos – Estado civil, habilitações literárias, situação profissional, situação económica, situação familiar, situação habitacional, títulos de ocupação.	
Alimentação	Nesta última semana seguiu algum plano alimentar fornecido por um profissional de saúde? Nesta última semana seguiu uma alimentação saudável? Algum dia deixou de praticar uma alimentação saudável por carência económica? Praticou atividade física durante pelo menos 30 minutos?
Sexualidade	Sente-se confiante em conseguir ter e manter a sua atividade sexual? Quando tentou ter relações sexuais, com que frequência se sentiu satisfeito? Utiliza algum tipo de contraceptivo para a prevenção das DST? Reconhece que a diabetes pode afetar a qualidade da sua atividade sexual? Alguma vez pensou em ser seguido por um profissional de saúde?
Situação Funcional	Tomar banho, vestir-se e despir-se, arranjar-se, alimentar-se, uso do sanitário, elevar-se, transferir-se, andar, tomar medicação.
Autocuidados com a Diabetes	Pratico exercício físico. Faço a monitorização da glicémia. Cuido dos pés regularmente, conforme o indicado pelos profissionais de saúde. Tomo, conforme o indicado pelos profissionais de saúde, os medicamentos para a diabetes. Pratico uma alimentação saudável, conforme indicado pelo profissional de saúde.
Estado Psicológico	Sente-se deprimido(a) quando pensa em viver com a diabetes? Sente-se zangado(a) quando pensa em viver com a diabetes? Sente-se culpado(a) quando perde o controle da gestão da diabetes? Sente que a diabetes gasta muito da sua energia mental todos os dias?

Estado de Saúde (0% – 100%)

Qualidade de Vida Até que ponto está satisfeito(a) com a sua qualidade de vida?
Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida?
Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de ajudar ou apoiar outras pessoas?
Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de tomar decisões?
Está satisfeito(a) com as oportunidades que teve para mostrar do que é capaz?
Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?
Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?

Suporte Social Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho.
Estou satisfeito com a forma como relaciono com a família.
De quem obtém apoio em casa em cada uma das seguintes situações?
- Quando está doente e necessita de ajuda durante as tarefas domésticas.
- Quando necessita de um conselho sobre um assunto pessoal ou familiar grave.
- Quando se sente deprimido e precisa de alguém com quem falar.
- Se numa emergência necessitar de 500€.
- Quando necessita para tomar conta dos filhos, de um idoso ou de outra pessoa dependente.

Confiança – Em geral, acha que podemos confiar nas outras pessoas? (0 – 10)

Felicidade – Considerando todos os aspetos da sua vida, qual o grau de felicidade que sente atualmente? (0 – 10)

De acordo com Ander-Egg (2008), a investigação pode ser considerada básica ou aplicada. A investigação básica tem como objetivo acrescentar conhecimentos teóricos para o progresso de determinada ciência, ou seja, pretende aumentar o conhecimento de determinada teoria. A investigação aplicada está relacionada com a anterior, no entanto existe interesse na aplicação e utilização dos conhecimentos que se adquirem por forma a alterar algum aspeto da realidade social. O diagnóstico social é apoiado numa investigação aplicada, ou seja, pretende analisar os dados científicos e tende a compreender os problemas com vista à ação.

De acordo com Guerra (2002), “um bom diagnóstico é garante adequabilidade das respostas às necessidades (...) e é fundamental para garantir a eficácia de qualquer (...) intervenção”.

Este instrumento de diagnóstico social foi produzido para identificar lacunas assistenciais que possam afetar a saúde das pessoas com diabetes, para que seja possível agir nesta época de crises económicas e sociais, no combate ao desemprego, às pequenas pensões e ao isolamento social. Além disso, permitirá caracterizar a população que frequenta a associação, promovendo a criação de respostas sociais que possam combater as necessidades sociais da população-alvo.

Antes de começar a analisar o apoio social pretendido pelo paciente, o assistente social deve analisar a situação, reconhecendo uma série de elementos fundamentais como a sua identidade, a sua situação familiar e os seus recursos. Além disso, deverá reconhecer determinados comportamentos e sentimentos. O diagnóstico das necessidades de apoio social permite melhorar a qualidade de vida do paciente, em articulação com a comunidade, considerando que a melhoria da qualidade de vida irá influenciar positivamente o valor da hemoglobina glicada da pessoa com diabetes.

De acordo com Cabral (2002), a hipótese de que a pobreza e a saúde se encontram negativamente correlacionadas tem sido amplamente discutida, sendo a pobreza considerada um fator importante como causa e consequência de doenças. Os determinantes sociais de saúde vêm tornar reconhecida a doença social que as pessoas vivem, sendo que a saúde é influenciada por causas sociais, económicas e culturais.

A aplicação do diagnóstico social foi realizada em cada atendimento. O período de recolha de dados teve a duração de sete meses e os critérios de inclusão foram: diagnóstico de diabetes, ter 18 ou mais anos de idade e demonstrar capacidade cognitiva para responder às questões da ferramenta de diagnóstico social. A construção e aplicação de um questionário social, integrando determinantes de saúde, permite caracterizar a população alvo e identificar um grupo elevado de pacientes com necessidades particulares de apoio social em áreas conhecidas como relevantes para o seu estado de saúde e eficácia da gestão da diabetes.

5.2 Atendimento Psicossocial

O atendimento psicossocial é o meio pelo qual se estabelece a relação com a pessoa com diabetes e respetivas famílias ou cuidadores. Começa-se por conhecer a pessoa, nomeadamente as questões económicas, habitacionais e o seu suporte social, mas também o problema que a preocupa, sendo que o assistente social neste instante

deverá reconhecer determinados elementos que irão permitir chegar ao estudo de caso, promovendo uma escuta ativa e o respeito pela pessoa necessitada.

A avaliação de um caso social deve ser feita logo de início, no gabinete de atendimento, por forma a identificar fatores de risco social. Os problemas identificados que poderão influenciar a situação clínica do paciente consideram-se prioritários e com uma necessidade de mudança para o seu bem-estar e qualidade de vida. Os problemas devem ser reconhecidos pelo paciente e devem ser analisadas as causas e efeitos que possam estar a atenuar o seu estado de saúde. Identificando e analisando o problema, devem ser estudados os potenciais aliados para a sua resolução. Com o apoio da equipa multidisciplinar, são recolhidos dados que sejam pertinentes para este acompanhamento, nomeadamente a situação clínica, o grau de dependência cognitiva ou motora e a capacidade de autogestão da doença.

No atendimento psicossocial, pretende-se apoiar o paciente e seus cuidadores nas alterações que a diabetes lhe pode causar, no desenvolvimento de uma participação ativa na gestão da diabetes e no seu quotidiano, informando quais são os seus direitos enquanto pessoa com diabetes. Além disso, são identificadas as necessidades não só ao nível económico, mas também ao nível do suporte social fornecendo o aconselhamento na tomada de decisões relativas à reorganização e gestão da vida familiar, escolar ou profissional. Após este acompanhamento, o assistente social deve sistematizar a informação e avaliar a intervenção que está a ser posta em prática através de *follow-up* com o paciente e com as entidades a quem lhes foi feito o pedido de apoio, reajustando sempre que necessário.

5.3 Serviço Social numa Equipa Multidisciplinar

Uma articulação eficaz com a equipa multidisciplinar especializada na diabetes permite ao serviço social assegurar a resposta social mais eficiente para o paciente. Esta articulação passa pela partilha de informação das mais diversas áreas, nomeadamente de carácter clínico, nutricional e psicológico, pois as respostas sociais devem ser fornecidas de acordo com as necessidades sociais e clínicas de cada um.

Numa unidade especializada no controlo da diabetes, o assistente social deve articular com os todos os profissionais de saúde, nomeadamente o médico e o enfermeiro, devido à situação clínica do paciente; o nutricionista, que deverá adequar a alimentação da pessoa com diabetes às suas necessidades específicas, e o psicólogo clínico, que fornece informações sobre o estado emocional da pessoa.

O assistente social tem como objetivos solucionar questões sociais que possam estar a dificultar o controlo da diabetes e estabelecer a articulação entre diferentes atores. Este apoio só será fornecido quando o assistente social conhecer o paciente e respetivas famílias, nomeadamente a sua história de vida e alguns determinantes sociais que possam estar a afetar a sua saúde. A equipa multidisciplinar deve também concretizar referências sempre que detetarem necessidades sociais do paciente, pois estes fatores podem condicionar a eficácia no controle da diabetes. A discussão de casos sociais deve ser feita em equipa, pois os profissionais de saúde trabalham para um único fim, sendo ele a promoção da qualidade de vida e o bem-estar para o paciente e respetiva família.

5.4 Políticas Públicas e Respostas Sociais

As pessoas com diabetes têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover.¹ O direito à proteção da saúde é realizado através de um serviço nacional de saúde universal e geral, tendencialmente gratuito, que garante o acesso aos cuidados de saúde independentemente da sua condição económica.²

Ao nível dos cuidados de saúde continuados, ou seja, através da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), cujo acesso é garantido à pessoa com diabetes enquanto doente crónico suscetível que possa vir a sofrer de uma eventual descompensação, poderão vir a usufruir do internamento em:

- unidades de convalescença, onde lhes serão prestados cuidados clínicos necessários na sequência de internamento hospitalar;
- unidades de média duração e reabilitação, sempre que exista uma perda transitória de autonomia potencialmente recuperável;
- unidades de longa duração e manutenção, nos casos em que exista um nível de dependência que não permita os cuidados ao domicílio.³

¹ Diário da República n.º 86/1976, Série I de 1976-04-10 – 30 de dezembro de 2017.

² Lei de Bases da Saúde, n.º 48/90 – 24 de agosto de 1990.

³ Decreto-Lei n.º 101/2006, no âmbito dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde – 6 de junho de 2006.

A maioria dos medicamentos para as pessoas com diabetes está incluída no escalão A, ou seja, o Estado comparticipa na sua totalidade ou quase. A insulina, por ser considerada um medicamento imprescindível, é comparticipada a 100%.⁴

Relativamente ao mercado de trabalho, pelo facto de a diabetes ser considerada uma doença crónica, o paciente pode pedir a dispensa de obrigação de prestação de trabalho suplementar ou a dispensa de algumas formas de organização do trabalho, caso estas prejudiquem a sua saúde.⁵

Relativamente à proteção remuneratória, as pessoas têm direito a prestações no âmbito da Segurança Social⁶. Falamos de:

- Subsídio de doença – “Prestação atribuída ao beneficiário para compensar a perda de remuneração, resultante do impedimento temporário para o trabalho, por motivo de doença”.
- Subsídio para assistência a filho – “Prestação atribuída ao pai ou à mãe, por motivo de doença, com vista a substituir os rendimentos de trabalho perdidos durante os períodos de impedimento para a atividade profissional”.
- Subsídio para assistência a neto – “Prestação atribuída aos avós ou equiparados, por motivo de doença do neto, para lhe prestar assistência inadiável e imprescindível, com vista a substituir os rendimentos de trabalho perdidos durante os períodos de impedimento para a atividade profissional”.
- Subsídio para assistência a filho com deficiência ou doença crónica – “Prestação atribuída ao pai ou à mãe, por motivo de doença crónica do filho, com vista a substituir os rendimentos de trabalho perdidos durante os períodos de impedimento para a atividade profissional”.
- Subsídio por assistência a terceira pessoa – “Informação dirigida às pessoas (crianças ou adultos) que sejam portadores de deficiência e que necessitem de acompanhamento permanente de uma terceira pessoa”.
- Pensão de invalidez – “Prestação atribuída às pessoas que se encontram em situação de incapacidade permanente para o trabalho”.
- Complemento por dependência – “Informação dirigida aos pensionistas e não pensionistas dos regimes de Segurança Social que se encontrem em situação de dependência”.

⁴ Decreto-Lei n.º 48-A/2010 – 13 de maio de 2010.

⁵ Lei n.º 7/2009, Código do Trabalho – 12 de fevereiro de 2017.

⁶ Segurança Social (SS)

→ Produtos de apoio para pessoas com deficiência ou incapacidade – “Os produtos de apoio são instrumentos, equipamento ou sistema técnico usado por uma pessoa com deficiência ou incapacidade, especialmente produzido ou disponível que previne, compensa, atenua ou neutraliza a limitação funcional ou de participação”.

Os principais serviços de apoio da comunidade são o apoio domiciliário, os centros geriátricos, os centros de dia e as estruturas residenciais. O apoio domiciliário permite prestar cuidados a pacientes e familiares que se encontram no seu domicílio, promovendo a satisfação das suas necessidades. Os centros geriátricos permitem promover a autonomia e evitar o internamento em instituições sociais, enquanto que o centro de dia permite manter a pessoa num meio social onde lhe são fornecidos cuidados básicos para que possa voltar ao seu domicílio ao fim da tarde. As estruturas residenciais asseguram a prestação de cuidados de acordo com necessidades específicas, promovendo a autonomia e prevenindo situações de dependência.

6. Sistema de Atores

6.1 Pessoa com Diabetes

O instrumento de apoio ao diagnóstico social foi preenchido por adultos e idosos, sendo que a amostra é considerada não probabilística por não se poder especificar a probabilidade de um sujeito pertencer a um grupo de pacientes e é considerada uma amostragem por conveniência por serem usados grupos intactos já constituídos (lista de pacientes que serão atendidos em determinado dia). No entanto, foram também aplicados diagnósticos sociais por triagem de indicadores críticos referenciados por médicos e enfermeiros. (Quadro 1.4)

Quadro 1.4 Caracterização do público-alvo e respetiva técnica de recolha de dados (Elaboração própria, 2018).

Campo Empírico	Número reduzido de unidades de amostragem; população restrita.
Público-Alvo	Pessoas com diabetes, com 18 anos de idade ou mais.
Técnica de Recolha de Dados	Ferramenta de diagnóstico social (inquérito por questionário)
Recolha de Dados	Terminada quando atingido 200 participantes com diabetes. Tempo de recolha de dados: agosto de 2017 até março de 2018.

6.2 Suporte Social, Família e Cuidadores

O suporte social é bastante importante para a pessoa com diabetes, por ser uma doença crónica que exige um processo de aceitação e de tratamento, que nem sempre ocorre com sucesso. A família é a principal rede de suporte do paciente, sendo que a abordagem da situação familiar deve ser feita pelo assistente social, considerando as condições de vida da pessoa e também da sua família ao nível socioeconómico, habitacional e profissional.

A sensibilização para a prestação de cuidados deve ser transmitida não só à família ou a quem acompanha o paciente, mas também à pessoa com diabetes, consciencializando-o para os autocuidados. O suporte social contribui para o bem-estar do paciente e na manutenção da sua própria saúde física e principalmente mental, considerando que os amigos e a família são fundamentais para o bem-estar psicológico da pessoa. O isolamento social poderá trazer graves problemas de carácter social aumentando os níveis de *stress* e provocando a alteração negativa do controle glicémico do paciente.

A família tem um papel importante não só no apoio emocional, mas também no apoio económico, nos cuidados de saúde básicos adquiridos através dos ensinamentos dos profissionais de saúde, na preparação de refeições adequadas à situação clínica, nos serviços domésticos, no transporte, entre outras situações. A família é considerada um pilar fundamental na vida das pessoas com doença crónica como a diabetes e outras patologias que carecem de uma supervisão constante.

Os amigos e vizinhos também têm igualmente um papel importante, nomeadamente no apoio moral com base na confiança. São também um pilar fundamental na partilha de experiências e são uma estratégia de manutenção da pessoa na sociedade de forma ativa, dando-lhes um sentimento de pertença. Estas redes de suporte permitem combater o isolamento social, contribuindo para um bem-estar psicológico e social da pessoa.

6.3 Equipa Multidisciplinar

Numa unidade especializada nos cuidados à diabetes, a equipa multidisciplinar é fundamental, sendo constituída por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas e outros técnicos de saúde de outras especialidades igualmente importantes. Cada profissional especializado tem as suas funções e todos laboram em prol do bem-estar da pessoa com diabetes.

De acordo com Alaszewski (2003), a multidisciplinaridade e o trabalho em equipa são fundamentais. No Reino Unido, a área social e a saúde uniram-se, com destaque para o projecto *Community Assessment and Rehabilitation Teams* (CART). As equipas de trabalho funcionam nos centros de saúde, recebendo informação dos hospitais relativamente a eventuais entradas e saídas dos pacientes, com a finalidade de intervir antes de ocorrer uma situação de crise que implique o internamento do paciente. As intervenções passam pelo apoio no domicílio ao paciente e no seu acompanhamento na fase de reabilitação.

De acordo com Melucci (2001), “o trabalho em equipa permite o alargamento dos processos de aprendizagem, permite a socialização e a comunicação ativa, promovendo a transformação das sociedades humanas”.

Uma equipa de sucesso funciona com base numa participação ativa, eficaz, através do diálogo e da troca de experiências. Os elementos da equipa têm de estar dispostos a aprender uns com os outros, num espírito de entreaajuda, promovendo uma cooperação responsável. A existência de conflitos pode ser considerada benéfica, pois proporcionam o crescimento e uma mudança positiva. De acordo com Dimas (2005), “os conflitos podem ser benéficos numa equipa, pois os profissionais ganham criatividade e mudança”.

Pinho (2006) propôs algumas práticas que devem ser incutidas nas equipas para minimizar dilemas, tais como a clarificação dos papéis de cada profissional, o estabelecimento de metas e objetivos, a comunicação ativa e a capacidade de adaptação à mudança. As equipas multidisciplinares, por serem compostas por vários profissionais qualificados em áreas distintas, enriquecem os serviços e as intervenções focadas no paciente.

De acordo com Guerra (2006), “a (...) articulação complexa entre o sistema e os atores dá lugar a um dos mais interessantes debates no domínio da ciência social (...)”. No caso de uma equipa multidisciplinar, esta objetiva a resposta às mais diversas situações clínicas e sociais, definindo meios para os alcançar. Neste caso, uma equipa multidisciplinar atua coletivamente, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas com diabetes.

Citando Guerra (2006), “a ação coletiva é um processo que supõe a participação dos atores (...)”, pelo que a participação de uma equipa multidisciplinar numa unidade especializada no cuidado à diabetes deve ser ativa e eficaz, junto não só dos profissionais de saúde, mas também do paciente, familiares e respetivos cuidadores.

7. O pedido de Apoio Social

O pedido de apoio social pode ser feito pelo paciente e o assistente social tem a iniciativa de questionar aos profissionais de saúde se necessitam da intervenção do assistente social em alguma circunstância específica. A equipa multidisciplinar deve concretizar referências por triagem de indicadores críticos sempre que detetarem necessidades sociais ou situações de crise.

Para a implementação do gabinete de diagnóstico e de apoio social, começou-se por utilizar uma amostra por conveniência constituída por pacientes com mais de 18 anos, registados em grupos intactos já constituídos (lista de pacientes que serão atendidos pela equipa médica durante o dia).

8. Localização

A Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal localiza-se em Lisboa e o projeto deu início no mês de julho de 2017, com término em junho de 2018.

9. Plano de Ação, Recursos e Indicadores

Quadro 1.5 Plano de ação, recursos e indicadores (Elaboração própria, 2018).

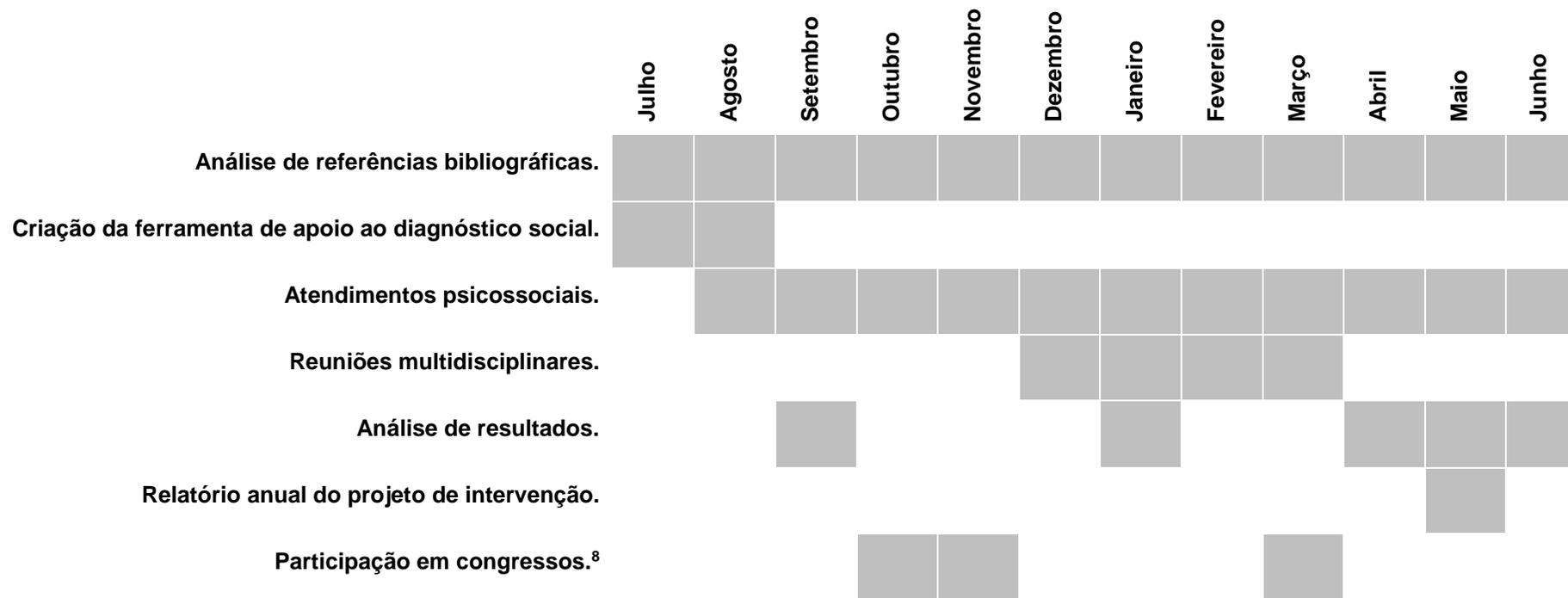
Ações	Atividades	Recursos ⁷			Indicadores	Metas
		Humanos	Técnicos	Logísticos		
Criação do instrumento de suporte ao diagnóstico social.	Construção de um instrumento de suporte ao diagnóstico social, integrando determinantes sociais da saúde, por forma a caracterizar a população alvo e identificar um grupo elevado de pacientes com necessidades particulares de apoio social.	Assistente social.	Computador; programas informáticos.	Gabinete.		
Preparação da plataforma APDP Soft para a prática do Serviço Social.	Criação do método de referenciação através do programa APDP Soft. Criação da ficha de diagnóstico social.	Equipa de Informática.	Computador; programas informáticos.	Entidade.		
Sensibilizar a equipa de saúde a necessidade de referenciar casos sociais.	Concretizar uma sessão clínica para explicar os níveis de intervenção do assistente social e conhecerem os critérios de referenciação. Realizar uma avaliação da sessão.	Assistente social; equipa multidisciplinar.	Computador; retroprojektor; apresentação em formato digital.	Auditório.	Número de profissionais presentes.	30 profissionais.

⁷ Não se incluem recursos financeiros, uma vez que este projeto se encontra integrado no orçamento da FER | APDP, através de uma bolsa de investigação.

Intervenção do serviço social com pessoas com diabetes com 18 ou mais anos de idade.	<p>Intervir em situações de maus tratos físicos e psicológicos, em situações de isolamento social e solidão.</p> <p>Elaborar o perfil socioeconómico da pessoa com diabetes, intervindo em situações de carência económica.</p> <p>Identificar as necessidades existentes, mobilizando os recursos disponíveis.</p> <p>Fornecer advocacia social em favor do paciente.</p> <p>Esclarecer e orientar os pacientes, familiares e cuidadores quanto à importância da continuidade de atendimentos na APDP, enquanto unidade especializada no cuidado à diabetes.</p>	<p>Assistente social.</p> <p>Equipa Multidisciplinar</p>	<p>Computador; ferramenta de suporte ao diagnóstico social; sistema APDP Soft.</p>	Gabinete.	Número de atendimentos efetuados.	Recolha de dados terminada quando atingida 200 pessoas com diabetes.
Execução de reuniões.	Articular com a equipa multidisciplinar na resolução dos casos sociais.	Equipa multidisciplinar.		Sala de reuniões.	Número de reuniões efetuadas.	12 Reuniões com a equipa multidisciplinar.
Apoio em estágios em serviço social.	Fornecer o apoio necessário para a integração e acompanhamento dos estagiários em serviço social.	Equipa multidisciplinar.		Entidade.		
Participação em estudos, projetos e eventos	<p>Participar em estudos, projetos e eventos da entidade.</p> <p>Identificar e caracterizar os determinantes sociais de saúde em pessoas com diabetes.</p>	Equipa de investigação.		Gabinete.		

10. Cronograma do Projeto

Quadro 1.6 Cronograma do projeto (Elaboração própria, 2018).



⁸ 1º Congresso Nacional da APDP, 10º Congresso de Educadores – outubro.

3º Congresso de Serviço Social do CHLC, EPE – novembro.

14º Congresso Português de Diabetes, SPD – março.

CAPÍTULO IV – AVALIAÇÃO

1. Análise Crítica dos Resultados e Intervenções Sociais

Foi concretizada uma recolha de dados através de um diagnóstico social a pessoas com diabetes com 18 ou mais anos de idade, sendo que a amostra é considerada não probabilística por não se poder especificar a probabilidade de um sujeito pertencer a um grupo de pacientes. Podemos falar em amostragem por conveniência, por serem usados grupos intactos já constituídos. A recolha de dados terminou quando atingido o número de participantes estipulado.

Foram também aplicados diagnósticos sociais por triagem de indicadores críticos, ou seja, a ferramenta foi igualmente aplicada em referências concretizadas por técnicos de saúde. A média de anos de evolução da doença crónica é de 21 anos (desde 1965 a 2017) e o valor médio de HbA1c é de 8,0⁹ (Quadro 1.7).

Quadro 1.7 Valor médio de hemoglobina glicada (HbA1c) e anos de evolução (Elaboração própria, 2018).

HbA1C		Anos de Evolução	
Valor HbA1c Mínimo	5,0	Mínimo	1965
Valor HbA1c Máximo	19,1	Máximo	2017
HbA1c	Média = 8,09	Anos de Evolução	Média = 21,44

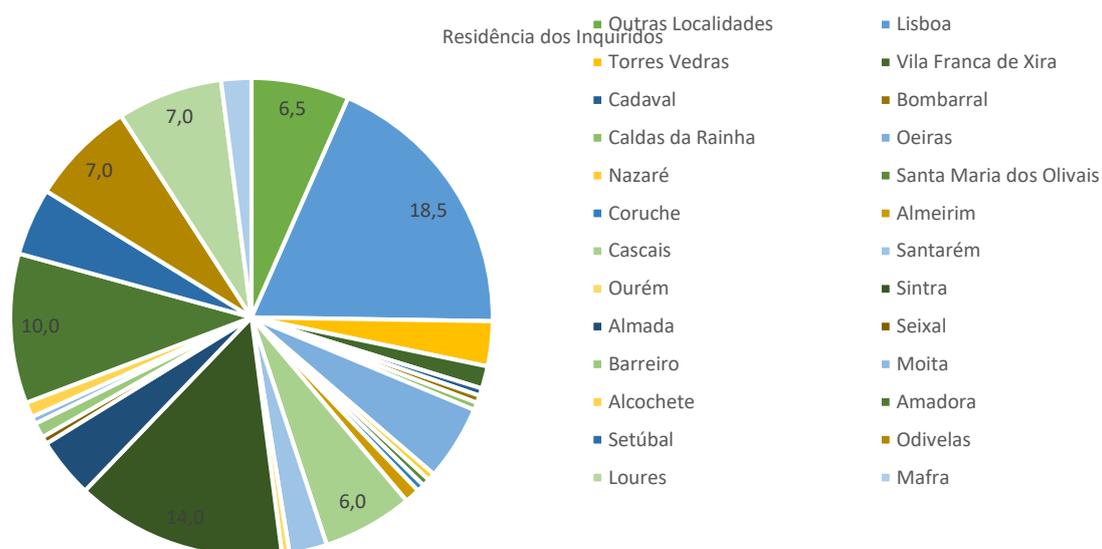
A ferramenta de diagnóstico social é apoiada numa investigação aplicada, ou seja, pretende analisar os dados científicos e tende a compreender os problemas com vista à ação. Tem a finalidade de acrescentar conhecimentos teóricos, mas principalmente aplicar e utilizar os conhecimentos que se adquirem por forma a alterar algum aspeto da realidade social.

⁹ **Até 6,5%:** diabetes está totalmente controlada, o paciente está seguindo a prescrição médica e dieta indicada;

Entre 6,6% a 7,5%: diabetes parcialmente controlada, a medicação está conseguindo amenizar a diabetes e deve ser mantida;

Maior que 7,6%: diabetes mal controlada, deve ser trocada a medicação ou reformulado o sistema do tratamento, que inclui dieta e hábitos do paciente.

Figura 1.7 Residência dos inquiridos (Valor em %) (Elaboração própria, 2018).



Foram feitos 200 atendimentos psicossociais com idades compreendidas entre os 19 anos e os 92 anos, formando uma média de 68 (Quadro 1.8). As pessoas com diabetes inquiridas são maioritariamente do sexo feminino (63%), sendo cerca de um quarto residente na região de Lisboa (Figura 1.7).

Quadro 1.8 Dados sociodemográficos (Elaboração própria, 2018).

Variável		n	%	
Idade	< 44	14	7.0%	
	Média – 68 anos	45 – 59 (meia idade)	26	13.0%
	Mínimo – 19 anos	60 – 74 (idoso)	97	48.5%
	Máximo – 92 Anos	75 – 90 (ancião)	62	31.0%
		> 91	1	0.5%
Género	Feminino	126	63.0%	
	Masculino	74	37.0%	
Etnia	Europa	177	88.5%	
	África Sub-Sariana	12	6.0%	
	América Central e do Sul	1	0.5%	
	África do Norte	9	4.5%	
	Sudoeste Asiático	1	0.5%	
Situação Académica (habilitações literárias)	Até ao 4º ano	90	45.0%	
	Até ao 6º ano	8	4.0%	
	Até ao 9º ano	27	13.5%	
	Até ao 12º ano ou ensino profissional	20	10.0%	

Variável		n	%
	Licenciatura	11	5.5%
	Mestrado	0	0.0%
	Doutoramento	2	1.0%
	Não sabe ler, nem escrever	12	6.0%
	Valor omissso	30	15.0%
Situação Profissional	Empregado	31	15.5%
	Desempregado	24	12.0%
	Doméstico	10	5.0%
	Estudante	1	0.5%
	Reformado	128	64.0%
	Valor omissso	6	3.0%
Tipo de Rendimento	Ordenado	27	13.5%
	Rendas	1	0.5%
	Apoio familiar	19	9.5%
	Pensões	133	66.5%
	Subsídios	9	4.5%
	Valor omissso	11	5.5%
Rendimento Mensal total do Agregado Familiar (valor total dos elementos que vivem no mesmo domicílio)	0€ – 199€	8	4.0%
	200€ – 399€	24	12.0%
	400€ – 599€	33	16.5%
	600€ – 799€	20	10.0%
	800€ – 999€	31	15.5%
	1000€ – ou mais	37	18.5%
	Valor omissso	47	23.5%
Tipo de Alojamento	Alojamento em construção abarracada	2	1.0%
	Alojamento em construção de outra natureza	5	2.5%
	Alojamento em prédio	128	64.0%
	Alojamento em moradia	51	25.5%
	Valor omissso	14	7.0%
Título de Ocupação	Própria	115	57.5%
	Alugada	50	25.0%
	Coabitação com a família	4	2.0%
	Ocupação precária (emprestada)	8	4.0%
	Alojamento coletivo	4	2.0%
	Valor omissso	19	9.5%
Estado civil	Solteiro	20	10.0%
	Casado	112	56.0%
	Viúvo	41	20.5%

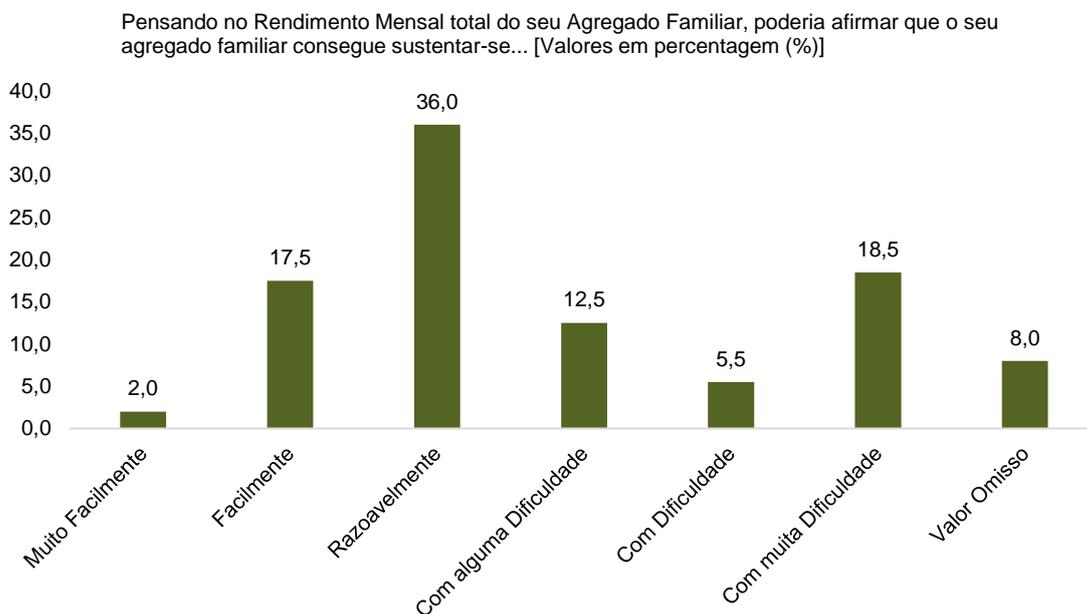
Variável		n	%
	Divorciado	16	8.0%
	União de facto	6	3.0%
	Valor omissso	5	2.5%
Situação Familiar	Família unitária	53	26.5%
	Família alargada	15	7.5%
	Família nuclear com filhos	36	18.0%
	Família nuclear sem filhos	82	41.0%
	Núcleo monoparental feminino	2	1.0%
	Núcleo monoparental masculino	0	0.0%
	Família comunitária	5	2.5%
	Família hospedeira	2	1.0%
	Valor omissso	5	2.5%
Cuidadores	Mãe, pai, ambos	5	2.5%
	Filhos(as)	54	27.0%
	Esposo(a)	93	46.5%
	Irmãos(ãs)	9	4.5%
	Outro(s)	39	19.5%

Sensivelmente 64% dos inquiridos vivem atualmente num apartamento, pelo que se deve ter em consideração que grande parte dos prédios construídos na cidade de Lisboa não têm elevador, o que pode trazer complicações para a população com mobilidade reduzida, considerando que a média de idades da amostra são cerca de 68 anos (Quadro 1.8).

De acordo com Sequeira (2010), a longevidade coloca novos desafios, nomeadamente a adaptação à sua saúde que por vezes necessita de uma prestação de cuidados mais detalhada e o seu suporte social que costumam ser os seus familiares e cuidadores. A probabilidade de uma pessoa com diabetes se tornar dependente aumenta com o avançar da idade, pelo que se torna fundamental intervir por forma a melhorar a qualidade de vida da pessoa com diabetes, combatendo esta vulnerabilidade social.

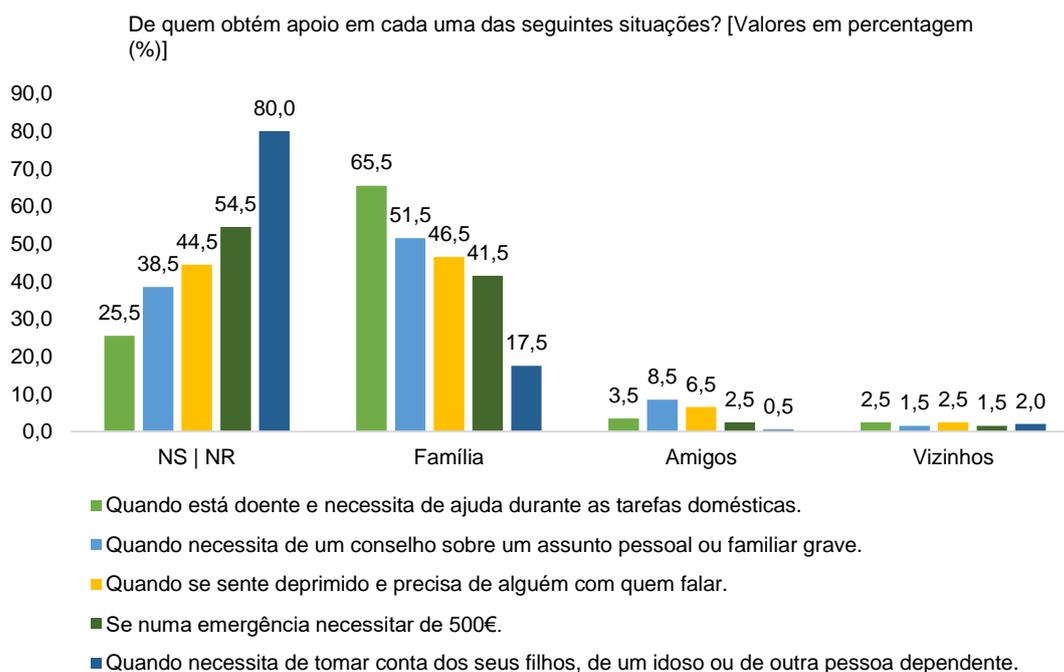
Aproximadamente 67% dos inquiridos possuem rendimentos provenientes de pensões, sendo que sensivelmente 37% dizem ter dificuldades em manterem níveis adequados de subsistência, considerando que o agregado familiar é composto por dois ou mais elementos (Figura 1.8).

Figura 1.8 Capacidade de sustentabilidade do agregado familiar (Elaboração própria, 2018).



O seu principal suporte referido é a família. No entanto, sensivelmente 27% constituem uma família unitária, sendo mais propício a ocorrência de situações de isolamento social em idosos (60 anos a 74 anos), anciãos (75 anos a 90 anos) e pessoas de velhice extrema (> 90 anos).

Figura 1.9 Apoio social (Elaboração própria, 2018).

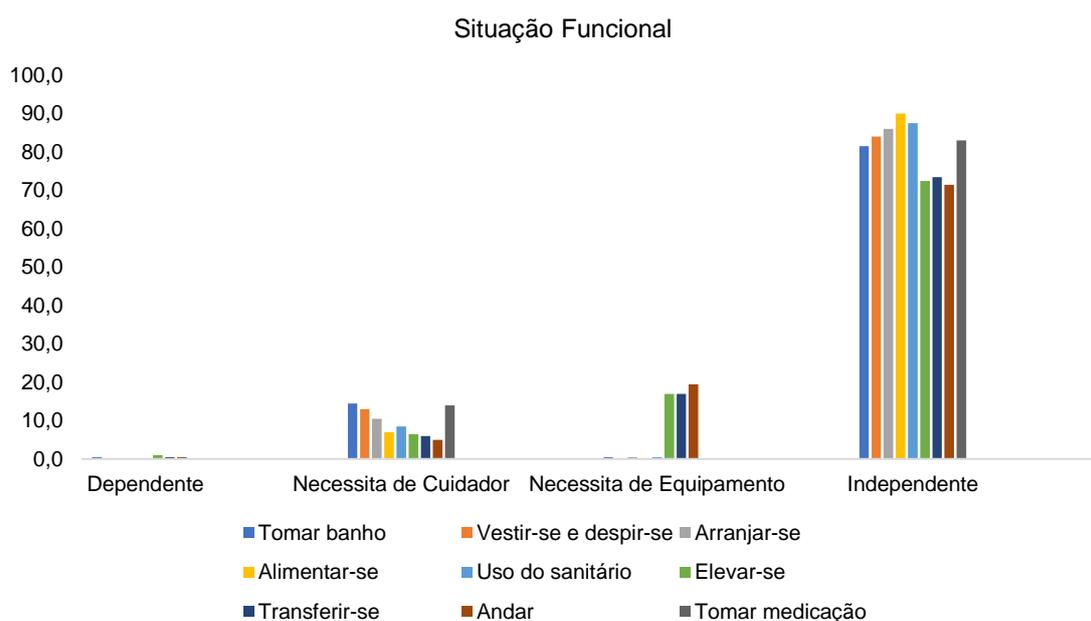


De acordo com Paúl (1997), a solidão e o isolamento social são bastante frequentes em pessoas idosas. A inexistência de suporte social dificulta um envelhecimento ativo e saudável, trazendo consequências físicas e psicológicas. É importante que o serviço social intervenha nas duas vulnerabilidades detetadas, por forma a melhorar a qualidade de vida das pessoas mais envelhecidas e com diabetes.

Apesar de ambas as vulnerabilidades detetadas anteriormente, quando os inquiridos estão doentes e necessitam de ajuda durante as tarefas doméstica, cerca de 66% contam com o apoio de familiares. Quando necessitam de um conselho sobre um assunto pessoal ou familiar grave, ou quando se sentem deprimidos e precisam de alguém com quem falar, contam igualmente com o apoio de familiares (52% e 47%, respetivamente) (Figura 1.9). Aproximadamente 42% das pessoas contam com familiares próximos se numa emergência necessitarem de 500€, no entanto 55% prefere não responder a esta questão, alguns deles por achar que não tinham familiares que os pudessem apoiar (Figura 1.9)

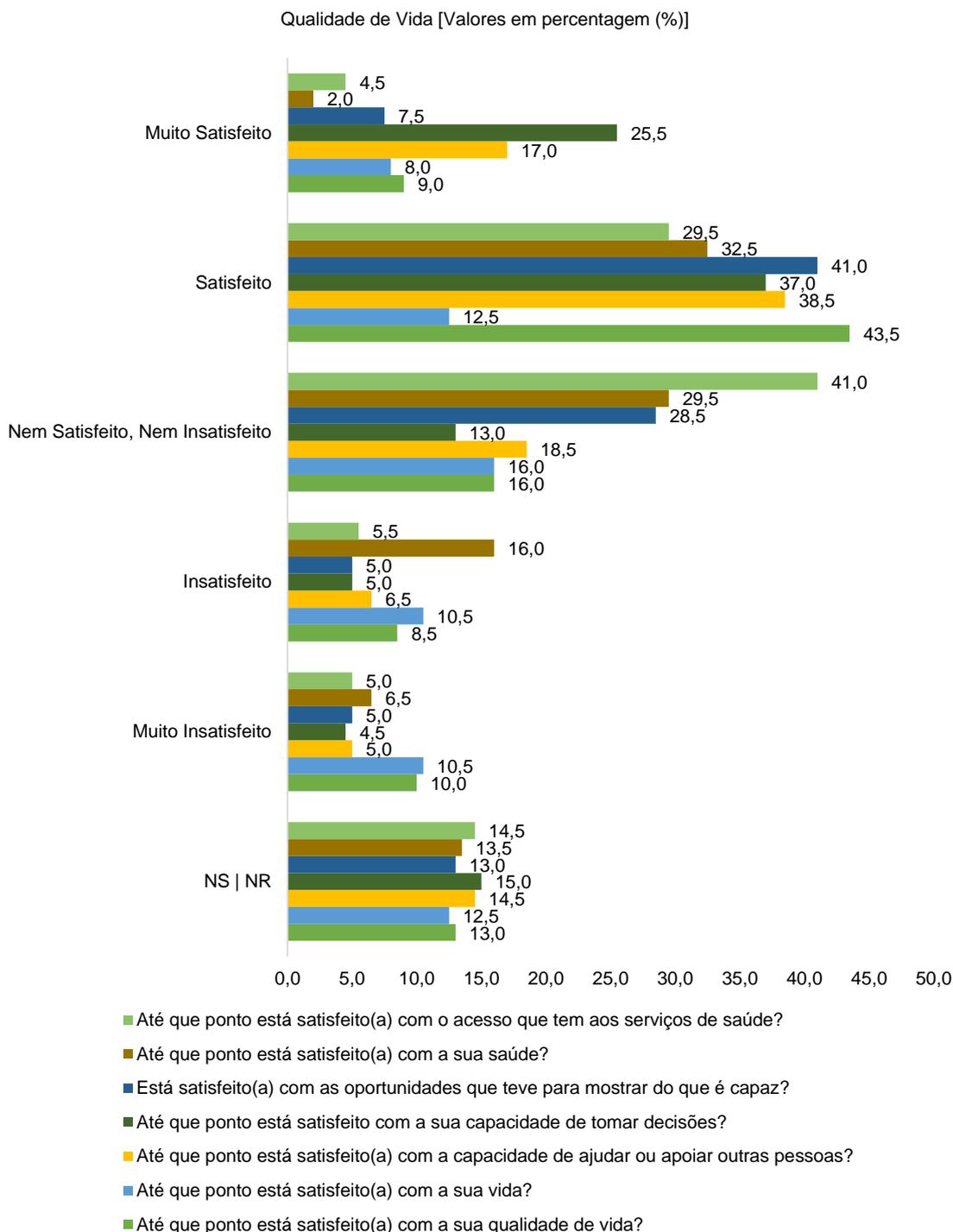
Apesar das graves complicações que a diabetes poderá causar aos pacientes quando estes não mantêm o controle adequado, grande parte dos inquiridos são independentes na concretização das suas atividades de vida diária, sendo que os pacientes que necessitam de equipamentos utilizam-nos essencialmente para elevarem-se, transferirem-se e deslocarem-se (Figura 1.10).

Figura 1.10 Situação funcional da pessoa com diabetes (Valor em %) (Elaboração própria, 2018).



Relativamente à qualidade de vida da pessoa com diabetes, aproximadamente 19% informa estar insatisfeito com a sua qualidade de vida e cerca de 21% está insatisfeito com a sua vida. Na tomada de decisões, cerca de 63% dos inquiridos diz encontrar-se satisfeito com as suas capacidades. Apenas 35% das pessoas com diabetes dizem encontrarem-se satisfeitas com a sua saúde. Sensivelmente 12% estão insatisfeitos na sua capacidade de ajudar e apoiar as pessoas sempre que necessário.

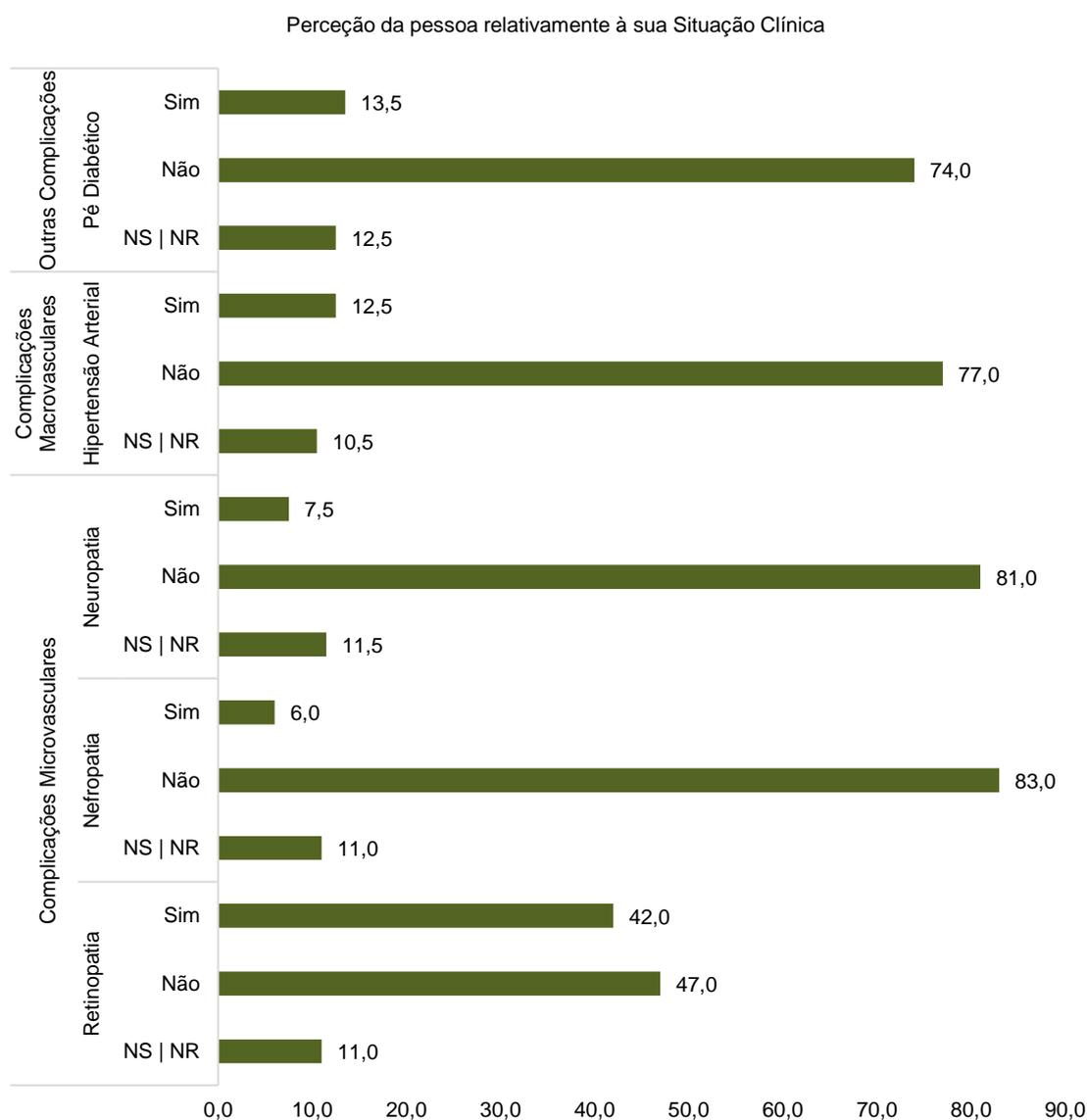
Figura 1.11 Qualidade de vida da pessoa com diabetes (Elaboração própria, 2018).



De acordo com Rubin e Peyrot (1999), num estudo concretizado a pessoas com diabetes tipo 2, verificou-se que a idade e o sexo (feminino), a insulinoterapia, a presença de complicações e a obesidade estavam associadas a uma menor qualidade de vida.

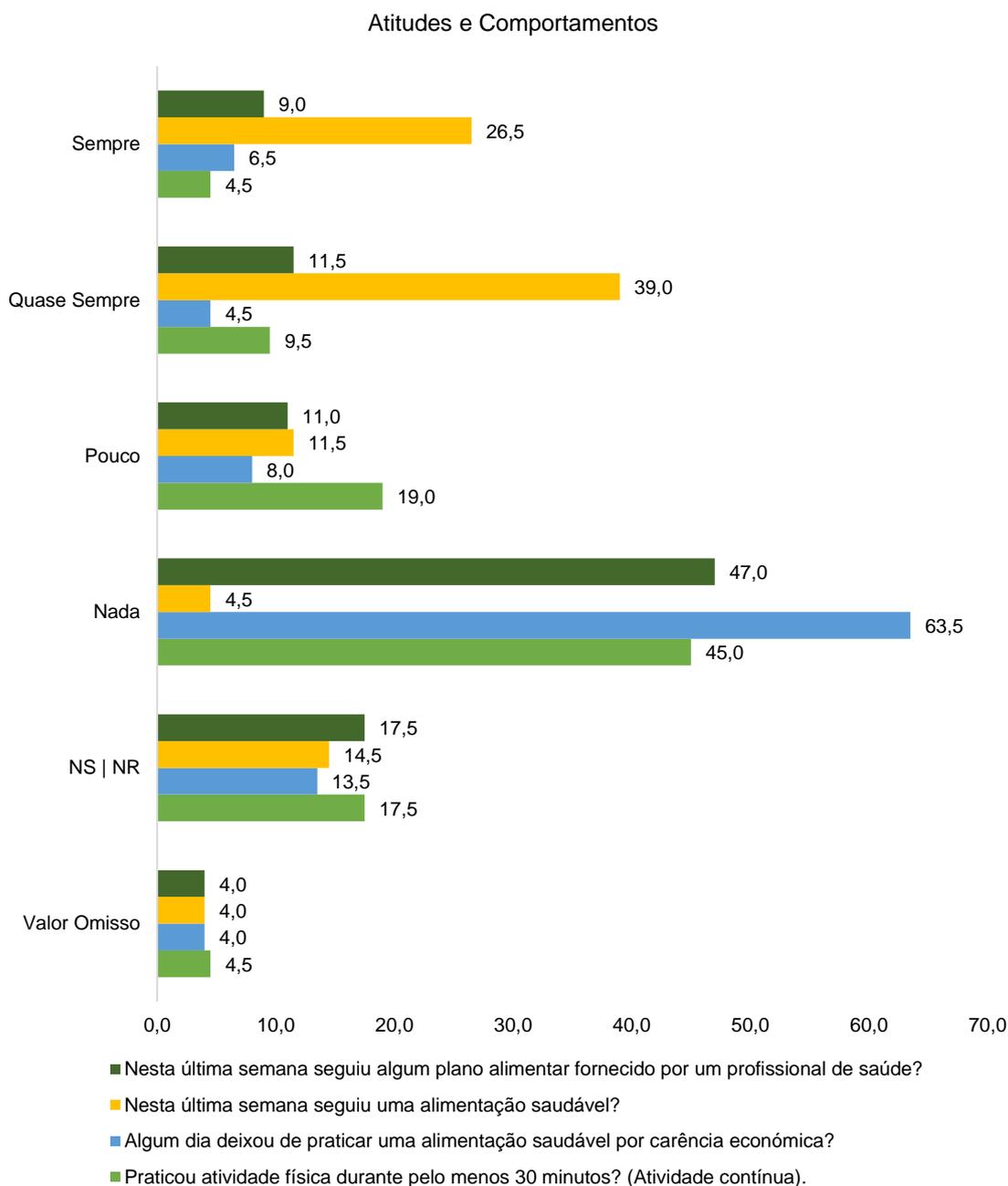
Neste sentido, é importante que a pessoa mantenha um controle adequado da sua diabetes para que as complicações não surjam e assim mantenham a sua qualidade de vida. Para tal, é também relevante o combate à literacia em saúde, tão visível quando observamos as complicações que o paciente tem descritos nos registos clínicos e quando comparados com os dados obtidos sobre a perceção da pessoa relativamente ao seu estado de saúde (Figura 1.12).

Figura 1.12 Perceção da pessoa relativamente à sua situação clínica (Valor em %) (Elaboração própria, 2018).



As atitudes e comportamentos da pessoa com diabetes passam pelo cumprimento de uma alimentação saudável e a prática regular de exercício físico.

Figura 1.13 Atitudes e comportamentos da pessoa com diabetes (Valor em %) (Elaboração própria, 2018).



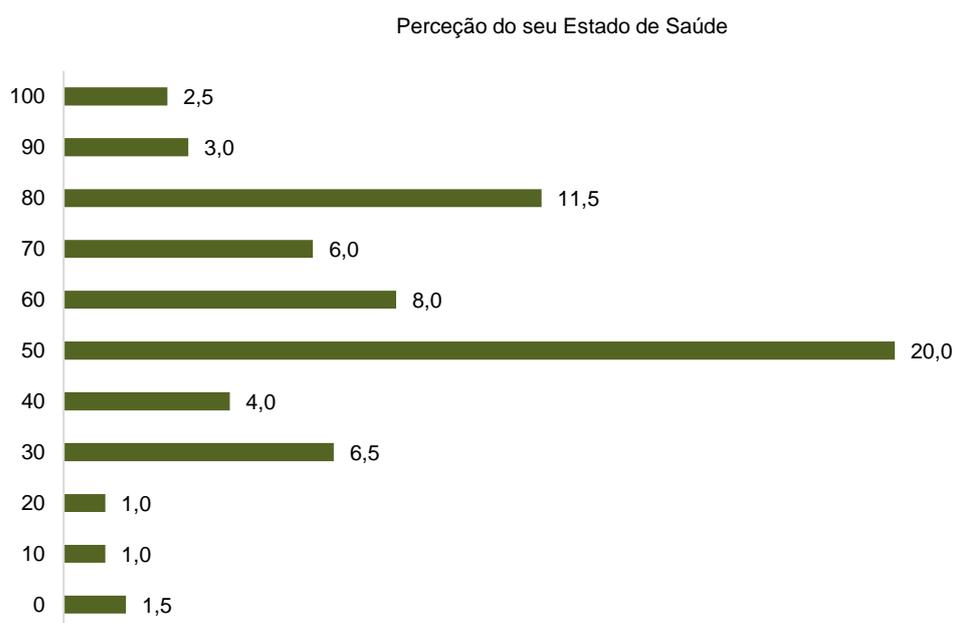
O cumprimento de uma alimentação equilibrada e adequada é fundamental no controle da diabetes. De acordo com o gráfico apresentado anteriormente, verifica-se que 66% das pessoas acham ter quase sempre ou sempre uma alimentação saudável, no entanto cerca de 47% informa nunca ter seguido um plano alimentar fornecido por um nutricionista (Figura 1.13). De acordo com Péres (2006), devem ser feitas

abordagens educativas, tendo sempre em consideração os aspetos emocionais que possam influenciar a adesão às dietas alimentares.

A existência de carências económicas dificulta a manutenção de uma alimentação adequada. De acordo com as informações obtidas nos atendimentos psicossociais executados, as famílias referem que concretizam as suas compras em supermercados com promoções e nem sempre são promovidos produtos saudáveis, pelo que têm de adaptar a sua alimentação aos produtos de venda mais baratos.

Em suma, além de ser extremamente importante o acompanhamento da pessoa com diabetes por um nutricionista, parte do serviço social obter estratégias para a obtenção de produtos alimentares, por exemplo através de programas de apoio (banco alimentar), pois a alimentação é fundamental para a sobrevivência do ser humano e para o controle adequado da diabetes.

Figura 1.14 Percepção do paciente relativamente ao seu estado de saúde (Valor em %) (Elaboração própria, 2018).



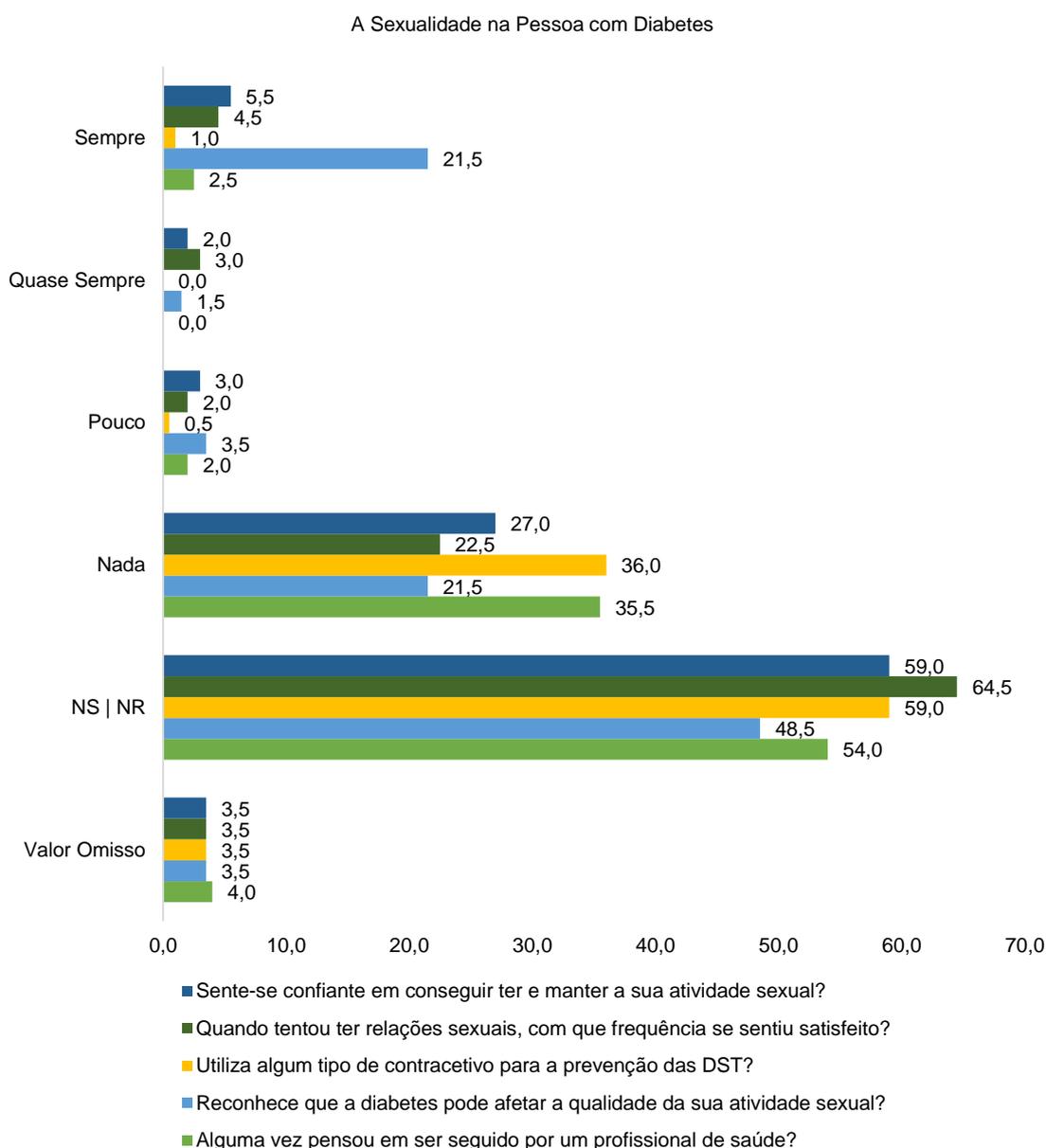
Valor Omisso: n = 70; % = 35%

Analisando a percepção do paciente relativamente ao seu estado de saúde, verifica-se que cerca de 20% das pessoas com diabetes consideram que a sua saúde se encontra a 50%, numa escala de 0% a 100%. 14% das pessoas informa que a sua saúde se encontra a baixo dos 50%, enquanto que 31% se encontra a cima dos 50% (Figura 1.14).

A doença vascular, os problemas psicológicos e alguns medicamentos que são administrados, são algumas das causas que influenciam a disfunção sexual da pessoa com diabetes.

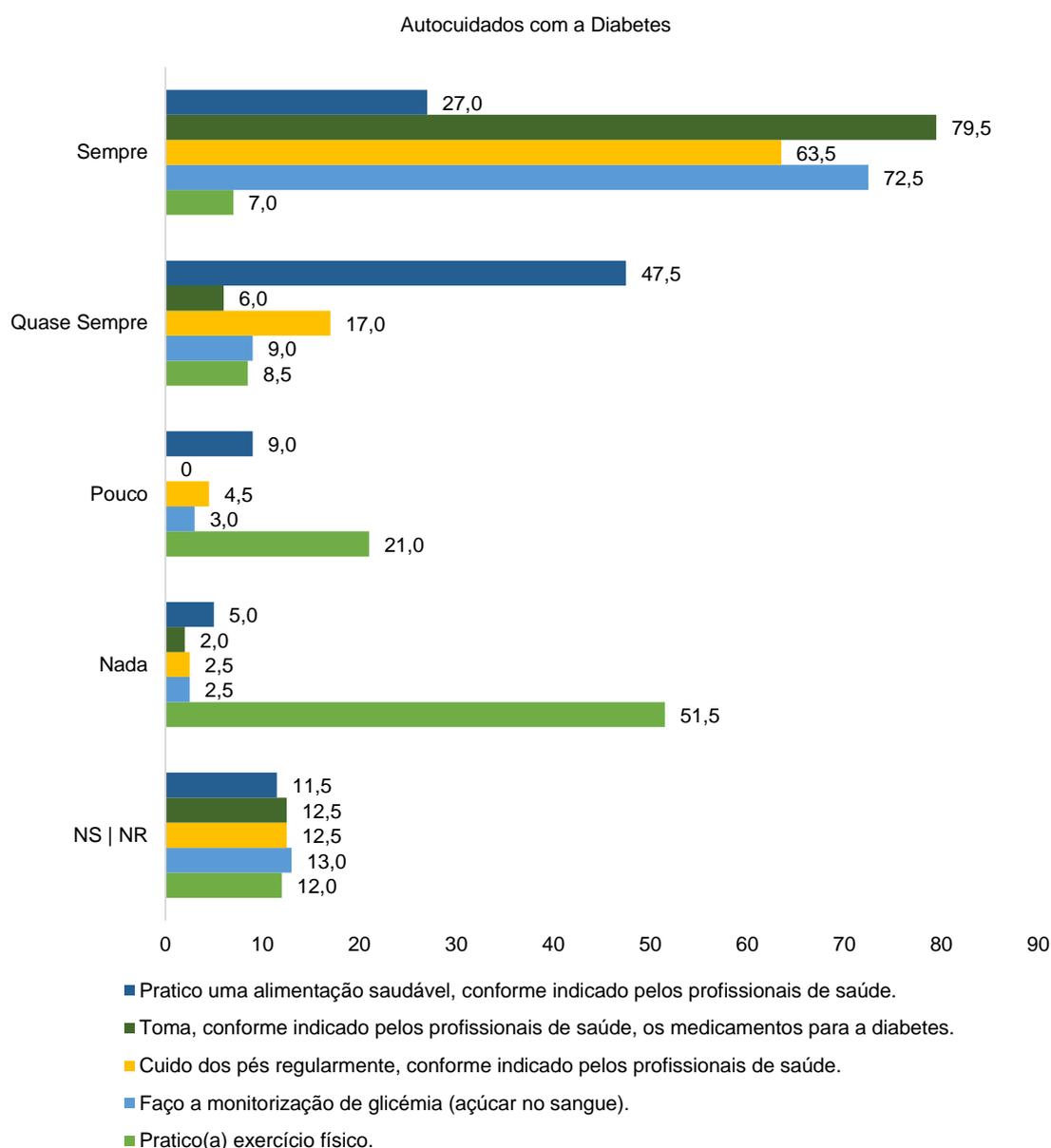
Nos homens, a disfunção erétil ocorre devido ao espessamento das artérias, deixando menos espaço para a circulação do sangue, sendo que quando a glicose (açúcar no sangue) apresenta níveis descontrolados, o risco de disfunção erétil é maior. Nas mulheres, pode causar danos nos vasos sanguíneos, diminuindo a excitação sexual e a lubrificação vaginal, e uma duração prolongada dos níveis de glicemia alta pode causar a fadiga e a diminuição da libido.

Figura 1.15 A sexualidade na pessoa com diabetes (Valor em %) (Elaboração própria, 2018).



Analisando o gráfico anterior, 22% das pessoas não reconhece que a diabetes pode afetar a qualidade da sua atividade sexual (Figura 1.15). De acordo com Pires (2012), é importante que existam programas educacionais para as pessoas com diabetes, relativamente ao funcionamento sexual, por forma a promover a sua qualidade de vida. É igualmente importante que os profissionais de saúde, nomeadamente os médicos, abordem com os seus pacientes esta complicação e que arranjem alternativas para as ultrapassar.

Figura 1.16 Autocuidados com a diabetes (Valor em %) (Elaboração própria, 2018).

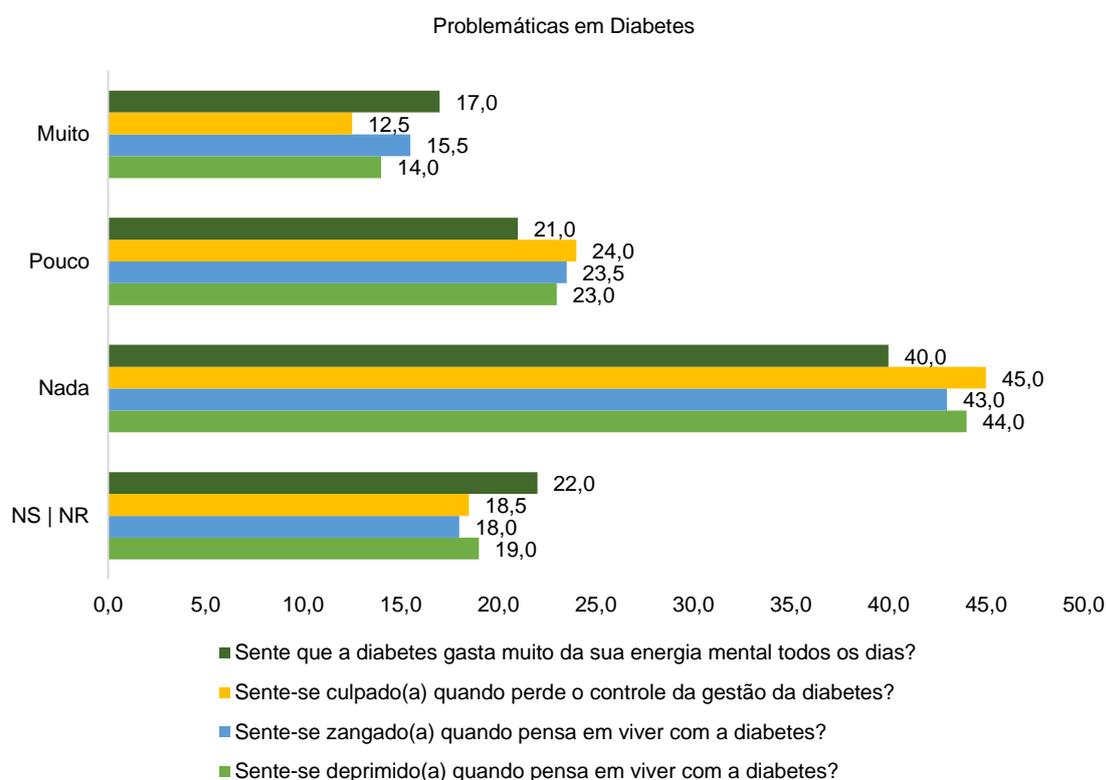


De acordo com o gráfico anterior, cerca de 80% dos inquiridos informa tomar os medicamentos para a diabetes, conforme indicado pelos profissionais de saúde. 73%

afirma realizar a monitorização da glicémia (açúcar no sangue) e 52% declara não praticar exercício físico.

O exercício físico é fundamental para a pessoa com diabetes. Além de combater o sedentarismo, de acordo com Ciolac (2004) a prática regular de atividade física é eficaz para a prevenção e controle da diabetes tipo 2. Além disso, diminui o risco de desenvolver diabetes tipo 2, tanto em homens como em mulheres.

Figura 1.17 Estado psicológico da pessoa com diabetes (Valor em %) (Elaboração própria, 2018).

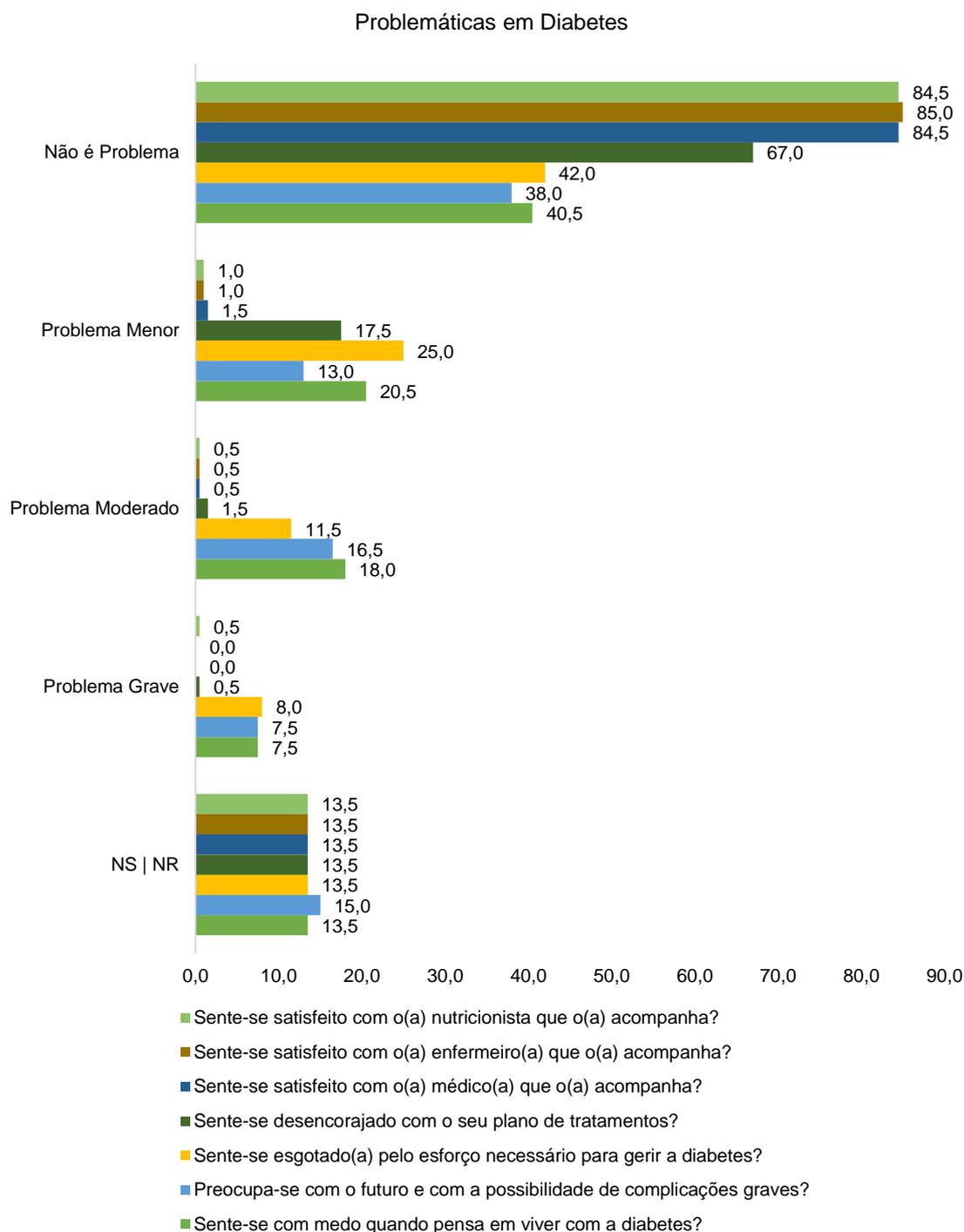


Aproximadamente 40% das pessoas inquiridas informam que a doença não gasta muito da sua energia mental todos os dias e 45% não se sente culpado quando perde o controle da gestão da diabetes. Sensivelmente 39% das pessoas sentem-se zangadas quando pensam em viver com a diabetes e 37% sente-se deprimido. (Figura 1.17).

O acompanhamento psicológico da pessoa com diabetes é fundamental, pois falamos de uma doença crónica que pode trazer complicações graves a vários níveis, como já referido anteriormente. Após o diagnóstico clínico, são gerados sentimentos positivos ou negativos e é importante que o paciente crie estratégias para lidar com a doença. O apoio familiar, dos amigos e colegas é essencial, pois a pessoa tem de criar

novos hábitos e a aceitação da doença pelos seus mais próximos, ajuda o paciente a ultrapassar este processo complexo.

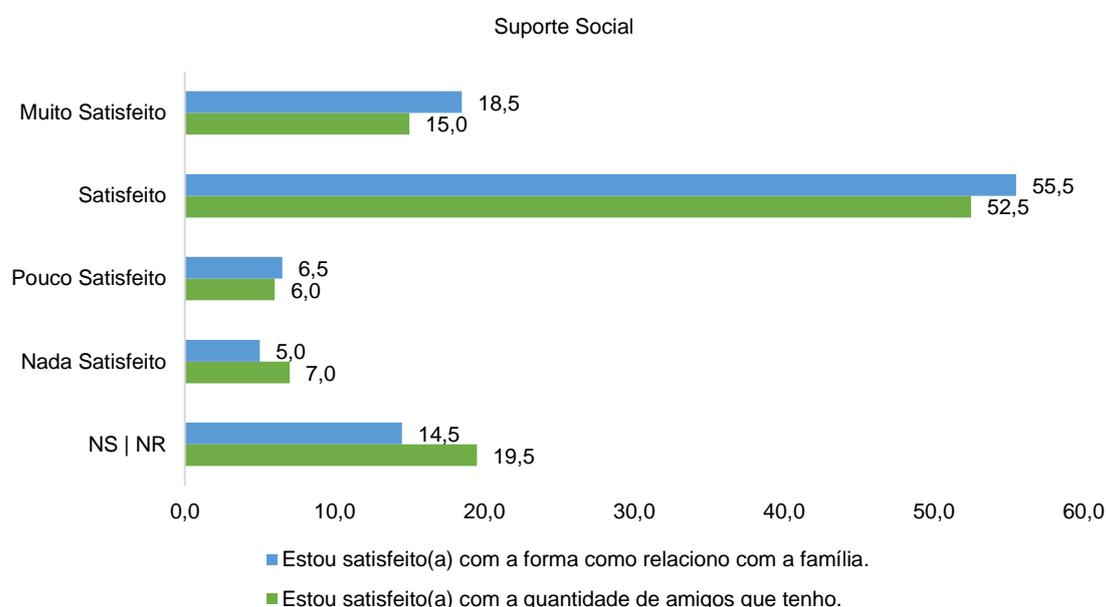
Figura 1.18 Problemáticas em diabetes (Valor em %) (Elaboração própria, 2018).



Apenas 38% das pessoas não se preocupam com o futuro e com a possibilidade de complicações graves. 41% não se sente com medo quando pensa em viver com a diabetes (Figura 1.18). O medo das complicações futuras é natural, pelo que um

acompanhamento adequado às pessoas com diabetes poderá ajudar nesta fase mais difícil das suas vidas.

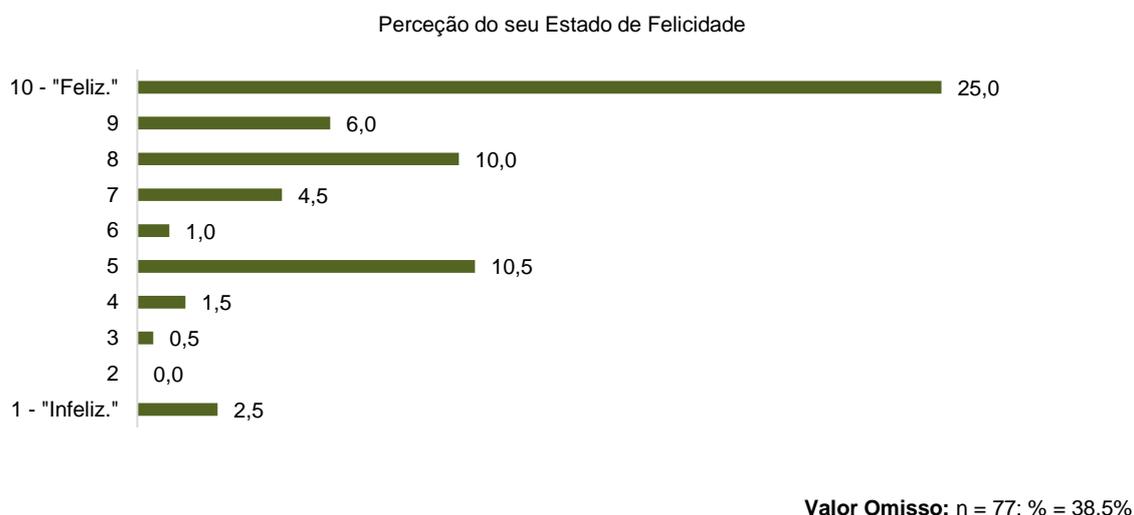
Figura 1.19 Suporte social das pessoas com diabetes (Valor em %) (Elaboração própria, 2018).



Cerca de 56% das pessoas inquiridas informam estar satisfeitas com a forma como se relacionam com a família e 53% transmitem estar satisfeitas com a quantidade de amigos que têm. A família tem um papel fundamental no apoio emocional, no que toca à compreensão, à aceitação e ao encorajamento em enfrentar a doença crónica. São os elementos mais próximos que acabam por assumir a responsabilidade dos cuidados de saúde, quando o paciente não se encontra autónomo, por exemplo, devido a uma complicação grave. A família é o grande suporte social e tem o objetivo de acompanhar a pessoa com diabetes e a potenciar na sua responsabilização para os auto-cuidados, sempre que a sua situação clínica o permitir.

É importante a presença do serviço social numa unidade especializada no cuidado à diabetes, pelo número crescente de pessoas que esta patologia afeta, onde incluímos não só os pacientes, mas também as famílias e cuidadores. O suporte social, segundo Sarason (1983), define-se como “a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós”.

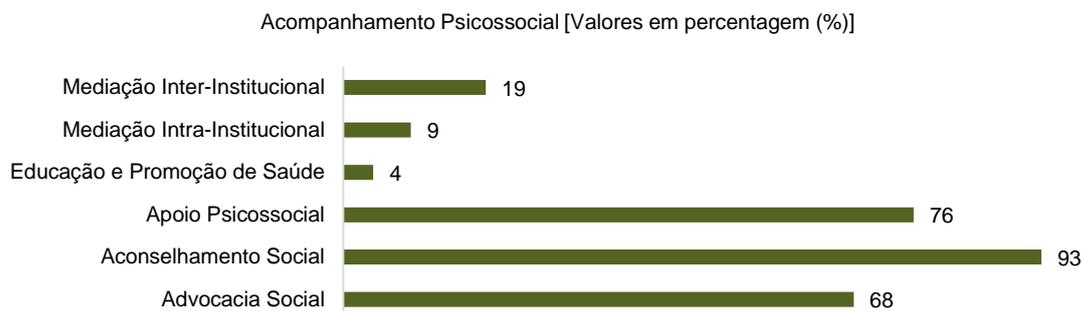
Figura 1.20 Percepção do paciente relativamente ao seu grau de confiança e relativamente ao seu grau de felicidade (Valor em %) (Elaboração própria, 2018).



Quanto à percepção do paciente relativamente ao grau de confiança, cerca de 6% das pessoas informa que se deve ser muito cuidadoso na forma como se lida com as pessoas, enquanto que aproximadamente 11% das pessoas informa que se pode confiar na maioria das pessoas. Relativamente à percepção do seu estado de felicidade, cerca de 25% das pessoas consideram-se felizes (10), enquanto que 3% consideram-se infelizes (1) (Figura 1.20).

Os fatores sociais, económicos, culturais, étnicos, psicológicos e comportamentais influenciam a ocorrência de problemas de saúde, pelo que se torna importante estudar os determinantes sociais de saúde para compreender as condições sociais que afetam a saúde das pessoas e respetivas famílias, por forma a criar políticas públicas e respostas sociais adequadas.

Figura 1.21 Acompanhamento psicossocial a pessoas com diabetes (Elaboração própria, 2018).



Relativamente às intervenções sociais executadas, cerca de 93% recebeu aconselhamento social, 76% apoio psicossocial e aproximadamente 68% advocacia social em favor do paciente. Para 19% das pessoas foi feita articulação com a comunidade, para a obtenção de respostas de carácter social (Figura 1.21).

2. Vulnerabilidades Sociais

Os determinantes sociais de saúde vêm tornar reconhecida a doença social que as pessoas vivem, sendo que a saúde é influenciada por causas sociais, económicas e culturais. As doenças poderão ser um fenómeno social, por terem origens sociais.

Quadro 1.9 Vulnerabilidades sociais detetadas (Elaboração própria, 2018).

Adultos e Idosos

Sedentarismo	Isolamento Social
Doenças Físicas	Carência Alimentar
Doenças do foro Psiquiátrico	Carência Económica
Alcoolismo	Literacia em Saúde
Solidão	

As principais vulnerabilidades sociais detetadas foram o sedentarismo, as doenças físicas, as doenças do foro psiquiátrico, o alcoolismo, a solidão, o isolamento social, a carência alimentar, a carência económica e a literacia em saúde (Quadro 1.9).

De acordo com Mendes e Tavares (2011), a problemática do risco e da vulnerabilidade social tem assumindo uma visibilidade crescente na definição de políticas públicas. São cada vez mais o número de pessoas em risco de vulnerabilidade

e estas condicionantes podem influenciar negativamente o bem-estar da pessoa com diabetes.

Em idosos, a idade avançada e as doenças físicas promovem o sedentarismo, fazendo com que as pessoas não saiam das suas habitações e conseqüentemente deixem de conviver e de estarem inseridas ativamente na sociedade. Atualmente, existem equipas de apoio no domicílio e equipas de voluntariado que acompanham estas pessoas e que procuram minimizar o sedentarismo, a solidão e o isolamento social.

Também é cada vez mais frequente visualizar situações de carência económica e conseqüentemente situações de carência alimentar, essencialmente em idades compreendidas entre os 40 e os 60 anos. A diabetes exige um controlo rigoroso na alimentação diária, mas nem todos os pacientes conseguem adaptar a sua alimentação às suas necessidades. Além disso, verificamos a existência de ordenados precários, que não facilitam a gestão económica de cada família.

Parte do assistente social, juntamente com a equipa multidisciplinar, promover uma proteção social, ou seja, evitar a ocorrência destas vulnerabilidades e combater as que já existem. O profissional deverá divulgar os direitos das pessoas com diabetes, desenvolver a sua autonomia, prevenir a rutura familiar e promover as redes de apoio.

Atuar sobre os determinantes sociais da saúde, significa atuar sobre as condições materiais e psicossociais nas quais as pessoas vivem e trabalham, como por exemplo a obtenção de uma habitação adequada, a entrega de alimentos saudáveis e nutritivos, a aquisição de um emprego seguro e estável, educação e formação.

CONCLUSÃO

A construção e aplicação de um questionário social, integrando determinantes de saúde, permitiu caracterizar a população alvo e identificar um grupo elevado de pacientes com necessidades particulares de apoio social em áreas conhecidas como relevantes para o seu estado de saúde e eficácia da gestão da diabetes, e proporcionar o apoio adequado de uma forma personalizada, focada no paciente. Sabendo que os cuidados de saúde são cada vez mais desenvolvidos em regime ambulatorio a necessidade de um gabinete de diagnóstico e apoio social tornou-se determinante para o sucesso do seu acompanhamento para uma melhor saúde e qualidade de vida.

Os determinantes sociais de saúde permitem fornecer informações cruciais sobre fatores que influenciam a saúde e a eficácia dos tratamentos. A prática do serviço social é fundamental, pois irá fornecer serviços adequados às necessidades sociais das pessoas com diabetes.

Foram feitos diagnósticos sociais a 200 pessoas com diabetes, maioritariamente do sexo feminino (63%), um quarto residente na região de Lisboa e com idade média de 68 anos. O principal suporte referido é a família e sensivelmente 27% constituem uma família unitária. Aproximadamente 67% das pessoas possuem rendimentos provenientes de pensões, sendo que cerca de 37% dizem ter dificuldades em sustentarem-se. Sensivelmente 19% dizem ter deixado de praticar uma alimentação saudável por carência económica.

O suporte social encontra-se associado à satisfação com a vida, na medida em que existe uma forte correlação entre o apoio social e a saúde. Um suporte social eficaz irá certamente evitar fatores de *stress* e problemas que possam condicionar a saúde da pessoa com diabetes.

Numa doença crónica, a pessoa é confrontada a desenvolver um processo de adaptação em relação ao contexto da situação em que vive. A prática do serviço social com pessoas com diabetes é importante numa dimensão psicossocial da doença para o estudo e tratamento de problemas sociais que podem condicionar a saúde das pessoas e respetivas famílias. O assistente social deve exercer a sua profissão em articulação com a equipa multidisciplinar, pois só trabalhando em equipa é que se torna possível melhorar a qualidade de vida dos doentes e respetivas famílias.

O assistente social é um profissional capaz de proporcionar uma mudança social, para a promoção do bem-estar e da qualidade de vida do doente e de quem o rodeia,

onde os direitos humanos e a justiça social são o pilar da sua atuação profissional. De acordo com Cowles (2003), “o serviço social na saúde emerge associado à natureza coletiva da prestação de cuidados de saúde e à consagração das equipas multiprofissionais no âmbito da saúde”. Existe a necessidade de um profissional qualificado para o estudo e tratamento de problemas sociais que podem condicionar a saúde das pessoas e respetivas famílias.

A construção e aplicação de um diagnóstico social constatou a necessidade da criação de um gabinete de diagnóstico e de apoio social, no entanto importa realçar que a amostra de pacientes é considerada não probabilística por não se poder especificar a probabilidade de um sujeito pertencer a um grupo de pacientes e foi uma amostra por conveniência, ou seja, foram usados grupos intactos já constituídos e existe uma forte probabilidade de terem sido selecionados pacientes que não necessitavam de apoio social, quando poderia haver outros com necessidades sociais e que não foram diagnosticados.

A existência do serviço social na Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP) seria uma mais valia para a entidade, pois sabe-se que os determinantes sociais de saúde permitem fornecer informações cruciais sobre fatores que atingem a saúde. Identificar as necessidades de apoio social sentidas pelas pessoas com diabetes e estudar os problemas sociais que condicionem a saúde das pessoas e respetivas famílias poderá ajudar a influenciar de forma eficaz o controle e gestão da diabetes.

A existência de carências económicas dificulta a sustentabilidade das famílias e a sua capacidade de aceder a uma alimentação saudável. O serviço social pode ter aqui uma prática fundamental, dado que fornece serviços adequados às necessidades sociais das pessoas com diabetes. Além disso, verifica-se um elevado número de idosos em situação de isolamento social e sem suporte social que possa acompanhar a situação clínica do paciente. Sabe-se que a felicidade, o bem-estar e a qualidade de vida são conceções interrelacionadas, pelo que as principais intervenções executadas foram o aconselhamento social, o apoio psicossocial, a advocacia social e a mediação institucional.

Perspetivas Futuras

A aplicação de um diagnóstico social constatou a necessidade da criação de um gabinete de diagnóstico e de apoio social, pelo que numa perspetiva futura pretende-se continuar com a prática deste projeto, intervindo não apenas com pessoas com 18 ou mais anos de idade, mas também com crianças e jovens.

De acordo com informações fornecidas pela equipa de pediatria da Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP), a negligência em saúde a crianças e jovens é bastante visível, pelo que se torna importante que o serviço social labore com os representantes legais a necessidade do controlo e gestão da diabetes diariamente. Além disso, existe um elevado número de escolas públicas e privadas que não estão preparadas para lidar com crianças e jovens com diabetes, chegando até a rejeitar educandos com esta patologia. É fundamental a promoção de formações especializadas sobre como gerir e controlar a diabetes.

Numa perspetiva futura, pretende-se a criação de uma plataforma de referenciação no sistema APDP Soft, por forma a que a equipa de saúde possa sinalizar casos sociais e/ou situações de crise social que mereçam a intervenção do serviço social, focada no paciente, de acordo com critérios de seleção. Além da plataforma de referenciação, pretende-se a criação de um separador no programa APDP Soft para o registo integral dos diagnósticos sociais efetuados.

O estudo dos determinantes sociais de saúde permitiu obter conhecimentos sobre os fatores que influenciam a saúde e a eficácia dos tratamentos, permitindo que, numa perspetiva futura, se crie projetos de intervenção que possam fornecer serviços adequados às necessidades sociais das pessoas com diabetes.

BIBLIOGRAFIA

- Allen, Karen e William Spitzer (2016), *Social Work Practice in Healthcare – Advanced Approaches and Emerging Trends*, Thousand Oaks, SAGE.
- Ander-Egg (2008), A Animação Sociocultural e as Perspetivas para o século XXI. In Pereira, J.D. L., Vieites, M. F. & Lopes, M. S. *A Animação Sociocultural e os Desafios do Século XXI. Chaves, Intervenção – Associação para a Promoção e Divulgação Cultural*, 19-32.
- Ander-Egg e Idáñez (1999), *Diagnostico Social – Conceptos y Meetodologia*, Buenos Aires, Instituto de Ciências Sociales Aplicadas.
- Alaszewski *et al* (2003), *Providing integrated health and social care for older persons in the United Kingdom*, Procare – Centre for Health Services Studies, University of Kent at Canterbury, Reino Unido. Disponível em: <http://www.euro.centre.org/procare>.
- Albarelo (1997), *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa, Gradiva.
- Allen, Karen & William Spitzer (2016), *Social Work Practice in Healthcare – Advanced Approaches and Emerging Trends*, Thousand Oaks, SAGE.
- Almeida, Helena Neves (2015), “Envelhecimento, Qualidade de Vida e Mediação Social Profissional na Saúde” em Maria Irene de Carvalho (Org.), *Serviço Social na Saúde*, Lisboa, Pactor.
- Amaro, Maria Inês (2012), *Urgências e Emergências do Serviço Social: Fundamentos da Profissão na Contemporaneidade*, Lisboa, Universidade Católica Portuguesa.
- António, Patrícia (2010), A Psicologia e a doença crónica: Intervenção em grupo na diabetes Mellitus. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(1), 15-27.
- Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (2012), *Viver com a Diabetes*, Lisboa, Lidel, Edições Técnicas.
- Assunção, Suelen *et al* (2017), “Conhecimento e Atitude de Pacientes com Diabetes Mellitus da Atenção Primária à Saúde.” *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 21(4), 1-7.
- Barrera, Manuel (2006) “Social Support and Social-Ecological Resours as Mediators of Lifestyle ntervention Effects for Type 2 Diabetes” *JHP – Journal of Health Psychology*, 11(3), 483-495.
- Baumann, Schröder & Fink (2015), “How Social Inequalities Impact the Course of Treatment and Care for Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: Study protocol for a Qualitative cross-sectional Study from the Patient's perspective” *BMJ Open*, (Online).
- Becker, Howard & Michel Mccall (1990), *Symbolic Interaction and Cultural Studies*, Chicago, The University of Chicago Press.
- Branco, Francisco (2015) “O Serviço Social nos Cuidados de Saúde Primários: Contexto, Perspetivas e Desafios” em Maria Irene de Carvalho (Org.), *Serviço Social na Saúde*, Lisboa, Pactor.

- Branco, Francisco *et al* (2013), Uma abordagem histórica dos padrões de rendimento mínimo em Portugal. *Ler História*, (64), 55-84.
- Branco, Francisco (2009), “A profissão de assistente social em Portugal” *Locus Social*, 3(2009), 61-89.
- Cabral, Manuel (2002), “Saúde e Doença em Portugal” (Org.), Lisboa, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.
- Cabrelli, Renata (2015), Determinantes Sociais de Controle da Diabetes Tipo 2: Resultados do Estudo Longitudinal de Saúde de Adultos, Escola Nacional de Saúde Pública.
- Cabrita, Idalina *et.al* (2015), “A Intervenção Social com Crianças e Famílias por Acontecimento Adverso em Saúde” em Maria Irene de Carvalho (Org.), *Serviço Social com Famílias*, Lisboa, Pactor.
- Campanini, Annamaria (2015), “Intervenção com Famílias numa Ótica Sistémica” em Maria Irene de Carvalho (Org.), *Serviço Social com Famílias*, Lisboa, Pactor.
- Carvalho, Maria *et.al* (2014), (Org.) *Serviço Social – Teorias e Práticas*, Lisboa, Pactor.
- Carvalho, Maria *et.al* (2016), (Org.) *Ética Aplicada ao Serviço Social – Dilemas e Práticas Profissionais*, Lisboa, Pactor.
- Carvalho, Maria *et.al* (2015), (Org.) *Serviço Social com Famílias*, Lisboa, Pactor.
- Carvalho, Maria *et.al* (2015), (Org.) *Serviço Social na Saúde*, Lisboa, Pactor.
- Carvalho, Maria *et.al* (2015) (Org.) *Serviço Social no Envelhecimento*, Lisboa, Pactor.
- Carvalho, Maria Irene *et.al* (2015), “Intervenção do Serviço Social com Indivíduos e Famílias” em Maria Irene de Carvalho (Org.), *Serviço Social com Famílias*, Lisboa, Pactor.
- Capucha, Luís (2008), *Planeamento e Avaliação de Projetos – Guião Prático*, Lisboa, DGIDC/ME.
- Charles (1998), *Introduction to Educational Research*, New York, Longman.
- Chlebowy, Diane *et al* (2016), “Social Support, Self.Efficacy, and Outcome Expectations – Impact on Self-care Behaviors and Glycemic Control in Caucasian and African American Adults With Type 2 Diabetes”, Chlebowy Garvin, (Online).
- Ciolac, Emmanuel, *et al* (2004), Exercício Físico e Síndrome Metabólica, *Revista Bras Med Esparte*, 10(4), 319-324.
- Cockerham (2007), *Social causes of health and disease*, Cambridge, Polity.
- Commissariat, Persis *et al* (2016), “Developing a Personal and Social”, *Generative Study*, (Online), *Qualitative Health Research* 1-13.
- Correia, Luis Gardete *et al* (2006), *Fotobiografia de Ernesto Roma*, Lisboa, Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP).
- Correia, Luis Gardete (2014), *Gerir a Diabetes, Uma Corrida de Fundo*, Lisboa, Gravida.
- Coulon, Alain (1992), *L'École de Chicago*, Paris, PUF.

- Coutinho, Clara Pereira (2016), *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*, Coimbra, Almedina.
- Commission on Social Determinants of Health (2008), "Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health – final report" (online) Geneva: World Health Organization. Consultado em: 09.02.2018. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703_eng.pdf.
- Cowles, Lois A. Fort. (2003), *Social work in the health field, a care perspective*. 2ªed. New York: The Haworth Social Work Practice Press.
- Cruz, Rui *et al* (2016), "Determinantes do Estado de Saúde dos Diabéticos", *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo*, 11(2): 188-196.
- DeVoe, Jennifer *et al* (2016), "Perspectives in Primary Care: A Conceptual Framework and Path for Integrating Social Determinants of Health Into Primary Care Practice", *Annals of Family Medicine*, (Online), 14, 2.
- Dias, Ana, & Santana, Silvina (2009), *Cuidados integrados: um novo paradigma na prestação de cuidados de saúde*. *Revista de Gestão dos Países de Língua Portuguesa*, 8(1), 12-20.
- DGS (2006), *Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na Rede de Cuidados Continuados Integrados*, Ministério da Saúde.
- Dezerotes, D. (2000), "Evaluation of Yoga and Meditation training with Adolescent sex offenders", *Child and Adolescent Social Work Journal*, 17(2): 97-113.
- Escala Manage Care, Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP).
- Faleiros, Vicente de Paula (2015), "Autonomia Relacional e Cidadania Protegida: Paradigma para Envelhecer Bem" em Maria Irene de Carvalho (Org.), *Serviço Social no Envelhecimento*, Lisboa, Pactor.
- Ferreira de Oliveira, Nunila, *et al* (2011), *Diabetes Mellitus: Desafios relacionados ao Autocuidado abordados em Grupo de Apoio Psicologico*, *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(2).
- Ferreira, Pedro *et al* (2002), "Qualidade de Vida e Diabetes", *Ver Port Clin Geral*, 18: 402-8.
- Figueiredo, Maria Henriqueta *et.al.* (2012), (Org.) *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*, Loures, Lusociência.
- Filho, Alberto Pellegrini *et.al.* (2017), "A Saúde e os seus Determinantes Sociais", *Physis: Revista Saúde Coletivo*, Rio de Janeiro, 17(1): 77-93.
- Fossi, Luciana *et al* (2004), *A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares*. *Revista da SBPH*, 7(1), 29-43.
- Fraze, Taressa *et al* (2016), "Housing, Transportation, and food: How ACOs Seek To Improve Populatio Health by Addressing Nonmedical Needs of Patients", *Health Care & Population Health*, (Online), 2109-2115.

- Frier & Strachan (2010), Social aspects of diabetes. In Holt, R. I. G., Cockram, C. S., Flyvbjerg, A. & Goldstein, B. J. (eds) Textbook of Diabetes, 4th edition (pp. 380-397). Oxford: Blackwell Publishing Ltd citado por Andrade, Maria (2014), A Saúde e os Estilos de Vida dos Jovens Adultos com Diabetes tipo 1, Dissertação de Doutoramento em Ciências da Educação, especialidade em Educação para a Saúde, Lisboa, Universidade de Lisboa.
- Giddens, Anthony (2009), Sociologia, Fundação Calouste Gulbenkian (9.ª Edição).
- Gil, António (2008), Métodos e Técnicas de Pesquisa Social, São Paulo, Editora Atlas S.A. (6.ª Edição).
- Giovanni, Fava & Nicolotta Sonino (2008), “O Modelo Psicossocial: Trinta Anos Depois”. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77: 1-2.
- Griffith, Field & Lustman (1990), “Life Stress and Social Support in Diabetes: Association with Glycemic Control, *Int. J. Psychiatry*, 20(4): 365-72.
- Guadalupe, Sónia (2015), “A Intervenção do Serviço Social na Saúde com Famílias e em Redes de Suporte Social” em Maria Irene de Carvalho (Org.), *Serviço Social na Saúde*, Lisboa, Factor.
- Guerra, Isabel (2002), Cidadania, exclusões e solidariedades. Paradoxos e sentidos das “novas políticas sociais”. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, (63), 47-74.
- Guerra, Isabel (2002), Fundamentos e Processos de uma Sociologia de Ação – O Planeamento em Ciências Sociais, 2.ª Edição, Cascais, Princípia.
- Guerra, Isabel (2006), Participação e Ação Coletiva: interesses, conflitos e consensos. Princípia.
- Hannula, Virva *et al* (2015), “Social well-being of young Adults with Type 1 Diabetes since Childhood. The Oulu cohort Study of Diabetic Retinopathy”, *Scandinavian Journal of Public Health*, (Online), 43: 623-628.
- Hill, Jacqueline *et al* (2013), “Understanding the Social Factors that Contribute to Diabetes: A Means to Informing Health Care and Social Policies for the Chronically Ill”, *Original Research & Contributions*, (Online), 17(2): 67-72.
- Instituto da Segurança Social, I.P (2018) “Guia Prático – Complemento por Dependência, Lisboa, Instituto da Segurança Social, I.P.” (online) Consultado em: 09.02.2018.
- Instituto da Segurança Social, I.P (2018) “Guia Prático – Subsídio de Pensão de Invalidez, Lisboa, Instituto da Segurança Social, I.P.” (online) Consultado em: 09.02.2018.
- Instituto da Segurança Social, I.P (2017) “Guia Prático – Subsídio de Assistência a Filho, Lisboa, Instituto da Segurança Social, I.P.” (online) Consultado em: 09.02.2018.
- Instituto da Segurança Social, I.P (2017) “Guia Prático – Subsídio de Assistência a Filhos com Deficiência ou Doença Crónica, Lisboa, Instituto da Segurança Social, I.P.” (online) Consultado em: 09.02.2018.
- Instituto da Segurança Social, I.P (2018) “Guia Prático – Subsídio de Assistência a Neto, Lisboa, Instituto da Segurança Social, I.P.” (online) Consultado em: 09.02.2018.

- Instituto da Segurança Social, I.P (2017) “Guia Prático – Subsídio de Assistência a Terceira Pessoa, Lisboa, Instituto da Segurança Social, I.P.” (online) Consultado em: 09.02.2018.
- Instituto da Segurança Social, I.P (2018) “Guia Prático – Subsídio de Doença, Lisboa, Instituto da Segurança Social, I.P.” (online) Consultado em: 09.02.2018.
- Instituto da Segurança Social, I.P (2017) “Guia Prático – Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (SAPA), Lisboa, Instituto da Segurança Social, I.P.” (online) Consultado em: 09.02.2018.
- Kokanovic, Renata *et al* (2006), “Social support and self-management of Thype 2 Diabetes among Immigrant Australian Women”, *Chronic Illness*, (Online) 2, 291-301.
- Lee, Albert *et al* (2011), “General Practice and Social Service partnership for Better Clinical Outcomes, Patient self Efficacy and Lifestyle Behaviours of Diabetic Care: Randomised Control Trial of a Choronic Care Model”, *Editor’s Choice*, (Online), 87: 688-693.
- Manage Care (2003), Capacitar pessoas com diabetes; Diabetes Research and Training Center University of Michigan, 2013 – Versão Portuguesa – Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC).
- Martínez, Manuel Moix (1991), *Introducción al Trabajo Social*, Editorial Trivium.
- Matos, Alice Delerue *et.al* (2012), (Org.), *Saúde: Sistemas, Mediações e Comportamentos*, Vila Nova de Famalicão, Edições Húmus.
- Melucci, Alberto (2001), *A Intervenção do Presente: Movimentos Sociais nas Sociedades Complexas*, Vozes.
- Melucci, Alberto (2001), *Vivencia y Convivencia: Teoria Social para una era de la Información*. Trolta.
- Mendes, José & Tavares, Alexandre (2011), Risco, Vulnerabilidade Social e Cidadania, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 93, 2011: 5-8.
- Mendes, Marta (2004), *Mudanças Familiares ao Ritmo da Doença - as Implicações da Doença Crónica na Família e no Centro de Saúde*, Dissertação de Mestrado em Sociologia, Braga, Universidade do Minho.
- Mertens (1998), *Research Methods in Education and Psychology: integrating diversity with Quantitative e Qualitative Approaches*, London, Sage Publications.
- Millan (2002), “Cuestionario de Calidad de Vida Especifico para la Diabetes Mellitus (EsDQOL)”, *Aten Primaria*, (Online), 29 (8): 517-521.
- Mioto, Regina (2015), “Serviço Social e Intervenção Profissional com Famílias” em Maria Irene de Carvalho (Org.), *Serviço Social com Famílias*, Lisboa, Pactor.
- Miranzi, Sybelle *et al* (2008), Qualidade de Vida de Indivíduos com Diabetes Mellitus e Hipertensão Acompanhados por uma Equipa de Saúde de Família, *Texto and Contexto Enfermagem*, 17(4), 672.

- Modragón, Jasone (1999), Manual de Práticas de Trabalho Social en el Campo de la Salud, Madrid, Siglo Veintiuno de España Editores.
- Mouro, Helena (2015), “Envelhecimento, Políticas de Intervenção e Serviço Social” em Maria Irene de Carvalho (Org.), *Serviço Social no Envelhecimento*, Lisboa, Pactor.
- Nunes, Madalena (2005), “Apoio Social na Diabetes”, Millenium, (online), (31) pp. 135-149 Disponível em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium31/10.pdf>.
- Organização Mundial de Saúde (2014), Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014 Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1
- Organização Mundial de Saúde (2016), “Diabetes” Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>
- Paul, Maria Constança (1997), Lá para o fim da Vida, Idosos, Família e Meio Ambiente, Coimbra, Almedina.
- Péres, Denise Siqueira *et al* (2006), Comportamento Alimentar em Mulheres portadoras de Diabetes Tipo 2, Revista de Saúde Pública, 40, 310-317.
- Petermann, Xavéle *et al* (2015), “Epidemiologia e Cuidado à Diabetes Mellitus praticada na Atenção Primária à Saúde uma Revisão Narrativa” Santa Maria, Vol. 41, 1, pp 49-56.
- Pinho (2006), “Trabalho em Equipa de Saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz.” Revista Ciência e Cognição, (8).
- Pinto, Carla (2015), “Uma Prática de *Empowerment* com Adultos Idosos” em Maria Irene de Carvalho (Org.), *Serviço Social no Envelhecimento*, Lisboa, Pactor.
- Pires, Vera e Graça Pereira (2012), Ajustamento Conjugal, Qualidade de Vida, Crenças Sexuais e Funcionamento Sexual em Pacientes Diabéticas(os) e Parceiras(os), Revista da SBPH 15(2), 128-147.
- Pockett, Rosalie (2015), “Social Work in Health Care: Na International perspective”, ISW International Social Work, (Online), 1-14.
- Ribeiro, Pais (1999), Escala de Satisfação com o Suporte Social, Análise Psicológica, 3(8). 547-558.
- Robertis, Cristina (2007), Metodologia da Intervenção em Trabalho Social, Porto, Porto Editora.
- Rubin, Richard & Peyrot (1999), QUality of Life and Diabetes Metabolism Research and Reviews, 15, 205-218.
- Sadana, Ritu *et al* (2011), “Data Systems Linking Social Determinants of Health with Health Outcomes: Advancing Public Goods to Support Research and Evidence-Based Policy and Programs”, Guest Editorial – Public Health Reports, (Online), 126.

- Santos, Dinamoura Barreto (2013), "Diabetes Mellitus referido e Fatores Sociodemográficos, Clínicos e Epidemiológicos em Pacientes Adultos com Tuberculose", Belo Horizonte, Universidade Federal de Minas Gerais.
- Santos, Salomé (1998), "A Família da Criança com Doença Crónica: Abordagem de algumas Características", *Análise Psicológica*, (online), 16(1), pp.65-75.
- Sarason, Irwin (1983), *Assessing Social Support: The Social Support Questionnaire*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139.
- Sarason, Seymour (1990), *Social Support: An Interactional View*, New York, Wiley citado por Nunes, Madalena (2005), "Apoio Social na Diabetes", *Millenium*, (online), (31) pp. 135- 149 Disponível em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium31/10.pdf>
- Saunders, Malthem; Bem Barn; Phil Moltade & Chistoph Hamelmann (2017), "Health Evidence Network Synthesis Report. Key Policies for add Resing the Social Determinants of Health and Health Inequities" (online), consultado em 09.02.2018. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/345798/HEN52.pdf.
- Sequeira, Carlos (2010), *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*, Porto, Lidel.
- Serra, Adriano *et al* (2011), *WHOQOL – 100, Escala Organização Mundial de Saúde*. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Faculdade de Psicologia de Ciências de Educação da Universidade de Coimbra.
- Serrabulho, Maria (2014), *A Saúde e os Estilos de Vida dos Jovens Adultos com Diabetes Tipo 1*, Dissertação de Doutoramento em Ciências da Educação Especialidade Educação para a Saúde, Lisboa, Universidade de Lisboa.
- Serrano, Gloria Pérez (2008), *Elaboração de Projetos Sociais*, Porto, Porto Editora.
- Silva, Isabel *et al* (2003), "Efeitos do Apoio Social na Qualidade de Vida, Controlo Metabólico e Desenvolvimento de Complicações Crónicas em Indivíduos com Diabetes", *Psicologia, Saúde & Doenças*. 4 (1), 21-32.
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2014), "Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2013 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes", Lisboa.
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2015), "Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2014 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes", Lisboa.
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2016), "Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2015 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes", Lisboa.
- Sousa, Rui *et al* (2008), "Satisfação do doente diabético com os cuidados de enfermagem: influência na adesão ao regime terapêutico", *Referência-Revista de Enfermagem*, 2(8).
- Vala, Jorge *et.al* (2013), *Psicologia Social*, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Viscarret, Juan (2007), *Modelos y métodos de intervención en trabajo social*, Madrid, Alianza.

- Young, Hyman, Deborah *et al* (2016), "Psychosocial Care of People With Diabetes: A Position Statement of the American Diabetes Association", *Diabetes Care*, (Online), 39: 2126-2140.
- Walker, Rebekah *et al* (2013), "Impact of Social Determinants of Health on Outcomes for Type 2 Diabetes: a Systematic Review", (Online).
- Walker, Rebekah *et al* (2015), "Quantifying Direct Effects of Social Determinants of Health on Glycemic Control in Adults with Type 2 Diabetes", *Diabetes Technology & Therapeutics*, (Online), 17, 2.
- Walker, Rebekah *et al* (2014), "Relationship between Social Determinants of Health and Processes and Outcomes in Adults with Type 2 Diabetes: Validation of a Conceptual Framework", *BMC Endocrine Disorders*, (Online), 1472-6823.
- Viana, Joana (2017), *O Impacto Psicossocial da Doença Crónica na Infância e Adolescência – O Caso da Diabetes Mellitus*, Dissertação de Mestrado em Serviço Social, Lisboa, ISCTE-IUL.
- Whitehead, Margaret e Goran Dahlgren (2007), "Concepts and Principles for Tackling Social Inequities in Health: Leveling up Part 1" (online), consultado em 28.01.2018. Disponível em: http://www.enohe.eu/cop/docs/concepts_and_principles.pdf.

FONTES

Constituição da República Portuguesa

Decreto-Lei n.º 48-A/2010 – 13 de maio de 2010.

Decreto-Lei n.º 101/2006, no âmbito dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde – 6 de junho de 2006.

Despacho Conjunto n.º 861/99, assinado pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Solidariedade – 8 de outubro de 1999.

Diário da República n.º 86/1976, Série I de 1976-04-10 – 30 de dezembro de 2017.

Lei de Bases da Saúde, n.º 48/90 – 24 de agosto de 1990.

Lei n.º 7/2009, Código do Trabalho – 12 de fevereiro de 2017.

ANEXOS

Anexo A – Ferramenta de apoio ao diagnóstico social

DIAGNÓSTICO SOCIAL | SERVIÇO SOCIAL | DATA ___/___/___ PROCESSO _____

A. IDENTIFICAÇÃO

Nome – _____ Idade – _____

Localidade – _____ Código-Postal – ____ | ____

Contacto – _____ Cuidador – _____

Sexo: Feminino Masculino Nacionalidade – _____

Raça | Etnia (Assinalar com uma cruz (X))

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Europa | <input type="checkbox"/> África Sub-Sariana | <input type="checkbox"/> América Central e Sul |
| <input type="checkbox"/> Médio Oriente | <input type="checkbox"/> África do Norte | <input type="checkbox"/> América do Norte |
| <input type="checkbox"/> Sudoeste Asiático | <input type="checkbox"/> Índia | <input type="checkbox"/> China |
| <input type="checkbox"/> Oceânia | <input type="checkbox"/> Outros _____ | |

Estado Civil (Assinalar com uma cruz (X))

- | | | |
|--------------------------------------|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Solteiro(a) | <input type="checkbox"/> Casado(a) | <input type="checkbox"/> Viúvo |
| <input type="checkbox"/> Divorciado | <input type="checkbox"/> União de Facto | |

Situação familiar (Assinalar com uma cruz (X))

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Família unitária | <input type="checkbox"/> Família alargada, N.º Agregado familiar ____ |
| <input type="checkbox"/> Família nuclear com filhos | <input type="checkbox"/> Família nuclear sem filhos |
| <input type="checkbox"/> Núcleo monoparental feminino | <input type="checkbox"/> Núcleo monoparental masculino |
| <input type="checkbox"/> Família comunitária | <input type="checkbox"/> Família hospedeira |

B. SITUAÇÃO ACADÉMICA E PROFISSIONAL

Situação Académica | Habilitações Literárias (Assinalar com uma cruz (X))

- | | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Até 4º ano | <input type="checkbox"/> Até 6º ano | <input type="checkbox"/> Até 9º ano | <input type="checkbox"/> Até 12º Ano Profissional |
| <input type="checkbox"/> Licenciatura | <input type="checkbox"/> Mestrado | <input type="checkbox"/> Doutoramento | <input type="checkbox"/> Não sabe ler nem escrever |

Situação Profissional (Assinalar com uma cruz (X))

Empregado(a) | Profissão _____

- Doméstico(a) Estudante
- Desempregado(a)
- Reformado(a) | Qual era a profissão _____

C. SITUAÇÃO HABITACIONAL

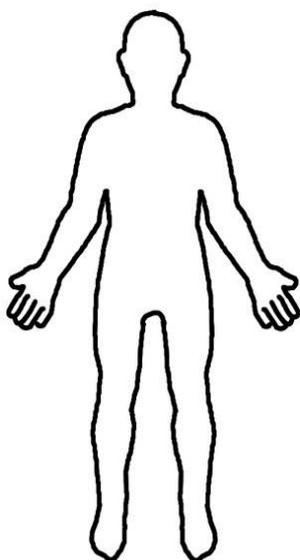
Tipo de Alojamento (Assinalar com uma cruz (X))

- Alojamento em construção abarracada
- Alojamento em construção de outra natureza (Ex.: Garagem, Sótão, Armazém, etc.)
- Alojamento em prédio c1. N.º Andar ____ Alojamento em moradia

Títulos de Ocupação (Assinalar com uma cruz (X))

- Própria Alugada
- Coabitação com família Ocupação precária (Emprestada)
- Habitação de função (Ex.: Porteiro, etc.) Alojamento coletivo

D. SITUAÇÃO FÍSICA



Estado de Saúde. (Assinalar com uma cruz (X) na figura)

GUIA | COMPLICAÇÕES NA DIABETES

Complicações Microvasculares: Lesões dos pequenos vasos sanguíneos: Retinopatia (olhos), Nefropatia (rins), Neuropatia (nervos do organismo).

Complicações Macrovasculares: Ataques Cardíacos, Hipertensão Arterial (Aumenta o risco: enfarte miocárdio, AVC).

Outras complicações: Infeções; pé diabético, etc.

Complicações na situação física: comunicação, visão, audição.

- Estado Mental: Lúcido
- Confuso Ocasional, Frequentemente, Sempre (Riscar o que não interessa)
- Incontinência: Contínente
- Com Supervisão
- Incontinente

OBSERVAÇÕES | PARA ALÉM DA DIABETES, TEM MAIS ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE?

GUIA | Para o controle dos níveis de glucose no sangue, é necessário atingir um equilíbrio entre a alimentação, a atividade física e a medicação para a diabetes.

Para cada um dos seguintes aspectos, indique como se descreve o seu comportamento nas duas últimas semanas.	Sempre	Quase sempre	Pouco	Nada	NS NR
Nesta última semana seguiu algum plano alimentar fornecido por um profissional de saúde?	<input type="checkbox"/>				
Nesta última semana seguiu uma alimentação saudável?	<input type="checkbox"/>				
Algum dia deixou de praticar uma alimentação saudável por carência económica?	<input type="checkbox"/>				
Praticou atividade física durante pelo menos 30 minutos? (Atividade contínua).	<input type="checkbox"/>				

GUIA | O papel da sexualidade é de fundamental importância para a saúde física e psíquica de homens e mulheres e qualquer disfunção nesta área merece ser avaliada com cuidado.

DISFUNÇÃO ERÉTIL – A disfunção erétil por diabetes ocorre devido ao espessamento das artérias, deixando menos espaço para a circulação de sangue. Se não há sangue suficiente no pênis que possibilite a ocorrência de ereção, pode ocorrer uma disfunção erétil. Quando a glicose (açúcar no sangue) apresenta níveis descontrolados, o risco de disfunção erétil causada por diabetes é maior do que se os níveis forem mantidos sob controle.

Fonte: Disponível em: <https://www.bayerparahomens.com.br/saude-do-homem/disfuncao-eretil/disfuncao-sexual/disfuncao-sexual.aspx>; Consultado em: 17 de Julho de 2017.

PERDA DA LÍBIDO – A glicemia alta pode perturbar a função sexual de várias maneiras. Pode causar danos nos vasos sanguíneos, diminuindo a excitação sexual e a lubrificação vaginal. Uma duração prolongada dos níveis de glicemia alta pode causar a fadiga e a diminuição da libido. As pessoas com diabetes devem também preocupar-se com a sua prevenção e com o seu tratamento precoce das doenças sexualmente transmissíveis.

Fonte: Viver com a Diabetes. 3ª Edição, 2012. Editora: Lider, Edições Técnicas.

Para cada um dos seguintes aspectos, indique como se descreve o seu comportamento.	Sempre	Quase sempre	Pouco	Nada	NS NR ¹⁰
Sente-se confiante em conseguir ter e manter a sua atividade sexual?	<input type="checkbox"/>				
Quando tentou ter relações sexuais, com que frequência se sentiu satisfeito?	<input type="checkbox"/>				
Utiliza algum tipo de contraceptivo para a prevenção de DST ¹¹ ?	<input type="checkbox"/>				
Reconhece que a diabetes pode afetar a qualidade da sua atividade sexual?	<input type="checkbox"/>				
Alguma vez pensou em ser seguido por um profissional de saúde?	<input type="checkbox"/>				

E. SITUAÇÃO FUNCIONAL | AVD – ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

Domínio do Autocuidado	Independente	Necessita de Equipamento	Necessita de um Cuidador	Dependente
Tomar banho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹⁰ NC – Não Sabe; NR – Não Responde.

¹¹ DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis.

Domínio do Autocuidado	Independente	Necessita de Equipamento	Necessita de um Cuidador	Dependente
Vestir-se e despir-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arranjar-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentar-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso do sanitário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elevar-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transferir-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomar medicação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F. AUTO CUIDADOS COM A DIABETES

Quais das seguintes questões descrevem melhor o seu comportamento. (Assinalar com uma cruz (X))

Para cada um dos seguintes aspetos, indique como se descreve o seu comportamento nas duas últimas semanas.	Sempre	Quase sempre	Pouco	Nada
Pratico(a) exercício físico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faço a monitorização de glicemia (açúcar no sangue).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuido dos pés regularmente, conforme o indicado pelos profissionais de saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomoo, conforme o indicado pelos profissionais de saúde, os medicamentos para a diabetes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pratico uma alimentação saudável, conforme indicado pelo profissional de saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G. ESTADO PSICOLÓGICO

Quais das seguintes questões descrevem melhor o seu comportamento. (Assinalar com uma cruz (X))

Para cada um dos seguintes aspetos, indique como se descreve o seu comportamento.	Nada	Pouco	Muito	NS NR ¹²
Sente-se deprimido(a) quando pensa em viver com a diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sente-se zangado(a) quando pensa em viver com a diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹² NC – Não Sabe; NR – Não Responde.

Para cada um dos seguintes aspetos, indique como se descreve o seu comportamento.	Nada	Pouco	Muito	NS NR ¹²
Sente-se culpado(a) quando perde o controlo da gestão da diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sente que a diabetes gasta muito da sua energia mental todos os dias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

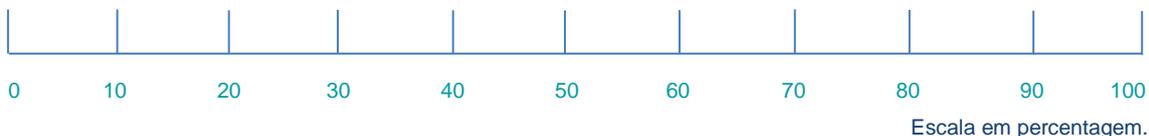
H. PROBLEMÁTICAS EM DIABETES

Pretende-se avaliar quais das seguintes questões da diabetes são atualmente um problema. (Assinalar com uma cruz (X))

Para cada um dos seguintes aspetos, avalie quais das seguintes questões são atualmente um problema para si.	Não é Problema	Problema Menor	Problema Moderado	Problema Grave
Sente-se com medo quando pensa em viver com a diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preocupa-se com o futuro e com a possibilidade de complicações graves?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sente-se esgotado(a) pelo esforço necessário para gerir a diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sente-se desencorajado(a) com o seu plano de tratamentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sente-se satisfeito(a) com o médico(a) que o(a) acompanha?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sente-se satisfeito(a) com o enfermeiro(a) que o(a) acompanha?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sente-se satisfeito(a) com o(a) nutricionista que o(a) acompanha?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I. PERCEÇÃO DO SEU ESTADO DE SAÚDE

De acordo com uma escala de 0 a 100, considerando que 100 significa ser uma pessoa saudável, indique qual a sua perceção relativamente ao seu estado de saúde (físico, funcional, mental). (Colocar um número).



J. QUALIDADE DE VIDA

As questões seguintes destinam-se a avaliar a sua satisfação em relação a vários aspetos da sua vida. (Assinalar com uma cruz (X))

Para cada um dos seguintes aspetos, indique se está muito satisfeito, satisfeito, nem satisfeito nem insatisfeito, insatisfeito ou muito insatisfeito.	Muito Satisfeito	Satisfeito	Nem Sat. Nem Ins.	Insatisfeito	Muito Insatisfeito
Até que ponto está satisfeito(a) com a sua qualidade de vida?	<input type="checkbox"/>				

Para cada um dos seguintes aspetos, indique se está muito satisfeito, satisfeito, nem satisfeito nem insatisfeito, insatisfeito ou muito insatisfeito.	Muito Satisfeito	Satisfeito	Nem Sat. Nem Ins.	Insatisfeito	Muito Insatisfeito
Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida?	<input type="checkbox"/>				
Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de ajudar ou apoiar outras pessoas?	<input type="checkbox"/>				
Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de tomar decisões?	<input type="checkbox"/>				
Está satisfeito(a) com as oportunidades que teve para mostrar do que é capaz?	<input type="checkbox"/>				
Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	<input type="checkbox"/>				
Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	<input type="checkbox"/>				

K. SUPORTE SOCIAL (Assinalar com uma cruz (X))

Para cada um dos seguintes aspetos, indique se está muito satisfeito, satisfeito, pouco satisfeito, insatisfeito ou não sabe/não responde.	Muito Satisfeito	Satisfeito	Pouco Satisfeito	Nada Satisfeito	NS NR ¹³
Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho.	<input type="checkbox"/>				
Estou satisfeito com a forma como relaciono com a família.	<input type="checkbox"/>				
De quem obtém apoio em cada uma das seguintes situações? Escolha apenas uma opção.		Família	Amigos	Vizinhos	NS NR ¹⁴
aQuando está doente e necessita de ajuda durante as tarefas domésticas.	<input type="checkbox"/>				
Quando necessita de um conselho sobre um assunto pessoal ou familiar grave.	<input type="checkbox"/>				
Quando se sente deprimido e precisa de alguém com quem falar.	<input type="checkbox"/>				
Se numa emergência necessitar de 500€.	<input type="checkbox"/>				
Quando necessita para tomar conta dos filhos, de um idoso ou de outra pessoa dependente.	<input type="checkbox"/>				

Em geral, acha que podemos confiar nas outras pessoas? (Utilize uma escala de 1 a 10, em que 1 equivale a “Há que ser muito cuidadoso na forma como se lida com as pessoas” e 10 “Pode-se confiar na maioria das pessoas”).

¹³ NC – Não Sabe; NR – Não Responde.

¹⁴ NC – Não Sabe; NR – Não Responde.

“Há que ser muito cuidadoso na forma como se lida com as pessoas.”

“Pode-se confiar na maioria das pessoas”.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS NR
<input type="checkbox"/>										

L. PERCEÇÃO DO SEU ESTADO DE FELICIDADE

Considerando todos os aspetos da sua vida, qual o grau de felicidade que sente atualmente? (Utilize uma escala de 1 a 10, em que 1 equivale a “Infeliz” e 10 equivale a “Feliz”).

“Infeliz”										“Feliz”										NS NR
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	NS NR
<input type="checkbox"/>																				

M. SITUAÇÃO SOCIOECONÓMICA | TIPOS DE RENDIMENTOS (Assinalar com uma cruz (X))

Ordenado Rendas (Ex.: Arrendamentos, etc.)

Apoio familiar

Pensões | d.1 Quais? _____

Subsídios | e.1 Quais? _____

M1. Informações Adicionais (Preenchimento em caso de necessidade)

Tipos de Rendimentos	Ordenado Mensal	Pensões Sociais	Subsídios Sociais	Outros Rendimentos
Valores Mensais €				
	Tipo de Rendimento	Tipo de Rendimento	Tipo de Rendimento	

Pensando no rendimento mensal total do seu agregado familiar, poderia afirmar que o seu agregado familiar recebe entre... (Assinalar com uma cruz (X))

0€ a 199€ 200€ a 399€ 400€ a 599€

600€ a 799€ 800€ a 999€ Mais de 1000€

Pensando no rendimento mensal total do seu agregado familiar, poderia afirmar que o seu agregado familiar consegue sustentar-se... (Assinalar com uma cruz (X))

Muito facilmente Facilmente Razoavelmente

Com alguma dificuldade Com dificuldade Com muita dificuldade

N. EQUIPAMENTOS DE APOIO SOCIAL

Dos equipamentos e serviços existentes:

(Assinalar com uma cruz (X))	Quais os equipamentos que utiliza regularmente.	Quais os equipamentos que sente necessidade de utilizar.
Banco de ajuda alimentar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Casa abrigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centro comunitário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centro de acolhimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centros de dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centro de noite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centro desportivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Igreja e/ou local de culto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serviço de apoio domiciliário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serviço de transportes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Casa Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centro de Emprego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros Serviços _____		

O. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO | ÁREA SOCIAL

Proposta de Intervenção (Assinalar com uma cruz (X))

Acompanhamento Psicossocial X	Encaminhamento Social X
Advocacia Social	Segurança Social
Aconselhamento Social	Subsistema de Saúde
Apoio Psicossocial	Rede Nacional RNCCI
Educação e Promoção de Saúde	Tribunal Instituições de Justiça
Articulação com Rede	Autarquias
Mediação Intra Institucional	Embaixadas
Mediação Inter Institucional	Instituições

Anexo B – Consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido(a). Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver correto e claro para si, então assine este documento, por favor.

Enquadramento

Sendo a APDP – Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal um centro de referência no tratamento da diabetes e no desenvolvimento de projetos investigações, temos o prazer de o(a) convidar a participar num estudo que pretende avaliar as necessidades sociais das pessoas com diabetes que frequentam a APDP, a fim de ajudar a prevenir disfunções que possam dificultar os seus tratamentos, tendo em vista a sua maior integração social. Após a análise dos dados recolhidos, pretendemos promover as necessidades das pessoas com diabetes e colaborar na identificação de medidas que permitam otimizar os seus níveis de satisfação.

A recolha de dados é feita por entrevista e registada em questionário pelo investigador e será feito apenas a pessoas com diabetes que frequentam a APDP.

A recolha de dados será feita no Gabinete Social da APDP e demorará cerca de 20 minutos. Poderá voltar a ser contactado, caso se verifique essa necessidade e a aceitar.

Condições

Cabe-lhe a si decidir se quer ou não participar no estudo. A sua participação é voluntária, não envolve quaisquer riscos, gratificações ou remunerações e não existe pagamento de deslocações ou contrapartidas. Independentemente da sua decisão de participação ou não, o seu tratamento e assistência médica decorrerão de forma habitual não sendo prejudicado(a) de forma nenhuma.

Confidencialidade

Este estudo cumpre a legislação nacional aplicável, nomeadamente a Lei de proteção de dados pessoais (Lei n.º 67/98).

Os dados recolhidos são **anónimos** e todos os **dados pessoais serão devidamente guardados e protegidos**, sendo somente usados para efeitos desta investigação.

Este estudo é desenvolvido por uma equipa multidisciplinar da entidade promotora, a APDP, sob a coordenação do Prof. Doutor Rogério Ribeiro e Diretor Clínico Doutor João Filipe Raposo.

Por favor, exponha todas as **dúvidas** que tiver, e se necessário discuta-as com o/a investigador(a) responsável por este trabalho – Dr.^a Cátia Afonso – através do contacto telefónico 213816135.

CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

INVESTIGAÇÃO NA ÁREA DE SERVIÇO SOCIAL

Eu, _____
(nome completo), declaro ter lido e compreendido o documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que abaixo assinam. Foi-me garantida a possibilidade de colocar questões sobre o estudo e esclarecer as minhas dúvidas.

Desta forma, declaro que:

- Recebi informação que considero suficiente sobre o estudo;
- Permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, unicamente para esta investigação, sendo garantida o anonimato e confidencialidade;
- Falei com _____ (nome do investigador) da APDP;
- Compreendi que a minha participação no estudo é voluntária;
- Fui informado que a minha participação neste estudo não me confere o direito a qualquer tipo de remuneração;
- Compreendi que posso desistir quando desejar, não sendo de forma alguma comprometidos os futuros cuidados que receberei dos profissionais de saúde;
- Concordo em participar neste estudo de livre vontade.

O Participante _____

Data (DD/MM/AA) ____/____/____

O Investigador _____

Data (DD/MM/AA) ____/____/____

Muito obrigada pela sua colaboração.

Anexo C – Informação estatística

Quadro 1.10 Apoio social da pessoa com diabetes (Elaboração própria, 2018).

		n	%
Quando está doente e necessita de ajuda durante as tarefas domésticas.	Família	131	65,5%
	Amigos	7	3,5%
	Vizinhos	5	2,5%
	NS NR	57	28,5%
Quando necessita de um conselho sobre um assunto pessoal ou familiar grave.	Família	103	51,5%
	Amigos	17	8,5%
	Vizinhos	3	1,5%
	NS NR	77	38,5%
Quando se sente deprimido e precisa de alguém com quem falar.	Família	93	46,5%
	Amigos	13	6,5%
	Vizinhos	5	2,5%
	NS NR	89	44,5%
Se numa emergência necessitar de 500€.	Família	83	41,5%
	Amigos	5	2,5%
	Vizinhos	3	1,5%
	NS NR	109	54,5%
Quando necessita de tomar conta dos seus filhos, de um idoso ou de outra pessoa dependente.	Família	35	17,5%
	Amigos	1	0,5%
	Vizinhos	4	2,0%
	NS NR	160	80,0%

Quadro 1.11 Situação funcional da pessoa com diabetes (Elaboração própria, 2018).

		n	%
Tomar Banho	Independente	163	81,5%
	Necessita de Equipamento	1	0,5%
	Necessita de Cuidador	29	14,5%
	Dependente	1	0,5%
	NS NR	0	0%
	Valor Omisso	6	3,0%
Vestir-se e Despir-se	Independente	168	84,0%
	Necessita de Equipamento	0	0%
	Necessita de Cuidador	26	13,0%
	Dependente	0	0%
	NS NR	0	0%
	Valor Omisso	6	3,0%
Arranjar-se	Independente	172	86,0%
	Necessita de Equipamento	1	0,5%
	Necessita de Cuidador	21	10,5%
	Dependente	0	0%
	NS NR	0	0%
	Valor Omisso	6	3,0%

Alimentar-se	Independente	180	90,0%
	Necessita de Equipamento	0	0%
	Necessita de Cuidador	14	7,0%
	Dependente	0	0%
	NS NR	0	0%
	Valor Omisso	6	3,0%
Uso do Sanitário	Independente	175	87,5%
	Necessita de Equipamento	1	0,5%
	Necessita de Cuidador	17	8,5%
	Dependente	0	0%
	NS NR	0	0%
	Valor Omisso	7	3,5%
Elevar-se	Independente	145	72,5%
	Necessita de Equipamento	34	17,0%
	Necessita de Cuidador	13	6,5%
	Dependente	2	1,0%
	NS NR	0	0%
	Valor Omisso	6	3,0%
Transferir-se	Independente	147	73,5%
	Necessita de Equipamento	34	17,0%
	Necessita de Cuidador	12	6,0%
	Dependente	1	0,5%
	NS NR	0	0%
	Valor Omisso	6	3,0%
Andar	Independente	143	71,5%
	Necessita de Equipamento	39	19,5%
	Necessita de Cuidador	10	5,0%
	Dependente	1	0,5%
	NS NR	0	0%
	Valor Omisso	7	3,5%
Tomar a Medicação	Independente	166	83,0%
	Necessita de Equipamento	0	0%
	Necessita de Cuidador	28	14,0%
	Dependente	0	0%
	NS NR	0	0%
	Valor Omisso	6	3,0%

Quadro 1.12 Qualidade de vida das pessoas com diabetes (Elaboração própria, 2018).

	n	%	
Até que ponto está satisfeito(a) com a sua qualidade de vida?	Muito Satisfeito	18	9,0%
	Satisfeito	87	43,5%
	Nem Sat., Nem Ins.	32	16,0%
	Insatisfeito	17	8,5%
	Muito Insatisfeito	20	10,0%
	NS NR	26	13,0%
	Muito Satisfeito	16	8,0%
	Satisfeito	85	42,5%

Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida?	Nem Sat., Nem Ins.	32	16,0%
	Insatisfeito	21	10,5%
	Muito Insatisfeito	21	10,5%
	NS NR	25	12,5%
Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de ajudar ou apoiar outras pessoas?	Muito Satisfeito	34	17,0%
	Satisfeito	77	38,5%
	Nem Sat., Nem Ins.	37	18,5%
	Insatisfeito	13	6,5%
	Muito Insatisfeito	10	5,0%
Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de tomar decisões?	NS NR	29	14,5%
	Muito Satisfeito	51	25,5%
	Satisfeito	74	37,0%
	Nem Sat., Nem Ins.	26	13,0%
	Insatisfeito	10	5,0%
Está satisfeito(a) com as oportunidades que teve para mostrar do que é capaz?	Muito Insatisfeito	9	4,5%
	NS NR	30	15,0%
	Muito Satisfeito	15	7,5%
	Satisfeito	82	41,0%
	Nem Sat., Nem Ins.	57	28,5%
Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	Insatisfeito	10	5,0%
	Muito Insatisfeito	10	5,0%
	NS NR	26	13,0%
	Muito Satisfeito	4	2,0%
	Satisfeito	65	32,5%
Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	Nem Sat., Nem Ins.	59	29,5%
	Insatisfeito	32	16,0%
	Muito Insatisfeito	13	6,5%
	NS NR	27	13,5%
	Muito Satisfeito	9	4,5%
Complicações Microvasculares	Satisfeito	59	29,5%
	Nem Sat., Nem Ins.	82	41,0%
	Insatisfeito	11	5,5%
	Muito Insatisfeito	10	5,0%
	NS NR	29	14,5%

Quadro 1.13 Perceção da pessoa relativamente à sua situação clínica (Elaboração própria, 2018).

		n	%
Complicações Microvasculares	Retinopatia		
	Sim	84	42.0%
	Não	94	47.0%
	Não Sabe Não Responde	22	11.0%
Neuropatia	Sim	12	6.0%
	Não	166	83.0%
	Não Sabe Não Responde	22	11.0%

		Não Sabe Não Responde	23	11.5%
Complicações Microvasculares	Hipertensão Arterial	Sim	25	12.5%
		Não	154	77.0%
		Não Sabe Não Responde	21	10.5%
Outras Complicações	Pé Diabético	Sim	27	13.5%
		Não	148	74.0%
		Não Sabe Não Responde	25	12.5%

Quadro 1.14 Atitudes e comportamentos da pessoa com diabetes (Elaboração própria, 2018).

		n	%
Nesta última semana seguiu algum plano alimentar fornecido por um profissional de saúde?	Nada	94	47,0%
	Pouco	22	11,0%
	Quase Sempre	23	11,5%
	Sempre	18	9,0%
	NS NR	35	17,5%
	Valor Omisso	8	4,0%
Nesta última semana seguiu uma alimentação saudável?	Nada	9	4,5%
	Pouco	23	11,5%
	Quase Sempre	78	39,0%
	Sempre	53	26,5%
	NS NR	29	14,5%
	Valor Omisso	8	4,0%
Algum dia deixou de praticar uma alimentação saudável por carência económica?	Nada	127	63,5%
	Pouco	16	8,0%
	Quase Sempre	9	4,5%
	Sempre	13	6,5%
	NS NR	27	13,5%
	Valor Omisso	8	4,0%
Praticou atividade física durante pelo menos 30 minutos? (Atividade contínua).	Nada	90	45,0%
	Pouco	38	19,0%
	Quase Sempre	19	9,5%
	Sempre	9	4,5%
	NS NR	35	17,5%
	Valor Omisso	9	4,5%

Quadro 1.15 A sexualidade na pessoa com diabetes (Elaboração própria, 2018).

		n	%
Sente-se confiante em conseguir ter e manter a sua atividade sexual?	Nada	54	27,0%
	Pouco	6	3,0%
	Quase Sempre	4	2,0%
	Sempre	11	5,5%
	NS NR	118	59,0%
	Valor Omisso	7	3,5%

		n	%
Quando tentou ter relações sexuais, com que frequência se sentiu satisfeito?	Nada	45	22,5%
	Pouco	4	2,0%
	Quase Sempre	6	3,0%
	Sempre	9	4,5%
	NS NR	129	64,5%
	Valor Omisso	7	3,5%
Utiliza algum tipo de contraceptivo para a prevenção de DST? (Doença Sexualmente Transmissível)	Nada	72	36,0%
	Pouco	1	0,5%
	Quase Sempre	0	0%
	Sempre	2	1,0%
	NS NR	118	59%
	Valor Omisso	7	3,5%
Reconhece que a diabetes pode afetar a qualidade da sua atividade sexual?	Nada	43	21,5%
	Pouco	7	3,5%
	Quase Sempre	3	1,5%
	Sempre	43	21,5%
	NS NR	97	48,5%
	Valor Omisso	7	3,5%
Alguma vez pensou em ser seguido por um profissional de saúde?	Nada	71	35,5%
	Pouco	4	2,0%
	Quase Sempre	4	2,0%
	Sempre	5	2,5%
	NS NR	108	54%
	Valor Omisso	8	4,0%

Quadro 1.16 Autocuidados com a diabetes (Elaboração própria, 2018).

		Frequência	Porcentagem
Prático(a) exercício físico.	Nada	103	51,5%
	Pouco	42	21,0%
	Quase Sempre	17	8,5%
	Sempre	14	7,0%
	NS NR	24	12,0%
Faço a monitorização de glicémia (açúcar no sangue).	Nada	5	2,5%
	Pouco	6	3,0%
	Quase Sempre	18	9,0%
	Sempre	145	72,5%
	NS NR	26	13,0%
Cuido dos pés regularmente, conforme indicado pelos profissionais de saúde.	Nada	5	2,5%
	Pouco	9	4,5%
	Quase Sempre	34	17,0%
	Sempre	127	63,5%
	NS NR	25	12,5%
Toma, conforme indicado pelos profissionais de saúde,	Nada	4	2,0%
	Pouco	0	0%
	Quase Sempre	12	6,0%
	Sempre	159	79,5%

os medicamentos para a diabetes.	NS NR	25	12,5%
Pratico uma alimentação saudável, conforme indicado pelos profissionais de saúde.	Nada	10	5,0%
	Pouco	18	9,0%
	Quase Sempre	95	47,5%
	Sempre	54	27,0%
	NS NR	23	11,5%

Quadro 1.17 Estado psicológico da pessoa com diabetes (Elaboração própria, 2018).

		n	%
Sente-se deprimido(a) quando pensa em viver com a diabetes?	Nada	88	44,0%
	Pouco	46	23,0%
	Muito	28	14,0%
	NS NR	38	19,0%
Sente-se zangado(a) quando pensa em viver com a diabetes?	Nada	86	43,0%
	Pouco	47	23,5%
	Muito	31	15,5%
	NS NR	35	17,5%
Sente-se culpado(a) quando perde o controle da gestão da diabetes?	Nada	90	45,0%
	Pouco	48	24,0%
	Muito	25	12,5%
	NS NR	37	18,5%
Sente que a diabetes gasta muito da sua energia menta todos os dias?	Nada	80	40,0%
	Pouco	42	21,0%
	Muito	34	17,0%
	NS NR	40	20,0%

Quadro 1.18 Problemáticas em diabetes (Elaboração própria, 2018).

		n	%
Sente-se com medo quando pensa em viver com a diabetes?	Não é Problema	81	40,5%
	Problema Menor	41	20,5%
	Problema Moderado	36	18,0%
	Problema Grave	15	7,5%
	NS NR	27	13,5%
Preocupa-se com o futuro em com a possibilidade de complicações graves?	Não é Problema	76	38,0%
	Problema Menor	46	23,0%
	Problema Moderado	33	16,5%
	Problema Grave	15	7,5%
	NS NR	30	15,0%
Sente-se esgotado(a) pelo esforço necessário para gerir a diabetes?	Não é Problema	84	42,0%
	Problema Menor	50	25,0%
	Problema Moderado	23	11,5%
	Problema Grave	16	8,0%
	NS NR	27	13,5%
	Não é Problema	134	67,0%

Sente-se desencorajado(a) com o seu plano de tratamentos?	Problema Menor	35	17,5%
	Problema Moderado	3	1,5%
	Problema Grave	1	0,5%
	NS NR	27	13,5%
Sente-se satisfeito(a) com o(a) médico(a) que o(a) acompanha?	Não é Problema	169	84,5%
	Problema Menor	3	1,5%
	Problema Moderado	1	0,5%
	Problema Grave	0	0%
	NS NR	27	13,5%
Sente-se satisfeito(a) com o(a) enfermeiro(a) que o(a) acompanha?	Não é Problema	170	85,0%
	Problema Menor	2	1,0%
	Problema Moderado	1	0,5%
	Problema Grave	0	0%
	NS NR	27	13,5%
Sente-se satisfeito(a) com o(a) nutricionista que o(a) acompanha?	Não é Problema	169	84,5%
	Problema Menor	2	1,0%
	Problema Moderado	1	0,5%
	Problema Grave	1	0,5%
	NS NR	27	13,5%

Quadro 1.19 Suporte social das pessoas com diabetes (Elaboração própria, 2018).

		n	%
Estou satisfeito(a) com a quantidade de amigos que tenho.	Muito Satisfeito	30	15,0%
	Satisfeito	105	52,5%
	Pouco Satisfeito	12	6,0%
	Nada Satisfeito	14	7,0%
	NS NR	39	19,5%
Estou satisfeito(a) com a forma como relaciono com a família.	Muito Satisfeito	37	18,5%
	Satisfeito	111	55,5%
	Pouco Satisfeito	13	6,5%
	Nada Satisfeito	10	5,0%
	NS NR	29	14,5%

Quadro 1.20 Respostas sociais (Elaboração própria, 2018).

Respostas Sociais	%
Centro de Emprego	2,5%
Casas Sociais	2,0%
Estruturas Residenciais	4,0%
Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)	8,0%
Apoios de Igrejas e/ou Locais de Culto	2,5%
Serviço de Transportes (Bombeiros)	3,0%
Centro de Dia	7,0%
Centro Comunitário	7,0%
Banco de Ajuda Alimentar	14,5%

Anexo D – Poster de Investigação

Congresso: 1º Congresso Nacional da APDP | 10º Congresso de Educadores



CARACTERIZAÇÃO DOS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE EM PESSOAS COM DIABETES

Cátia Afonso^{1,2}; Inês Amaro³; José Manuel Boavida¹; Dulce Nascimento do Ó¹; João Filipe Raposo^{1,2}; Rogério Tavares Ribeiro^{1,2,4}.

¹APDP – Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal; ²CEDOC – Centro de Estudos de Doenças Crónicas, NOVA Medical School – Faculdade de Ciências Médicas, Lisboa, Portugal; ³ISCTE-IUL – Instituto Universitário de Lisboa; ⁴Universidade de Aveiro.

OBJETIVO

Identificar e caracterizar determinantes sociais de saúde em pessoas com diabetes.

METODOLOGIA

Foi realizada uma análise prévia à literatura existente, sendo daí criada uma ferramenta de Diagnóstico Social. A sua aplicação foi realizada em cada atendimento social, sendo a seleção da amostra realizada por conveniência.

Estudo realizado através de um Diagnóstico Social criado para pessoas com diabetes com idade superior a 18 anos que frequentam a APDP, com assinatura de termo de consentimento livre e informado.

Sabe-se que os determinantes sociais de saúde permitem fornecer informações cruciais sobre fatores que influenciam a saúde e a eficácia dos tratamentos. Os fatores psicológicos e psicossociais podem influenciar a adesão ao tratamento, o controle metabólico e a qualidade de vida da pessoa. No intuito de identificar as necessidades de apoio social sentidas pelas pessoas com diabetes, mas também para o estudo e suporte em problemas sociais que condicionem a saúde das pessoas e respetivas famílias, a Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP) iniciou a implementação de um Gabinete de Diagnóstico e Apoio Social.

RESULTADOS

Foram inquiridas 71 pessoas com diabetes, maioritariamente do sexo feminino, com cerca de um terço residente na região de Lisboa e com idade média de 73 anos. Aproximadamente 75% possuem rendimentos provenientes de pensões, sendo que sensivelmente 30% dizem ter dificuldades em sustentarem-se. O seu principal suporte referido é a família, no entanto sensivelmente 29% constituem uma família unitária.

Fig. 1 Caracterização dos Determinantes Sociais de Saúde em Pessoas com Diabetes

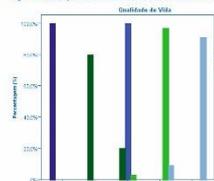


Fig. 2 Perceção do seu Estado de Felicidade

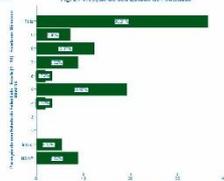


Fig. 3 Caracterização dos Determinantes Sociais de Saúde em Pessoas com Diabetes



Neste estudo, verificou-se que 11% das pessoas com diabetes com HbA1c > 7.5% referem estar insatisfeitas com a qualidade de vida e que as 65% pessoas com boa compensação da diabetes estão satisfeitas com a qualidade de vida. (Fig. 1, Fig. 2). Sabe-se que a felicidade, o bem-estar e a qualidade de vida são conceitos que se encontram relacionados entre si. De acordo com a perceção do inquirido relativamente ao seu estado de felicidade, numa escala de 0 a 10 sendo que 0 significa infeliz e 10 significa feliz, apenas 10% das pessoas inquiridas responderam 10 (feliz). (Fig. 2)

INTERVENÇÃO | Fig. 4 Intervenção do Assistente Social – Acompanhamento e Encaminhamento Psicossocial



CONCLUSÃO

A construção e aplicação de um questionário social, integrando determinantes de saúde, contribuiu para caracterizar a população alvo e identificar um grupo de utentes com necessidades particulares de apoio social em áreas conhecidas como relevantes para o seu estado de saúde e eficácia da gestão da diabetes, e proporcionar o apoio adequado de uma forma personalizada, focada no paciente. Sabendo que os cuidados de saúde são cada vez mais desenvolvidos em regime ambulatorial a necessidade de um gabinete de diagnóstico e apoio social torna-se determinante para o sucesso do seu acompanhamento e para uma melhor saúde.

CONTACTO | catia.afonso@apdp.pt

Diagnóstico Social | 15 Itens

Determinantes Sociais

- Económicos
- Sociais
- Comportamentais
- Psicológicos
- Educacionais
- Culturais
- Étnicos

Referências:
 Barrera, M. (2006). Social Support and Social – Ecological Resources as Mediators of Lifestyle Intervention Effects for Type 2 Diabetes. *JHP – Journal of Health Psychology* Vol 11 (3) 483-495.
 Carvalho, M. J. (2012). *Serviço Social na Saúde*. Lisboa: Factor.
 Giddens, A. (2009). *Sociologia*. Fundação Calouste Gulbenkian.
 Hill, J.; Nielsen, M.; Fox, Michael. (2013). Understanding the Social Factors that Contribute to Diabetes: A Means to Informing health Care and Social Policies for the Chronically Ill. *Pern J* 2013 Spring; 17(2): 67-72.



Anexo E – Poster de Investigação

Congresso: 3º Congresso de Serviço Social do CHLC, EPE

Caracterização dos Determinantes Sociais de Saúde em Pessoas com Diabetes



Cátia Afonso^{1,2}, Maria Inês Amaro², Antonela Jesus², José Manuel Boavista², Dulce Nascimento do Ó¹, João Filipe Raposo^{1,2}, Rogério Tavares Ribeiro^{1,2,4}.

¹APDP – Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, ²CEDOC – Centro de Estudos de Doenças Crónicas, NOVA Medical School – Faculdade de Ciências Médicas, Lisboa, Portugal; ³ISCTE-IUL – Instituto Universitário de Lisboa; ⁴Universidade de Aveiro.

Estudo realizado através de um Diagnóstico Social criado para pessoas com diabetes com idade superior a 18 anos, que frequentam a APDP.

INTRODUÇÃO

Sabe-se que os determinantes sociais de saúde permitem fornecer informações cruciais sobre fatores que influenciam a saúde e a eficácia dos tratamentos. Os fatores psicossociais podem influenciar a adesão ao tratamento, o controle metabólico e a qualidade de vida da pessoa. No intuito de identificar as necessidades de apoio social sentidas pelas pessoas com diabetes, mas também para o estudo e suporte em problemas sociais que condicionem a saúde das pessoas e respetivas famílias, a Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP) iniciou a implementação de um Gabinete de Diagnóstico e Apoio Social.

RESULTADOS | Dados Sociodemográficos

Foram inquiridas 71 pessoas com diabetes, maioritariamente do sexo feminino, cerca de um terço residente na região de Lisboa e com idade média de 73 anos. Aproximadamente 75% possuem rendimentos provenientes de pensões, sendo que sensivelmente 30% dizem ter dificuldades em sustentarem-se. O seu principal suporte referido é a família, no entanto sensivelmente 29% constituem uma família unitária.

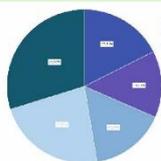


Fig. 1 – Situação Económica.

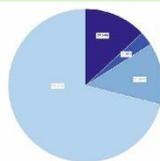


Fig. 2 – Situação Profissional.

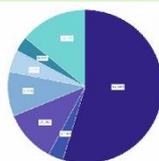


Fig. 3 – Situação Académica.

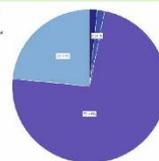


Fig. 4 – Situação Habitacional.

Suporte Social	Família	Amigos	Vizinhos	NS NR
Quando está doente e necessita de ajuda durante as tarefas domésticas...	60%	6%	5%	28%
Quando necessita de um conselho sobre um assunto pessoal ou familiar grave...	69%	14%	9%	14%
Quando se sente deprimido e precisa de alguém com quem falar...	57%	11%	5%	28%
Se menos emergência necessitar de 900€...	60%	5%	2%	34%
Quando necessita de tomar conta dos filhos, de um idoso ou de outra pessoa dependente...	26%	2%	3%	69%

Fig. 5 – Suporte Social. O principal suporte social é a família.

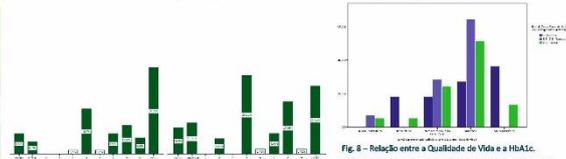


Fig. 6 – Perceções | Estado de Felicidade.

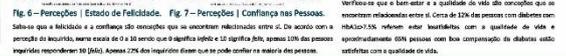


Fig. 7 – Perceções | Confiança nas Pessoas.



Fig. 8 – Relação entre a Qualidade de Vida e a HbA1c.

INTERVENÇÃO | Fig. 9 – Funções do Assistente Social



CONCLUSÃO

A construção e aplicação de um diagnóstico social, integrando determinantes de saúde, contribuiu para caracterizar a população alvo e identificar um grupo de utentes com necessidades particulares de apoio social em áreas conhecidas como relevantes para o seu estado de saúde e eficácia da gestão da diabetes, e proporcionar o apoio adequado de uma forma personalizada, focada no paciente. Sabendo que os cuidados de saúde são cada vez mais desenvolvidos em regime ambulatorial a necessidade de um gabinete de diagnóstico e apoio social torna-se determinante para o sucesso do seu acompanhamento e para uma melhor saúde.



OBJETIVO

Identificar e caracterizar determinantes sociais de saúde em pessoas com diabetes.

METODOLOGIA

Foi realizada uma análise prévia à literatura existente, sendo daí criada uma ferramenta de Diagnóstico Social. A sua aplicação foi realizada em cada atendimento social, sendo a seleção da amostra realizada por conveniência.

Diagnóstico Social Determinantes Sociais de Saúde

- Económicos
- Sociais
- Comportamentais
- Psicológicos
- Educacionais
- Culturais
- Étnicos

Referências

Gidéns, A. (2009). Sociologia. Fundação Calouste Gulbenkian.
 Gódi, R.; Devoe, J. Perspectives in Primary Care: A Conceptual Framework and Path for Integrating Social Determinants of Health Into Primary Care Practice. *Ann Fam Med* 2016; 14: 104-108.
 Hill, J.; Nielsen, M.; Fox, M. H. (2013). Understanding the social factors that contribute to diabetes: a means to informing health care and social policies for the chronically ill. *The Permanente Journal*, 17(3), 67.
 Young-Hyman, D.; De Groot, M.; Hib-Bridges, F.; Gonzalez, J. S.; Hood, K.; & Peyrot, M. (2016). Psychosocial care for people with diabetes: a position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care*, 39(12), 2126-2140.
 Walkac, R. J.; Gebregziabher, M.; Martin-Harris, B.; & Egade, L. E. (2015). Quantifying direct effects of social determinants of health on glycaemic control in adults with type 2 diabetes. *Diabetes technology & therapeutics*, 17(3), 80-87.

CONTACTOS
 catarina@apdp.pt
 esta_investigacao@apdp.pt



Apoio:

