

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Educação e Ciências Sociais de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

“Apoio social e suporte no autocuidado ao idoso diabético de um concelho do Norte Alentejano”

Dissertação

Curso de Segundo Ciclo de Estudos em (Curso Mestrado em Gerontologia)

Ramo: Especialização em Gerontologia e Saúde

Mestranda: Carina Isabel Nobre Tobias.

Orientadora: Doutora Helena de Sousa Lopes Reis do Arco.

Outubro, 2018

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Educação e Ciências Sociais de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

Mestrado: Gerontologia

Ramo: Especialização em Gerontologia e Saúde

Orientadora: Doutora Helena de Sousa Lopes Reis do Arco

“Apoio social e suporte no autocuidado ao idoso diabético de um concelho do Norte Alentejano”

Mestranda: Carina Isabel Nobre Tobias

Nº:18487

Outubro, 2018

Constituição do Júri:

Presidente: Prof. Doutor Abílio José Maroto Amiguinho

Arguente: Prof. Doutor Joaquim Manuel Rocha Fialho

Orientador: Prof^a. Doutora Helena Maria de Sousa Lopes Reis do Arco

Agradecimentos

A realização desta Dissertação deve-se a motivos académicos, pessoais e profissionais. Só através do trabalho de equipa é que foi possível a sua concretização, por isso, agradeço em primeiro lugar:

À minha orientadora Professora Doutora Helena Maria de Sousa Lopes Reis do Arco, por ter aceite este desafio, pela disponibilidade, motivação, sabedoria, experiência, confiança, conselhos e orientação.

À Professora Doutora Adelaide João Cardoso Marques Proença pela sua disponibilidade, amabilidade e ajuda prestada.

À Associação Humanitária de Apoio aos Diabéticos pela colaboração e autorização para a realização desta investigação.

À Presidente da Associação pela ajuda prestada na seleção dos participantes e informações essenciais para o desenvolvimento do trabalho.

Aos idosos diabéticos do concelho pela sua participação e disponibilidade, sem eles não seria possível a realização deste trabalho.

À minha mãe por todo o apoio, a todos os níveis, na realização deste sonho.

À minha “estrelinha”, meu pai, mesmo não estando fisicamente entre nós, foi sempre nele que encontrei todas as forças.

Ao meu namorado pela compreensão e paciência em todo este processo.

À minha amiga e colega Marília por tudo o que partilhamos juntas nesta caminhada.

À Dra. Ana pela partilha de conhecimentos, conselhos e ajuda prestada.

Aos colegas e amigas com os quais partilhei as minhas angústias, dúvidas e receios, o meu muito obrigado pelo encorajamento e tranquilidade que transmitiram.

Resumo

As redes sociais de apoio formal e informal poderão constituir um importante contributo para a promoção de um envelhecimento ativo, principalmente em situação de doença crónica.

Este trabalho tem como tema: “Apoio social e o suporte no autocuidado ao idoso diabético de um concelho do Norte Alentejano”.

Na presente investigação foi utilizado um estudo descritivo, mobilizando metodologias quantitativas e qualitativas. A escolha da população incidiu nos idosos diabéticos de um concelho do Norte Alentejano, desenvolvendo este estudo na Associação Humanitária de Apoio aos Diabéticos desse concelho. Os participantes no estudo constituíram um grupo de 22 idosos, sendo 10 do sexo masculino e 12 do sexo feminino. Os instrumentos de recolha de dados utilizados foram as entrevistas semi-estruturadas e a escala de avaliação do Apoio Social de Matos e Ferreira (2000) aos idosos diabéticos.

De acordo com os resultados obtidos verificou-se que os idosos se sentiam apoiados nas várias dimensões do apoio social, quer fosse apoio informativo, emocional ou instrumental. Contudo, verificaram-se diferenças significativas entre homens e mulheres no que diz respeito ao apoio instrumental. Os homens apresentam uma média estatisticamente superior à das mulheres.

Conclui-se que a maioria destes idosos procura ajuda e obtém resposta através de uma rede de apoio social alargada (formal e informal).

Palavras-chave: Apoio Social; Autocuidado; Diabetes Mellitus; Envelhecimento ativo.

Abstract

Formal and informal social support networks can play an important role in promoting active aging, especially in cases of chronic illness.

This work has as its theme: "Social support and self-care support for diabetic elderly in a municipality in the North of Alentejo".

In the present investigation a descriptive study was used, mobilizing quantitative and qualitative methodologies. The selection of the population focused on the elderly diabetics of a county in the North Alentejo, developing this study in the Humanitarian Association of Support to Diabetics of this county. The participants in the study were a group of 22 elderly people, 10 males and 12 females. The instruments of data collection used were the semi-structured interviews and the evaluation scale of the Social Support of Matos and Ferreira (2000) to the diabetic elderly.

According to the results obtained it is verified that the elderly felt supported in the various dimensions of social support, whether it was informational, emotional or instrumental support. However, there were significant differences between men and women in instrumental support. Males had a statistically higher average in relation to females. It is concluded that the majority of these elderly people seek help and obtain a response through an extended social support network (formal and informal).

Keywords: Social support; Self-care; Diabetes Mellitus; Active aging.

Abreviaturas

AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária

AS – Apoio Social

AVD – Atividades da Vida Diária

DM – Diabetes Mellitus

E - Entrevistado

EEE – Estratégia Europeia para o Emprego

MTSSS - Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social

Nº - Número

OMS – Organização Mundial de Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

Índice

Introdução.....	11
Parte I – Enquadramento Teórico.....	14
1. Apoio Social e Envelhecimento.....	15
1.1. Envelhecimento.....	15
1.2. Apoio Social.....	19
1.3. Redes de Apoio Social para um Envelhecimento Ativo.....	24
2. Suporte no Autocuidado ao Idoso Diabético.....	29
Parte II – Investigação Empírica.....	36
1. Roteiro do Estudo.....	37
1.1. Problemática.....	37
1.2. Objetivos do estudo.....	39
1.3. Questões de Investigação.....	39
1.4. Método do Estudo.....	39
1.5. Tipo de Estudo.....	40
1.6. População.....	40
1.7. Caracterização da Amostra.....	41
1.7.1. Critérios de Inclusão.....	41
1.7.2. Critérios de Exclusão.....	41
1.8. Instrumento de Colheita de Dados.....	42
1.9. Considerações Éticas.....	42
2. Tratamento e análise de dados.....	43
Parte III – Apresentação e Análise de Resultados.....	44
1. Caracterização Sociodemográfica dos participantes.....	45
2. O apoio Social ao Idoso Diabético.....	50
3. As Redes de Apoio e Suporte para o Autocuidado do Idoso Diabético.....	58
3.1. Perceção sobre a diabetes.....	58

3.1.1. Visão da doença.....	58
3.1.2. Controlo e Vigilância	60
3.2. Rede de Apoio Social	62
3.2.1. Recursos de um problema grave	62
3.2.2. Rede de Suporte no Controlo da Doença.....	63
3.2.3. Ajuda Financeira	64
3.2.4 Deslocações.....	67
3.2.5. Outros Apoios.....	68
3.3. Rede de Suporte no autocuidado.....	69
3.3.1. Falar sobre a doença.....	71
3.3.2. Suporte Informativo ou Informação/ensino	73
3.3.3. Suporte instrumental.....	74
Conclusão.....	78
Bibliografia	81
Webgrafia.....	85
Anexos	86
Anexo I - Escala Matos e Ferreira 2000	87
Anexo II – Parecer da Comissão de Ética	89

Índice de Apêndices

Apêndice I – Cronograma de Atividades.....	92
Apêndice II – Questionário Sociodemográfico	94
Apêndice III – Guião de Entrevista	97
Apêndice IV – Pedido de Autorização da Escala Matos e Ferreira (2000).....	102
Apêndice V – Autorização da Associação em Estudo.....	104
Apêndice VI – Autorização da Presidente da Associação.....	106
Apêndice VII – Consentimento Informado	108
Apêndice VIII – Nós de Árvores.....	110
Apêndice IX – Matriz de Síntese (Redes de Apoio ao Idoso Diabético)	112

Índice de Gráficos

Gráfico nº 1 – Idade dos participantes	45
Gráfico nº 2 – Sexo dos participantes	46
Gráfico nº 3 – Estado Civil dos participantes.....	47
Gráfico nº 4 - Habilitações Literárias dos participantes	48
Gráfico nº 5 - Influência da idade.....	51
Gráfico nº 6 - Influência do Sexo	56

Índice de Quadros

Quadro nº 1- Características do Apoio Social	22
Quadro nº 2 - Medida da Consistência Interna da Escala de Apoio Social e suas dimensões.....	50
Quadro nº 3 - Estatísticas para a Escala de Apoio Social e Respetivas Dimensões	51
Quadro nº 4 - Testes de Normalidade.....	52
Quadro nº 5 - Teste de Homogeneidade de Variâncias (Levene).....	53
Quadro nº 6 – Teste ANOVA	53
Quadro nº 7 - Teste de Normalidade (Shapiro-Wilk)	54
Quadro nº 8 - Teste de Mann-Whitney.....	54
Quadro nº 9 – Estatística de grupo.....	55
Quadro nº 10 - Teste t para igualdade de médias	55

Índice de Figuras

Figura 1 – Visão da Doença.....59

Figura 2 - Ajuda Financeira66

Figura 3 - Atividades do dia-a-dia.....76

Introdução

Perante a realidade atual na Europa o envelhecimento populacional e o aumento da esperança de vida têm vindo a colocar novos desafios aos poderes políticos, aos investigadores (de múltiplas áreas de atuação) e aos próprios cidadãos, torna-se premente promover reflexões sobre modos de atuação junto da população mais idosa. A tendência verificada mostra que estes fenómenos da estrutura da população têm vindo a crescer e as perspetivas futuras são de continuidade desse crescimento, quer devido uma diminuição do índice de natalidade e quer à melhoria das condições de vida.

Ao envelhecermos é preciso saber fazer-lo tendo em atenção certos cuidados que se deve ter nesta idade. Segundo um ditado popular “já não vamos para novos”. Nesta fase de vida normalmente as pessoas mais velhas ficam mais frágeis e suscetíveis a certas doenças como é o caso da diabetes, ainda que seja uma doença que pode surgir tanto em indivíduos mais jovens como nos mais idosos.

Sendo importante a maneira como envelhecemos, este trabalho insere-se no âmbito do apoio social e suporte no autocuidado ao idoso diabético de um concelho do Norte Alentejano, é essencial investigarmos visto que a nossa sociedade é cada vez mais envelhecida e necessita de profissionais cada vez mais qualificados, capazes de responder aos desafios colocados pela estrutura populacional, pelas novas vivências e desejos dos cidadãos e, até, pelas mutações tecnológicas.

O suporte social pode ser avaliado pela inserção social de um indivíduo no seu meio e pela rede de serviços e pessoas que lhe são acessíveis.

Portanto, o apoio social juntamente com o autocuidado contribuem para uma melhor qualidade de vida dos idosos

O autocuidado é essencial na patologia do presente estudo. Atendendo a que os idosos são sensibilizados para as consequências da diabetes, os programas educativos e as campanhas de rastreamento revelam-se bastante importantes por alertarem os mais velhos para o interesse e motivação deste autocuidado.

A gestão do autocuidado desta doença crónica é complexa. Esta gestão relaciona-se com problemáticas associadas à própria idade como por exemplo, mobilidade reduzida, redução de capacidades físicas e sociais e, por vezes, o apoio social pode não estar adequado às necessidades desta população que possui uma redução de capacidade para fazer o seu autocuidado.

O papel da(o) assistente social em todo este processo revela-se também relevante, integrando numa equipa multidisciplinar.

Este estudo procura identificar a importância da rede social de apoio e o suporte no autocuidado ao idoso diabético num concelho do Norte Alentejano. Os idosos poderão beneficiar de dois tipos de apoio, o apoio formal (instituições) ou informal (família, amigos, vizinhos). Outros dos nossos objetivos é identificar o apoio social ao idoso diabético, bem como reconhecer as dimensões de apoio informativo, emocional e instrumental. Por outro lado, pretendeu-se verificar se existe relação entre a idade e o sexo e os diferentes tipos de apoio percebidos. É importante contudo analisar a perceção que os idosos diabéticos do concelho em estudo têm acerca do apoio social e das redes de suporte no autocuidado.

Visto ser uma patologia bastante frequente nos idosos, com o crescimento acentuado desta população alvo, é pertinente saber atuar de modo a poder contribuir para um envelhecimento ativo e melhorar o apoio social, sendo este apoio fundamental para as pessoas mais velhas.

Este trabalho está estruturado por três partes.

A parte I corresponde ao enquadramento teórico que se divide em duas temáticas: apoio social e envelhecimento que se subdivide em três subpontos, envelhecimento, apoio social e redes de apoio social para um envelhecimento ativo. Nesta temática começamos por falar sobre o envelhecimento da população, da forma como conceber e viver o envelhecimento, o conceito de velhice e nos três tipos de envelhecimento (envelhecimento normal, ótimo e patológico).

O segundo subponto versa sobre o suporte no autocuidado ao idoso diabético. Abordamos o conceito de apoio social, o papel da família, amigos e profissionais de saúde para com o idoso, a importância do apoio social para o idoso e este apoio divide-se em três perspetivas (estrutural, funcional e contextual).

O último subponto da parte I é acerca das redes de apoio social para um envelhecimento ativo. Assim, neste contexto irão ser abordados os conceitos: apoio social e suporte social e também as redes sociais. Seguidamente fizemos a distinção entre as redes formais (instituições) e informais (família, amigos, vizinhos), sendo que estas redes sociais contribuem para um envelhecimento ativo. O conceito de envelhecimento ativo foi definido no âmbito do presente subponto.

A segunda temática deste trabalho é acerca do suporte no autocuidado ao idoso diabético, em que o autocuidado é visto como um cuidado antecipatório. É também neste contexto que falamos acerca da doença da diabetes e da importância da educação para a saúde. Abordamos a importância do papel das equipas multidisciplinares, principalmente do contributo da(o) Técnica(o) de Serviço Social.

A parte II refere-se à investigação empírica que se divide em dois pontos. O primeiro ponto corresponde ao roteiro do estudo que se subdivide em dez subpontos, ou seja, começamos por falar da problemática, objetivos do estudo, questões de investigação que guiam o plano de estudo conduzindo à procura de respostas, método do estudo, tipo de estudo, população, caracterização da amostra, critérios de inclusão e exclusão, instrumento de colheita de dados e considerações éticas.

No segundo ponto abordamos o tratamento e análise de dados.

Na parte III diz respeito à apresentação e análise de resultados. Esta parte é composta por três pontos. O primeiro corresponde à caracterização sociodemográfica dos participantes, o segundo refere-se ao apoio social ao idoso diabético e o terceiro reporta as redes de apoio e suporte para o autocuidado do idoso diabético e que se divide em três categorias. A primeira categoria sobeje a perceção sobre a diabetes, a segunda a rede de apoio social e a terceira categoria a rede de suporte no autocuidado. Cada categoria ainda se divide em várias subcategorias.

Por fim, expelimos as conclusões, começamos por demonstrar o que pretendemos com esta investigação, demonstramos os resultados obtidos e damos resposta aos objetivos deste estudo. Finalizamos apontando algumas sugestões de continuidade deste trabalho. A norma bibliográfica seguida neste trabalho será a APA.

Parte I – Enquadramento Teórico

1. Apoio Social e Envelhecimento

1.1. Envelhecimento

O desenvolvimento das sociedades humanas nos últimos anos contribuiu para uma melhoria das condições de vida, facto que teve influência no aumento da esperança média de vida, dando origem a alterações na estrutura demográfica, de entre as quais se destacam o envelhecimento. Este fenómeno, por sua vez, provoca alterações profundas a vários níveis: económicos, sociais, familiares e de saúde. Assim, pode constatar-se que a sociedade contemporânea encontra-se numa grande transformação social e cultural.

Autores como Lima-Costa & Veras (2003:700) referem que “O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea. Este fenómeno ocorreu inicialmente em países desenvolvidos, mas, mais recentemente é nos países em desenvolvimento que o envelhecimento da população tem ocorrido de forma mais acentuada”.

Ao longo dos últimos tempos, a sociedade portuguesa tem verificado um rápido crescimento do envelhecimento principalmente devido à diminuição das taxas de mortalidade e de fecundidade, provocando o duplo envelhecimento da população.

Em primeiro lugar, o decréscimo da mortalidade e o aumento da esperança média de vida deve-se aos avanços da medicina. Consecutivamente a diminuição da taxa de fecundidade reporta-nos para as alterações sociais (como mais mulheres no mercado de trabalho, a urbanização, maior instrução da população, os casamentos tardios, a idade da mãe ao nascimento do primeiro filho, as alterações das mentalidades em relação às famílias tradicionais) e económicas. O facto de a população portuguesa estar cada vez mais envelhecida, conduz a um acréscimo das necessidades de cuidados de saúde e de respostas sociais para as mesmas.

Hoje, o envelhecimento é entendido como um fenómeno multifacetado, não existe apenas uma maneira de envelhecer e está presente nas nossas escolhas e hábitos de vida diários, ainda que não se possa fugir de alterações biopsicossociais inerentes a esse processo. O envelhecimento precisa de ser trabalhado mais cedo nos ambientes sociais, pois o futuro é resultado do presente. Todos os atores têm responsabilidade de incentivar um futuro com dignidade e respeito aos idosos, mesmo que dependentes de cuidados específicos.

De acordo com Rodrigues & Soares (2006:5) “A forma de conceber e viver o envelhecimento depende do contexto histórico, dos valores e do lugar que o idoso

ocupa na escala classificatória dessa sociedade, que ao final serão os responsáveis pela construção social do envelhecer e da velhice”.

A velhice é difícil de ser definida, principalmente quando se ambiciona uma velhice saudável, desejada para todos e por todos, nos dias atuais. Portanto, deve ser compreendida na sua totalidade e nas suas múltiplas dimensões. Esta fase da vida do indivíduo constitui-se como um momento do processo biológico, mas não deixa de ser um fato social e cultural. Deve, ainda, ser uma etapa da vida na qual, em consequência da avançada idade cronológica, ocorrem modificações de ordem biopsicossocial que afetam as relações do indivíduo com o seu contexto social.

Do ponto de vista biológico, muitos dos danos tanto físicos como mentais de que sofrem os mais velhos, são o resultado do sedentarismo e da falta de atividade física e mental. A velhice traz consigo uma redução da capacidade funcional devido ao tempo vivido mas não impede o desenvolvimento de uma vida plena nesta fase de vida. No que diz respeito ao plano económico, um trabalhador é velho quando deixa de ser produtivo. Desta forma, o indivíduo passa a viver da reforma/pensão que é o ponto de viragem para a chamada terceira idade. No plano social, a pessoa idosa vive a sua velhice de acordo com o meio onde se insere. Se a pessoa idosa se sente respeitada, amada, integrada e útil não perde a sua autoconfiança e não perde o equilíbrio, a quando da passagem para esta nova fase da vida. A aceitação das limitações da velhice aumenta a qualidade de vida da pessoa. Os que consideram a velhice como um processo natural dão um novo sentido à sua vida, são mais felizes e interagem mais no seu meio e sociedade, reconhecem aspetos positivos e encontram algumas vantagens no envelhecimento.

O conceito de velhice ficou associado à idade da reforma, sendo essa idade a partir dos 66 anos (atualmente), ou seja, com essa faixa etária as pessoas podiam reforma-se e sendo assim entravam na fase da velhice. Na atualidade a velhice e a reforma dissociaram-se e passaram a representar duas realidades distintas.

O processo de envelhecimento envolve alterações ao nível dos processos mentais, da personalidade, das motivações, das aptidões sociais e aos contextos biográficos do sujeito. Envelhecer é um processo multidimensional que comporta mecanismos de reparação e de destruição desencadeados ou interrompidos em momentos e a ritmos diferentes para cada ser humano. Com o avançar da idade vão ocorrendo alterações estruturais e funcionais a nível físico, cognitivo e sensorial, que embora variem de um indivíduo para outro, são encontradas em todos os idosos e são próprias do envelhecimento normal.

É importante perceber que o envelhecimento se divide em: envelhecimento normal, ótimo e patológico.

O envelhecimento normal ou primário diz respeito à ocorrência de alterações típicas e inevitáveis, o envelhecimento patológico ou secundário refere-se às mudanças relativas à presença de doença e disfuncionalidade e o envelhecimento ótimo, também conhecido por envelhecimento bem-sucedido, tem sido definido pela presença de excelente qualidade de vida e funcionalidade física e mental, tal como aludem Whitbourne & Whitbourn (2011) citado por Guimarães (2013).

Envelhecimento normal diz respeito à ausência de patologias tanto ao nível mental como biológico. O envelhecimento ótimo corresponde a um estado de envelhecimento ideal, visto que as capacidades biológicas e psicológicas permitem uma adaptação no âmbito social e pessoal bastante satisfatória. O envelhecimento patológico apresenta um carácter degenerativo e associa-se a doenças crónicas, tanto do foro psíquico como físico, bem como a doenças típicas da velhice de desorganização biológica.

Como podemos constatar pelos conceitos enumerados, o envelhecimento normal e ótimo são indicadores de sanidade mental, sendo que o último se traduz numa melhor qualidade de vida, visto que o indivíduo procura de modo ativo melhorar o seu funcionamento e desempenho, refletindo-se numa melhoria no desenvolvimento do bem-estar psicológico.

No entanto, nenhum ser humano consegue atingir uma velhice bem-sucedida por si só se desprezar as circunstâncias sociais e ambientais envolventes. Tem que se ter em consideração os fatores sócio-históricos e adaptativos, ou seja, tem que se ter em conta uma perspetiva ecológica.

Os idosos de hoje, não são os idosos de há uns anos atrás. A sociedade e as instituições também tem evoluído nesse sentido, atualmente os idosos procuram cada vez mais estarem ativos e envelhecer saudavelmente. O Estado possui um papel fundamental, tendo a responsabilidade de proporcionar ao idoso todo o bem-estar físico e psicológico contribuindo, assim para um envelhecimento saudável.

Assim sendo e de acordo com Osório & Pinto (2007:13) “O envelhecimento é um «processo vital» que tem vindo a ganhar vitalidade nos últimos anos, ao passo que o conceito de velhice aparece como um «estado definitivo», caracterizado pela ausência do futuro e de capacidades de transformação rumo ao bem-estar”. Tendo como referência esta afirmação, o envelhecimento é uma etapa da vida, deve ser encarado

como um processo natural, gradual e inevitável. Durante esta fase devemos procurar vivê-la da melhor forma possível, ou seja, praticar hábitos de vida saudáveis e não viver de forma sedentária. Salientado que este processo depende de vários fatores, tais como, biológicos, psicológicos, sociais e culturais.

O envelhecimento não se inicia somente na fase da velhice, pode-se considerar um processo que se inicia antes do nascimento e continua por toda a vida. Sendo que os determinantes para o envelhecimento ativo praticam a sua influência durante todo o ciclo de vida, tal como referem World Health Organization (2012) citado por Costa et. al.(2017).

1.2. Apoio Social

O conceito de apoio social é algo complexo e de acordo com Marques [et.al.] (2010:101) "reporta para uma vasta gama de atitudes e comportamentos, sendo por isso uma tarefa difícil conceptualizar este termo".

Sendo que é um conceito que engloba vários fatores, não é fácil descrever esta definição porque depende muito das relações interpessoais. É através destas relações que sabemos se podemos confiar ou não na outra pessoa, se existe disponibilidade para ajudar, a demonstração da preocupação, valorização e que recursos estão disponíveis.

O apoio social é essencial para os idosos, no controlo da sua doença e na integração da sociedade.

O apoio social é desta forma considerado enquanto promotor de benefícios físicos e psicológicos, contribuindo para uma melhor recuperação e diminuição da mortalidade, tal como aludem Mendoza & Faro (2009) citado por Cunha, Chibante & André (2014).

Este apoio para além de acarretar benefícios físicos e psicológicos ao idoso, é também necessário que este saiba gerir a sua doença estando inserido no meio envolvente.

No contexto dos idosos diabéticos, o apoio social terá influência na gestão da sua doença e consequentemente no controlo da sua vida. Este suporte social também é visto como um elemento facilitador do *empowerment*, tal como referem Valla (1999) & Amorim (2009) citado por Cunha, Chibante & André (2014).

Para os idosos com patologias crónicas, o contexto social é reconhecido como um impulsionador para aquisição de capacidades que porventura facilitará a gestão desta doença de uma forma mais eficaz.

Por vezes os idosos que sofrem desta doença crónica deparam-se com dificuldades no seu dia-a-dia acerca da autogestão que esta patologia implica, tornando-se necessário a educação para essa autogestão.

O apoio das famílias, amigos, vizinhos entre outros, principalmente para estas pessoas mais velhas, é fundamental para a sua qualidade de vida e na forma como desenvolvem o processo de envelhecimento. O facto do idoso receber apoio social contribui para um melhor controlo da doença crónica e ajuda no autocuidado que esta patologia exige.

No caso dos idosos com doenças crónicas, como por exemplo a diabetes, o apoio familiar é fulcral e de acordo com Nunes (2016:143) “grande parte dos estudos dirige a sua atenção para a família uma vez que esta representa, de uma maneira geral, uma fonte de apoio básica para os diabéticos”.

A família tem um papel primordial na sociedade para que o idoso se sinta útil e com confiança para encarar as situações mais complicadas do dia-a-dia. Qualquer alteração que ocorra é suscetível do aparecimento de diversos problemas tanto no âmbito instrumental como emocional, entre os quais se encontra a solidão. Se o apoio familiar for de uma família unida e coesa é uma mais-valia para o controlo da doença.

De acordo com Nunes (2016:143) “O apoio social de membros da família tem sido ainda identificado como um recurso importante para os diabéticos que lidam com o *stress* da doença”.

Mais uma vez é demonstrado a importância da família em lidar com um idoso diabético, é um apoio fundamental e diário na vida do idoso.

Segundo Nunes (2016:143) “além da família, amigos e colegas, também o pessoal médico e os técnicos de saúde desempenham um papel importante como fontes de apoio social”.

É de salientar que para além da família, amigos, entre outros, o apoio médico também é importante no suporte a estes idosos. A pessoa mais velha se for apoiada sente-se com mais forças para enfrentar a sua doença.

O apoio social é o fator que se distingue de outros fatores e influenciar adesão aos tratamentos. Sendo um processo complexo e dinâmico que envolve os indivíduos e às suas redes sociais com objetivo de satisfazer às suas necessidades, tendo como pilares a família e os profissionais de saúde, tal como aludem Martins (2005) citado por Boas, Foss, Freitas & Pace (2012).

O apoio social para esta população-alvo contribui também para o seu bem-estar e para a sua qualidade de vida.

A maior parte das pessoas mais velhas revela uma grande carência a nível do afeto, de cansaço e dificuldades em realizar algumas atividades, o que os leva muitas vezes a serem dependentes de terceiros. Nesta fase o apoio familiar é essencial para se conseguir colmatar as necessidades do idoso e na indisponibilidade da família ou mesmo não tendo apoio social, normalmente o idoso vê-se obrigado a recorrer às instituições.

É importante que o indivíduo tenha a perceção do apoio social existente e da sua disponibilidade, sendo essencial que este perceba como ter acesso ao mesmo, tal como mencionam Martins (2005) citado por Rodrigues & Silva (2013).

É notório que o apoio social é essencial para os idosos, mas infelizmente muitas pessoas mais velhas não o têm e por vezes para terem algum apoio recorrem às instituições como, o serviço de apoio domiciliário, centro dia ou lar. Mas também existem idosos que não têm apoio social e não condições económicas ou estão de tal modo isoladas que não possuem as circunstâncias necessárias para recorrer às instituições.

O ideal e favorável para todos era que pudessem usufruir do apoio familiar, sendo este apoio essencial para a vida do idoso e para o controlo da sua doença. Muitas das vezes a família ajuda com orientação da medicação, idas às consultas, ou seja, os cuidados prestados pelas famílias cobrem o conjunto de necessidades que contribuem para a saúde e o bem-estar das pessoas idosas, proporcionando-lhes suporte psicológico, emocional, financeiro e cuidados e assistência nas atividades básicas e instrumentais de vida diária. A família é a primeira unidade social onde o indivíduo se insere, que contribui para o seu desenvolvimento, socialização e formação da personalidade. Para além da família ser vista como a natural cuidadora dos idosos, por vezes, esta acaba por ocupar, de modo involuntário, o papel de principal cuidador dos seus idosos, devido à insuficiente existência de estruturas e equipamentos de apoio à população. Infelizmente também acontece que o relacionamento entre o idoso e a família não seja o mais benéfico, e nesse caso o idoso acaba por recorrer mais aos vizinhos ou amigos, na inexistência desse apoio social acaba por ficar sozinho.

Para Rodrigues & Soares (2006:14) afirmam que “Dessa forma, auxiliando-os, na medida do possível, no seu processo de adaptação e compensação permanentes diante das mudanças biológicas naturais, e das mudanças sociais, a solidariedade familiar pode constituir-se em importante fonte de apoio, que refletirá numa boa qualidade de vida”.

O apoio social mais favorável será sempre a família, seguidamente vizinhos e amigos, os idosos que não tiverem nenhum destes apoios prejudicará a sua qualidade de vida, o seu bem-estar físico e psicológico e no caso de um idoso diabético também prejudicará o seu autocuidado e controlo da doença.

Este apoio também contribui para que o idoso tenha um envelhecimento ativo perante a sociedade. Quando estamos perante um idoso diabético, a usufruir de apoio social e com comportamentos inseridos no conceito de envelhecimento ativo só terá benefícios para o seu problema de saúde.

Atualmente a população portuguesa encontra-se envelhecida e as perspetivas futuras é a continuação desse envelhecimento.

Sendo estas as faixas etárias que necessitam de mais apoio social, por isso, mesmo as redes sociais são importantes para estes idosos a todos os níveis.

De acordo com Martins (2005:133) “As redes sociais de apoio revestem-se de importância crucial nos idosos dado que o sentimento de ser amado e valorizado, a pertença a grupos de comunicação e obrigação recíprocas, levam os indivíduos a escapar ao isolamento e ao anonimato”.

Salientamos ainda que o apoio social divide-se em três perspetivas: estrutural, funcional e contextual.

Quadro nº 1- Características do Apoio Social

Perspectiva estrutural	- tamanho da rede - densidade - reciprocidade - homogeneidade
Perspectiva Funcional	- apoio emocional - apoio material ou instrumental - apoio informacional
Perspectiva Contextual	- características dos participantes - momento em que se dá o apoio - duração - finalidade

Fonte: Barrón (1996:15 e 16) e Marques et. al. (2010:102)

O apoio social através da perspetiva estrutural é caracterizado pelo número de determinadas relações-chave que o individuo mantém e a frequência de contato com elas. Na perspetiva contextual entende-se a relação entre o apoio social e os contextos ambientais e sociais em que o apoio é percebido, mobilizado e recebido. No entanto na perspetiva funcional o apoio corresponde às funções que realizam as relações sociais, tal como referem Marques et. al. (2010).

Para Nunes (2016:140) citando (House, 1981; Vaux, 1988; Oxford, 1992; Gelenglass, 1993), relativamente às funções coloca-se três tipos de apoios:

- “Apoio emocional: refere-se aos comportamentos que fomentam sentimentos de bem-estar afectivo e que fazem com que o sujeito se sinta querido, amado e respeitado, sentindo que tem pessoas à sua volta que lhes proporcionam carinho e segurança. Trata-se de expressões e de demonstrações de amor, afecto, carinho, simpatia, estima, ou de pertença a um grupo;

- Apoio instrumental: é definido como as acções ou os materiais proporcionados por outros e que servem para resolver problemas práticos e/ou facilitarem a realização de tarefas quotidianas. Este tipo de apoio só é efectivo quando quem o recebe percebe a ajuda apropriada;

- Apoio informacional: define-se como o processo através do qual as pessoas recebem a informação e conselhos que as ajudam a compreender o seu mundo e as mudanças que ocorrem. Por vezes este tipo de apoio pode confundir-se com o apoio emocional”.

Os três apoios são importantes para os idosos, é através deles que podemos compreender ajuda que estes indivíduos poderão receber.

Neste trabalho, tomamos por empréstimos as perspetivas de Barrón (1996), Marques et al. (2010) citado por Nunes (2016). Assim, consideramos apoio emocional referente a sentimentos de segurança e afetivos. É necessário existirem relações de amizade e familiares através da demonstração de carinho, amor, simpatia com o indivíduo. O apoio instrumental está relacionado com ajuda nas tarefas domésticas, em questões financeiras, auxílio nas refeições, entre outros que sejam realizadas por outrem. O importante é facilitar ao indivíduo a realização das tarefas do dia-a-dia. O apoio informativo corresponde ao suporte que os indivíduos poderão receber acerca de informações essenciais que permitem uma melhor compreensão da sociedade que os rodeia.

1.3. Redes de Apoio Social para um Envelhecimento Ativo

Quando falarmos de apoio social ou suporte social implica necessariamente articular com as redes sociais. Por outro lado, não podemos falar de rede social sem abordarmos as questões relativas ao apoio social/suporte social, são dois conceitos que estão interligados e são fundamentais para a qualidade de vida destes idosos.

Um das funções essenciais das redes sociais é o suporte social, sendo que este envolve relações interpessoais abarcando apoios específicos prestados quer seja por pessoas, grupos ou instituições, tal como referem Araújo, Paúl & Martins (2008) citado por Guerra (2017).

Pode dizer-se que as redes sociais são um instrumento que nos ajuda a perceber as ligações em todo o processo envolvente. É importante nas redes sociais o planeamento por parte dos profissionais e também devemos encontrar formas organizadas de compreender as redes formais e informais.

As redes sociais dividem-se em redes formais e informais e segundo Mesquita (2011:8):

“As redes sociais contribuem para a capacidade adaptativa do indivíduo, bem como para a manutenção da sua própria saúde física e mental (Sluzky, 1996), podendo genericamente, caracterizar-se, como afirmam, Dunst & Trivette, (1990), como sendo o conjunto de recursos fornecidos por outros indivíduos, representando assim a totalidade das relações que o indivíduo tem ao seu dispor. Podem dividir em duas grandes categorias: redes de apoio informal e redes de apoio formal. As primeiras (informais), incluem simultaneamente os indivíduos (familiares, amigos, vizinhos, conselheiros espirituais, etc.) e os grupos sociais (clubes, associações, igrejas, etc.), que são passíveis de fornecer apoio nas actividades quotidianas em resposta a acontecimentos de vida normativos e não normativos. As segundas (formais), incluem tanto as organizações sociais formais (hospitais, instituições, programas governamentais, serviços, etc.), como os profissionais que as assistem (Médicos, Psicólogos, Assistentes Sociais, etc.)”.

As redes sociais também são importantes para os idosos com doenças crónicas, pois é através delas que se vai mantendo integrado na sociedade, pois com o avançar da idade as relações sociais vão se quebrando e o idoso por norma tem tendência a isolar-se.

Embora alguns dos cuidados prestados aos idosos sejam provenientes do sistema formal, ou seja, das instituições, é através do sistema informal que é possível manter o idoso no seu meio ambiente com a satisfação das suas necessidades 24 horas por dia. Os representantes do sistema informal são aqueles que proporcionam a maior parte dos cuidados e apoio a quem padece de uma doença ou requer ajuda para atividades de vida diária, sem receber remuneração, podendo ou não manter um laço familiar.

Neste sentido, as redes de apoio informal visam a ajuda concreta às pessoas idosas, sendo normalmente constituídas pelo cônjuge, familiares (filhos, netos, primos, sobrinhos), amigos e vizinhos, que possibilitam a permanência do idoso na sua casa ou em ambiente familiar. A estadia da pessoa idosa no seu domicílio, se possível, e se necessitarmos de sermos apoiados pelo apoio informal, na impossibilidade desse apoio, recorrer ao apoio formal.

De acordo com Martins (2006:135) “É inegável o importante papel que é atribuído às redes familiares, mas embora os familiares sejam a maior fonte de apoio físico e emocional dos idosos, os amigos têm também um forte efeito no seu bem-estar subjetivo. Assim os amigos são uma parte importante das redes de apoio social, implicando múltiplos aspetos que vão desde a partilha de intimidades, apoio emotivo, oportunidades de socialização ou até mesmo o apoio a nível material”.

Salienta-se a importância das relações sociais, principalmente através da família como suporte social na saúde da pessoa idosa.

As pessoas com redes mais alargadas obtêm mais apoio nos momentos de doença, daí que o tamanho da rede deva ser alimentado ao longo da vida. No entanto, o tamanho das redes sociais e das trocas de apoio social diminuem com a idade.

Para Martins (2005:133) “Rede social – refere-se às relações sociais e às suas características morfológicas e transacionais. A forma como as relações sociais estruturam os comportamentos quotidianos e são mobilizadas em cada circunstância específica, caracteriza a integração social da pessoa. Já a rede de suporte – é diferente da rede social porque visa uma ajuda concreta às pessoas”.

Martins (2005:133) menciona que “Podemos dividir as redes sociais de apoio à pessoa idosa em dois grupos principais: as redes de apoio formal e as redes de apoio informal”.

Nas redes de apoio formal enquadram-se os serviços estatais, de segurança social e os organizados pelo poder local, tais como, Lares para a Terceira Idade, Serviços de Apoio Domiciliário, Centros de Dia, tal como referem Nogueira (1996) citado por Martins (2005).

Por outro lado o mesmo autor diz-nos que “Nos de apoio informal, estão incluídos por um lado as famílias do próprio idoso e por outro, os amigos e os vizinhos de que não falaremos uma vez que é um assunto a abordar posteriormente”.

Uma das vantagens das redes sociais é no combate ao isolamento, contribuindo também para o autocuidado e bem-estar dos idosos. Deste modo, sem uma rede de apoios, cuidar em casa é uma tarefa impraticável, já que o êxito dos cuidados domiciliários não depende apenas da disponibilidade das famílias ainda que ela seja importante, mas também dos serviços de apoio necessários para realizar essa prestação sem criar novas discriminações.

Na realidade, o desejável será que, desde que estejam asseguradas as condições necessárias formais e informais, a pessoa idosa permaneça no seu domicílio, preservando, o carácter de intimidade que caracteriza o autocuidado da saúde.

Para Martins (2005:133) “As redes sociais de apoio revestem-se de importância crucial nos idosos dado que o sentimento de ser amado e valorizado, a pertença a grupos de comunicação e obrigação recíprocas, levam os indivíduos a escapar ao isolamento e ao anonimato”.

As redes de suporte social são muitas vezes frágeis. Este cenário é, possivelmente agravado pelo fraco suporte familiar, também é perturbador para uma grande parte das pessoas mais velhas.

Neste contexto, em grande parte dos idosos a família representa a rede social, sendo esses vínculos principalmente estabelecidos por familiares multigeracionais, que constituem os prestadores de cuidados. Existem ainda idosos cuja rede social é mais diversificada, onde os familiares coexistem com outro tipo de vínculo.

Os cuidados prestados pelas famílias cobrem o conjunto de necessidades que contribuem para a saúde e o bem-estar das pessoas idosas, proporcionando-lhes suporte psicológico, emocional, financeiro e cuidados e assistência nas atividades básicas e instrumentais de vida diária.

As redes sociais são importantes para o bem-estar psicológico da pessoa idosa, sendo esta população-alvo mais propensa a perdas sociais, questões de saúde, limitações funcionais entre outros, tal como aludem Finch & Zautra (1992) citado por Mesquita (2011).

É através da rede social que compreendemos todas as ligações que existem entre os diversos relacionamentos sociais. Sendo que as redes sociais desempenham um papel fundamental na saúde dos indivíduos.

A presença de familiares ou amigos próximos reduz as situações potenciadoras de tensão, as relações sociais contribuem para dar um sentido mais consistente à vida

dos indivíduos o que estimula a prevenção e a manutenção da saúde e favorece comportamentos corretivos em relação à saúde e atividades saudáveis. As redes sociais contribuem para um envelhecimento ativo.

Desta forma, o envelhecimento ativo visa a manutenção da autonomia e da independência, quer ao nível das atividades básicas de vida diária (AVD), quer ao nível das atividades instrumentais de vida diária (AIVD). Sobretudo o que se pretende é a valorização de competências e o aumento da qualidade de vida e da saúde, ou seja, uma política de promoção do envelhecimento ativo deve assentar em três pilares essenciais, tais como: saúde, participação e segurança.

Segundo Ribeiro (2012:37) “Porém, nesta definição da OMS, o conceito inclui uma preocupação mais abrangente do que aquela relacionada com a saúde, que é entendida numa perspetiva que aglutina o bem-estar físico, social e mental. Na verdade, afigurando-se esta como o seu primeiro pilar, outros dois surgem como fundamentais na estruturação do conceito: o de participação social e o de segurança”.

Podemos constatar que o envelhecimento ativo implica autonomia, independência, qualidade de vida e expectativa de uma vida saudável e, como seus determinantes tem as características do indivíduo, as variáveis comportamentais, económicas, do meio físico, do meio social e ainda a saúde e serviços sociais. Para este tipo de envelhecimento cabe à sociedade a responsabilidade de criar espaços e equipamentos sociais diversificados, seguros e acessíveis aos mais velhos, garantir e fomentar a sua participação cívica, a todos os níveis de decisão.

O envelhecimento ativo é visto como um processo favorável em termos da saúde, participação e segurança, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos idosos, tal como referem World Health Organization (2002) citado por Costa et. al. (2017).

O envelhecimento ativo também é definido como um conjunto de orientações e ações políticas que tem como objetivo uma maior participação económica das pessoas mais velhas ainda em idade ativa. Elementos como a forma como o vivemos e como os idosos controlam a sua saúde são essenciais para a definição deste conceito.

Os idosos devem promover um estilo de vida saudável e ter cuidados de saúde. Atualmente a evolução dos cuidados de saúde primários, hospitalares, os cuidados continuados ou de longa duração, contribuíram para um envelhecimento ativo e integrado. É importante frisarmos os elementos que influenciam o envelhecimento ativo, tais como, o ambiente físico, condições sociais, económicos e de saúde, comportamentos e pessoais. Estes fatores são importantes para garantir a integração dos mais idosos perante a comunidade. Contudo é essencial que também criem oportunidades para os idosos puderem praticar exercício físico. Esta população-alvo

só conseguirá concretizar um envelhecimento ativo se existir os suportes formais e informais.

O envelhecimento faz parte de uma das fases da nossa vida mas é importante nesta fase saber envelhecer, ou seja, é necessário que os idosos tenham um envelhecimento ativo e saudável.

Nesta fase é importante os idosos terem um envelhecimento ativo o que contribui para uma melhoria na qualidade vida.

Ao envelhecermos não podemos esquecer que se trata apenas de mais uma fase da vida. O facto de já não conseguirmos ser produtores a nível económico não faz com que deixemos de ser pessoas com ambição e sonhos. Pelo contrário. Muitas pessoas a entrar na terceira idade aproveitam esta fase para fazer atividades que, por motivos profissionais, não conseguiram antes (como por exemplo aprender a costurar ou mesmo a ler e escrever).

O principal é envelhecer com qualidade de vida mas para isso é necessário que os idosos encontrem no envelhecimento os aspetos positivos. Devem encarar este envelhecimento como algo bom, é sinal que já viveram muito. É de salientar que para um envelhecimento saudável é fundamental o idoso procurar estar ativo fisicamente e psicologicamente e também é indispensável possuir de uma rede de apoio social, seja formal ou informal.

2. Suporte no Autocuidado ao Idoso Diabético

Já aqui referenciamos a importância das redes sociais no suporte ao autocuidado do idoso diabético. Se o idoso se sentir apoiado pelas redes formais ou informais, provavelmente sentirá mais motivado para ter os cuidados necessários que esta doença exige.

No que aos profissionais de saúde, a maioria dos estudos revela que o suporte social facultado quer pelos prestadores formais quer informais é de extrema importância nas práticas de gestão do autocuidado na diabetes (Tanqueiro, 2013).

O autocuidado é visto como um cuidado antecipatório, ou seja, é uma forma de prevenir às complicações que esta doença acarreta. Se for efetuado um cuidado diário e que se consiga controlar a doença é um bom caminho para prevenir às complicações. Este autocuidado contribui assim para a manutenção da vida, saúde e bem-estar. Se o idoso tiver consciência da sua doença certamente estará mais desperto para os sinais da mesma.

É através da percepção que o indivíduo organiza e interpreta as suas impressões sensoriais atribuindo significado ao momento que está a viver, tal como referem King (1981) citado por Antão, Bezerra, Rodrigues, et. al. (2014). Sendo assim, ao adquirir a percepção sobre o que é o autocuidado, certamente, esta interiorização facilitará a tomada de decisão do indivíduo no tratamento e controlo da doença.

O autocuidado é um processo que engloba vários aspetos, tais como, o apoio familiar, a cultura, o grupo social e os profissionais de saúde que contribuem para a manutenção ou melhoria da saúde destas pessoas.

Portanto pode considerar-se também o autocuidado o desempenho das atividades de vida diária do idoso que contribuem para o seu bem-estar.

São importantes as orientações dos profissionais de saúde ao idoso diabético para o desempenho do seu autocuidado mas também é essencial analisar as competências que essa pessoa têm para o seu desempenho. Por vezes acontece a certos idosos terem dificuldade na leitura da glicémia, não entenderem o aparelho que faz a medição da diabetes e também não serem capazes de se picarem a eles próprios, o que os leva a procurar auxílio, junto da família, vizinhos ou recorrem às instituições como o centro de saúde.

A diabetes é uma doença crónica que se destaca como causa de morbilidade e mortalidade principalmente nos idosos. Existem diversos fatores, tais como, o sedentarismo, maus hábitos alimentares, mudanças sócio-comportamentais que

contribuem para o aumento da incidência e prevalência desta doença, tal como citam Francisco et. al. (2010) citado por Antão, Bezerra & Rodrigues (2014).

A diabetes é uma doença silenciosa, as pessoas devem ter alguns cuidados na prevenção, tais como, realizar exames médicos, adquirir um estilo de vida mais saudável, ir às consultas médicas e adquirir conhecimento acerca da doença.

Uma doença crónica acarreta desafios na capacidade de cuidar, no caso dos idosos tal capacidade pode estar comprometida. Sendo que o autocuidado é visto como a capacidade que o sujeito tem de cuidar de si, se for no caso de uma pessoa idosa poderá existir uma diminuição desse cuidado o que implica que os profissionais tenham mais atenção no cuidado a ser prestado, tal como referem Sá et. al. (2011) citado por Antão, Bezerra & Rodrigues et. al. (2014).

É essencial o apoio social e o suporte no autocuidado incluindo a disponibilização de informação sobre esta doença crónica e complexa, caracterizada por um aumento anormal dos níveis de açúcar (glicose) no sangue que, quando não tratada adequadamente, pode levar ao aparecimento de diversas complicações crónicas incapacitantes, tais como, retinopatia, pé diabético, infeções, entre outras.

A diabetes é uma doença que atinge frequentemente os idosos e que acarreta complicações graves, tais como, lesões dos vasos sanguíneos pequenos, lesões nos vasos sanguíneos grandes e o pé diabético.

Existem quatro tipos de diabetes: diabetes tipo I, diabetes tipo II, diabetes gestacional e outros tipos de diabetes. Iremos destacar a diabetes tipo I e tipo II atendendo à incidência da doença na nossa população-alvo. A diabetes tipo I pode aparecer em adultos e em idosos, as células B do pâncreas deixam de produzir insulina e por isso os idosos ficam dependentes da terapêutica com a insulina para o resto da vida. A diabetes tipo II é o tipo mais comum da diabetes, esta doença é originada por um desequilíbrio no metabolismo da insulina. Este tipo de diabetes tem como principais fatores de risco a obesidade, o sedentarismo e tem uma forte componente de hereditariedade. Também existem fatores possíveis para o desenvolvimento desta doença, tais como, hábitos alimentares inadequados, inatividade física, envelhecimento e resistência à insulina.

O diabetes tipo II tem vindo a aumentar e tal facto deve-se às rápidas mudanças culturais e sociais, tais como, o envelhecimento da sociedade, à crescente urbanização, às mudanças alimentares, à redução do exercício físico, ou seja, a um estilo de vida não saudável.

O tratamento deste tipo de diabetes implica uma adaptação na alimentação, quer em termos de qualidade, quer de quantidade, além de incluir também a prática de exercício físico diariamente. A prática deste exercício regular permite que o organismo aproveite melhor o açúcar que tem em circulação. Se o idoso tiver estes cuidados e perda de peso no caso se este for excessivo é o suficiente para manter esta doença controlada.

Se não for possível controlar a diabetes com os cuidados na alimentação e o aumento do exercício físico, será necessário fazer tratamentos com comprimidos e em certos casos utilizar a insulina. Normalmente quem sofre desta doença também necessita de medicamentos para o colesterol e a pressão arterial.

Esta doença é controlada quando os níveis de açúcar no sangue atingem certos limites, o mais próximo possível da normalidade.

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) foi de 13,3%, isto é, mais de 1 milhão de portugueses neste grupo etário tem Diabetes. (Relatório do Observatório Nacional da Diabetes, 2016).

O impacto do envelhecimento da estrutura etária da população portuguesa (20-79 anos) refletiu-se num aumento de 1,6 pontos percentuais (p.p.) da taxa de prevalência da Diabetes entre 2009 e 2015, o que corresponde a um crescimento na ordem dos 13,5%. (Relatório do Observatório Nacional da Diabetes, 2016).

Os dados do Observatório Nacional da Diabetes indicam que a prevalência da diabetes ser superior nos homens do que nas mulheres¹.

Segundo as autoras Cunha, Chilbante & André (2014:22) “também em Portugal, se mantém essa tendência de crescimento da diabetes, existindo de acordo com o Relatório do Observatório Nacional da Diabetes (Boavida et al.,2012), 991 mil pessoas com diabetes, o que corresponde a 12,4% da população com idade entre os 20 e os 79 anos”.

A diabetes é uma doença crônica, auto-imune e que resulta de uma deficiência na produção de insulina por parte das células do pâncreas, o que pode provocar níveis de glicose no sangue inapropriados elevados ou baixos, tal como alude Tsalikian (1990) citado por Nunes (2016).

Atualmente os estudos indicam que existe 400 milhões de pessoas com diabetes. Portugal é o terceiro país do mundo com doentes diabéticos, em primeiro

¹Alves, A. C., Bourbon, M., & Rato, Q. (2016). Diabetes na população portuguesa: uma análise do estudo e_COR. *Boletim Epidemiológico Observações*, 5, 3-5.

lugar a China e segundo a Índia. Indicam também que 40% da população portuguesa tem diabetes ou está em risco de ter.

De acordo com Signor, Leguisamo, Marchi, Bavaresco, Oliveira & Pillatt (2016:171) “o processo de envelhecimento traz consigo doenças crónicas, que acarretam, muitas vezes, problemas estruturantes e de difícil resolução, exemplo disso é a diabetes mellitus”.

A diabetes é uma doença que exige alguns cuidados na prevenção, tais como, adquirir um estilo de vida mais saudável, ir às consultas médicas e adquirir conhecimento acerca da doença.

É uma doença muito frequente nos idosos e por isso mesmo é preciso saber utilizar os mecanismos mais adequados para ajudar no controlo desta patologia. Esses mecanismos passam por fazer uma boa gestão do autocuidado, ter um apoio social formal e informal favorável e uma rede social formal e informal coesa. Mas para o idoso saber utilizar estes mecanismos é importante primeiro que tudo estar informado acerca da sua doença e a técnica utilizada para isso mesmo é através da educação para a saúde que auxilia o idoso adotar um estilo de vida saudável contribuindo para um controlo mais eficiente da sua doença. O portador da doença deve obter maior conhecimento sobre a mesma para melhor conviver com ele mesmo e com a sociedade. Nesta perspetiva quanto mais informação sobre a sua doença o idoso obtiver mais rapidamente adota um estilo de vida saudável, pois tem consciência das complicações da doença. Portanto a educação para a saúde no idoso diabético também contribui para uma melhor gestão do autocuidado.

Para se conseguir uma boa gestão do autocuidado para além do apoio social também é importante a educação para a saúde no idoso diabético.

Desta forma demonstra-se a importância das ações educativas nos indivíduos que sofrem desta patologia. Sendo esta educação uma mais-valia para o idoso diabético, pois ao educar este doente estamos a transmitir conhecimentos e ferramentas que contribuem para a melhoria da qualidade de vida.

É através da educação para as pessoas diabéticas que consegue-se atingir reduções das complicações desta doença, contribuindo assim, para uma melhoria na qualidade de vida destas pessoas. Sendo esta educação direcionada para grupos especializados podem ser favoráveis para os doentes e respetivas famílias, tal como afirmam Cazarini, Zanetti, Ribeiro, Pace & Foss (2002) citado por Signor, Leguisamo, Marchi, Bavaresco, Oliveira & Pillatt, (2016).

É notório a importância da educação para a saúde nos idosos diabéticos e respectivas famílias, através deste método conseguem encontrar qualidade de vida no decorrer do processo desta doença.

Assim sendo a educação para a saúde deve centrar-se a conduzir as pessoas a refletirem naquilo que fazem e que pode por em causa a saúde dos outros. Esta educação dedica-se a encontrar os reais problemas do indivíduo, ou seja, conhecer os verdadeiros problemas para poder solucionar.

Os indivíduos através das ações educativas assimilam os conhecimentos, os comportamentos e as atitudes que são necessários para a gestão do seu autocuidado. O autocuidado revela-se essencial porque previne as consequências desta doença.

Esta doença deriva também de fatores de risco extrínsecos, por isso o trabalho multiprofissional em saúde consegue analisar e intervir no estilo de vida dos indivíduos que carecem de apoio na adoção de estilos de vida saudáveis, tal como referem Conceição, Guimarães & Oliveira (2013) citado por Lima, Moreira, Silva, Monteiro & Teixeira (2016). Tudo isto só é possível também com o apoio da(o) Técnica(o) de Serviço Social.

Para combater a diabetes é necessário que o sistema de saúde e de apoio social assegure, a educação e apoio às pessoas, através de equipas multidisciplinares, incluindo nutricionistas, assistentes sociais e psicólogos. É importante também apostar na investigação para se conseguir atingir melhores resultados.

Lima, Moreira, Silva, Monteiro & Teixeira (2016:526) referem que “trabalhar com equipe multiprofissional é essencial na atenção básica, pois dá condições aos profissionais de realizarem uma análise constante e de forma integral do processo saúde-doença do paciente com diabetes, podendo assim, aplicar intervenções mais resolutivas no processo de cuidar”.

É importante a integração da(o) Técnico(a) de Serviço Social na equipa multidisciplinar para se obter uma intervenção mais eficiente e eficaz, sendo que cada caso é um caso. Os serviços de saúde integram Técnicos (as) de Serviço Social nas equipas, logo também seria importante para os idosos, receberem o apoio de uma/um Técnica(o) de Serviço Social para usufruírem de um suporte mais ativo e útil. Muitas das vezes os idosos têm dificuldades económicas e sociais, tais como, que se manifestem na aquisição de medicamentos para o controlo da diabetes, transporte, alimentação, entre outros, tendo o apoio de uma/um Técnica(o) de Serviço Social só iria facilitar adesão ao tratamento que esta doença acarreta.

Segundo Ferraz, Zanetti, Brandão, Romeu, Foss, Paccola, & Montenegro (2000:174) “(...) a participação da assistente social junto à equipe de atendimento à

pessoa portadora de diabetes é essencial, pois poderá constituir-se em um agente facilitador para minimizar os problemas, com consequente adesão do paciente ao tratamento”.

Posto isto, o papel da(o) Técnica(o) de Serviço Social junto dos idosos diabéticos é essencial auxiliando-os a nível económico e social. Sendo fatores que podem influenciar a gestão do seu autocuidado, poderão ser ultrapassados com este acompanhamento que poderá contribuir para uma boa gestão do autocuidado dos idosos diabéticos.

Um dos lemas do serviço social é conhecer para intervir. Neste sentido conhecer a forma como é visto e sentido o apoio social e o suporte no autocuidado, pelos idosos diabéticos permitir-nos-á intervir junto da comunidade por forma a colmatar as lacunas existentes e assim proporcionar uma intervenção mais eficaz.

A(o) Técnica(o) de Serviço Social só consegue desempenhar um trabalho eficaz se o individuo investir em si próprio, ou seja, se tiver motivação, esforço e não desistir do processo. Também é importante neste procedimento a qualidade dos recursos sociais e o esforço comum, tal como mencionam Garcia & Jiménez (2003) citado por Fonseca & Fontes (2014).

Portanto é realizado um trabalho em equipa entre outros técnicos e o idoso diabético para se conseguir atingir os objetivos estabelecidos. Os problemas de saúde dos mais velhos, além de serem de longa duração, requerem pessoal qualificado, equipas multidisciplinares, equipamentos próprios e exames complementares mais esclarecedores.

Segundo António (2010:21) “Nesta perspectiva, o trabalho estruturado em equipas multidisciplinares formadas por médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, fisiologistas do exercício, revelam-se fundamentais para o desenvolvimento de programas de educação e promoção da saúde dos pacientes e familiares”.

É notório que um trabalho em equipa é bastante importante, para o idoso diabético. Atendendo ao que já aqui foi exposto sobre programas de educação para a saúde, é essencial que os diversos profissionais contribuam para o desenvolvimento de programas de educação e promoção da saúde nos doentes e respetivas famílias. É através destas medidas também que o idoso contribui para a sua qualidade de vida.

De acordo com António (2010:26) “Esta abordagem multidisciplinar do doente diabético remete para uma visão holística do processo saúde-doença, reconhecendo a complexidade do seu sistema psíquico e somático e a necessidade de informações

complementares, por parte dos seus profissionais de saúde, sobre o controlo, a prevenção e as complicações futuras da doença”.

Para este trabalho em equipa ser desempenhado com sucesso é necessário que estes profissionais estejam informados acerca desta doença, possuam conhecimentos aprofundados sobre o controlo, prevenção e possíveis complicações futuras que esta patologia acarreta para o idoso diabético. Os profissionais das diversas áreas como saúde, social, entre outras, devem ser, qualificados e devem estar preparados para trabalhar em equipa em função do bem-estar físico, psicológico, social e económico do idoso.

Para além dos profissionais é também essencial que o idoso diabético seja ativo e participativo em todo este processo, só assim se consegue obter o êxito, requer trabalho por parte da equipa multidisciplinar mas também por parte do doente e da família. É muito relevante que o idoso se sinta motivado na adesão à terapêutica estabelecida por toda esta equipa. Também é função desta equipa caso o idoso não se encontre motivado em todo este processo, ter uma atitude humanística conseguir obter essa motivação por parte do doente.

Parte II – Investigação Empírica

1. Roteiro do Estudo

Elaboramos o roteiro do estudo para melhor compreendermos esta investigação, através do método do estudo, tipo de estudo, população, caracterização da amostra, critérios de inclusão e exclusão, os instrumentos da colheita de dados, considerações éticas, tratamento e análise de dados.

Após a fundamentação teórica torna-se pertinente abordar a fase metodológica.

O investigador tem necessidade de escolher um desenho de investigação. Segundo Fortin (1999:40 e 41) “ (...) o desenho de investigação é o plano lógico elaborado e utilizado para obter respostas às questões de investigação. Dependendo do problema em causa e o estado dos conhecimentos à sua volta”.

De acordo com a mesma autora “... a fase metodológica operacionaliza o estudo... é um conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica.” (Fortin, 1999:373)

Esta fase é indispensável no desenrolar dos trabalhos de investigação, sendo esta etapa que se faz alusão ao tipo de estudo que se vai utilizar, isto é, a abordagem que melhor se aplica aos objetivos que se planeiam atingir o estudo. Escolhe-se os participantes do estudo, o instrumento de colheita de dados que melhor se adequará à investigação em causa, de modo a averiguar a veracidade, a representatividade e a legitimidade do mesmo, assim como dos seus resultados. Assim a sua principal finalidade consiste em “... clarificar e proporcionar uma visão mais alargada sobre a área temática em estudo de forma a clarificar certos aspetos do fenómeno estudado e encontrar pistas de reflexão, ideias e hipóteses de trabalho”. (Quivy, 1998:68)

1.1. Problemática

A formulação de um problema de investigação depende da escolha de um tema, ao qual se reporta a problemática em estudo, e também de uma pergunta de partida que dará origem às questões de investigação.

O estudo incide sobre o apoio social e o suporte no autocuidado ao idoso diabético num concelho do Norte Alentejano. Deste modo, pretende-se avaliar o apoio social e compreender de que forma os idosos são apoiados na gestão do seu autocuidado.

A escolha da temática deveu-se ao fato do Concelho ser bastante envelhecido, com uma taxa de diabéticos elevados e sendo a diabetes uma patologia bastante

frequente nos idosos. Desta forma pensamos que o apoio social e o suporte no autocuidado poderão ter um papel diferenciador para estes idosos.

Com esta investigação pretendemos identificar o apoio social e o suporte no autocuidado aos idosos diabéticos, sendo que o apoio social e as redes sociais são fatores que influenciam no controlo da doença contribuindo para uma melhoria na qualidade de vida.

Segundo Quivy&Campenhoudt (2005:44) “A melhor forma de começar um trabalho de investigação em ciências sociais consiste em esforçar-se por enunciar o projeto sob a forma de uma pergunta de partida. [...] A pergunta de partida servirá de primeiro fio condutor da investigação. [...] deve apresentar qualidades de clareza, de exequibilidade e de pertinência.”

Portanto relativamente à pergunta de partida, ou seja, “aquela que lhe servirá de primeiro eixo central” é a seguinte:

- Qual a perceção dos idosos diabéticos de um concelho do Norte Alentejano acerca do apoio social e o suporte no autocuidado?

De acordo com o primeiro relatório global sobre a Diabetes da OMS, a prevalência da diabetes tem vindo a aumentar nas últimas décadas e Portugal não é exceção, estimando-se que 9,2% dos portugueses (aproximadamente 952 mil pessoas) sofram desta doença, predominantemente homens (10,7%), mas também mulheres (7,8%).²

Indivíduos com mais de 70 anos morreram com esta doença 1.670 homens e 2.360 mulheres. No entanto nos últimos tempos tem-se verificado uma diminuição significativa do número de anos potenciais de vida perdida por Diabetes em Portugal (-32%). A Diabetes assume um papel significativo nas causas de morte, tendo estado na origem de 4,0% das mortes ocorridas em 2015.¹

Além do sofrimento humano que as complicações relacionadas com a doença causam nas pessoas com Diabetes e nos seus familiares, os seus custos económicos são bastante elevados. Estes custos incluem os cuidados de saúde, a perda de rendimentos e os custos económicos para a sociedade em geral, a perda de produtividade e os custos associados às oportunidades perdidas para o desenvolvimento económico.¹

²<http://www.dn.pt/sociedade/interior/quase-um-milhao-de-portugueses-com-diabetes-5112738.html>

1.2. Objetivos do estudo

No que concerne aos objetivos da investigação, estes estão relacionados com a pergunta de partida que foi anteriormente formulada e aqui exposta.

Deste modo, os objetivos da presente investigação são os seguintes:

- Identificar as redes de apoio e o suporte no autocuidado ao idoso diabético no concelho do Norte Alentejano;
- Identificar o apoio social ao idoso diabético;
- Identificar as dimensões de apoio informativo, emocional e instrumental ao idoso diabético;
- Verificar se existe relação entre o sexo e os diferentes tipos de apoio percecionados;
- Verificar se existe relação entre a idade e os diferentes tipos de apoio percecionados;
- Analisar a perceção que os idosos diabéticos do concelho do Norte Alentejano têm acerca do apoio social e das redes de suporte no autocuidado.

1.3. Questões de Investigação

- ✓ Qual a estrutura e dinâmica das redes de apoio social e de suporte no autocuidado dos idosos diabéticos no concelho do Norte Alentejano?
- ✓ Qual a perceção do idoso diabético face ao apoio social?
- ✓ Qual a perceção do idoso diabético face às dimensões do apoio informativo, emocional e instrumental?
- ✓ Será que existe relação entre o sexo e o apoio percecionado?
- ✓ Será que existe relação entre a idade e o apoio percecionado?
- ✓ Qual a perceção do idoso diabético em relação ao suporte no autocuidado?

Desta forma, pretendemos conhecer esta realidade no intuito de contribuir para uma melhoria do apoio social destes idosos diabéticos, procurando ainda concorrer para o fomento do envelhecimento ativo.

1.4. Método do Estudo

Neste estudo serão mobilizadas metodologias quantitativas e qualitativas.

A metodologia quantitativa é orientada para os resultados, exclui o significado e o propósito da atividade humana e não explica os significados intrínsecos. A metodologia qualitativa contribui para uma visão mais profunda do comportamento humano, também explica e faz emergir a verdade individual e considera o processo na descoberta, tal como referem Guba & Lincoln (1994) citado por Dezin & Lincoln (2011).

O método quantitativo utiliza técnicas estatísticas enquanto o método qualitativo não é traduzido só por números, ou seja, tem como objetivo analisar a relação da realidade com o objeto de estudo.

A metodologia qualitativa procura explicar de forma mais profunda o fenómeno e de acordo com Dalfovo, Lana & Silveira (2008), podemos partir do princípio de que a pesquisa qualitativa é aquela que trabalha predominantemente com dados qualitativos, isto é, a informação coletada pelo investigador não é expressa em números, ou então os números e as conclusões neles baseadas representam um papel menor na análise.

A mobilização das duas metodologias se deve ao fato de pretendermos conhecer uma realidade concreta, para tal procurámos mobilizar as forças das duas estratégias metodológicas.

1.5. Tipo de Estudo

É um estudo descritivo em que se mobilizou o estudo de caso por partir de um contexto circunscrito a uma realidade ainda pouco estudada.

O estudo de caso representa uma investigação empírica e pode incluir estudos de casos únicos como estudos múltiplos, assim sendo pode abranger abordagens quantitativas e qualitativas de pesquisa, tal como alude Yin (2001) citado por Ventura (2007).

Por tudo isto e porque é nosso propósito compreender em profundidade um fenómeno social, inserido numa realidade contexto circunscrito, optámos por esta tipologia de estudo.

1.6. População

Antes de procedermos à recolha de dados, foi importante, em primeiro lugar definirmos a população a estudar.

A escolha da população incidiu nos idosos diabéticos num concelho do Norte Alentejano, desenvolvendo este estudo na Associação Humanitária de Apoio aos Diabéticos desse concelho. Aferimos junto da Presidente da Associação que tem 472 sócios mas só 32 são diabéticos.

Segundo Fortin (1999), uma população é uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios.

1.7. Caracterização da Amostra

A escolha dos elementos da amostra foi feita de forma não-aleatória.

A Presidente referiu na primeira entrevista informal a existência de cerca de 22 idosos que reuniam características para participar no estudo. Foi a Presidente enquanto testemunho privilegiado neste processo que selecionou o grupo de idosos a estudar e também estabeleceu os contatos com os participantes e os informou acerca do estudo.

Selecionámos desta forma, uma amostra por conveniência, considerando o testemunho privilegiado, as características particulares do grupo em estudo, bem como o conhecimento adquirido durante o trabalho exploratório e a incursão no terreno de pesquisa.

1.7.1. Critérios de Inclusão

São critérios que nos permitem seleccionar os participantes que interessam para o estudo.

“...definem as características principais da população-alvo”, Hulley (2001:46).

- Idade igual ou superior a 65 anos;
- Idosos residentes no concelho do Norte Alentejano e que pertencessem à Associação;
- Estar orientado no tempo e espaço;
- Aceitar participar e assinar consentimento informado.

1.7.2. Critérios de Exclusão

São critérios que excluem às pessoas de acordo com os objetivos da investigação.

“... por características que poderiam interferir na qualidade dos dados, na aceitabilidade da randomização ou na interpretação dos achados”, Hulley (2001:47)

- Idosos que não se insiram nas condições anteriores.

1.8. Instrumento de Colheita de Dados

Para atingir os objetivos propostos, foram realizadas entrevistas e aplicada a escala de avaliação do Apoio Social de Matos e Ferreira (2000) aos idosos diabéticos. Esta escala também já foi utilizada por Cunha, Chibante & André (2014) no estudo que desenvolveram.

A escala é constituída por um conjunto de 16 questões, avaliadas numa escala tipo Likert (1 a 5 pontos), correspondendo 1 ao não concordo, 2 concordo pouco, 3 concordo moderadamente, 4 concordo muito e 5 ao concordo muitíssimo de apoio social, com exceção dos itens 2; 5; 12;13; 14 e 16 que apresentam cotação inversa. Esta escala avalia a disponibilidade do apoio informativo, emocional e instrumental percebido pelo indivíduo. (Anexo I)

Iniciámos o percurso com a Presidente da Associação (testemunho privilegiado) uma entrevista formal de modo aprofundar os contatos já estabelecidos, a quem solicitámos ajuda no acesso aos idosos diabéticos que se voluntariassem para participar no estudo.

Assim sendo como instrumentos de recolha de dados utilizámos a Escala já referenciada e a entrevista semiestruturada.

A entrevista ao testemunho privilegiado, foi útil para ajudar a consolidar a problemática e também mais tarde para efetuar a triangulação dos dados obtidos, “as entrevistas contribuem para descobrir os aspetos a ter em conta e alargam ou rectificam o campo de investigação das leituras” (Quivy & Campenhoudt, 2008, 69).

O primeiro passo foi aplicação do questionário sociodemográfico, posteriormente a Escala de Matos e Ferreira e por fim às entrevistas semiestruturadas aos idosos diabéticos, no sentido de aprofundar os dados relativos à rede de apoio social.

1.9. Considerações Éticas

Iniciámos com o pedido de autorização à autora Ana Paula Matos para a utilização da Escala Matos e Ferreira (2000), obtendo parecer favorável (Apêndice IV). Posteriormente o estudo foi submetido à Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre que também obtivemos parecer favorável o que nos permitiu avançar com o nosso estudo (Anexo II).

Após conversa com a Presidente da Associação obtivemos autorização e disponibilidade do espaço para a realização da investigação e também autorização do seu testemunho privilegiado (Apêndices V e VI).

Para a realização deste estudo foi solicitado à Presidente da Associação a autorização do mesmo, visto ser um local frequentado pelos idosos diabéticos.

Salvaguardámos que a entrevista ao testemunho privilegiado poderia não ser anonimizada uma vez que, apesar de não divulgarmos identidades, poderão ser facilmente identificáveis pela posição que ocupam. Contudo obtivemos na mesma autorização.

De salientar que foi elaborado um consentimento informado para todos os participantes, sendo apenas selecionados os que se encontravam orientados no tempo e no espaço e manifestaram condições para participar (Apêndice VII).

2. Tratamento e análise de dados

As técnicas de recolha e de análise de dados devem ter presente qual o objeto de estudo sobre o qual se está a intervir, tal como referiram Silva, Fialho & Saragoça (2013), referenciando Lazega (1998) as técnicas deverão ser sempre adaptadas ao objeto de estudo.

Relativamente às técnicas de análise de dados utilizámos o programa informático, NVivo8 e posteriormente na versão 11, que permite importar qualquer fonte e que pode ser ligada a outras fontes internas e externas, bem como efetuar a análise qualitativa dos dados mobilizando a técnica de análise de conteúdo. Através deste programa efetuamos análise das entrevistas semi-estruturadas que obtivemos com a colaboração dos participantes.

A análise estatística dos dados foi realizada com recurso ao programa Statistical Package for The Social Sciences (SPSS) for Windows versão 21 para efetuar análise estatística da escala já referenciada e do questionário de caracterização sociodemográfico. (Apêndice II)

Parte III – Apresentação e Análise de Resultados

1. Caraterização Sociodemográfica dos participantes

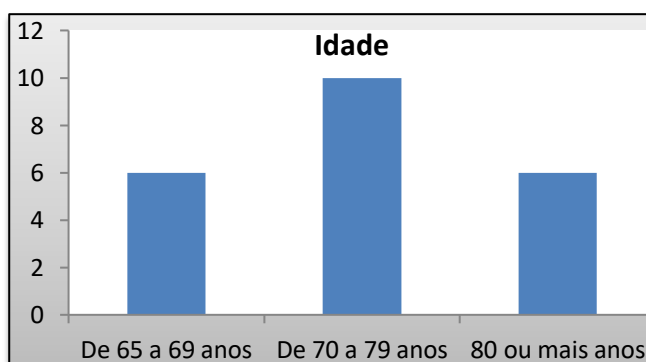
A sociedade atualmente depara-se com um crescimento demográfico das pessoas mais velhas, situação que tem vindo acontecer nos últimos anos e prevê-se que continuará nos próximos anos. Sendo assim encaramos com uma população cada vez mais envelhecida.

De acordo com Formiga et. al. (2018:10) “É notório o crescimento demográfico da população idosa durante os últimos anos, seja devido ao aprimoramento científico-tecnológico ou a melhoria das condições de vida. Ladeada a ampliação da expectativa de vida ocorrem alterações na representação da saúde da população maior que sessenta anos, fato que merece zelo, pois se trata de um público que necessita de conservação e progresso da qualidade de vida”.

Outro autor, Nunes (2017: 68) refere que “O envelhecimento da população é uma realidade atual em Portugal e que tende a projetar-se para o futuro. As projeções dos principais indicadores demográficos apontam para uma redução da população jovem e dos adultos em idade ativa e para o crescimento da população idosa e não permite uma renovação da população, o que a seu tempo vai gerar uma redução do número total de habitantes”.

A amostra do estudo é constituída por 22 idosos diabéticos que foram sujeitos a um questionário com objetivo de caracterizar esta população-alvo a nível social e demográfico.

Gráfico nº 1 – Idade dos participantes

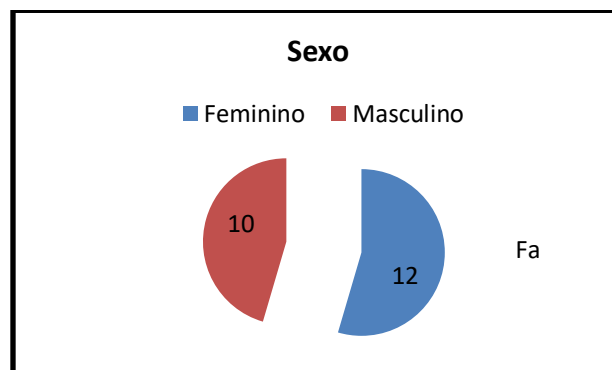


Fonte: Questionário Sociodemográfico

Ao analisar os dados recolhidos no âmbito das questões sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, habilitações literárias e atividade profissional), verificámos que em relação à idade a faixa etária mais elevada são os idosos de 70 a 79 anos. Demonstrando que 10 participantes se encontram nessa faixa etária. As outras duas faixas etárias estão equivalentes, contendo 6 participantes em cada intervalo de idade. (Gráfico nº1). Constatamos também que a idade oscila entre o valor mínimo de 65 e um valor máximo de 80 ou mais anos.

“Em 2015, 2,1 milhões de pessoas, quase 20% da população portuguesa, tinham 65 ou mais anos. A proporção de idosos na população tem vindo a crescer e espera-se que a tendência se mantenha. De acordo com as projeções nacionais, prevê-se que, em 2030, os idosos representem cerca de 26% da população e, em 2060, cresçam para 29%” MTSSS (2017).

Gráfico nº 2 – Sexo dos participantes.

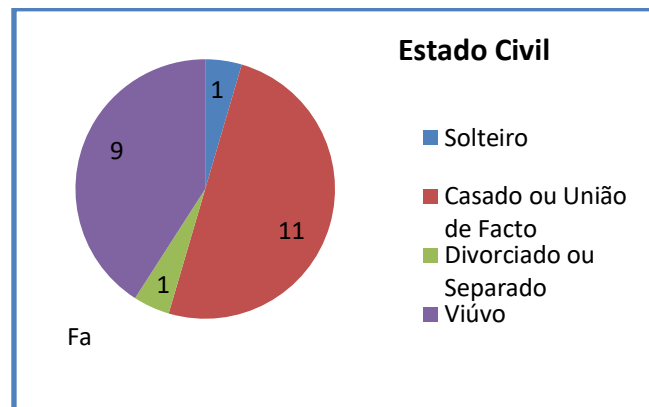


Fonte: Questionário Sociodemográfico

Relativamente ao sexo dos indivíduos verifica-se que 12 idosos são do sexo feminino e 10 dos participantes são do sexo masculino (Gráfico nº2).

Tal vai ao encontro das várias estatísticas disponíveis, como aludido por MTSS (2017) “Em 2015, a esperança média de vida aos 65 anos em Portugal ultrapassava os 19 anos (perto de 21 anos no caso das mulheres e 17 anos para os homens)”.

O que demonstra que as mulheres poderão viver mais tempo que os homens.

Gráfico nº 3 – Estado Civil dos participantes

Fonte: Questionário Sociodemográfico

Relativamente ao Estado Civil, a maioria dos idosos são casados ou vivem em união de facto (11), 9 são viúvos, 1 solteiro e 1 divorciado. (Gráfico nº3).

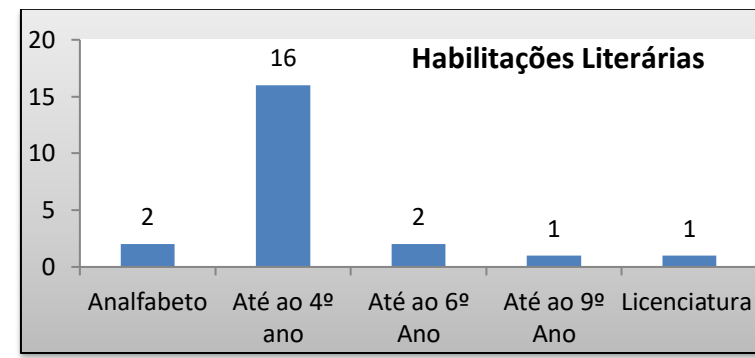
A forma como cada idoso vivencia a viuvez também varia conforme a história de vida e a personalidade. A viuvez é mais frequente na velhice e principalmente para as mulheres e, por isso, é importante compreender as estratégias adotadas para superar esta fase da sua vivência. Por serem idosos carecem de uma atenção especial e tratamento de profissionais de saúde, tal como afirma Doll (2011) citado por Galicioli et. al. (2012).

É de frisar que uma das estratégias adotar para ultrapassar esta fase da viuvez será a contribuição do suporte social, principalmente por parte da família, certamente que ajudará na superação desta fase.

Outra das vantagens é que as pessoas casadas têm melhor saúde que as outras pessoas com outros estados civis, tal como afirma Christensen (1992) citado por Ramos (2002).

Outra das razões deve-se ao facto de as pessoas que não são casadas, não terem o companheiro(a) para cuidar delas ou orienta-las em casa, tal como alude Ramos (2002).

Gráfico nº 4 - Habilitações Literárias dos participantes



Fonte: Questionário Sociodemográfico

Em relação às habilitações literárias os participantes que tem escolaridade até ao 4ºano são os que tem maior destaque, sendo que 16 idosos têm essas habilitações (Gráfico nº4). Podemos interpretar que os idosos começaram a trabalhar ainda eram muito novos e por isso teriam que abdicar dos estudos, também se reflete no facto de 2 indivíduos serem analfabetos. Mas é de salientar que temos 1 idoso com nível habilitacional superior, licenciatura.

Um das desvantagens de os idosos possuírem pouca escolaridade pode refletir-se também na sua saúde, como é o caso da diabetes.

A educação pode ser vista como uma acumulação de vantagens para a saúde, ou seja, indivíduos que tenham educação mais elevada conseguem informarem-se melhor sobre a prevenção de certas doenças e ter estilos de vida saudáveis ao longo da sua vida, tal como argumentam Ross & Ling Wu (1996) citado por Ramos (2002)

A maioria dos participantes são reformados (as) e apenas 1 idoso ainda se encontra no ativo.

Segundo Gonçalves & Neto (2013:77) “São necessárias, cada vez mais, atividades que valorizem o idoso e os seus saberes, permitindo-lhes encarar a reforma como mais um estágio da sua vida e não como o fim”.

É essencial que o idoso encare a reforma como mais uma fase da sua vida e não como o fim da sua vida. Nesta fase o idoso poderá aproveitar o seu tempo com atividades que antes da reforma não tinha possibilidades para se dedicar, como por exemplo, frequentar as Universidades Seniores. Como nunca é tarde para aprender sempre seria uma forma de ocupar o seu dia-a-dia e contribuir para aquisição de

novos conhecimentos e aprendizagens. Visto que em mais novos não tiveram oportunidade de prosseguir com os seus estudos, pois iniciaram a sua atividade laboral muito cedo.

De acordo com Cruz et. al. (2018:192) “Envelhecer com sucesso ou envelhecer bem pressupõe estilos de vida que mantenham o corpo e a mente saudável, através de bons hábitos de vida, nutrição e envolvimento em atividades interessantes e desafiantes como as que se ocorrem nas Universidades Seniores”.

O mais importante é que nesta fase da sua vida consigam envelhecer ativamente e saudavelmente contribuindo para o seu bem-estar a todos os níveis.

A maioria destes idosos possui baixa escolaridade o que, seguindo as referências documentais consultadas, pode refletir numa má gestão do seu autocuidado.

O idoso com baixa escolaridade possui maior probabilidade de apresentar uma atitude negativa para o autocuidado quando comparado àqueles com alta escolaridade, tal como referem Borba et. al (2017) citado por Souza (2018).

O facto da maioria dos idosos serem casados ou viverem em união de facto também contribui para o combate ao isolamento, solidão e do aparecimento de certas doenças que são propícias nesta idade. O suporte social é essencial para estes idosos, sendo importante que sejam auxiliados e se sintam apoiados para enfrentar de uma forma mais tranquila a sua patologia.

Além disso, a presença de um parceiro pode favorecer a pessoa idosa com diabetes, considerando que o mesmo pode encorajar o autocuidado e constituir-se como um suporte, tal como mencionam Sousa et. al. (2016) citado por Souza (2018).

2. O apoio Social ao Idoso Diabético

A definição de apoio social consiste no grau em que as necessidades sociais básicas do indivíduo são satisfeitas através da relação com os outros, tal como menciona Thoits (1985) citado por Matos & Ferreira (2000).

De acordo com os autores, o idoso, como qualquer ser humano, necessita de estar em contato com outras pessoas para se sentir satisfeito e realizado. Afastando assim o aparecimento de certas doenças e combatendo o isolamento que é bastante propício nesta faixa etária.

Portanto estas necessidades podem ser satisfeitas através de ajuda socio-emocional ou de ajuda instrumental, tal como alude Barrón (1996) citado por Matos & Ferreira (2000).

O apoio social é um suporte essencial para os idosos sendo através do apoio informativo, emocional e instrumental que o indivíduo se sente apoiado, acarinhado e informado. Para nós foi crucial, entender as percepções dos idosos diabéticos sobre o apoio social, esta questão foi apoiada na escala de apoio social de Matos & Ferreira (2000). Começamos por verificar a consistência interna da escala.

O estudo da consistência interna da escala demonstrou que o valor de α de Cronbach é superior a 0,9 o que aponta uma boa fidelidade da escala, tal como referem Yaffe (1999), Garson (2006) citado por Marques [et. al.] (2010). (Quadro nº2).

Quadro nº 2 - Medida da Consistência Interna da Escala de Apoio Social e suas dimensões

Escala	Alfa de Cronbach	Itens
Escala de Apoio Social	,938	16
Apoio Informativo	,845	16
Apoio Emocional	,777	5
Apoio Instrumental	,925	5

Fonte: Escala de Matos e Ferreira

Relativamente às dimensões apoio informativo e instrumental apresentam valores superiores a 0,8 sendo por essa razão adequadas, em termos de consistência e apenas a dimensão apoio emocional apresenta um valor inferior a 0,8, não sendo, significativo, portanto as três dimensões de apoio apresentam uma boa consistência interna. (Quadro nº2).

No quadro nº3 apresenta-se as estatísticas para a escala de apoio social referenciada.

Quadro nº 3 - Estatísticas para a Escala de Apoio Social e Respetivas Dimensões

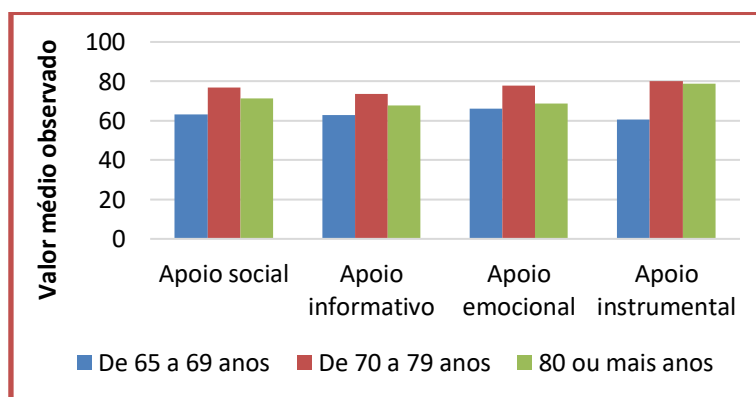
	N	Média (M)	Mínimo	Máximo
Apoio Social	22	71.7%	29%	95%
Apoio informativo	22	69.1%	23%	90%
Apoio emocional	22	72.2%	28%	96%
Apoio instrumental	22	74.4%	36%	100%

Fonte: Escala de Matos e Ferreira

Todos os apoios são superiores a 50%, sendo que o apoio social apresenta um valor médio de 71,7%, um valor mínimo de 29% e um valor máximo de 95%. O apoio instrumental apresenta uma média de 74,4% podendo ser considerado o mais elevado. Tais valores, remetem-nos para uma média aceitável, contudo não podemos deixar de estar atentos aos valores mínimos percecionados por alguns idosos, sendo que nestes casos, será particularmente importante a atenção dos técnicos de Serviço Social, bem como de outros membros da sociedade.

Verificamos que os tipos de apoio informativo, emocional e instrumental, são mais elevados nos idosos de 70 a 79 anos. Consequentemente o apoio social também é mais elevado nesta faixa etária. (gráfico nº5)

Gráfico nº 5 - Influência da idade



Fonte: Escala de Matos e Ferreira

Para verificar se existe influência da variável idade sobre os diferentes tipos de apoio recorreu-se ao teste paramétrico ANOVA que permitirá comparar as médias dos grupos definidos pelas faixas etárias. Este teste exige que as amostras consideradas nos diferentes tipos de apoio sejam provenientes de uma população normal e que as variâncias populacionais sejam homogêneas.

A análise dos p -valores apresentados no quadro n.º4 referente à aplicação do teste de Shapiro-Wilk (adequado para dimensões de amostras < 20) permite concluir que os grupos correspondentes às diferentes faixas etárias podem ser considerados provenientes de populações com distribuição normal (ao nível de significância de 0,05).

Os resultados de aplicação do teste de Levene (quadro n.º 5) permitem validar o pressuposto da homogeneidade de variâncias (ao nível de significância de 0,05), concluindo-se que as variâncias das populações subjacentes aos diferentes grupos considerados nos três tipos de apoio.

O pressuposto da normalidade foi cumprido (teste de Shapiro-Wilk), bem como o pressuposto da homogeneidade de variâncias (teste de Levene). (Quadro n.º4 e 5)

Quadro nº 4 - Testes de Normalidade

	Idade recodificada em intervalos	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Apoio Informativo	De 65 a 69 anos	,282	6	,148	,861	6	,193
	De 70 a 79 anos	,183	10	,200*	,944	10	,600
	80 ou mais anos	,227	6	,200*	,909	6	,430
Apoio Emocional	De 65 a 69 anos	,283	6	,143	,818	6	,085
	De 70 a 79 anos	,166	10	,200*	,948	10	,647
	80 ou mais anos	,276	6	,170	,853	6	,167
	De 65 a 69 anos	,273	6	,183	,904	6	,396
	De 70 a 79	,211	10	,200*	,899	10	,216

Apoio Instrumental	anos						
	80 ou mais anos	,215	6	,200*	,850	6	,158

Fonte: Escala de Matos e Ferreira

Quadro nº 5 - Teste de Homogeneidade de Variâncias (Levene)

	Estatística de Levene	gl1	gl2	Sig.
Apoio informativo	1,237	2	19	,313
Apoio emocional	,895	2	19	,425
Apoio instrumental	,271	2	19	,765

Fonte: Escala de Matos e Ferreira

Usando o teste paramétrico ANOVA, cujos resultados se apresentam no quadro n.º6, conclui-se que, em cada tipo de apoio, as diferenças observadas entre os grupos definidos pelas diferentes faixas etárias não são estatisticamente significativas.

Portanto a variável idade não tem influência significativa sobre os níveis de apoio social. Assim sendo, não existe relação entre a idade e os diferentes tipos de apoio percebidos.

Quadro nº 6 – Teste ANOVA

ANOVA						
		Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig.
Apoio informativo	Entre Grupos	458,855	2	229,428	1,063	,365
	Nos grupos	4100,741	19	215,828		
	Total	4559,596	21			
Apoio emocional	Entre Grupos	641,939	2	320,970	1,496	,249
	Nos grupos	4077,333	19	214,596		
	Total	4719,273	21			
Apoio instrumental	Entre Grupos	1554,424	2	777,212	2,521	,107
	Nos grupos	5858,667	19	308,351		
	Total	7413,091	21			

Fonte: Escala de Matos e Ferreira

A variável referente ao apoio informativo do sexo feminino não cumpre o pressuposto da normalidade da distribuição dos seus valores, pelo que, se recorreu ao teste de Wilcoxon Mann-Whitney para comparar as distribuições do apoio informativo segundo o sexo. (Quadro nº7 e 8)

Quadro nº 7 - Teste de Normalidade (Shapiro-Wilk)

	Sexo	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estatística	gl	Sig.	Estatística	Gl	Sig.
Apoio informativo	Masculino	,252	10	,071	,856	10	,068
	Feminino	,233	12	,070	,794	12	,008
Apoio emocional	Masculino	,204	10	,200*	,921	10	,367
	Feminino	,174	12	,200*	,906	12	,190
Apoio instrumental	Masculino	,279	10	,027	,846	10	,053
	Feminino	,139	12	,200*	,975	12	,958

*.Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de significância de Lilliefors.

Fonte: Escala de Matos e Ferreira

Quadro nº 8 - Teste de Mann-Whitney

Estatísticas de teste ^a	
	Apoio informativo
U de Mann-Whitney	28,500
Wilcoxon W	106,500
Z	-2,098
Significância Assint. (Bilateral)	,036
Sig exata [2*(Sig. de unilateral)]	,036 ^b
Sig exata (bilateral)	,035
Sig exata (unilateral)	,017
Probabilidade de ponto	,001

a. Variável de Agrupamento: Sexo

b. Não corrigido para empates.

Fonte: Escala de Matos e Ferreira

Ao contrário do que se verificou relativamente à variável idade, no que diz respeito ao sexo verificámos diferenças significativas entre a distribuição de valores de homens e mulheres relativamente ao apoio informativo. (Quadro nº8)

As variáveis referentes ao apoio emocional e ao apoio instrumental cumprem o pressuposto da normalidade dos seus valores pelo que recorrer-se-á ao teste t para averiguar se existem diferenças significativas entre os valores médios de homens e mulheres. (Quadro nº9)

Quadro nº 9 – Estatística de grupo

Estatísticas de grupo					
	Sexo	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão da Média
Apoio emocional	Masculino	10	77,2000	10,16311	3,21386
	Feminino	12	68,0000	17,39383	5,02117
Apoio instrumental	Masculino	10	84,8000	14,58157	4,61110
	Feminino	12	65,6667	17,84445	5,15125

Fonte: Escala de Matos e Ferreira

Quadro nº 10 - Teste t para igualdade de médias

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para Igualdade de Médias						
									95% Intervalo de Confiança da Diferença	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferença média	Erro padrão da diferença	Inferior	Superior
Apoio emocional	Variâncias iguais assumidas	2,802	,110	1,473	20	,156	9,200	6,247	-3,831	22,231
	Variâncias iguais não assumidas			1,543	18,138	,140	9,200	5,961	-3,318	21,718

Apoio Instrumental	Variâncias iguais assumidas	,195	,663	2,715	20	,013	19,133	7,046	4,435	33,831
	Variâncias iguais não assumidas			2,768	19,998	,012	19,133	6,913	4,711	33,554

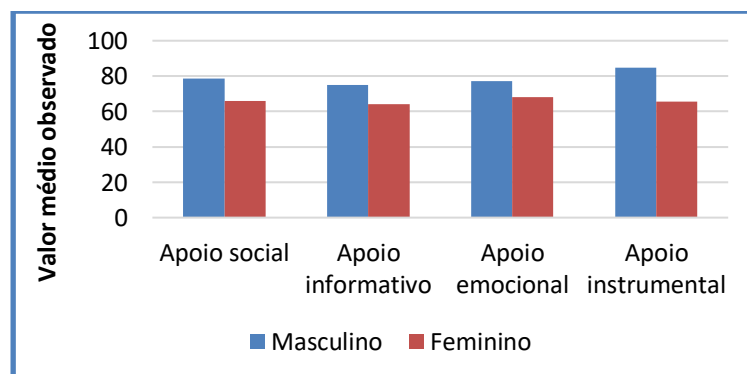
Fonte: Escala de Matos e Ferreira

Com o teste t verificam-se diferenças significativas entre homens e mulheres no apoio instrumental ($t_{(20)} = 2.715$ e $p = 0.013$). Os homens apresentam uma média ($M_M = 84.8$) estatisticamente superior à das mulheres ($M_F = 65.7$). (Quadro nº10)

Ao contrário mostra Marques et. al. (2010:112) que o apoio instrumental é ligeiramente superior nas mulheres, “poderá ser explicado pelo fato delas terem maior disponibilidade para aceitar ações ou materiais proporcionados por outras pessoas e que servem para resolver problemas práticos e/ou facilitar a realização de tarefas quotidianas”.

Podemos considerar tal facto pelo homem também ser visto como o pilar da família e por isso ser mais difícil para ele aceitar ou pedir apoio instrumental. No nosso caso pensamos que tal se poderá dever ao facto deste estudo ser desenvolvido numa comunidade rural, onde as mulheres além de trabalharem em casa, ajudam no campo, dando mais apoio à família do que recebendo.

Gráfico nº 6 - Influência do Sexo



Fonte: Escala de Matos e Ferreira

Verificamos que os tipos de apoio informativo, emocional e instrumental, são mais elevados nos idosos do sexo masculino. Conseqüentemente o apoio social também é mais elevado no sexo masculino. (gráfico nº6)

Assim sendo, verificamos que existe relação entre o sexo e os diferentes tipos de apoio percebidos. Os homens sentem-se mais apoiados do que às mulheres por vários motivos, uma das razões deve-se ao fato das mulheres possuírem uma rede social mais ampla, ao contrário, os homens limitam-se mais às relações dos familiares.

Estudos comprovam que o primeiro cuidado despendido ao idoso é realizado pelos familiares mais próximos, cônjuges ou filhos (as), maioritariamente desempenhado pelas mulheres, esposas e filhas tal como mencionam Boaretto & Heimann (2003) citado por Pereira (2018).

Assim sendo, os homens também poderão ter mais o apoio nas suas companheiras e filhas.

3. As Redes de Apoio e Suporte para o Autocuidado do Idoso Diabético

No que diz respeito às redes de apoio e suporte para o autocuidado do idoso diabético foram colocadas 12 questões seguindo o guião de entrevista (Apêndice III), encontrando-se divididas por três temáticas, percepção sobre a doença, rede de apoio social (formal e informal) e rede de suporte no autocuidado (Apêndice VIII). Cada tema está dividido por categorias e sub-categorias, tal como podemos visualizar na matriz de síntese (Apêndice IX).

3.1. Percepção sobre a diabetes

Relativamente à percepção sobre a diabetes destacam-se duas sub-categorias, a visão da doença e o controlo e vigilância.

3.1.1. Visão da doença

As visões da doença dividem-se em:

- Visão positiva ou normal;
- Visão negativa.

Sendo que a visão positiva obtivemos 11 respostas, a visão normal com 3 e a visão negativa foram 8.

Perante as seguintes perguntas “Como vê a sua doença?” ou “Qual é a percepção sobre a sua doença?” obtivemos como respostas dos participantes:

“Como é que eu vejo?! Eu acho que estou novo. Acho que estou bom”. (E.2)

“Encaro bem, estão controlados”. (E.2)

Perante estas respostas compreendemos que os participantes encaram bem a sua doença, podemos afirmar que tem uma visão positiva. O pensamento positivo ajuda sempre no processo de qualquer doença. Segundo ditado popular “o pensamento positivo é meio caminho andado”.

Uma atitude positiva frente à doença é um fator que pode produzir mudanças no comportamento dos idosos, melhorando sua qualidade de vida e saúde, tal como referem Sousa (2016) citado por Souza (2018:12).

3.1.2. Controlo e Vigilância

Referente ao controlo e vigilância da diabetes dividiu-se em duas dimensões:

- Faz controlo e vigilância (Avaliação da glicemia, cuidados com a alimentação, antidiabéticos orais, insulina, análises);
- Não faz controlo/vigilância.

Maioritariamente, perfazendo 16 participantes responderam que fazem o controlo e vigilância da diabetes através da avaliação da glicemia. Sendo assim perante a seguinte pergunta “Como faz o controlo e vigilância da diabetes?” obtivemos às seguintes respostas:

“Vou medindo, de manhã e à noite”. (E.17)

“De manhã em jejum, 2 horas depois de almoço e 2 horas depois de jantar”.
(E.21)

Compreendemos que estes idosos controlam a sua doença através da avaliação da glicemia mas 4 idosos para além deste controlo também utilizam, cuidados com a alimentação, antidiabéticos orais, análises e toma de insulina, temos como exemplos:

“Tenho o aparelho para medir todos os dias e estou medicada”. (E.4)

Com este idoso compreendemos que para além da avaliação da glicemia também usa os antidiabéticos orais.

“Eu tenho o coiso para picar mas eu tenho um horror a picar-me e atão não pigo...vou às vezes associação e outra vezes no médico faço análises e exames”.
(E.6)

Este participante também faz a avaliação da glicemia e para controlar a sua doença também faz análises.

“Tenho atenção na comida, uma coisa que devia fazer mas não faço é exercício físico mas isso é também em relação á companhia que temos, o meu marido não é de andar, se vou sozinha é porque vou sozinha e ele não quer ir e então é uma das coisas que devia fazer e não faço... e é uma coisa que faz bem....isso mete uma graça, os médicos mandam fazer mas eles não fazem....uma pessoa está aqui sozinha também se tivesse companhia que fosse mas não ... eu acho que é uma das

coisas que eu devia fazer mas não faço.... faço a lida da casa mas isso não é o suficiente.... Ah meço de vez enquanto, tenho o aparelho e vou medindo.... Quase sempre meço de manhã... não tenho grandes problemas.... quando tenho mais altos mas também tomo um chá de vez enquanto, faço todos os dias, tomo um chá para a diabetes.... Também ajuda e os comprimidos é o que faço.” (E.11)

Com este exemplo percebemos que o idoso usa para controlo da sua patologia a avaliação da glicemia, tem cuidados com alimentação e também toma antidiabéticos orais.

“É picar o dedo depois levo insulina e tomo os comprimidos. Faço de manhã, à tarde e à noite”. (E.19)

Neste participante compreendemos que faz o seu controlo através da avaliação da glicemia, toma antidiabéticos orais e insulina.

Relativamente à dimensão dos cuidados com alimentação obtivemos apenas 3 participantes que controlam o seu problema de saúde com esses cuidados.

“Olhe na alimentação, tenho cuidados com alimentação, mesmo o Drº. XX diz você é uma grande vegetariana, vê que eu tenho os diabetes bons.. e eu digo oh senhor doutor eu como de tudo um pouco, gosto muito de verduras realmente gosto e gosto como carne como peixe o que calha... saladas é um controlo assim doces poucos... Vou ali abaixo...aquela casa onde medem os diabetes....Oh agora já há meses largos que não vou lá”. (E.10)

Nota-se que este participante tem um rigor com alimentação para controlar a sua doença e por enquanto não necessita de outros cuidados.

Em relação aos antidiabéticos orais observamos 4 participantes que deram esta resposta como controlo da diabetes, como por exemplo:

“Raramente.....porque está sempre controlado, quando faço análises os valores estão sempre abaixo do normal e tomo sempre o comprimido..... não me sinto mal... alimentação não é exagerada.... As análises faço de vez enquanto e vem sempre abaixo dos coisos... tomo o comprimido de manhã e á noite”. (E. 2)

Esta participante para além do cuidado com os antidiabéticos orais, também tem cuidados com alimentação, realiza exames de diagnóstico e faz análises para monitorizar o comportamento da sua doença.

À dimensão da toma da insulina existe apenas 2 participantes que o fazem, podemos comprovar pelo seguinte testemunho:

“É a minha XX é que trata disso tudo, dá-me a insulina”. (E.20)

Relativamente às análises temos 4 idosos que controlam a sua patologia através dessa dimensão.

“Olhe faço análises de 6 em meses no Luxemburgo, ainda agora vou do 5 de abril ao 19 e lá faço análises... 170/175 e se eu fizer atenção uns dias antes tenho a 140, nunca vou logo à segunda-feira, vou ao médico ele passa ao papel para fazer as análises e eu vou à quarta ou quinta-feira porque ando 2 ou 3 dias a fazer atenção... e depois tenho 140/150”. (E.15)

A última dimensão não faz controlo/vigilância apenas obteve-se 1 idoso com essa resposta:

“Não faço. Porque não quero saber”. (E.7)

Percebemos que esta pessoa não faz vigilância porque simplesmente não se importa com a sua doença nem com as consequências que poderá ter mais tarde.

3.2. Rede de Apoio Social

A categoria rede de apoio social divide-se em cinco sub-categorias que são:

- Recursos perante um problema grave;
- Rede de suporte no controlo da doença;
- Ajuda financeira,
- Deslocações;
- Outros apoios.

3.2.1. Recursos de um problema grave

A sub-categoria recursos perante um problema grave divide-se em três dimensões:

- Família;

- Instituições;
- Não tem ninguém.

É notório que a maioria dos idosos perante um problema grave recorre à rede informal, mais propriamente à família. Perante a pergunta “Quando tem um problema grave quem o ajuda (família, associação, amigos, técnicos)?” podemos observar através dos seguintes testemunhos

“É a família.” (E.1)

“Família, sim senhora. Não, não é que não tenha gente amiga. Primeiro são os nossos... quem tem guardanapos de casa, não se limpa aos de fora.” (E.18)

É com a família que estes idosos se apoiam para resolver algum problema grave, o que demonstra a importância que a família tem para estas pessoas. Com estas respostas evidencia-se a importância do papel da família para estas pessoas.

Apenas dois idosos nesta situação recorriam à rede formal, ou seja, instituições. Observamos através dos seguintes entrevistados:

“Não, ali (associação) é muito raro, vou mais logo ao Dr. XX porque já conhece”. (E.4)

“Pode ser a associação porque não tive assim grandes valores muito elevados. Não precisei de grandes ajudas, quando preciso vou á associação para verem como estou. Para depois normalizar a minha situação.” (E.12)

A dimensão não tem ninguém refere-se apenas a 1 idoso que obtivemos a seguinte resposta:

“Ninguém. Que remédio, não tenho ninguém”. (E.21)

Este participante demonstra que não tem ninguém o que nos suscita preocupação.

3.2.2. Rede de Suporte no Controlo da Doença

Relativamente à sub-categoria rede de suporte no controlo da doença divide-se em sete dimensões:

- Família;
- Amigos;
- Filhos (as);
- Vizinhos (as);
- Esposo (a);
- Netos;
- Não tem ninguém.

A maioria dos idosos vê como suporte no controlo da doença a rede informal, o apoio instrumental e emocional. Perante a pergunta “As suas relações próximas dão-lhe suporte no controlo da sua doença? Quem (família, amigos, etc.)? Como?” podemos constatar através dos seguintes testemunhos:

“É a minha filha. Quando preciso ir a qualquer lado, é ela que vai”. (E.17)

“Sim. Família, filha. Dá-me apoio ou dá me um chá para me acalmar assim mais essas coisas assim”. (E.13)

É notório o apoio emocional demonstrado por esta participante (E.13), o que também é importante para o controlo desta doença.

A dimensão não tem ninguém apenas obtivemos 1 idoso com essa resposta:

“Não, porque não tenho ninguém. Se eu puder chamo os bombeiros, se eu não puder, tenho que esperar que aquilo passe ou fico ali estendida.”. (E.21)

Através deste testemunho percebemos a inexistência de falta de apoio emocional e instrumental.

3.2.3. Ajuda Financeira

A sub-categoria ajuda financeira reflete-se em quatro dimensões:

- Outros: não recorre a ninguém;
- Família;
- Não tem ninguém;

- Recorre ao banco.

Com a pergunta “Quando (se) precisa de ajuda financeira a quem recorre?” tivemos 2 participantes que não recorrem a ninguém, tal como podemos ver:

“Não recorri a lado nenhum, graças a deus vou indo, vou tirando de um lado e tirando do outro e vou indo”. (E.17)

“A nada, a ninguém, temos que aguentar com aquilo que temos, que é pouco mas aguentamos com o que temos... a minha esposa sabe gerir... é pouco mas sabe gerir...tem sabido sempre...”. (E.12)

Derivado a ser uma questão financeira, torna-se mais complicado obter ajuda, visto ser um problema transversal pela sociedade.

A maioria dos participantes corresponde à rede informal, ou seja, à família usufruindo do apoio instrumental.

“A família”. (E.3)

“A minha prima, já tenho socorrido a eles, se calhar eles também me socorriam a mim”. (E.5)

Este entrevistado (E.5) demonstra ser um sentimento mútuo, como em outras alturas também já ajudou, acha que se precisar também receberia ajuda.

“Se por acaso não tivesse pedia aos meus irmãos ou os meus filhos”. (E.6)

Obtivemos ainda 5 participantes que nos referem não terem ninguém e podemos comprovar através dos seguintes depoimentos:

“Ah pois essa ajuda é que eu preciso ...essa ajuda é que eu preciso e a quem é que vou socorrer? Ninguém, não tenho ninguém que me ajude.... A minha reforma não dá de maneira nenhuma, 400€ não dá de maneira nenhuma... a segurança social devia ver isso mas pronto.... Por isso olhe não posso contar com ninguém se hei-de chegar além, fico aqui... a medicação se hei-de aviar não avio, vou aviando o que mais preciso e mais nada e pronto não posso socorrer a ninguém.... A minha filha esta não pode, ela tem montes de encargos e tem a filha, o pai não quer saber dela, ela é que tem que fazer por ela e ela é muito inteligente que é pena a mãe não ter possibilidades de chegar até onde ela pudesse a miúda mas como a mãe é sozinha, o pai não quer saber dela para nada, não dá nada e atão ela coitada tudo o que investe é com a filha... eu não posso contar nunca com uma pessoa assim... nesta altura,

neste momento até precisava bastante que houvesse alguém que me disse-se assim eu empresto 100€ ou 200€ mas não tenho ninguém por isso se hei-de aviar as coisas, não avio... se hei-de fazer qualquer coisa, não vou.. se hei-de ir ao médico, não vou e é assim.” (E.10)

Compreendemos que este idoso necessita de ajuda financeira e não tem ninguém que o possa ajudar. É aqui que a Associação e o apoio social, terá que ter um papel mais ativo.

“A ninguém, não tenho ninguém”. (E.21)

Apenas 2 idosos recorreram à rede formal, como banco e tendo o apoio instrumental, podemos observar através das seguintes respostas:

“Por enquanto já tenho recorrido ao crédito da caixa...faço o crédito com o cartão e depois vou pagando....por acaso já me aconteceu.” (E.11)

“Aos bancos, ninguém empresta dinheiro a ninguém”. (E.16)

Estes dois participantes apenas vem como recurso o banco, visto que ajuda financeira é um problema sentido pela população em geral. A figura 2 ilustra que a família e os filhos são um grande apoio para os participantes no caso de necessitarem de ajuda financeira.

Figura 2 - Ajuda Financeira



Fonte: Entrevista Semiestruturada

3.2.4 Deslocações

No que diz respeito à sub-categoria das deslocações divide-se em oito dimensões:

- Neto(a);
- Filhos;
- Marido;
- Sobrinhos;
- Irmão;
- Vou sozinho;
- Recorre à ambulância;
- Taxista.

Com a pergunta “Quando necessita de apoio (ir às consultas, transporte, medicação, entre outros) a quem recorre”? Tivemos 14 idosos que relativamente a esta sub-categoria contaram com a rede informal e o apoio instrumental, comprovado com as seguintes respostas:

“À filha”. (E.1)

“Filha ou a neta”. (E.14)

Na dimensão de ir sozinho colhemos 7 respostas, como podemos verificar com os seguintes testemunhos:

“Vou sozinho, ainda tenho capacidade para ir”. (E.7)

“Vou sozinha às consultas”. (E.13)

Estes participantes demonstram que ainda são independentes e ativos.

Apenas 5 pessoas recorriam à rede formal (ambulância e taxista) e ao apoio instrumental, obteve-se como respostas:

“Falo sempre com os da ambulância”. (E.5)

“Ao taxista”. (E.21)

3.2.5. Outros Apoios

Os outros apoios divide-se em quatro dimensões:

- Não querem ou não sabem;
- Apoios financeiros;
- Apoio domiciliário (enfermeiro);
- Apoio familiar;

Perante a pergunta “Gostaria de ter outros apoios”? obtivemos 14 idosos que responderam que não querem/não sabem ter outros apoios, por isso, obtivemos como respostas:

“Não, está tudo bem”. (E.1)

“Não, não é necessário por enquanto não é necessário estar a meter outras pessoas”. (E.18)

“Nem sei XX, se quer que lhe diga, nem sei... há tantas pessoas que precisam mais do que eu e eu vejo que elas não ajudam, comigo não sei o que seria possível de esperar dessas ajudas.” (E.11)

“Não sei avaliar muito bem essa situação.” (E.12)

Os participantes que não querem/não sabem responder sentem que outras pessoas precisam mais de ajuda e por vezes não obtém. Portanto não podem esperar receber ajudas e por isso o apoio social em termos informativo tem um papel importante.

Os idosos demonstram que não necessitam de outros apoios e afirmam que estão bem assim.

Auferiu-se 4 respostas para a dimensão de que gostavam de ter outros apoios, podemos ver através dos seguintes depoimentos:

“Sim. As reformas são pequeninas e a gente gasta muito, eu já devia ter ido a Espanha há uns 6 meses atrás e ainda lá não fui porque o dinheiro agora é para a farmácia para o meu marido e uma pessoa não tem”. (E.19)

“Acho que sim. Através das farmácias ou associação”. (E.14)

Estes idosos gostavam de ter outros apoios, referindo o facto das suas reformas serem baixas. Também gostavam de ter apoios da farmácia por ser uma despesa considerada elevada.

Relativamente à rede formal (descontos na farmácia, gostava de ter o cartão abem, gostava que o enfermeiro fosse a casa) e ao apoio instrumental, colheram-se 5 respostas:

“Acho que sim. Através das farmácias ou associação”. (E.14)

“Gostava. O cartão que tratei na câmara para ter descontos na farmácia”.
(E.21)

Este idoso gostava de ter o cartão abem porque permite-lhe ter descontos na farmácia o que possibilita diminuir essa despesa.

“De momento não tenho necessidade disso. Gostava que o enfermeiro XX como vem à casa do povo que viesse aqui casa de vez enquanto para me ver, medir a diabetes e a tensão, fazer o teste do pezinho... Mas acho que só vem a casa com ordem do médico.... E eu não estou acamado... mas a nossa casa tem muitos degraus e é complicado.” (E.2)

O entrevistado (E.2) gostaria de receber o apoio do enfermeiro no domicílio por ter dificuldades de locomoção.

Apenas 1 participante recorria à rede informal, caso o filho ainda estivesse presente e demonstrou que sente a falta do apoio emocional por parte do filho:

“Gostava mas não tenho. Gostava de ter o meu filho”. (E.20)

Demonstra as saudades que tem do filho e a falta de apoio que poderia receber por parte do mesmo.

3.3. Rede de Suporte no autocuidado

A categoria rede de suporte no autocuidado divide-se em quatro sub-categorias:

- Atores de suporte;
- Falar sobre a doença;

- Suporte informativo ou Informação/ensino;
- Suporte instrumental.

A sub-categoria atores de suporte divide-se em cinco dimensões:

- Faço sozinha(o);
- Filha;
- Vizinhos, filha e neta;
- Esposa;
- Sim.

Com a pergunta “Alguém o encoraja/ajuda no autocuidado com a sua diabetes? Quem? Em que cuidados/atividades?” a maioria dos participantes respondeu que fazem o autocuidado sozinhos:

“Não, faço sozinha. Faço umas caminhadas quando posso mas agora com este tempo assim com o frio não apetece”. (E.13)

Os participantes fazem o seu autocuidado sozinhos, evidenciam que são independentes e não necessitam de apoio.

Apenas 1 participante respondeu que a filha ajudava no autocuidado:

“A filha. Faço sozinho mas a minha filha é que controla a medicação”. (E.1)

Obtivemos também com 1 resposta que tinham ajuda no autocuidado com os vizinhos, filha e neta:

“Os vizinhos, filha e neta. Vou ao controle, á associação. Vou sozinha e não vou porque parte das vezes é a filha e neta que vão. Eu só buscar umas coisinhas assim.” (E.14)

Colhemos repostas de 5 idosos em que a esposa é que ajuda no autocuidado, tal como podemos ver através do seguinte testemunho:

“A minha esposa. A minha mulher dá me os comprimidos, ela é que faz a vigilância. Na alimentação ela é que tem os cuidados, nós comemos muito à base de verduras, ainda hoje ao almoço foi uma posta de pescada com grelos de azeite e

vinagre.... Também como muita sopa..... É a minha esposa ou pedimos ao meu sobrinho às coisas mais pesadas como leite, água.” (E.2)

Nestes participantes estão presentes as redes informais e o apoio instrumental, são idosos que necessitam de apoio no seu autocuidado que esta doença tanto exige.

Apenas 3 participantes responderam que sim que recebem ajuda no autocuidado:

“Sim. Quando não sei, vou à Associação. Sou eu que faço mas porque tenho a minha scooter (egiro) mas eles agora também já vem trazer a casa. Já tenho pedido água e vem trazer”. (E.5)

3.3.1. Falar sobre a doença

Relativamente á sub-categoria falar sobre a doença divide-se em oito dimensões:

- Família;
- Amigos (as);
- Vizinhos;
- Médico de família;
- Associação;
- Não gostam de falar acerca do assunto,
- Falo para mim;
- Falo com outros que também têm.

Nesta sub-categoria está presente a rede formal e informal e tendo como apoio o informativo.

Perante a seguinte pergunta “Quando é necessário falar da diabetes com quem fala?” a maioria respondeu que é com a família que mais falam acerca da doença:

“Com a filha e o médico”. (E.1)

Neste caso o participante usufruiu da rede informal e formal.

“Com a minha filha”. (E.17)

Apenas 1 participante respondeu que falava acerca do assunto com amigos (as):

“Às vezes com as amigas... com a minha cunhada que é com quem falo mais.....falo mais com a minha cunhada do que com a minha filha porque assim não estou preocupa-la a ela tanto e com a minha cunhada falamos mais à vontade.” (E.11)

Este participante recorre à rede informal e formal.

Obtivemos 2 participantes que recorreram aos vizinhos, tal como podemos ver:

“Sou pouco de falar na diabetes mas às vezes com a vizinha falamos nas doenças”. (E.13)

Alcançámos 4 respostas dos idosos que recorrem à rede formal, mais propriamente ao médico de família para falar acerca da sua doença:

“Com a filha e o médico”. (E.1)

Este participante recorreu para além do apoio médico, também recorre à filha.

Apenas 1 pessoa respondeu que falava da sua doença na Associação (rede formal):

“Falo na Associação.” (E.5)

Também colhemos como 5 respostas de que não gostam falar acerca do assunto:

“Não gosto muito de falar de doenças, gosto mais de falar de outras coisas”. (E.16)

O idoso demonstra que prefere falar noutros assuntos do que na sua doença.

Apenas 1 participante respondeu que falo para mim:

“Falo para mim sozinha”. (E.21)

Este idoso só demonstra que não tem ninguém para falar e por isso respondeu desta forma, ou seja, que fala consigo própria.

Ainda 2 participantes responderam que falavam com outros que também têm:

“Falo com outros que também têm”. (E.3)

Este participante prefere falar com pessoas que também tenham diabetes, talvez por compreender melhor a sua situação. Segundo o ditado popular “só quem passa por elas é que sabe”.

3.3.2. Suporte Informativo ou Informação/ensino

Á sub-categoria suporte informativo ou informação/ensino dividem-se em 8 dimensões:

- Médico de família;
- Enfermeiros;
- Associação;
- Não tem;
- Sessões de esclarecimento;
- Leitura;
- Programas de televisão;
- Sim, se houvesse gostava.

Podemos dizer que estamos presente a rede formal e o apoio informativo.

Com a pergunta “Tem alguém que lhe fornece informações úteis no que diz respeito à diabetes?” a maioria dos participantes respondeu que quem lhe presta informações úteis no que diz respeito à diabetes é o médico de família:

“*Sim. O médico*”. (E.1)

Outros 3 participantes responderam que seria com os enfermeiros:

“*Sim, os médicos e os enfermeiros*”. (E.19)

Relativamente a esta pergunta responderam 4 idosos que quem lhe fornece informações é a Associação:

“*Sim. Na Associação*”. (E.5)

Com 3 respostas colhemos que não tem quem lhe forneça informações úteis acerca da sua doença:

“*Não*”. (E.13)

Apenas 1 participante respondeu que recebe informações úteis através de sessões de esclarecimento:

“Olha costuma ir quando há aqueles sessões de esclarecimento ali no auditório ou na Junta de Freguesia.. quase sempre vou, quando sei que há, vou sempre...mas também sou franca, vou mas nunca aproveitei nada daquilo que lá disseram, tudo o que lá disseram eu já sabia”. (E.11)

Obtivemos 2 idosos que responderam que recebiam informações através da leitura:

“Leio muito”. (E.3)

Para este entrevistado o facto de ler muito acerca da sua doença, comprova ser um idoso autodidata.

Ainda auferimos 1 participante que respondeu através de programas de televisão:

“Sim. O médico de família ou enfermeiro XX. Na televisão também vejo programas sobre isso”. (E.2)

O idoso que se informa através de programas de televisão só evidencia a importância dos meios de comunicação.

Para além dos programas de televisão também mencionou o médico de família e o enfermeiro.

Apenas 1 idoso demonstrou desconhecimento acerca de esclarecimentos acerca da diabetes mas mostrou interesse em ir:

“Sim, se houvesse gostava de ir”. (E.6)

3.3.3. Suporte instrumental

No que diz respeito à sub-categoria suporte instrumental, esta divide-se em sete dimensões:

- Filhas (os);
- Participante e o marido;
- Marido e nora;
- Esposa;

- Não é preciso;
- Participante ajuda a esposa;
- Tem ajuda de uma empregada.

Este ponto remete-nos para o campo da rede informal e do apoio instrumental.

Perante a pergunta “Tem quem o ajuda nas tarefas do dia-a-dia? Quem? Como?” houve 5 participantes que responderam que são as filhas que os ajudam nas tarefas do dia-a-dia:

“Sim. A minha filha. Dentro de casa é a minha filha, por fora sou eu que cuido dos terrenos, da horta, abelhas, ovelhas.... Sou muito ativo”. (E.1)

Com este testemunho percebemos que apesar de ser uma pessoa ativa existe a necessidade de apoio de um familiar nas tarefas do dia-a-dia, neste caso trata-se do apoio da filha.

Apenas 1 participante respondeu que recebe ajuda do marido:

“Oh filha, faço eu... o meu marido para o quintal não preciso de ir, agora aqui em casa sou eu e no quintal é ele....ele é que faz isso tudo, limpa o quintal, e realmente está tudo limpinho e pinta também lá fora.....agora cá dentro não... sou só eu”. (E.11)

Outro participante que recebe ajuda do marido e nora nestas tarefas:

“O meu marido e a nora. Ele é que varre a cozinha porque se for eu de um lado varro mas do outro não.... A minha nora cada vez que cá vem dá uma limpeza grande à casa.... Se for preciso dá uma limpeza grande na cozinha, na sala...ela quando cá vem faz uma limpeza em condições e não ajuda mais porque estão longe e também tem um filho diabético”. (E.19)

Obtivemos 5 participantes que contam com ajuda da esposa para as tarefas do dia-a-dia:

“Sim. A minha esposa. Ela é que faz tudo, eu ainda vou dando uns passinhos poucos é a ajuda que dou”. (E.2)

Este testemunho demonstra a importância da mulher da sua vida.

Com a resposta de 8 participantes de que não é preciso ajuda:

Portanto é necessário mobilizar e dinamizar as redes de apoio social para que os idosos diabéticos recebam apoio a todos os níveis, principalmente porque que a região do Alentejo aponta para valores mais elevados do que as outras regiões do País. Para além disso, a sub-região do Alto Alentejo é a mais envelhecida dentro do Alentejo.

Assim sendo e de acordo com Nogueiro & Gaio (2013:25) “A liderança do Alentejo (NUT II) e do Alto Alentejo em particular (NUT III) em termos de índice de envelhecimento segundo os Censos (2011) indica que estamos perante o território mais envelhecido a nível nacional”.

“A prevalência de diabetes varia nas diversas regiões do País. Dados de 2015 apontam para um valor mais elevado na região do Alentejo (11,3%) e o mais baixo na região do Algarve (7,7%)”. (Programa Nacional para a Diabetes, 2017:5)

De uma forma sucinta os idosos encaram a sua doença positivamente e em relação ao controlo e vigilância a maioria dos participantes tem esses cuidados. São vários os aspetos em que os idosos recorrem à rede informal, tais como, recursos de um problema grave, a rede de suporte no controlo da doença, na ajuda financeira, deslocações, quando falam acerca da sua doença e no suporte instrumental. A maioria dos participantes apenas recorre à rede formal na situação do suporte informativo ou informação/ensino. No caso de atores de suporte a maioria gosta de fazer o seu autocuidado sozinho.

Portanto foi através dos discursos dos atores e posteriormente analisado que resultou a matriz de síntese (Apêndice IX).

Conclusão

A temática deste trabalho consistiu no apoio social e o suporte no autocuidado ao idoso diabético num concelho do Norte Alentejano.

Esta investigação pretendeu ilustrar a relevância do apoio social e o suporte no autocuidado aos idosos diabéticos desse concelho, sendo estes fatores essenciais para a melhoria da sua qualidade de vida prevenindo as complicações graves que podem ocorrer derivadas desta doença que tanto afeta estes idosos.

Este estudo visou compreender de que forma estes idosos eram apoiados na comunidade. Não podemos ignorar que os idosos são uma população em fase de expansão e que a Diabetes é uma doença que os afeta cada vez mais, entendemos como pertinente desenvolver esta investigação. Assim, o estudo pode constituir-se como um recurso para os profissionais que trabalham com esta população-alvo.

A Diabetes Mellitus (DM) é uma das doenças crônicas que afeta particularmente muitos idosos. A natureza altamente prevalente do diabetes nas populações em envelhecimento é caracterizada pela complexidade da doença, pelo aumento do risco de comorbidades médicas e pelo desenvolvimento precoce de declínio funcional e risco de fragilidade, tal como citam International Diabetes Federation (2013) citado por Souza (2018).

É essencial que estes idosos tenham um envelhecimento ativo para obterem melhoria da sua qualidade de vida. Para além de um estilo de vida saudável é necessário que tenham apoio social, seja formal ou informal, tal como uma rede social que seja benéfica. É importante que estes idosos recebam educação para a saúde para estarem informados acerca da sua doença para conseguirem fazer uma boa gestão do seu autocuidado. Este autocuidado é uma ferramenta indispensável, pois consegue-se prevenir as complicações que esta doença acarreta.

O processo de aprender a viver com a DM é apoiado pela auto responsabilidade e impulsionado pela reflexão sobre suas experiências, curiosidade e desejo de compreender e influenciar a vida diária e os processos de doença, tal como referem Johanson et. al. (2015) citado por Souza (2018).

Atualmente o envelhecimento da população é uma realidade, tal como o aumento da Diabetes entre outras doenças crónicas. Observámos que as três dimensões (apoio informativo, emocional, instrumental) apresentam uma média aceitável. Contudo não podemos deixar de estar atentos aos valores mínimos

percecionados por alguns idosos. No apoio informativo verificou-se diferenças significativas entre a distribuição de valores de homens e mulheres. No apoio instrumental existe diferenças significativas entre homens e mulheres. No entanto a variável idade não tem influência significativa sobre os níveis de apoio social, não existe relação entre a idade e os diferentes tipos de apoio percecionados.

Os resultados encontrados, no contexto deste estudo, remetem-nos para uma realidade onde os idosos responderam que se sentiam apoiados nas várias dimensões do apoio social, quer fosse apoio informativo, apoio emocional ou apoio instrumental. Mas perante alguns discursos dos participantes, mesmo sendo poucos, houve idosos a referir que estavam sós e com dificuldades económicas, o que nos leva a salientar a necessidade de divulgação dos dados com o objetivo de alertar no sentido da mobilização das redes de apoio social, juntamente com os Técnicos de Serviço Social e as equipas multidisciplinares certamente terão um papel importante. Relativamente ao apoio instrumental encontrámos diferenças significativas entre homens e mulheres, talvez por serem as mulheres as principais cuidadoras. No que diz respeito ao apoio formal também é essencial, sendo muitas vezes provido nas organizações de saúde, principalmente pelo médico de família. O que nos remete para a importância das diversas redes locais.

Pudemos assim concluir que a maioria destes idosos procura e obtém resposta através de uma rede de apoio social alargada (formal e informal), observámos que a maioria das respostas advém da família e dos laços fortes apoiados em ligações afetivas que desejam fomentar o bem-estar e o autocuidado.

Os idosos têm ainda consciência de suas atitudes em relação ao diabetes, no qual o autocuidado é realizado na expectativa de viver bem e de evitar as complicações da doença, tal como mencionam Nagai, Chubaci e Neri (2012) citado por Souza (2018).

Salientamos que a mobilização de redes de apoio social de elevada densidade e dinâmica, é primordial face às necessidades de provisão de recursos ao nível instrumental, emocional, informacional e económico do idoso.

A amostra deste estudo, não permite efetuar generalizações dos resultados encontrados. No entanto, esta é uma realidade sobre a qual é, cada vez mais necessário aprofundar conhecimento. Neste sentido, deixamos como sugestão uma outra investigação mas com idosos diabéticos com um grau de escolaridade mais elevado. É provável que num cenário deste tipo as respostas obtidas sejam

substancialmente diferentes daquelas que foram recolhidas nesta investigação. Também consideramos interessante desenvolver este estudo em meio urbano, onde as inter-relações são bastante diversas daquelas que ocorrem num meio rural.

Bibliografia

- ✓ Alves, A. C., Bourbon, M., & Rato, Q. (2016). Diabetes na população portuguesa: uma análise do estudo e_COR. *Boletim Epidemiológico Observações*, 5, 3-5.
- ✓ Antão, J. Y. F. L.; Bezerra, I. M. P.; Rodrigues, K. L.; Frutuoso, M. F. O.; Alves, M. C.; Matias, G. F. S.; Martins, A. A. A.; Albuquerque, G. A. & Machado, M. F. A. S. (2014). *Ações de autocuidado: conhecendo a importância sob a ótica dos idosos diabéticos*. Disponível em www.convibra.org/dp/default.asp?pid=10609&ev=77
- ✓ António, P. (2010). A Psicologia e a doença crónica: Intervenção em grupo na diabetes Mellitus. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11 (1), 15-27. Recuperado em 14 de março de 2018.
- ✓ Araújo, I. M., Paúl, C., & Martins, M. M. (2008). Cuidar das famílias com um idoso dependente por AVC: Do hospital à comunidade—Um desafio. *Referência-Revista de Enfermagem*, 2(7).
- ✓ Boas, L. C. G. V., Foss, M. C., Freitas, M. C. F., & Pace, A. E. (2012). Relação entre apoio social, adesão aos tratamentos e controle metabólico de pessoas com diabetes mellitus. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(1), 52-58.
- ✓ Bravo, J., Raquel, G., Folgado, H., & Raimundo, A. (2018). Níveis de atividade física e aptidão funcional em idosos da região do Alentejo, Portugal physical activity levels and functional fitness in older adults in the Alentejo region, Portugal. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 3(2).
- ✓ Costa, A., Ribeiro, A., Varela, A., Alves, E. Regateiro, F., Elias, I. et al. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. Lisboa: Serviço Nacional de Saúde.
- ✓ Cruz, C., Navarro-Pardo, E., Pocinho, R., Anjos, V., & Jacob, L. (2018). A auto-eficácia na adaptação aos desafios do envelhecimento. *Revista Lusófona De Educação*, 38 (38). Acesso em 22 de julho de 2018.
- ✓ Cunha, M., Chibante, R., & André, S. (2014). Suporte social, empowerment e doença crónica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (SPE1), 21-26.
- ✓ Dalfovo, M. S., Lana, R. A., & Silveira, A. (2008). Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, 2(3), 1-13.
- ✓ Denzin, N. & Lincoln (2011). *The Sage Handbook of Qualitative Research – Thousand Oaks, Sage Publications*, 4ª Edition.

- ✓ Ferraz, A. E. P., Zanetti, M. L., Brandão, E. C., Romeu, L. C., Foss, M. C., Paccola, G. M. G., & Montenegro Jr, R. (2000). Atendimento multiprofissional ao paciente com diabetes mellitus no ambulatório de diabetes do HCFMRP-USP. *Medicina (Ribeirao Preto. Online)*, 33 (2), 170-175.
- ✓ Fonseca, C. & Fontes, R. (2014). *Repensar o Envelhecimento em Portugal. Lisboa. Associação Amigos da Grande Idade – Inovação e Desenvolvimento*, 50p. ISBN: 978-989-98266-2-5
- ✓ Formiga, L. M. F., Oliveira, E. A. R., Borges, E. M., Santos, K. N. C., Araújo, A. K. S., & Formiga, R. C. F. (2018). Envelhecimento ativo: revisão integrativa. *Revista Interdisciplinar Ciências e Saúde-Rics*, 4(2).
- ✓ Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência*. ISBN 972-8383-10-X.
- ✓ Galicioli, T. G. P., Lopes, E. S. L., & Rabelo, D. F. (2012). Superando a viuvez na velhice: o uso de estratégias de enfrentamento. *Revista Kairós: Gerontologia*, 15, 225-237.
- ✓ Gonçalves, J., & Neto, F. (2013). Influência da frequência de uma Universidade Sénior no nível de solidão, autoestima e redes de suporte social. *Temas em Psicologia do Envelhecimento (Vol. I)*, 69.
- ✓ Guerra, M. (2017). *Organizações e Saúde. In Vários, Livro de Atas do 1º Congresso Internacional de Redes Sociais (p.15-21)*. Lisboa: CICS.NOVA – Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais.
- ✓ Guimarães, C. M. D. C. (2013). *Tomando o envelhecimento bem-sucedido como desenvolvimento psicológico: efeito da TOM e da inteligência (Doctoral dissertation)*.
- ✓ Hulley, S. (2001). *Delineando a Pesquisa Clínica: Uma Abordagem Epidemiológica*, 2ª Edição, Artmed Editora, São Paulo.
- ✓ IBM Corp. Released (2012). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- ✓ Lima, A. F., Moreira, A. C. A., Silva, M. J., Monteiro, P. A. A., & Teixeira, P. G. (2016). A percepção do idoso com diabetes acerca de sua doença e o cuidado de enfermagem/The perception of the elderly with diabetes on their disease and the nursing care. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 15(3), 522-529.
- ✓ Lima-Costa, M. F., & Veras, R. (2003). *Saúde pública e envelhecimento. Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 700-701.
- ✓ Marques, F., Correia, F., Pires, R., & Pereira, P. A. (2010). Apoio social em idosos institucionalizados. *Gestão e Desenvolvimento*, 17, 99-121.

- ✓ Martins, R. M. (2005). A relevância do apoio social na velhice. *Millenium*, 128-134.
- ✓ Martins, R.M. (2006). Envelhecimento e Políticas Sociais. *Millenium*, 126-140.
- ✓ Matos, A. P., & Ferreira, A. (2000). Desenvolvimento de uma escala de apoio social: alguns dados sobre a sua fiabilidade. *Psiquiatria clínica*, 21(3), 243-253.
- ✓ Mesquita, J. A. R. D. (2011). *Suporte social e redes de apoio social em idosos* (Doctoral dissertation).
- ✓ Ministério da Solidariedade e Segurança Social (2017). Comissão Económica das Nações Unidas Para A Europa (UNECE) - Terceiro Ciclo de Revisão e Avaliação da Estratégia de Implementação Regional (RIS) do Plano Internacional de Ação de Madrid Sobre o Envelhecimento (MIPAA). Gabinete de Estratégia e Planeamento. Acedido em 22 de junho de 2018, em: https://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/country_rpts/2017/POR_report_POR.pdf
- ✓ Nogueiro, C. & Gaio, A. (2013). *Carta Social e Estratégia de Desenvolvimento da Economia Social no Alto Alentejo*. Portalegre: Comunidade Intermunicipal do Alto Alentejo [CIMA].
- ✓ Nunes, A. M. (2017). Envelhecimento ativo em Portugal: desafios e oportunidades na saúde. *Revista Kairós: Gerontologia*, 20(4), 49-71.
- ✓ Nunes, M. (2016). Apoio social na diabetes. *Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health*, (31), 135-149.
- ✓ NVivo (2017). qualitative data analysis Software; QSR International Pty Ltd. Version 11
- ✓ Osório, A. R. & Pinto, F. C. (2007). As Pessoas Idosas. *Contexto Social e Intervenção Educativa. Instituto Piaget*.
- ✓ Pereira, L. T. (2018). Saúde da família sob a ótica de idosas. *Serviço Social & Realidade*, 20(1).
- ✓ Programa Nacional para a Diabetes (2017). Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- ✓ Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (1998). *Manual de investigação em Ciências Sociais (1ª ed.)*. Grávida, Lisboa, Portugal.
- ✓ Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (2008). *Manual de investigação em Ciências Sociais (5ª ed.)*. Grávida, Lisboa, Portugal.
- ✓ Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2005). *Manual de investigação em ciências sociais*. 276p. Grádiva, Lisboa, Portugal. ISBN, 978-9726622758.
- ✓ Ramos, M. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, 4 (7), 156-175.

- ✓ Relatório do Observatório Nacional da Diabetes: “Diabetes Factos e Números – o ano de 2015”. Edição 2016.
- ✓ Ribeiro, O. (2012). *O envelhecimento “ativo” e os constrangimentos da sua definição. Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, (2), 33-52.
- ✓ Rodrigues, A. G., & Silva, A. A. D. (2013). *A rede social e os tipos de apoio recebidos por idosos institucionalizados. Rev. bras. geriatr. gerontol*, 16(1), 159-170.
- ✓ Rodrigues, L. S. & Soares, G. A. (2006). *Velho, Idoso e Terceira Idade na Sociedade Contemporânea. Revista Ágora*.
- ✓ Signor, F., Leguisamo, C. P., De Marchi, A. C. B., Bavaresco, S. S., de Oliveira, L. Z., & Pillatt, A. P. (2016). *Conhecimento e educação em saúde de idosos portadores de diabetes mellitus. Fisioterapia Brasil*, 17 (2), 171-175.
- ✓ Silva, Carlos A.; Fialho, Joaquim R.; Saragoça, José. (coord.). (2013). *Iniciação à Análise de Redes Sociais. Casos Práticos e Procedimentos com UCINET. Coleção Perspetivas sociais e práticas. Casal de Cambra: Caleidoscópico Edição e Artes Gráficas, S.A. ISBN: 978-989-658-180-0*
- ✓ Souza, A. S. D. (2018). *Idosos com diabetes mellitus: atitudes de enfrentamento*.
- ✓ Tanqueiro, M. T. O. S. (2013). *A gestão do autocuidado nos idosos com diabetes: revisão sistemática da literatura. Revista De Enfermagem Referência*, (9), 151-160.
- ✓ Ventura, M. M. (2007). *O estudo de caso como modalidade de pesquisa. Revista SoCERJ*, 20(5), 383-386.

Webgrafia

- ✓ Diário de Noticias (2016, abril 06). “Quase um milhão de portugueses tem diabetes” acedido no dia 9 de julho de 2017 disponível em:
<http://www.dn.pt/sociedade/interior/quase-um-milhao-de-portugueses-com-diabetes-5112738.html>

Anexos

Anexo I - Escala Matos e Ferreira 2000

Questões	Não concordo	Concordo Pouco	Concordo Moderadamente	Concordo Muito	Concordo Muíto
1. Se tivesse um problema grave, sei que alguém se levantaria ao meio da noite para falar comigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Não tenho ninguém a quem possa demonstrar como sou realmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tenho alguém que me encoraja em situações emocionais delicadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Quando é necessário falar de mim, contar os meus segredos, desejos, medos, ... sei de alguém que me ouviria com prazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Não tenho ninguém a quem possa demonstrar que estou aborrecido, nervoso ou deprimido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. As minhas relações próximas transmitem-me sensações de segurança e bem-estar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tenho alguém que me fornece informações úteis no caso de me sentir um pouco desorientado com algum problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Costumo aconselhar-me com pessoas amigas para saber o que devo fazer quando tenho problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Costumo perguntar aos que me rodeiam o que devo fazer para resolver assuntos mais sérios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Tenho pessoas com quem posso contar, em caso de doença ou outra situação de emergência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tenho pessoas com quem posso contar, para tomar conta de familiares que dependam de mim, quando quero sair por algum tempo e divertir-me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Quando preciso de ajuda financeira, não tenho ninguém a quem recorrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Não tenho ninguém a quem possa pedir pequenos favores e ofertas (por ex.: comida, tomar conta do correio, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Quando me sinto com demasiadas responsabilidades, não tenho ninguém que me “estenda a mão”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Quando não tenho dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades básicas diárias, sei a quem recorrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Quando me sinto sobrecarregado com tarefas domésticas, não tenho quem me ajude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo II – Parecer da Comissão de Ética



Instituto
Politécnico
Portalegre

PARECER

COMISSÃO DE ÉTICA

Comissão de Ética do Instituto Politécnico

A Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre, vem deste modo informar que através dos seus membros, Isabel Cristina dos Santos Duarte da Conceição Mourato e Ana Paula Calado Baptista Enes de Oliveira, deliberou emitir *Parecer Positivo* à realização do Projeto “Apoio Social e o suporte no autocuidado ao idoso diabético no concelho de Avis.”, sob a responsabilidade das Investigadoras Carina Isabel Nobre Tobias e Helena Maria Reis do Arco.

Pe’ Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre

Ana Paula Calado Baptista Enes de Oliveira

13-11-2017

IPP.COM-ET1.2-Rev.2



Apêndices

Apêndice I – Cronograma de Atividades

Meses	jul/17	ago/17	set/17	out/17	nov/17	dez/17	jan/18	fev/18	mar/18	abr/18	mai/18	jun/18	jul/18	ago/18	set/18
Atividades															
Realização do projeto de investigação.															
Pesquisa Bibliográfica.															
Elaboração do guião de entrevista.															
Aprovação do projeto															
Conhecer a instituição, colaboradores e utentes.															
Estabelecer contato com os utentes.															
Autorizações e consentimento informado.															
Realizar a entrevista com a Presidente da Associação.															
Selecionar o grupo de idosos diabéticos para efetuar a investigação.															
Aplicar a Escala de Apoio Social Matos e Ferreira (2000) aos idosos diabéticos.															
Entrevistas semi-estruturadas aos idosos diabéticos.															
Analisar os dados recolhidos.															
Entregado projeto de investigação.															

Apêndice II – Questionário Sociodemográfico

1. **Idade:** _____

2. **Sexo:**

1. ____ (Masculino)

2. ____ (Feminino)

3. **Estado Civil:**

- | | |
|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Solteiro |
| <input type="checkbox"/> | Casado ou a viver em união de facto |
| <input type="checkbox"/> | Divorciado, separado |
| <input type="checkbox"/> | Viúvo |

4. **Habilitações literárias:**

- | | |
|--------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Analfabeto |
| <input type="checkbox"/> | Até ao 4º ano |
| <input type="checkbox"/> | Até ao 6º ano |
| <input type="checkbox"/> | Até ao 9º ano |
| <input type="checkbox"/> | Até ao 12º ano |
| <input type="checkbox"/> | Licenciatura/Mestrado/Doutoramento |

5. **Tem filhos?**

- | | |
|--------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> | Sim |
| <input type="checkbox"/> | Não |

6. **Com quem vive?**

- | | |
|--------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | Só |
| <input type="checkbox"/> | Acompanhado: _____ |

7. Atividade profissional:

<input type="checkbox"/>	Reformado
<input type="checkbox"/>	Desempregado
<input type="checkbox"/>	Ativo. Área: _____

8. Há quanto tempo sabe que tem diabetes? _____ meses

9. Terapêutica da diabetes:

<input type="checkbox"/>	Adequação do estilo de vida
<input type="checkbox"/>	Antidiabéticos orais
<input type="checkbox"/>	Insulina
<input type="checkbox"/>	Antidiabéticos orais e Insulina

Obrigada pela sua colaboração.

Apêndice III – Guião de Entrevista

Dimensão /Objetivo	Questões principais	Questões secundárias	Quadro teórico/Conceito
<p>Dimensão 1:</p> <p>Percepção sobre a diabetes</p> <p><i>Objetivo 1:</i> (Analisar a percepção dos idosos diabéticos do concelho de Avis têm acerca do apoio social e das redes de suporte no autocuidado)</p>	<p>1. Como vê a sua doença?</p> <p>2. Como faz o controlo e vigilância da diabetes?</p>	<p>1. Qual a percepção sobre a sua doença?</p>	<p>Os idosos só conseguem ter uma percepção da sua doença se tiverem conhecimentos acerca da sua patologia.</p> <p>Otero, Zanetti & Ogrizio (2008) basearam-se em Zanetti, Otero & Santos (2005), Norris, Engelgau & Narayan (2001) “É preciso compreender que o conhecimento do paciente diabético, acerca da sua doença é a base do cuidado para se conseguir o automanejo do diabetes, mas a aquisição do conhecimento, necessariamente, não se traduz em mudança de comportamento”. Esta doença</p>

			<p>requer controlo e vigilância sendo que, “Quando não é possível controlar a Diabetes, apesar da adaptação alimentar e do aumento da atividade física, é necessário fazer o tratamento com comprimidos e, em certos casos, utilizar insulina. É ainda comum a necessidade de utilização de medicamentos para controlar o colesterol e a pressão arterial”.³</p>
<p>Dimensão 2:</p> <p>A Rede de Apoio Social (Formal e Informal)</p> <p><i>Objetivo 2:</i> (Identificar o apoio social aos idosos diabéticos)</p>	<p>3. Quando tem um problema grave quem o ajuda (Família, associação, amigos, técnicos)?</p> <p>4. As suas relações próximas dão-lhe suporte no controlo da sua doença? Quem (família, amigos,</p>	<p>2. De que forma fazem para o ajudarem no controlo da</p>	<p>Também é importante o apoio da família e de acordo com Nunes (2016:143) “grande parte dos estudos dirige a sua atenção para a família uma vez que esta representa, de uma maneira</p>

³<http://www.spd.pt/index.php/observatorio-mainmenu-330>

	<p>etc.)? Como?</p> <p>5. Tem pessoas com as quais sente que pode contar, em caso de descontrolo da doença ou outra situação mais urgente? Quem? Como a costumam auxiliar?</p> <p>6. Quando (se) precisa de ajuda financeira a quem recorre?</p> <p>7. Quando necessita de apoio (ir às consultas, transporte, medicação, entre outros) a quem recorre?</p> <p>8. Gostaria de ter outros apoios? Quais?</p>	<p>doença?</p> <p>3. As despesas que esta doença acarreta influenciam o seu orçamento familiar?</p>	<p>geral, uma fonte de apoio básica para os diabéticos”. Mas é de salientar que para além da família, amigos, os técnicos de saúde desempenham um papel fulcral e segundo Nunes (2016:143) “além da família, amigos e colegas, também o pessoal médico e os técnicos de saúde desempenham um papel importante como fontes de apoio social”.</p>
<p>Dimensão 3:</p> <p>A Rede de Suporte no Autocuidado (Formal e Informal)</p>	<p>9. Alguém o encoraja/ajuda no autocuidado com a sua diabetes? Quem? Em que cuidados/</p>		<p>É essencial para estes idosos receberem o apoio formal e informal “No que aos profissionais de</p>

<p><i>Objetivo 3:</i></p> <p>(Identificar as redes de apoio e o suporte no autocuidado do idoso diabético no concelho de Avis)</p>	<p>atividades (vigilância, terapêutica, ensino, alimentação, exercício, ir às compras, entre outros)?</p> <p>10. Quando é necessário falar da diabetes com quem fala?</p> <p>11. Tem alguém que lhe fornece informações úteis (esclarecimentos, ensino) no que diz respeito à diabetes? Quem?</p> <p>12. Tem quem o ajude nas tarefas do dia-a-dia (domésticas, entre outros)? Quem? Como?</p>		<p>saúde diz respeito, a maioria dos estudos revela que o suporte social facultado quer pelos prestadores formais quer informais é de extrema importância nas práticas de gestão do autocuidado na diabetes” (Tanqueiro, 2013).</p>
--	--	--	---

Apêndice IV – Pedido de Autorização da Escala Matos e Ferreira (2000)

Re: Autorização para utilização da escala de avaliação do apoio social - Urgente

Ana Matos <apmatos@fpce.uc.pt>

ter 11-04-2017 08:13

Para: Carina Tobias <Carina_Tobias@hotmail.com>;

Importância: Alta

Bom Dia Carina

Tenho muito gosto em autorizar a utilização da escala e desejo-lhe as maiores felicidades para o seu trabalho!

Cordialmente,

Ana Paula Matos

Em 2017-04-11 00:52, Carina Tobias escreveu:

Exma. Sra. Professora Doutora Ana Paula Matos.

Assunto: Pedido de autorização para utilização da escala de avaliação do apoio social
Avis, 11 de Abril de 2017

Eu, Carina Isabel Nobre Tobias, tenho a licenciatura em Serviço Social e neste momento estou a frequentar o mestrado de Gerontologia e Saúde do 1ºano/2ºsemestre na Escola Superior de Educação e Ciências Sociais de Portalegre. Neste momento estou a realizar o meu projeto, sendo a temática da minha dissertação as redes de suporte social ao idoso diabético no concelho de Avis. Para tal teria todo o gosto em utilizar a sua escala na minha investigação.

Assim sendo, venho por este meio pedir a sua autorização para a utilização da escala de avaliação do apoio social. Agradeço atenção dispensada ao meu assunto.

Com os melhores cumprimentos,

Carina Tobias.

Apêndice V – Autorização da Associação em Estudo

Exma. Sra. Presidente da [REDACTED]

Assunto: Pedido de autorização para realização de investigação.

Avis, 05 de setembro de 2017.

Eu, Carina Isabel Nobre Tobias, venho solicitar autorização e colaboração da vossa associação para a realização do meu projeto de investigação no âmbito do mestrado de gerontologia no ramo de saúde pelo Instituto Politécnico de Portalegre.

Garanto a observação dos procedimentos éticos, nomeadamente a confidencialidade dos dados recolhidos, os participantes não serão identificados pois os dados quantitativos serão tratados em conjunto e os dados qualitativos serão codificados e declaro ainda sob compromisso de honra que o funcionamento da associação não será posto em causa.

A temática da investigação é “O apoio social e o suporte no autocuidado ao idoso diabético no [REDACTED]” sendo que pretendo aplicar a escala de Matos e Ferreira 2000 (em anexo) e posteriormente a realização de entrevistas semi-estruturadas aos idosos diabéticos com mais de 65 anos de idade da vossa associação. A referida investigação tem como orientadora a professora Doutora Helena Arco.

Saliento ainda que o pedido de colaboração dos utentes será feito mediante consentimento informado (em anexo). Certa que o vosso contributo me irá ajudar a desenvolver este estudo, agradeço antecipadamente a colaboração e disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos,

Carina Tobias.



A Presidente [REDACTED]

Apêndice VI – Autorização da Presidente da Associação

Pedido de Autorização Institucional

Trabalho de Investigação – “O apoio social e o suporte no autocuidado ao idoso diabético no [redacted]”

Presidente da Associação [redacted]

Exma. Senhora Presidente [redacted]

Carina Isabel Nobre Tobias, na qualidade de investigadora venho por este meio, solicitar a vossa Exa. autorização para realizar na Associação [redacted] o estudo de investigação acima referido, de acordo com o programa de trabalhos e meios apresentados.

Data

2017, x, 11

Assinatura

[redacted signature]



Autorizo

Não autorizo

2017, 10, 11

[redacted signature]

Apêndice VII – Consentimento Informado

Enquadramento: Eu, Carina Isabel Nobre Tobias, encontro-me a desenvolver um estudo no âmbito do Mestrado de Gerontologia – Ramo Saúde da Escola Superior de Educação e Ciências Sociais de Portalegre e Escola Superior de Saúde de Portalegre como tema “O apoio social e o suporte no autocuidado ao idoso diabético no concelho de Avis”.

Explicação sucinta: Este estudo tem como finalidade perceber de que forma o apoio social é importante para estes idosos. Além do apoio médico, é essencial as redes sociais formais e informais para prevenir as complicações desta doença sendo também indispensável o suporte no autocuidado. Ao ter em conta estes fatores espero poder contribuir para um envelhecimento ativo destes idosos.

Condições: A sua participação é voluntária e não haverá qualquer tipo de prejuízo caso não participe ou desista a qualquer momento.

Confidencialidade: Ciente das considerações éticas inerentes ao desenvolvimento deste trabalho comprometo-me a assegurar o consentimento informado através da explicação da natureza e finalidade do estudo e do direito à confidencialidade, salientando que os respondentes não serão identificados, pois durante o tratamento dos dados, estes serão codificados.

Com os melhores agradecimentos.

Carina Isabel Nobre Tobias

Eu _____ declaro que fui devidamente informado da natureza e finalidade deste estudo, por Carina Isabel Nobre Tobias, do direito à recusa e confidencialidade dos dados, bem como da importância da minha participação no mesmo, sendo de livre e espontânea vontade que aceito nele participar.

_____/_____/_____

(Data)

(Assinatura)

Apêndice VIII – Nós de Árvores

Nome	Fontes	Referências	Criado em	Modificado em	Modificado por
Apoio Social ao Idoso Diabético	0	0	19/03/2018 14:52	03/04/2018 14:11	SAUDE112
1 - Perceçãp Diabetes	0	0	19/03/2018 14:53	03/04/2018 14:08	SAUDE112
1.1- Visão	22	25	19/03/2018 14:54	03/04/2018 13:01	SAUDE112
1.2 - Controlo	22	24	19/03/2018 14:54	03/04/2018 13:01	SAUDE112
2 - Rede Apoio Social	0	0	19/03/2018 14:59	03/04/2018 14:09	SAUDE112
2.1 - SS_Problemas	22	22	19/03/2018 14:59	03/04/2018 14:10	SAUDE112
2.2 - SS_Controlo Doença	22	22	19/03/2018 15:01	03/04/2018 13:02	SAUDE112
2.3 - SS_Financeiro	22	22	19/03/2018 15:04	03/04/2018 13:02	SAUDE112
2.4 - SS- Atividades dia-a-dia	22	23	19/03/2018 15:04	03/04/2018 13:03	SAUDE112
2.5 - Expe_Apoio	22	22	19/03/2018 15:06	03/04/2018 13:03	SAUDE112
3 - Rede Suporte Autocuidado	0	0	19/03/2018 15:09	19/03/2018 15:09	HA
3.1 - RS_Autocuidado Diabetes	22	22	19/03/2018 15:09	03/04/2018 13:03	SAUDE112
3.2 - RS_Comunicação Diabetes	22	22	19/03/2018 15:10	03/04/2018 13:04	SAUDE112
3.3 - RE_Ensino Diabetes	21	21	19/03/2018 15:10	03/04/2018 13:04	SAUDE112
3.4 - RS_Tarefas dia-a-dia	22	22	19/03/2018 15:11	03/04/2018 13:04	SAUDE112

Apêndice IX – Matriz de Síntese (Redes de Apoio ao Idoso Diabético)

Tema	Categorias	Sub-categorias	Sub-Dimensões	Dimensões	Tipo de apoio	E.1	E.2	E.3	E.4	E.5	E.6	E.7	E.8	E.9	E.10	E.11	E.12	E.13	E.14	E.15	E.16	E.17	E.18	E.19	E.20	E.21	E.22		
						Redes de apoio ao idoso diabético	Perceção sobre a diabetes	Visão da Doença		Visão positiva			*	*			*		*	*					*	*	*		*
	Visão normal									*							*	*											
	Visão negativa		*						*	*	*		*		*	*			*	*					*		*	*	
Controlo e Vigilância		Avaliação da glicemia		*			*	*	*	*	*			*	*		*	*	*	*			*	*	*	*	*	*	
		Cuidados com alimentação					*									*	*												
		Antidiabéticos orais			*			*									*								*				
		Toma de insulina																							*	*			
		Análises			*						*										*	*							
		Não faz controlo/vigilância											*																

	Outros Apoios		Gostavam de ter outros apoios											*			*	*		*					
			Não sabe			*									*	*									
		Rede Formal	Apoio Instrumental	Descontos na farmácia		*																			
				Gostava de ter o cartão abem					*														*	*	
				Gostava que o enfermeiro fosse a casa		*																			
		Rede Informal	Apoio emocional	Gostava de ter o filho																	*				
	Rede de Suporte no Autocuidado	Suporte no autocuidado		Faço sozinho(a)			*	*			*	*		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
			Rede Informal	Apoio Instrumental	Filha	*																			
					Vizinhos, filha e neta											*									
					Esposa		*			*	*		*		*								*		
			Sim		*	*		*																	

	Falar sobre a doença	Rede Informal	Família	Apoio Informativo	*	*		*			*	*	*		*	*		*		*	*	*				
			Amigos (as)									*														
			Vizinhos											*	*											
		Rede Formal	Médico de família		*							*		*								*				
			Associação					*																		
			Não gostam falar acerca do assunto						*								*	*		*					*	
			Falo para mim																					*		
	Informação/ Ensino	Rede Informal	Falo com outros que também têm			*					*															
										*																
		Rede Formal	Médico de família	*	*		*				*			*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
			Enfermeiros		*		*														*					
			Associação				*							*	*									*		
			Não tem								*		*								*					
		Rede Formal	Sessões de esclarecimento									*														
Leitura				*					*																	

