U.PORTO

MESTRADO EM PSICOLOGIA
PSICOLOGIA DAS ORGANIZAÇÕES, SOCIAL E DO TRABALHO

Doença crónica no trabalho: conflitos e estratégias de regulação das exigências laborais e da diabetes

Sofia da Silva Oliveira Santos

M

2026

Universidade do Porto

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

TRABALHAR COM UM DOENÇA CRÓNICA: VIVÊNCIAS E CONFLITOS DE TRABALHADORES COM DIABETES

Sofia da Silva Oliveira Santos

Outubro 2026

Dissertação apresentada no Mestrado em Psicologia das Organizações, Social e do Trabalho, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora ***Liliana Cunha*** (FPCEUP).

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspetivas, o trabalho e as interpretações da autora no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto concetuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, a autora declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. A autora declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Sem prejuízo do disposto anteriormente, a autora declara que recorreu a ferramentas de Inteligência Artificial durante o processo de elaboração deste trabalho. Em particular, utilizou-se o ChatGPT e o Gemini para apoio à revisão linguística, à reformulação pontual de excertos e à organização e estruturação do texto. O recurso a estas ferramentas limitou-se aos usos descritos, mantendo-se as ideias, a análise, a interpretação dos resultados, a elaboração científica e a redação inicial da Dissertação integralmente da responsabilidade da autora.

Agradecimentos

Chegar ao fim desta etapa é, antes de mais, olhar para trás e reconhecer que este percurso não foi feito sozinha. Foram vários meses de exigência, aprendizagens e superação, que só ganharam sentido e forma graças às pessoas incríveis que caminharam comigo.

Um profundo agradecimento a todos os participantes deste estudo. Obrigada por confiarem em mim, por partilharem toda a vulnerabilidade que este assunto exige e por me darem o privilégio de dar voz às vossas histórias tão inspiradoras. Sem a vossa generosidade, esta investigação não teria sido possível.

Aos meus pais e à minha irmã, o meu porto de abrigo. Obrigada pelo apoio incondicional, por ouvirem todos os meus desabafos e por nunca me deixarem baixar os braços, oferecendo sempre a força e a motivação de que precisava para continuar.

À minha orientadora, Professora Doutora Liliana Cunha, um obrigado sincero pela disponibilidade, pela orientação atenta e por acompanhar todo o meu percurso, mesmo nos momentos em que a minha disponibilidade não era total. Obrigada por ter acreditado sempre em mim e no valor do meu trabalho.

Ao Miguel, por me ouvir horas a fio a falar sobre os meus receios e por trazer a leveza que eu tanto precisava ao longo de todo este processo. Obrigada por nunca duvidares das minhas capacidades e por caminhares a meu lado.

Às minhas amigas, que a universidade me deu a sorte de cruzar no caminho, Rita, Clara, Ana e Sofia. Obrigada por estarem presentes, por partilharem os dias bons e os desafiantes, e por transformarem o que poderia ter sido uma jornada solitária numa experiência muito mais alegre e cúmplice.

A todos vocês, o meu obrigado de coração.

Resumo

Na Europa, um quarto da população ativa reporta ter uma doença crónica, sendo a diabetes a não transmissível mais prevalente. A literatura, contudo, centra-se numa perspetiva clínica, negligenciando o trabalho como dimensão estruturante da vida. A presente dissertação procura compreender a experiência laboral subjetiva dos trabalhadores com diabetes e de que modo o estigma e a organização do trabalho a influenciam. Adotou-se uma metodologia qualitativa exploratória com entrevistas semiestruturadas a nove trabalhadores com diabetes (tipo 1 e 2).

A análise temática evidencia que a gestão da diabetes no trabalho exige um esforço cognitivo invisível e contínuo, frequentemente bloqueado pela rigidez horária e falta de autonomia para pausas. Perante o conflito entre a lógica da produção e a lógica da saúde, os trabalhadores recorrem a estratégias de risco como a elevação deliberada da glicemia para conseguirem responder a tarefas exigentes e evitarem o estigma, sacrificando a saúde a longo prazo em prol da identidade profissional.

Os dados expõem o forte dilema do *disclosure*: embora vital para obter suporte, expõe os trabalhadores à vigilância intrusiva dos pares, a discriminação no recrutamento e despedimentos injustificados decorrentes de hipoglicemias. Denuncia-se ainda o desfasamento entre o modelo médico convencional, frequentemente descontextualizado, e as exigências reais do posto de trabalho. Por fim, sublinha-se a importância da flexibilidade de horários, pausas e ritmos de trabalho, aliada ao suporte social e à articulação entre os sistemas de saúde e o contexto laboral, visando práticas e enquadramentos legais mais inclusivos, promotores da sustentabilidade do emprego.

Palavras-chave: Diabetes; Condições de Trabalho; Exigências de Trabalho; Discriminação; Gestão da Doença.

Abstract

In Europe, one quarter of the active population reports having a chronic illness, with diabetes being the most prevalent non-communicable disease. However, existing literature largely focuses on a clinical perspective, neglecting work as a structuring dimension of life. This dissertation seeks to understand the subjective work experience of employees with diabetes and how stigma and work organization can influence it. An exploratory qualitative methodology was adopted, utilizing semi-structured interviews with nine workers diagnosed with diabetes (types 1 and 2).

The thematic analysis shows that managing diabetes at work requires continuous, invisible cognitive effort, which is frequently hindered by rigid schedules and a lack of autonomy for breaks. Faced with the conflict between the logic of production and the logic of health, workers resort to risky strategies such as deliberately raising their blood glucose levels to meet demanding tasks and avoid stigma, thereby sacrificing long-term health for the sake of professional identity.

The data highlight the profound dilemma of disclosure: although vital for obtaining support, it exposes workers to intrusive peer surveillance, recruitment discrimination, and unjustified dismissals resulting from hypoglycemia. Furthermore, the findings expose the gap between the conventional, often decontextualized medical model and the actual demands of the job. Finally, the study emphasizes the importance of schedule flexibility, breaks, and work rhythms, combined with social support and alignment between health systems and the workplace, aiming for more inclusive practices and legal frameworks that promote employment sustainability.

Key-words: Diabetes, Chronic Illness; Work Organization; Stigma; Disease management.

Índice

1. A interface entre o contexto de trabalho e a diabetes 5
2. Enquadramento Teórico 6
2.1 Trabalhar com uma doença crónica: em que condições? 6
2.2 Discriminação no local de trabalho: revelar ou não a doença? 8
2.3 Impactos psicossociais nos trabalhadores com diabetes 9
3. Método 10
3.2 Instrumentos 12
3.3. Procedimentos 13
3.3.1. Procedimentos de recolha de dados 13
3.3.2. Procedimentos de análise de dados 13
4. Apresentação e Discussão de Resultados 14
4.2. Gestão da Diabetes no Trabalho 18
4.3. Disclosure, estigma e relações no trabalho 22
4.5 Sistemas de suporte 26
5. Conclusões 29
Anexo 1 - Consentimento Informado 32

1. A interface entre o contexto de trabalho e a diabetes

Na Europa, um quarto da população ativa reporta ter uma doença crónica, fenómeno impulsionado por fatores relacionados com o trabalho e estilo de vida, melhoria da taxa de sobrevivência para determinadas doenças, envelhecimento populacional e mudanças culturais no sentido de maior abertura para revelar ter uma doença crónica (Eurofound, 2019). Neste contexto, a Diabetes destaca-se como a doença crónica não transmissível com maior prevalência mundial, afetando aproximadamente 537 milhões de adultos mundialmente e mais de 900 mil portugueses (Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal, 2023; Esteves et al., 2024). Esta condição compromete o funcionamento do pâncreas, seja pela ausência de produção de insulina (diabetes tipo 1) ou pela sua utilização ineficiente (diabetes tipo 2) (International Labor Organization, 2007).

O estudo da relação entre a diabetes e o contexto laboral revela-se pertinente por duas razões principais. Primeiro, identificam-se lacunas significativas na investigação sobre esta temática, uma vez que a literatura existente se foca predominantemente numa perspetiva clínica e médica da doença. Torna-se, por isso, necessário integrar a dimensão do trabalho para compreender a vivência da diabetes no trabalho inserido no contexto português. Segundo, o aumento da prevalência da diabetes exige antecipar respostas organizacionais que assegurem os seus direitos destes trabalhadores e evitem a sua perda prematura para o mercado de trabalho (International Labor Organization, 2007).

A presente dissertação organiza-se numa estrutura de quatro partes: enquadramento teórico, método, apresentação e discussão de resultados e conclusão. O enquadramento teórico explora as condições laborais, o estigma e os impactos psicossociais da diabetes, integrando a Psicodinâmica do Trabalho e a Clínica da Atividade. Seguem-se a metodologia, a análise temática das vivências dos trabalhadores e, por fim, as conclusões, limitações e pistas para futuras investigações.

2. Enquadramento Teórico

2.1 Trabalhar com uma doença crónica: em que condições?

Trabalhadores/as com diabetes enfrentam barreiras no acesso e manutenção das atividades laborais, desde constrangimentos físicos e organizacionais (como a ausência de locais adequados para pausas, administração de insulina e armazenamento de medicação) a limitações associadas à própria saúde (como flutuações glicémicas e fadiga). Importa referir

que estas barreiras não devem ser compreendidas como limitações individuais, mas como resultantes de desajustes entre as exigências do trabalho e os recursos disponíveis para o trabalhador gerir a sua condição de saúde. Tal realidade insere-se num contexto mais amplo, onde indivíduos com doença crónica apresentam perspetivas de rendimentos reduzidas e maior probabilidade de abandono precoce do mercado de trabalho ou dificuldades no regresso ao trabalho (Eurofound, 2019). Como observaram Tunceli et al. (2005), os trabalhadores com diabetes apresentam uma probabilidade duas a três vezes superior de cessar a atividade laboral devido à deterioração da saúde.

Face a estes desafios, uma das iniciativas da União Europeia associada ao regresso ao trabalho foi a divulgação em 2021 da "*Strategy for the Rights of Persons with Disabilities*" que se refere particularmente à reabilitação do local de trabalho de trabalhadores com doença crónica. Esta iniciativa sublinhou que soluções do tipo "*one size fits all*" não resultam perante este contexto devido a especificidades setoriais, empresariais e individuais, sendo necessário uma abordagem personalizada, caso a caso, combatendo o receio da reintegração sem o apoio adequado (Akgüç, 2021). Consequentemente, torna-se vital que os empregadores desenvolvam uma postura de abertura e responsividade perante a realidade de trabalhadores com doença crónica, envolvendo os próprios e os diferentes atores organizacionais na adaptação dos postos de trabalho.

Importa ainda referir que a relação entre as condições de trabalho e o surgimento de uma doença crónica tem sido alvo de interesse, visto que diversos estudos demonstram que a exposição a condições de trabalho adversas, frequentemente manifestada através do stress ocupacional, provocam um risco acrescido de desenvolvimento da diabetes tipo 2 (Xu et al., 2022). Complementarmente, níveis baixos de suporte social no trabalho foram associados a uma maior propensão para desenvolver diabetes tipo 2 num estudo realizado por Hanson et al. (2019). De igual modo, a presença de níveis mais baixos de suporte pelos supervisores pode influenciar negativamente a resistência à insulina (Hino et al., 2016). Estas evidências convergem para a hipótese de que determinados recursos psicossociais no local de trabalho poderão ter um papel relevante na prevenção da diabetes tipo 2 (Xu et al., 2022).

Adicionalmente, a literatura indica que, no que concerne às condições de trabalho, uma elevada carga laboral pode dificultar a gestão da diabetes. Isto inclui períodos de intensidade variada, tarefas demasiado complexas, necessidade de responder a múltiplos pedidos e ausência de trabalhadores suficientes (Loerbroks et al., 2018). Tais fatores provocam pressão temporal e

incentivam a realização de horas extras, reduzindo a duração e frequência das pausas (Loerbroks et al., 2018). Outro aspeto a considerar é o pouco controlo sobre o trabalho, visto que eventos não programados ou imprevisíveis são percecionados como desafiantes por possuírem oportunidades restritas para a autogestão da doença, tal como rotinas de trabalho inflexíveis e o trabalho por turnos (Loerbroks et al., 2018). O trabalho por turnos e noturno destaca-se pela especial exigência, uma vez que a irregularidade nas refeições e o desrespeito pelo ciclo circadiano dificultam o controlo glicémico e duplicam a prevalência de diabetes tipo 2 (Iavicoli et al., 2019). Trabalhos fisicamente intensos ou insalubres agravam ainda mais estas dificuldades (Loerbroks et al., 2018).

Em última análise, os desafios relacionados com as condições de trabalho para pessoas com diabetes podem ser compreendidos como um conflito de lógicas: por um lado, a lógica da saúde, que exige rotinas estruturadas, pausas regulares e flexibilidade e por outro lado, a lógica da produção, que valoriza um ritmo de trabalho contínuo e horários de trabalho pouco flexíveis. Este conflito de lógicas não permanece abstrato, pois penetra a experiência vivida através de dilemas impossíveis que marcam o quotidiano: aceitar a hipoglicemia ou elevar preventivamente o açúcar no sangue, trocando segurança imediata por danos futuros? Revelar a diabetes e enfrentar possível discriminação ou ocultá-la ao custo de um prejuízo na saúde? Aqui reside o paradoxo: o sofrimento no trabalho (Dejours, 2009) não deriva da condição diabética, mas da recusa organizacional em reconhecê-la como parte legítima da realidade de determinados indivíduos.

2.2 Discriminação no local de trabalho: revelar ou não a doença?

A discriminação no trabalho constitui um dos dilemas mais complexos enfrentados por trabalhadores com diabetes, colocando-os perante a decisão de revelar ou ocultar a sua condição. Esta discriminação pode incluir despromoção, despedimento e perda de benefícios (Siu et al., 2013). Aponte-se que a discriminação está associada a *distress* psicológico, depressão, ansiedade e doenças cardiometabólicas, e ainda, a menor satisfação, desempenho no trabalho e compromisso organizacional de pessoas com doença crónica (Clark et al., 2021; Siu et al., 2013). Assim, este fenómeno provoca elevados custos para os indivíduos, organizações e para a sociedade como um todo (Clark et al., 2021)

No contexto político europeu, embora a igualdade de oportunidades e o envelhecimento ativo procurem promover a permanência no ativo (Eurofound, 2019), a legislação protege

maioritariamente indivíduos com incapacidades reconhecidas. Esta lacuna legislativa deixa muitos trabalhadores com diabetes numa zona cinzenta de proteção legal, na medida em que a sua condição apesar de limitante, nem sempre é reconhecida legalmente como incapacitante, não garantindo acesso às proteções previstas. Em Portugal, embora o Código do Trabalho (Art. 24.º) garanta a igualdade de direitos e proíba a discriminação, o consenso estratégico nacional promovido pela Universidade Católica Portuguesa (2020) aponta que estas salvaguardas continuam a ser insuficientes para responder às necessidades do quotidiano e mitigar os obstáculos enfrentados por trabalhadores com doença crónica. A literatura revela dados alarmantes: entre 13% a 50% enfrentam dificuldades em obter emprego, e 7% a 19% perderam o posto de trabalho devido à patologia (Nebiker-Pedrotti et al., 2009; McMahon et al., 2005). Fatores como hipoglicemias severas e obesidade agravam este risco de discriminação (Nebiker-Pedrotti et al., 2009).

Perante este cenário, a decisão de revelar (*disclosure*) ou ocultar a doença torna-se crítica. A ocultação decorre do receio da vulnerabilidade, perda de privacidade e estigmatização (Markou & Papakonstantinou, 2024; Werth, 2014), embora possa paradoxalmente agravar o absentismo por falta de suporte preventivo. devido a problemas de saúde (Markou e Papakonstantinou, 2024). Em sentido inverso, os motivos para revelar prendem-se com a segurança em emergências e o acesso a suporte. Como sintetizam Munir et al. (2007), a divulgação pode reduzir ou intensificar o sofrimento psicológico: por um lado, viabiliza apoios e adaptações; por outro, expõe o trabalhador ao estigma e ao stress e ansiedade. Torna-se assim imperativo promover ambientes laborais seguros e inclusivos, onde a condição possa ser partilhada sem receio de penalizações (Markou & Papakonstantinou, 2024).

2.3 Impactos psicossociais nos trabalhadores com diabetes

A diabetes transcende a esfera individual, afetando a saúde do trabalhador e a produtividade organizacional. Num plano individual, uma condição crónica poderá provocar *distress* psicológico associado a dificuldades na autogestão da doença e a mecanismos de *coping* menos eficazes, bem como ao baixo suporte social (Munir et al., 2007). A condição de saúde compromete a sustentabilidade da carreira: mais de 40% dos trabalhadores acreditam que não conseguirão trabalhar após os 60 anos devido à doença (ILO, 2007; Eurofound, 2019). No plano organizacional, isto traduz-se em absentismo, presentismo e dificuldades de adaptação que exigem contextos flexíveis para prevenir a saída precoce do mercado de trabalho (Eurofound, 2019; ILO, 2007).

A estes desafios soma-se a invisibilidade do trabalho de gestão da diabetes (monitorização constante, cálculo de doses, planeamento de refeições e gestão da ansiedade perante potenciais crises), cuja falta de reconhecimento institucional força o trabalhador a gerir o sofrimento em silêncio. Perante constrangimentos organizacionais, os trabalhadores mobilizam estratégias defensivas (Dejours, 2009). Destaca-se a minimização, uma forma de negação e otimismo protetor face ao estigma, embora quanto maior for a minimização, menores sejam os comportamentos de autocuidado (Thomas, 2011). Adicionalmente, o medo do declínio físico e da perda de capacidade laboral gera um fenómeno paradoxal: contraintuitivamente, quanto maior é o medo do futuro, menor é o envolvimento na autogestão (Thomas, 2011). Isto contrasta com a perspetiva clínica tradicional, que assume que a conscientização das complicações motiva automaticamente a adesão terapêutica (Ruston et al., 2013).

Perante a pressão temporal e a escassez de pausas, os trabalhadores recorrem a estratégias de risco, como o aumento intencional da glicose para evitar crises (Ruston et al., 2013), sujeitando o indivíduo a *burnout* e *distress* crónico e subordinando a saúde às exigências de produtividade (Cook & Zill, 2021). Face ao exposto, emerge um quadro complexo onde trabalhadores com diabetes navegam entre múltiplas tensões: o desejo de manter uma vida profissional ativa *versus* as exigências da gestão da doença; a necessidade de revelação da sua condição de saúde para obter apoio *versus* o medo da discriminação; e, mais dramaticamente, a preservação da saúde *versus* a organização do trabalho. As estratégias de regulação adaptativas revelam sobretudo as falhas sistémicas de organizações que forçam o trabalhador a arbitrar permanentemente entre o trabalho e a saúde. É neste contexto que se torna imperativo dar voz às experiências vividas destes trabalhadores, compreendendo em profundidade como constroem e gerem diariamente estes compromissos e quais as estratégias, tensões e custos que daí decorrem.

3. Método

A problemática a investigar na presente dissertação prende-se com as vivências de trabalhadores com diabetes no trabalho. Deste modo, pretendeu-se explorar o acesso à atividade de trabalho, as suas condições como promotoras ou inibidoras da doença, o estigma e a discriminação no trabalho (incluindo a sua influência na decisão de revelar ou não revelar a doença), os impactos psicossociais e as estratégias de regulação desenvolvidas pelos trabalhadores diabéticos. Neste seguimento, definiu-se a questão de investigação: "Como é subjetivamente vivenciada a experiência laboral por trabalhadores com diabetes, e de que modo

o estigma e a organização do trabalho a influenciam?".

O estudo assenta numa metodologia de natureza qualitativa, de índole exploratória, com recurso a entrevistas semiestruturadas como meio privilegiado para aceder ao ponto de vista dos trabalhadores sobre a sua atividade real de trabalho (Dejours et al., 2018). Complementarmente, aplicou-se um questionário *online* com o objetivo de constituir uma tentativa inicial de mapeamento e caracterização sociodemográfica e clínica da população com diabetes em Portugal, servindo simultaneamente como dispositivo de triagem e angariação de participantes para a fase subsequente.

3.1 Participantes

O processo de amostragem foi intencional e por conveniência, com um caráter não probabilístico. Com o objetivo de selecionar a amostra foram definidos como critérios de inclusão: (i) ser maior de idade, (ii) residir em Portugal, (iii) ter um diagnóstico confirmado de *diabetes mellitus* tipo 1 ou tipo 2 e (iv) estar ativamente a trabalhar.

Na fase quantitativa do estudo, das 69 respostas obtidas ao questionário, foram aplicados os critérios de exclusão, sendo eliminados 28 participantes por ausência de diagnóstico e 22 participantes por não se encontrarem atualmente empregados, resultando numa amostra final de N=19 participantes. Relativamente à idade dos participantes, esta situa-se entre os 23 e os 65 anos, resultando numa média de idades de 40,94 (DP=14,79). Quanto ao género, a amostra é composta por dez participantes do género feminino e nove do género masculino. Para além disso, 13 participantes têm diabetes tipo 1 e 6 têm diabetes tipo 2, sendo que a idade de diagnóstico varia entre os 4 e os 59 anos (M=30,22; DP=19,51). Em termos de situação profissional, 16 dos respondentes encontram-se ativamente numa situação de emprego por conta de outrem e três exercem a sua atividade como trabalhadores independentes distribuídos por diversos setores de atividade (e.g., saúde, serviços, indústria e retalho).

Para a fase qualitativa, recorreu-se a nove participantes entrevistados, cuja caracterização detalhada consta na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização dos Participantes Entrevistados (Fase Qualitativa)

Código	Sexo	Idade	Tipo de Diabetes	Tempo de Diagnóstico	Setor de Atividade	Vínculo Laboral
P1	F	65	2	6 anos	Restauração	Trabalho por Conta de Outrem
P2	F	28	1	5 anos	Retalho	Trabalho por Conta de Outrem
P3	M	33	1	11 anos	Indústria	Trabalho por Conta de Outrem
P4	M	61	2	8 anos	Engenharia Civil	Trabalhador Independente
P5	M	32	1	6 anos	Indústria	Trabalho por Conta de Outrem
P6	M	34	1	10 anos	IT	Trabalho por Conta de Outrem
P7	F	25	1	3 anos	Investigação Científica	Trabalho por Conta de Outrem (Bolseira de Investigação)
P8	M	25	1	21 anos	IT	Trabalho por Conta de Outrem
P9	M	55	1	28 anos	Advocacia	Trabalhador Independente

A amostra qualitativa final foi constituída por três do género feminino e seis do género masculino, dos quais sete participantes com diabetes tipo 1 e dois com diabetes tipo 2. As idades variam entre os 25 e os 65 anos (M=39,78; DP=15,94), com um tempo de diagnóstico entre 3 e 28 anos (M=10,89; DP=8,18). Quanto aos setores de atividade, os participantes distribuem-se por: restauração (n=1), retalho (n=1), indústria (n=2), engenharia civil (n=1), investigação científica (n=1), advocacia (n=1) e tecnologias de informação (n=2). No que concerne ao vínculo laboral, sete participantes têm contrato a termo certo e dois são trabalhadores independentes.

3.2 Instrumentos

Numa primeira fase, foi desenvolvido e aplicado um questionário de caracterização sociodemográfica, clínica e laboral. O questionário *online* foi construído através da plataforma *Qualtrics* e integrou duas secções principais: (i) variáveis sociodemográficas e profissionais (idade, sexo, habilitações literárias, região de residência, situação profissional e setor de atividade); e (ii) variáveis clínicas associadas à patologia (tipo de diabetes, idade de diagnóstico e regime terapêutico). No desenho da investigação, este instrumento cumpriu um duplo objetivo: constituir uma tentativa inicial de mapeamento da população ativa com diabetes e atuar como dispositivo de triagem para o recrutamento. Contudo, a adesão ao questionário ficou aquém dos números previstos, registando-se uma elevada taxa de não-respostas. Isto evidencia a vulnerabilidade inerente a investigar a doença crónica no trabalho: a exposição pública da condição suscita receios legítimos de estigmatização e discriminação profissional, demonstrando que um rastreio alargado exigiria articulação institucional com o sistema de saúde. Assim, o questionário atuou fundamentalmente como ponte de angariação de

participantes, justificando a opção de focar a análise na profundidade qualitativa.

Nesse sentido, para aceder às dimensões invisíveis da autogestão da doença, os dados qualitativos foram recolhidos através de entrevistas individuais com guião semiestruturado. Este instrumento permitiu aceder à experiência subjetiva da atividade real (Dejours et al., 2018) e às tensões e microescolhas quotidianas dos trabalhadores (Clot, 2006). O guião estruturou-se em torno de seis dimensões centrais: história laboral; diagnóstico e *disclosure*; gestão da diabetes e condições laborais; relações, estigma e apoio; impactos psicossociais; e estratégias, sugestões e futuro.

3.3. Procedimentos

3.3.1. Procedimentos de recolha de dados

O recrutamento de participantes decorreu no período de 18 de novembro de 2025 a 6 de maio de 2026. Numa primeira fase de recolha de dados, procedeu-se à divulgação de um questionário *online* através de redes sociais, associações de apoio e grupos de partilha de pessoas com diabetes. Este questionário incluiu uma secção final onde era solicitada a disponibilidade dos respondentes para participarem numa entrevista individual subsequente (*online* ou presencial), bem como a partilha de um meio de contacto preferencial. Seguidamente, os indivíduos que manifestaram essa disponibilidade foram contactados, com o objetivo de prestar esclarecimentos adicionais acerca da investigação e agendar a entrevista.

Os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, a natureza voluntária da sua participação e o direito de interrupção e abandono da entrevista. Assegurou-se o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos, os quais foram utilizados apenas para fins académicos. As entrevistas tiveram uma duração aproximada de 40 minutos, precedidas da assinatura do Consentimento Informado (Anexo 1), que incluiu a autorização para gravação áudio.

3.3.2. Procedimentos de análise de dados

Após a recolha, todas as entrevistas áudio-gravadas foram transcritas na íntegra, de forma literal (*verbatim*). A análise dos dados qualitativos foi conduzida através de uma Análise Temática Indutiva, seguindo as seis fases propostas por Braun e Clarke (2006): familiarização com os dados, geração de códigos iniciais, procura de temas, revisão dos temas, definição e nomeação dos temas e produção do relatório.

4. Apresentação e Discussão de Resultados

A análise dos dados recolhidos permite aprofundar a compreensão sobre a relação heterogénea entre a diabetes e o trabalho, revelando vivências singulares perante a mesma doença. A partir do discurso dos participantes, esta vivência articula-se em três níveis de análise interligados. A análise dos discursos revela que a vivência da diabetes no trabalho se articula em três níveis interligados: micro (estratégias e impactos subjetivos), meso (condições e relações laborais, incluindo os dilemas de *disclosure*) e macro (lacunas legislativas e organizacionais).

Complementarmente, a análise temática fundamentada na abordagem de Braun e Clarke (2006) permitiu identificar cinco categorias temáticas emergentes do discurso: Condições de trabalho favoráveis à gestão trabalho-doença; Gestão da diabetes no trabalho; *Disclosure*, estigma e relações no trabalho; Impactos da diabetes na saúde e bem-estar do trabalhador; e Sistemas de suporte.

4.1. Condições de Trabalho favoráveis à gestão trabalho-doença

Na vivência dos participantes, a sustentabilidade do trabalho face à sua condição de saúde surge associada à flexibilidade organizacional, traduzida na autonomia para gerir pausas de monitorização glicémica e alimentação, na adaptabilidade dos horários e na abertura da organização para facilitar a ausência do trabalho para acompanhamento médico sem penalizações profissionais. As condições referidas emergem como estruturantes para o controlo da doença e, por conseguinte, a manutenção do desempenho no trabalho. Pelo contrário, a rigidez dos horários e a exigência física dos turnos rotativos emergem como principais obstáculos ao controlo glicémico, impedindo a manutenção de rotinas alimentares e de administração de insulina:

"Às vezes não consigo fazer as refeições nos mesmos horários... é difícil, trabalhar por turnos é difícil. Os valores ficam afetados por causa disso (...) Eu agora tenho a bomba, uso a bomba (...) E agora é muito mais fácil de controlar. Na altura, quando era com a caneta que tinha que injetar, era mais difícil ter um controlo maior." [P2]

"A bomba [de insulina] *ajuda muito..., mas os turnos para uma pessoa com diabetes não são benéficos em nada. Quanto mais rotina nós tivermos, melhor. (...) A hora de sono, eu não vou dormir todos os dias à meia-noite, às vezes durmo às nove da manhã, outros dias*

durmo às quatro da tarde. Por isso, sim, sempre foi falado [com a endocrinologista]. *E sempre foi falado no sentido de eu tentar me adaptar a essa realidade." [P3]*

"Tenho que ajustar insulina e refeições às variações de horário. (...) como eu (...) trabalho por turnos, teoricamente não é muito fácil adaptar ou controlar os diabetes. Então, foi um tema falado nas minhas consultas e a minha médica sempre tentou ver de maneira a que me adaptasse." [P5]

As dificuldades relatadas por P2, P3 e P5 articulam-se com os achados de Loerbrocks (2018), Iavicoli et al. (2019) e Thomas (2011), demonstrando que a irregularidade temporal impõe uma sobrecarga biológica que descompensa os níveis glicémicos, afetando especialmente quem depende de esquemas precisos de insulina. A perceção de flexibilidade varia consoante o contexto de trabalho: enquanto alguns a descrevem como intrínseca à função, outros, inseridos em contextos de maior rigidez operacional, tendem a percecioná-la como um "luxo" ou um privilégio pouco acessível:

"Eu tenho essa flexibilidade e tenho esse luxo no trabalho de conseguir parar quando quiser, descansar, comer... E, por causa disso, acabo por conseguir fazer uma boa gestão da diabetes no trabalho." [P5]

O relato de P5 evidencia as desigualdades no acesso a condições de autocuidado. Em ambientes rígidos, a falta de flexibilidade eleva o risco glicémico, ao passo que a autonomia reduz o conflito entre as exigências laborais e médicas, diminuindo as *contraintes* impostas ao trabalhador e as *astreintes* daí resultantes (Clot, 2006). A literatura identifica a flexibilidade temporal como preditor crítico na permanência no emprego e na prevenção da descompensação glicémica em trabalhadores com doenças crónicas (Eurofound, 2019; American Diabetes Association, 2024; Loerbroks, 2018).

Contudo, apesar do papel protetor da margem de manobra para gerir o ritmo e tempos de trabalho, a flexibilidade não se traduz de forma incondicional numa melhoria do bem-estar. Um participante, em regime de trabalho totalmente remoto, destaca que o esbatimento de fronteira entre o trabalho e o espaço doméstico pode conduzir a intensificação do trabalho:

"Eu trabalho remotamente, 100% remoto. (...) Tem muito mais flexibilidade de fazer pausas quando é preciso, ou quando tenho que ir buscar comida... A própria alimentação pode ser bastante melhor. Mas, por outro lado, acho que trabalhar remotamente é pior porque não

existe aquele desligar. Conforme não existe esse desligar, a pessoa facilita, pensa 'vou resolver mais qualquer coisa agora e amanhã já fico com o dia mais tranquilo'." [P6]

A vivência de P6 demonstra o reverso da flexibilidade, a ausência de um "desligar" físico impõe uma disponibilidade constante que, longe de mitigar a pressão temporal, a reproduz e prolonga dentro do espaço doméstico, comprometendo os períodos de pausa essenciais para o controlo glicémico.

Além disso, os resultados revelam que a diabetes é determinante na estruturação da carreira dos participantes e na escolha da atividade de trabalho. Isto é particularmente evidente nos participantes com diabetes tipo 1, uma vez que a dependência de insulina e o maior risco de hipoglicemias limitam a resposta às exigências físicas do trabalho, tal como vivenciado por P3 e P2. O P3, após experienciar hipoglicemias regulares derivadas do esforço físico na construção civil, procurou outra atividade de trabalho que lhe oferecesse uma maior qualidade de vida neste aspeto:

"Eu quando descobri a diabetes trabalhava na construção civil. (...) Tinha dias em que tinha muito esforço físico e isso acabava por, infelizmente, gerar-me algumas hipos. (...) E depois o facto de não ter uma hora de almoço bem definida, às vezes, andava na estrada e tinha que almoçar meia hora mais tarde ou meia hora mais cedo. Às vezes, isso também se tornava difícil (...) E foi aí que tentei procurar uma coisa que me desse mais qualidade de vida e que me fizesse conseguir controlar melhor a diabetes. (...) Nas obras era difícil para mim (...) porque nem sempre tinha água limpa (...) Quando vim para a fábrica, lembro-me perfeitamente (...) Fui à casa de banho, (...) lavar as mãos e tinha água quente e sabão e papel, e eu disse: (...) eu aqui tenho coisas que me permitem mesmo ter qualidade de vida, percebes? Tipo, aí valorizei uma simples torneira a largar a água quente. Era uma realidade completamente diferente da que eu tinha." [P3]

O relato de P3 evidencia que a mudança de emprego não resulta de uma mera preferência individual, mas sim de uma estratégia de autopreservação da saúde ao procurar mitigar o risco iminente de hipoglicemias severas e recuperar o bem-estar e a qualidade de vida. De forma semelhante, P2 admite selecionar ativamente funções com menor necessidade de concentração prolongada, antecipando o impacto de oscilações glicémicas:

"[Sente que a diabetes alguma vez influenciou o seu percurso profissional?] Sim, (...) a nível da concentração (...) sinto que não consigo estar concentrada com os picos de glicemia

altos. Já estava sem perceber e sem me lembrar o que é que eu estava a fazer antes ou começo a tremer e realmente preciso de comer ou dar insulina e não estava capaz de o fazer. Acabo por escolher posições que não exijam tanto esse foco…" [P2]

As flutuações da glicemia exigem um trabalho cognitivo invisível que concorre diretamente com a atenção dedicada às tarefas da atividade. Quando o trabalhador perceciona que a própria condição de saúde reduz a sua eficiência mental, a antecipação do erro ou da falha conduz a uma estratégia defensiva de autorrestrição. Assim, a diabetes passa a atuar não apenas como uma condição biológica, mas como uma condicionante das oportunidades e aspirações de desenvolvimento profissional.

As trajetórias do P2 e P3 demonstram que a identidade profissional e a carreira são moldadas pela constante negociação entre as exigências do trabalho e as necessidades do corpo. Os dados sugerem que indivíduos com diabetes se sentem condicionados na procura do seu "emprego de sonho", tendo, por vezes, dificuldades em obter ou manter um trabalho devido ao risco de hipoglicemias, e optando por vezes por regimes de trabalho a tempo parcial para gerir a carga horária (Chatwin et al., 2021).

O relato de P3 sublinha também que as consequências negativas da diabetes poderão ser amplificadas ou atenuadas mediante as condições materiais e a qualidade das infraestruturas sanitárias no local de trabalho. A administração de medicação (como a insulina) e a monitorização glicémica exigem condições estritas para prevenir infeções e complicações dermatológicas ou vasculares. A ausência de água limpa e sabão no posto de trabalho transforma um ato rotineiro de autocuidado numa tarefa de elevado risco e esforço de adaptação. Paralelamente, as infraestruturas sanitárias mitigam ou amplificam os riscos, tal como o suporte institucional (médico e enfermaria internos) valorizado por P5: *"Temos médico. Temos uma enfermaria. Toda a gente sabe que sou acompanhado, mas se precisar de alguma coisa…".*

A valorização destas estruturas reforça a necessidade da existência de condições higiénicas e ambientais adequadas à preservação da saúde do trabalhador, de modo a oferecer dignidade no trabalho para doentes crónicos. Contudo, o acesso a condições adequadas no trabalho estende-se aos benefícios extrassalariais, como ilustra a discriminação indireta sentida por P6 face ao agravamento de custos num seguro de saúde após a revelação do diagnóstico:

"O único sítio em que eu senti que houvesse alguma discriminação foi mesmo nas seguradoras... (...) Fui para a mesma seguradora outra vez com as mesmas condições (...) e eles dizem: "Meu Deus, isto tem aqui um problema de saúde que é uma coisa doida, isto vai ter um aumento de valor significativo no seguro de saúde". (...) Falei desta situação aos Recursos Humanos e às chefias e ficaram um bocadinho chocados, como é que era possível…"

O episódio partilhado por P6 espelha a barreira descrita por Siu et al. (2013) e Nebiker-Pedrotti et al. (2011), onde os sistemas de seguros e o empregador tendem a percecionar a doença crónica como um mero "custo financeiro e risco acrescido". Trata-se de uma discriminação institucionalizada que penaliza automaticamente o trabalhador após a revelação do diagnóstico, desconsiderando a ausência de complicações ou o seu nível de controlo clínico.

Por último, é importante considerar também a dimensão relacional, porque se o isolamento em contextos como a construção civil potencia o risco para a saúde e a insegurança psicológica, a presença de pares e estruturas de apoio transmitem segurança para o trabalhador. Este fenómeno é observável no relato dos participantes:

"E ali na fábrica, não... eu cheguei na altura a comentar com os meus pais, que se lá na fábrica tivesse uma hipoglicemia, se caísse para o chão, alguém ia chegar à minha beira, ou muito rápido eu ia ter alguém à minha beira que sabia o que havia de fazer, porque tem muitas pessoas com cursos de primeiros socorros e tudo mais. Nas obras, não, eu tinha dias em que, se me acontecesse alguma coisa, não tinha ninguém para me ajudar. Tanto que houve um dia que eu vinha com o caminhão na autoestrada (...) e eu fiz o resto da viagem a pensar nisso... se me acontecesse alguma coisa, aqui estava sozinho, não tinha ninguém que me ajudasse…"

Assim, a rede informal de suporte e o coletivo de trabalho assumem um papel tão crucial para a sustentabilidade da atividade quanto a flexibilidade horária e as infraestruturas físicas.

4.2. Gestão da Diabetes no Trabalho

No quotidiano de trabalho dos entrevistados, a gestão da diabetes surge como um processo contínuo e frequentemente invisível, decorrendo em simultâneo e em permanente tensão com as exigências laborais. A literatura estima que 95% da gestão da doença assenta no autocuidado individual (Ruston et al., 2013), emergindo no discurso dos participantes atravessada pela carga de trabalho, rigidez de pausas e inibição ou desconforto social provocado

pela monitorização da glicemia e administração de insulina à vista de terceiros (Markou & Papakonstantinou, 2024).

Os dados evidenciam impactos cognitivos, físicos e emocionais decorrentes desta autogestão contínua. Ao nível cognitivo, relatam-se menor clareza de raciocínio e dificuldades de concentração durante oscilações glicémicas:

"Consigo reconhecer que, às vezes, o meu raciocínio não está a ser tão claro e tão bom por causa dos valores... entro naquele lugar onde começo a pensar sobre se eu estou assim é porque os valores estão mal e eu quero pensar melhor e pensar mais, mas não consigo." [P8]

Além disso, as oscilações acentuadas na glicemia poderão prejudicar diretamente a capacidade funcional necessária ao desempenho de tarefas da atividade de trabalho. Esta interferência na execução de tarefas diárias é ilustrada no relato do engenheiro civil, P4, ao descrever como os episódios de hiperglicemia afetam a sua acuidade visual durante a análise documental:

"E eu sei que, por exemplo, acima dos 250mg/dl de glicemia, a mim mexe-me logo com a visão... Eu antes via os contratos, aquelas letras pequenininhas todas, sem precisar de nada... e perdi essa capacidade quando os valores estão altos. Mexe com a concentração, mexe com a leitura, e num trabalho como o meu, em que passo o dia a analisar documentos e leis, isso condiciona-me imenso e gera uma frustração enorme."

Sob a lente da Clínica da Atividade (Clot, 2010), relatos como o de P4 revelam o drama da "atividade impedida": o trabalhador traz consigo o desejo e o compromisso profissional de executar a tarefa com rigor, mas vê o seu poder de agir temporariamente bloqueado pelos limites cognitivos induzidos pela alteração glicémica. Ao nível fisiológico e emocional, os entrevistados denotam fadiga, irritabilidade e perda de energia, afetando o seu ritmo e eficácia no trabalho, tal como verbalizado por P4:

"Eu irrito-me. Perdi pedal, basicamente! (...) E dá-me moleza, (...) isto é quase como uma pessoa querer andar, mas não ter pernas. Eu digo, eu tenho que correr, mas as pernas não me acompanham. E cria mal-estar pessoal. (...) Às vezes, eu digo, esta tarde vou fazer isto. E não estou bem, e não me rende, e dá-me moleza, e depois começa-me a dar mal-estar psicológico." [P4]

Para além destes impactos observáveis na eficiência e no corpo, os discursos evidenciam

a presença de um trabalho invisível e ininterrupto que opera em *"background"* no cérebro do trabalhador. Assim, diariamente, o trabalhador é confrontado com micro-arbitragens de modo a mediar o prescrito - tanto as normas da organização, como as recomendações médicas - e o real, que exige produtividade e continuidade.

Para além dos impactos cognitivos referidos, a hipoglicemia pode transformar-se numa dimensão de vulnerabilidade acrescida pela capacidade de se tornar visível a terceiros independentemente da vontade do trabalhador, através de alterações comportamentais. Esta perda de controlo sobre a revelação do diagnóstico é expressivamente descrita por P9, que detalha os sinais subtis, mas percetíveis, que denunciam o episódio no meio laboral:

"As pessoas começam a falar menos, começam a ficar um bocadinho mais maldispostos, a responder um bocado mais duro... ou a ter uma voz menos fluente, ou menos rápida. E os outros acabam por se aperceber. Quando os colegas ou as pessoas à volta já conhecem a doença e estão atentos a estes sinais, percebem logo que algo não está bem com os valores e dizem para parar um bocadinho ou ir comer qualquer coisa antes que a situação piore." [P9]

O relato de P9 traz visibilidade sobre uma dimensão crítica e pouco explorada na literatura: a gestão da diabetes no trabalho não depende só da decisão consciente de revelar ou ocultar a doença, uma vez que o próprio corpo pode trair o estado glicémico e expor o trabalhador à revelia da sua vontade. Perante esta vulnerabilidade, a tecnologia surge como recurso indispensável para um controlo discreto e integrado no fluxo de trabalho:

"Nem é essa a questão, eu tenho uns alarmes ligados. Eu tenho autorização de andar sempre com o telemóvel para me proteger das baixas e das altas. Não me metem entraves em relação a isso, portanto eu posso controlar a diabetes enquanto estou no trabalho. (...) Vejo os valores, quando vou comer (...) faço a conta no DiabetesM e, se calhar, já sou mais rápida a dar insulina, como, e vou trabalhar." [P2]

"A bomba obviamente ajuda muito a fazer a gestão e a manter um determinado intervalo. (...) tira um bocadinho o peso daquilo que eu teria que fazer antes com as canetas. (...) E nesse aspeto é um alívio." [P6]

"A bomba ajuda muito, ou melhor, ajudou-me muito nos turnos, porque eu desde setembro até agora estou a fazer turnos e estou muito melhor. (...)" [P3]

As vivências de P2, P6 e P3 evidenciam como os dispositivos de monitorização contínua

e as bombas de insulina funcionam como uma extensão do próprio corpo, promovendo a autonomia, reduzindo a visibilidade das interrupções no local de trabalho e aliviando a carga cognitiva associada à tomada de decisão diária (Sieverdes et al., 2013). Contudo, constrangimentos como falhas de stock de sensores (P7) ou obstruções na bomba (P8), demonstram que a tecnologia introduz novas dificuldades e formas de dependência, não eliminando a responsabilidade nem a carga cognitiva do utilizador, apenas a redistribuem e a tornam mais complexa (Fagherazzi, 2023).

A necessidade imediata de responder às exigências do trabalho leva, por vezes, a que a gestão da crise seja resolvida através de comportamentos reativos como correr em busca de açúcar durante tremores (P2), evidenciando que a rigidez organizacional obriga a priorizar a produtividade face à segurança (Ruston et al., 2013). Dessa forma, os trabalhadores são forçados a adaptar o seu corpo ao trabalho quando a organização não adapta o trabalho a uma mão-de-obra diversa.

Para evitar a exposição pública e garantir o desempenho, os participantes recorrem a estratégias preventivas, provocando deliberadamente estados de hiperglicemia:

"Essa estratégia eu acho que toda a gente a usa, principalmente quando vai ter aqueles dias mais desgastantes. (...) Eu sabia que ia ter de andar, por exemplo, um dia inteiro e pegar e acartar coisas para algum lado e tudo mais. Era essa a tática que eu usava. Ou fazer o inverso, dar menos insulina que achava que precisava, ou então ingerir hidratos a mais para tentar andar ali um bocadinho mais alto e não ter as hipoglicemias. Por isso acho que sim, acho que essa estratégia é a estratégia que toda a gente usa por segurança, assim dizendo, nessas situações." [P3]

"Ao almoço, vou tirar aqui uma ou duas unidades e tenho a certeza de que isto não me vai chatear... não quero estar com suores frios, nem com dor de cabeça por causa de uma hipoglicemia. (...) No trabalho, a gente às vezes tem tendência a comer preventivamente para não nos dar baixa. E acaba, se calhar, com maior frequência por ter altas. Comer preventivamente, se for ter uma reunião que eu acho que dura 2 horas, ou uma audiência..." [P9]

A subida voluntária da glicemia (P3, P9) atua como mecanismo defensivo para salvaguardar a "capacidade de trabalho" (Loerbroks et al., 2018), tal como, em sentido inverso, a restrição alimentar rigorosa reportada por P5:

"No trabalho... o medo também me evita de comer muita coisa... os meus diabetes estão sempre a verde. Eu aqui no trabalho controlo-me muito mais. Tenho a noção de que se comer alguma coisa fora do esquema, isso vai-me afetar o rendimento ou vai fazer os valores subir, e não quero estar com preocupações. Por isso, acabo por ser muito mais rigoroso aqui do que em casa." [P5]

O P5 ao referir que os diabetes "estão sempre a verde", remete para a interface visual dos sistemas de monitorização glicémica, ilustrando a simbiose entre o corpo e o dispositivo tecnológico, onde a cor se transforma num mediador de bem-estar psicológico. Todavia, esta dependência do *feedback* visual reforça uma vigilância ininterrupta que, embora auxilie a performance, mantém o sujeito em constante estado de alerta.

Em suma, tanto o recurso à tecnologia como as estratégias reativas (P2) ou preventivas (P3, P9, P5) constituem modos de regulação da atividade (Clot, 2006). Contudo, a submissão do organismo a picos de hiperglicemia para cumprir prazos converte as *contraintes* organizacionais em *astreintes* corporais severas. Como adverte a literatura sobre o efeito de "memória metabólica" (Venugopal, 2016), a eficácia e a produtividade imediatas no trabalho são assim obtidas à custa do risco diferido de complicações graves a longo prazo.

4.3. Disclosure, estigma e relações no trabalho

A par da sobrecarga cognitiva e tecnológica, os discursos expõem a presença de uma vigilância relacional intrusiva, onde o autocuidado alimentar se transforma num objeto de escrutínio e comentário público por parte dos pares:

"Olha, vê lá o que é que estás a comer... Vai disparar a máquina. Esse tipo de brincadeiras (...) Eles já sabem que eu sou diabético, então quando me veem a comer um bolo ou qualquer coisa mais doce no lanche, metem-se comigo dessa maneira…" [P5]

"[Os seus colegas se a vissem a comer alguma coisa avisavam?] Sim, sim, muitas vezes. Se viam que eu estava a comer algo fora das horas ou um doce, diziam logo: 'olha lá a insulina', ou 'já viste como é que estão os teus valores antes de comeres isso?'. Eles estavam sempre de olho." [P1]

Sob a forma de conselhos não solicitados, a pausa alimentar converte-se num espaço de pressão interpessoal que força o trabalhador a adotar condutas de ocultação para proteger a sua

privacidade. A decisão de revelar (*disclosure*) ou ocultar o diagnóstico cruza a procura de suporte relacional com o receio da marginalização. Por um lado, parte dos participantes adota uma transparência ativa para assegurar uma rede de segurança de emergência (Markou & Papakonstantinou, 2024), como ilustra P2:

"Eu digo sempre desde logo no início, eu não escondo. Porque sabes que se te sentires mal podes precisar de ajuda ou precisar de te ausentar. Eu não minto, eu prefiro dizer que também se eu for aceite, perfeito, vamos dar tudo. Se não for aceite, o problema já é deles. Mas eu fui recusada numa [cadeia de grande distribuição] por ser diabética." [P2]

O testemunho de P2 encontra eco em Markou e Papakonstantinou (2024), ao demonstrarem que o receio de episódios graves de descompensação glicémica atua como o principal motor para a partilha do diagnóstico. Contudo, a literatura adverte que a transparência nem sempre se traduz numa experiência positiva ou num ambiente protetor (Werth, 2014).

Por outro lado, emergem discursos que recusam a centralidade da doença na identidade profissional, perspetivando a diabetes como uma dimensão estritamente reservada à vida privada:

"Acho que é uma informação indiferente ao que estamos a falar... não é por ter vergonha, porque isso é o que eu sou. Mas no ambiente de trabalho, o foco tem de ser a competência e o desempenho, e não a condição médica de cada um." [P6]

A omissão de P6 surge como um mecanismo legítimo de preservação da autonomia e da reputação profissional: o trabalhador recusa o estatuto de "vítima" ou "doente" para garantir que a sua avaliação assenta estritamente no valor do seu trabalho. Os dados demonstram também que a partilha da condição pode não resultar de uma escolha ponderada, mas de condicionalismos pragmáticos impostos pela própria organização do trabalho. Ao administrar a insulina no espaço comum das refeições para evitar o risco infecioso de instalações sanitárias inadequadas, alguns participantes recusam-se a tratar a diabetes como uma patologia que exige clandestinidade (Hansen et al., 2018).

Contudo, a transparência expõe, em contrapartida, frequentemente a barreiras de recrutamento e preconceitos sobre a capacidade laboral, tal como vivenciado por P2:

"Eles disseram, olha tu és diabética, portanto como precisamos de uma pessoa com força, não és a pessoa indicada. (...) Tu podes dar o teu melhor, mas se a pessoa tiver aquele

preconceito de que tu és doente e não vais aguentar, estás arrumada. Vai ter sempre alguém a dizer: não, tu és doente, precisamos de pessoas saudáveis." [P2]

Esta rejeição ilustra a perspetiva patronal que enquadra a diabetes como custo e disrupção produtiva (Siu et al., 2013), perpetuando um estigma institucional (Ruston et al., 2013). A discriminação materializa-se também na perda do vínculo laboral, como espelha a experiência de P2:

"Estava em LO [valores de glicemia extremamente baixos] *... disse: eu preciso parar para comer e ele* [patrão] *não me deixou parar. Disse: não, você tem de continuar a atender as pessoas. Eu disse: não posso, se eu não comer agora vou desmaiar. E ele recusou. Eu peguei na minha mala e disse: não, eu não vou colocar a minha vida em risco por causa disto, eu vou embora. Acho que foi um dos motivos pelo qual ele me despediu." [P2]*

Este despedimento alinha-se com a tese de Thomas (2011) sobre a prevalência de alegações de discriminação e afastamento injustificado em trabalhadores com diabetes. Em suma, o estigma assume um papel de silenciador pois, perante o receio de serem rotulados como "doentes", muitos trabalhadores vêem-se forçados a gerir a sua condição na clandestinidade, protegendo a sua identidade profissional à custa da perda de suporte social e de um elevado desgaste psíquico.

4.4 Impactos psicossociais e identitários

A recusa em deixar que a patologia comprometa o estatuto profissional traduz-se na minimização da doença (Thomas, 2011), uma estratégia de proteção cognitiva, nem sempre consciente, através da qual o trabalhador reduz a gravidade da doença para evitar que esta "invada" a sua esfera produtiva:

"Pronto, ela contou-me as coisas e fiquei triste. Fiquei triste, é mais uma doença aí no corpo. (...) Morrer eu não morro disto. (...) Para mim estou quase bem. (...) Não me sinto assim tão mal, eu tomo a minha medicação. Sinto-me bem, até demais! Sou forte, escreve aí que sou forte!"

Este processo funciona como uma forma de autoafirmação identitária, protegendo o próprio indivíduo de rotulagens de " doente" ou "incapaz", legitimando a sua permanência no fluxo de trabalho sem necessidade de adaptações formais (Thomas, 2011). Contudo, conforme alerta Thomas (2011), o risco inerente a este mecanismo reside no potencial sacrifício da

integridade física futura em prol da manutenção de uma identidade profissional idealizada no presente. A afirmação de vigor e normalidade funcional surge como uma resposta defensiva indispensável para legitimar o valor do sujeito no coletivo de trabalho:

"Eu também tento mostrar isso, que não me impede de trabalhar e que não é uma doença que me torna incapaz. Faço o meu trabalho exatamente igual aos outros, cumpro os meus turnos e as minhas metas sem pedir facilidades, porque quero que percebam que a diabetes não afeta a minha produtividade nem o meu compromisso com a empresa." [P5] Adicionalmente, a necessidade de interromper as tarefas para gerir a glicemia desencadeia sentimentos de culpa e frustração, tal como experienciado por P7:

"(...) na academia existe um bocado aquela cultura do grind, de mindset, aquela coisa de estar a trabalhar muito sem parar, que não é correto. Se calhar fico chateada comigo própria, às vezes, por ter de parar e concentrar-me em comer, ou dar insulina... "[P7]

O autocuidado no trabalho é frequentemente vivenciado como uma disrupção indesejada no fluxo produtivo, gerando angústia e a perceção de ter de escolher entre a eficácia laboral e o controlo fisiológico (Loerbrocks et al., 2018). O trabalhador encontra-se, assim, perante um impasse: para ser o "trabalhador ideal", precisa de alienar a sua condição de saúde; para manter a saúde, precisa de interromper a identidade de "trabalhador ideal".

Esta tensão identitária projeta-se no futuro, emergindo o receio de que a progressão da diabetes dite um fim prematuro da carreira profissional. A identidade profissional de um trabalhador com diabetes é, assim, atravessada pela antecipação do desenvolvimento de complicações futuras associadas à doença (Thomas, 2011), tal como partilhado nos relatos dos entrevistados:

"Tenho receio de ter de amputar uma perna. Tenho receio de ficar cega. São coisas que nos passam pela cabeça quando pensamos no futuro e nas complicações que a diabetes pode trazer." [P2]

"Entretanto, estou bem no trabalho, mas pode vir a ser um problema. Também, entretanto, vou para a reforma (...), mas se acontecer [complicações]*, vou mais cedo para a reforma. Primeiro a saúde (...), tenho que primeiro estar bem para poder trabalhar bem. Eu acho que as empresas deveriam ajudar estas pessoas. Mas eles não se importam muito, eles querem é que as pessoas trabalhem e se não o fizerem mandam-nas para casa." [P1]*

A par da ameaça de declínio físico, os dados revelam o sofrimento causado pela imprevisibilidade glicémica como ameaça ao controlo sobre o próprio corpo:

"A pessoa de repente vê-se com um problema que não controla. (...) por mais que eu tente controlar a 100%, há uma margem de imprevisibilidade. É uma das coisas que eu acho estranhas... O bem-estar é algo que a pessoa não controla efetivamente." [P6]

A projeção do declínio físico motiva o recurso a estratégias preventivas como a reforma antecipada, demostrando que para P1 a saúde se sobrepõe à identidade de trabalhador. Esta constante antecipação do desgaste origina um ciclo de mal-estar emocional: a ansiedade pelo controlo aumenta a angústia perante oscilações involuntárias, prejudicando o rendimento e alimentando retroativamente o sentimento de culpa.

Este mal-estar não decorre apenas de uma vulnerabilidade individual, mas é intensificado pela ausência de adaptações no local de trabalho; quando as organizações falham em ajustar as condições de trabalho, os trabalhadores enfrentam piores índices de qualidade laboral e uma intensidade de esforço significativamente acrescida (Eurofound, 2019).

4.5 Sistemas de suporte

A articulação entre o indivíduo, a organização e os serviços de saúde é determinante para a sustentabilidade da carreira (Popa et al., 2023). Contudo, os relatos denunciam um profundo desfasamento do modelo médico tradicional face às exigências do trabalho real:

"O médico [da Medicina do Trabalho] *deixou a nota a dizer que não recomendava... disse: 'ui, mas um diabético tipo 1 não deveria fazer turnos'. Como se a gente pudesse escolher o trabalho ideal sem olhar às contas... A doutora* [antiga] *dizia que só podia comer um bocado de carne da palma da minha mão. Mas o meu trabalho não é estar sentado numa secretária, eu andava na construção civil a carregar peso o dia todo! Estava a irritar-me porque dava-me a entender que eu tinha de desistir. A minha doutora atual é espetacular, percebeu a minha vida e ajudou-me com os perfis da bomba." [P3]*

"Nunca abordámos [o trabalho nas consultas] *e não parece que eles tenham preocupações. Qualquer coisa que não seja diretamente relacionada com aquele diagnóstico, não fazem. Eles simplificam muito... dizem: 'Você não está controlado porque não quer. Você tem altas ou tem baixas porque quer.' Parece para eles que é tudo tão automático, que nós não precisávamos ter baixas nem ter altas. Mas eu não preciso que o meu especialista de saúde me*

recrimine... preciso que me arranje estratégias que me ajudem." [P9]

Estes testemunhos expõem a natureza frequentemente descontextualizada da abordagem médica tradicional, que responsabiliza o doente e ignora as limitações do trabalho real. No entanto, a literatura defende que a capacidade de manter o emprego de forma sustentável não depende exclusivamente dos índices glicémicos, mas sim da capacidade do trabalhador para mediar o tratamento e as exigências da sua atividade (Detaille et al., 2006). Estes resultados reforçam a urgência de uma cooperação estreita entre endocrinologistas e médicos do trabalho no desenho de regimes terapêuticos compatíveis com a realidade do posto de trabalho (Iavicoli et al., 2019). Face a estas lacunas, a flexibilidade nas pausas e a sensibilização dos pares revelam-se fundamentais:

"As pausas são muito importantes... às vezes são só dois minutos para comer uma coisa rápida ou ver como estão os valores. (...) Acho que o caminho passa muito pela informação. Se houvesse mais sensibilização sobre o que é a diabetes, as pessoas perceberiam melhor porque é que precisamos dessas pausas." [P2]

Estas adaptações são tão favoráveis ao trabalhador como às organizações, visto que estão associadas a melhores perspetivas de carreira para pessoas com doenças crónicas, reduzindo os níveis de *stress* e a intensidade do trabalho, o que contribui diretamente para a sustentabilidade do emprego (Vargas Llave et al., 2019). Os participantes destacam ainda a utilidade de capacitar os colegas em primeiros socorros, desmistificando o estigma (Markou & Papakonstantinou, 2024):

"Fiz um curso de primeiros socorros... E quando chegámos ali à parte da diabetes, o formador questionou: 'normalmente no grupo há sempre alguém com diabetes ou que tenha algum familiar próximo... aqui temos algum?'. E eu disse: 'eu tenho diabetes tipo 1'. (...) E fui partilhar a minha experiência, mostrar a caneta, mostrar o sensor. Tinha colegas de outros setores a fazer a formação comigo também, e eu notava que as pessoas até, por curiosidade, estavam ali mais interessadas em ouvir quando fui eu a falar do que quando era o bombeiro. É o testemunho real. Olha, acho que uma coisa super importante...umas noções básicas de primeiros socorros (...) E acho que fazia sentido nesse curso incluir como ajudar trabalhadores com diabetes." [P3]

No mesmo sentido de mitigar o isolamento na gestão da doença, P8 propõe a criação de redes internas de apoio interpessoal no ambiente corporativo:

"Haver essa discussão... de sentir que tens uma pessoa para conversar, por exemplo, na própria empresa, se soubesses que existe alguém que também tem diabetes... é uma boa forma de perceber e ajudar-te a ti próprio também." [P8]

A proposta de P8 alinha-se com o *Readiness for Return-to-Work Model*, que defende que a permanência laboral bem-sucedida decorre da interação dinâmica entre o trabalhador, a organização, os profissionais de saúde e o sistema institucional (Popa et al., 2023). Quando há uma harmonia entre estes fatores criam-se as condições propícias à preservação da saúde e qualidade de vida no trabalho, originando benefícios humanos e económicos sustentáveis a longo prazo (Siu et al., 2013; Tunceli et al., 2005).

Além deste tipo de apoios, as narrativas dos participantes salientam a importância da disponibilização de informação nutricional e de alimentos no ambiente laboral:

"Ter uma listinha ao lado com esses valores [de hidratos de carbono nas máquinas de venda automática] ... *Ou ter gomas disponíveis para situações de crise, em locais estratégicos. São pequenas coisas que não custam nada às instituições e que facilitam imenso a vida a quem tem de gerir a diabetes enquanto trabalha." [P7]*

"Quando eu vou almoçar, preciso de saber exatamente qual é a quantidade que vou meter no prato. (...) Se tivesse ali uma tabela, se calhar reduzia o teu esforço mental que já tens de fazer no trabalho, não tens de fazer mais [os cálculos relativos a] *essa refeição." [P8]*

Como reflete P8, a transparência nutricional nos refeitórios, embora pareça um detalhe menor, aliviaria de forma expressiva o esforço mental do autocuidado no trabalho. A literatura confirma que o rigor do autocuidado pode ser comprometido pela imprevisibilidade no local de trabalho, tornando indispensável o fácil acesso à informação nutricional dos alimentos e a açúcares de absorção rápida (Detaille et al., 2006).

Por fim, a ausência de um enquadramento legal e institucional protetor é trazida ao debate por P9, ao relatar um episódio em que viu a sua pontualidade num ato judicial questionada após um episódio de hipoglicemia:

"Pode ser decisivo se tiver uma audiência (...) às 10 horas, e se tiver de sair às 9h30, se tiver uma baixa de diabetes... só consigo sair às 10h ou 10h30, quando chegar lá pode já ter acabado. (...) Como é que eu justifico esta falta? Indo ao médico e ele vai atestar que tive uma baixa de açúcar? (...) Eu já cheguei a um julgamento atrasado e a resposta que o juiz me deu

foi que eu tinha de levar uma declaração do médico. Ou seja, eu não precisei de ir ao médico, só precisei de comer. (...) eu acho que também devia de haver legislação que tivesse em conta as características do diabético (...) Devia haver alguma coisa que dissesse: o diabético tem estas características, se tiver de faltar uma hora ou meia hora... não é a declaração dele, porque o médico não vai atestar se tiver com uma baixa, porque daqui a três quartos de hora [a glicemia] *já está outra vez alta. (...) Se houver uma regra a dizer 'podem alegar isto, porque é uma característica da doença', eu acho que era muito mais fácil de debater." [P9]*

O episódio de P9 ilustra a falta de reconhecimento institucional da diabetes, forçando o trabalhador a recorrer a burocracias médicas para justificar necessidades fisiológicas imediatas. Esta falta de proteção formal fundamenta a reivindicação do participante por diretrizes legislativas claras. A par da componente legislativa, P9 propõe a integração de equipas multidisciplinares de saúde no acompanhamento da doença, incluindo a dimensão psicológica:

"Podia ter um psicólogo... porque nós não temos só que administrar insulina e ter diabetes, temos que viver com isso." [P9]

A proposta de P9 no sentido de incorporar o apoio psicológico sintetiza a ideia central deste capítulo: a gestão da diabetes no trabalho não pode continuar a ser um encargo suportado unicamente na esfera individual do trabalhador, nem ser gerida de forma isolada pelo sistema médico, mas exige uma articulação concertada entre a organização do trabalho, os profissionais de saúde e o enquadramento legislativo.

5. Conclusões

A presente dissertação procurou dar visibilidade à vivência de trabalhadores que conciliam a gestão contínua de uma condição crónica com as exigências do trabalho, uma realidade que abrange um número expressivo de pessoas em idade ativa, mas que continua pouco explorada na literatura. Os resultados evidenciam que a diabetes acrescenta ao quotidiano laboral um esforço adicional, frequentemente invisível para a organização, que o trabalhador gere em paralelo com as suas funções.

A análise dos relatos dos participantes permitiu identificar um conflito transversal entre a lógica da saúde, que pressupõe rotina, pausas e previsibilidade, e a lógica da produção, que privilegia rapidez, continuidade e disponibilidade constante. O trabalhador com diabetes encontra-se permanentemente sujeito a um duplo nível de prescrição conflitual: por um lado,

as normas, metas e cadências impostas pela organização (o prescrito laboral); por outro, as recomendações rigorosas e, por vezes, descontextualizadas do modelo médico (o prescrito clínico). A gestão da doença no quotidiano (o real) obriga, assim, o indivíduo a operar micro-arbitragens constantes e solitárias para tentar conciliar duas lógicas que tendem a ignorar-se mutuamente.

Este conflito assume configurações distintas consoante o contexto de trabalho. No trabalho por turnos, P2 e P3 descreveram a irregularidade horária como um obstáculo ao controlo glicémico, exigindo uma adaptação constante entre a rotina prescrita pela função e a rotina que favorece a doença. No exercício da advocacia, P9 descreveu a estratégia de comer preventivamente antes de reuniões ou audiências e adiar a administração de insulina para evitar sintomas de hipoglicemia num contexto de elevada exigência intelectual e pouca margem para interrupções. O mesmo conflito manifesta-se também na decisão de revelar ou ocultar a doença: enquanto P6 optou por partilhar a sua condição apenas com alguns colegas, considerando-a "um dado muito pessoal", P2 relatou ter sido discriminada num processo de recrutamento após a revelação. O principal contributo desta dissertação reside em demonstrar que os desafios enfrentados por trabalhadores com diabetes não decorrem apenas da doença em si, mas da distância entre a forma como o trabalho está organizado e as necessidades reais de quem o realiza.

Tratando-se de uma investigação de natureza qualitativa, importa explicitar o lugar a partir do qual a investigadora constrói o olhar sobre o objeto de estudo. A condução deste trabalho foi assumidamente atravessada pela minha vivência como pessoa com diabetes tipo 1. Esta dupla condição atuou como um recurso epistemológico central: por um lado, facilitou a empatia e o acesso a dimensões silenciadas do quotidiano laboral; por outro, exigiu uma rigorosa reflexividade para evitar a projeção de experiências pessoais, garantindo que as categorias emergissem exclusivamente da riqueza e singularidade das narrativas dos entrevistados.

Para intervir no conflito entre a lógica da produção e a lógica da preservação da saúde, emergiram do estudo diversas pistas práticas de intervenção direcionadas às organizações, aos serviços de medicina do trabalho e aos decisores políticos. Importa referir que se torna imperativo implementar margens flexibilidade nas pausas de trabalho para permitir a monitorização glicémica, a administração de insulina e a ingestão de alimentos sem necessidade de justificações formais exigentes ou exposição pública, sensibilizando em simultâneo as

chefias intermédias para a necessidade de adaptação temporária de ritmos produtivos perante episódios de hipoglicemia ou descompensação glicémica. Numa perspetiva relacional e estrutural, sugere-se a criação de espaços formais ou informais de partilha entre pares no contexto corporativo, permitindo reduzir a sensação de isolamento na autogestão da doença. Ao nível das infraestruturas, é essencial a disponibilização de informação nutricional clara, nomeadamente a contagem de hidratos de carbono nos refeitórios e cantinas das organizações, assim como o acesso facilitado a opções alimentares saudáveis e a fontes de açúcar de absorção rápida em locais estratégicos para situações de emergência, assegurando paralelamente condições higiénicas adequadas nos postos de trabalho para que o autocuidado e a medicação injetável sejam realizados com segurança e dignidade.

Adicionalmente, sublinha-se a urgência de mobilizar os profissionais de saúde para a importância do trabalho, superando o acompanhamento clínico convencional descontextualizado. Apela-se ao fomento de uma cooperação estreita entre decisores, endocrinologistas e psicólogos do trabalho no desenho de regimes terapêuticos adaptados, apoiados por diretrizes legislativas claras que contemplem as especificidades da doença e evitem penalizações disciplinares decorrentes de episódios clínicos involuntários.

Não obstante os contributos, este trabalho apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na leitura dos resultados. Embora a amostra de nove entrevistados na fase qualitativa tenha permitido alcançar densidade informativa para a compreensão da vivência subjetiva, o seu caráter qualitativo e exploratório não permite conclusões generalistas sobre a população com diabetes em Portugal. Acresce que se verificou uma maior representação de participantes com Diabetes Tipo 1 no estudo qualitativo, cujas exigências de insulinoterapia intensiva colocam desafios específicos que podem diferir dos enfrentados por trabalhadores com Diabetes Tipo 2 geridos maioritariamente por medicação oral.

Em face das limitações identificadas, emergem orientações relevantes para investigações futuras. Sugere-se a realização de estudos focados especificamente em trabalhadores com diabetes que se encontram atualmente desempregados ou em situação de incapacidade laboral precoce, de modo a compreender os fatores determinantes da interrupção ou abandono da vida ativa. Recomenda-se também a condução de pesquisas que auscultem a perspetiva dos empregadores, diretores de Recursos Humanos, Médicos do Trabalho e profissionais de saúde, explorando as suas perceções, conhecimentos e barreiras organizacionais relativamente à implementação de adaptações para trabalhadores com doenças

crónicas. E aos investigadores no domínio da psicologia do trabalho fica o desafio de aprofundar abordagens centradas num trabalho digno e sustentável, repensando os contextos laborais para que integrem a vulnerabilidade humana, garantindo que saúde e identidade profissional deixem de colidir e possam, finalmente, coexistir.

Anexo 1 - Consentimento Informado

Informações sobre o Estudo e Consentimento Informado

Introdução e contexto:

O presente estudo está a ser desenvolvido no âmbito do Mestrado de Psicologia das Organizações, Social e do Trabalho da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP). A investigação é conduzida pela estudante Sofia da Silva Oliveira Santos, sob a orientação da docente Doutora Liliana Cunha.

Objetivos do estudo:

Este estudo tem como objetivo compreender as vivências e os desafios enfrentados por trabalhadores com diabetes no contexto laboral, explorando temas como gestão de uma condição de saúde no trabalho, estigma e discriminação, condições de trabalho como promotoras ou inibidoras da doença, impactos psicossociais e estratégias adaptativas. Espera-se que os resultados contribuam para a compreensão da experiência subjetiva de trabalhadores com doença crónica e informem práticas de inclusão e adaptação no local de trabalho.

Procedimentos:

A participação neste estudo envolve uma entrevista semiestruturada em profundidade, realizada presencialmente ou online, com duração aproximada de 60 a 90 minutos, sobre a sua experiência laboral enquanto trabalhador/a com diabetes.

Ser-lhe-ão pedidos também alguns dados de caracterização sociodemográfica, como idade, género, tipo de diabetes, situação profissional e setor de atividade.

Elegibilidade:

Pode participar qualquer trabalhador/a com diagnóstico de diabetes (tipo 1 ou tipo 2), residente em Portugal, com idade igual ou superior a 18 anos.

Riscos:

Determinados temas abordados podem criar algum desconforto emocional. Caso sinta incómodo, poderá interromper a sua participação a qualquer momento, sem qualquer consequência.

Pagamento ou compensação:

Não será oferecida qualquer tipo de recompensa material pela participação no estudo.

Participação voluntária:

A participação neste estudo é totalmente voluntária. É livre de recusar participar ou de parar de responder a qualquer momento.

Confidencialidade e Proteção de Dados:

Os dados serão armazenados pela investigadora responsável e analisados de forma agregada. Os dados serão armazenados e conservados apenas pelo período necessário para cumprir as finalidades que motivaram a sua recolha e tratamento. Além disso, a investigadora responsável compromete-se a tratar toda a informação de forma confidencial.

Finalidade do tratamento de dados e disseminação dos resultados:

A recolha e o tratamento de dados são realizados, exclusivamente, para fins de investigação científica. Os resultados do estudo poderão ser publicados ou apresentados em aulas ou outras atividades com fins académicos, nos quais serão apenas mencionados os resultados de forma agregada e nunca de forma individual.

Contactos: Para esclarecer qualquer questão acerca deste estudo poderá contactar a investigadora responsável Sofia Santos, através do endereço eletrónico up202104598@up.pt.

Declaração

	Sim	**Não**
Declaro que tenho 18 anos ou mais, li e compreendi as informações acima e aceito participar de livre vontade neste estudo.		
Autorizo a recolha, tratamento e armazenamento dos dados pessoais acima identificados para o fim a que se destinam, e estou de acordo com o método de disseminação dos resultados.		

Local e data: _____

Assinatura do/a participante: _____

Referências Bibliográficas:

Assembleia da República. (2009). Código do Trabalho: Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro. Diário da República, 1.ª série, n.º 30. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/7-2009-602073

Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal. (2023). Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2019, 2020 e 2021 (p. 60) [Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes].

Akgüç, M. (Ed.). (2021). *Continuing at work: Long-term illness, return to work schemes* and the role of industrial relations. European Trade Union Institute.

Chatwin, H., Broadley, M., Valdersdorf Jensen, M., Hendrieckx, C., Carlton, J., Heller, S., Amiel, S., de Galan, B., Hermanns, N., Finke-Groene, K., Speight, J., & Pouwer, F. (2021). "Never again will I be carefree": a qualitative study of the impact of hypoglycemia on quality of life among adults with type 1 diabetes. *BMJ Open Diabetes Research & Care, 9*(1). https://doi.org/10.1136/bmjdrc-2021-002322

Clark, A., Stenholm, S., Pentti, J., Salo, P., Lange, T., Török, E., Xu, T., Fabricius, J., Oksanen, T., Kivimäki, M., Vahtera, J., & Hulvej Rod, N. (2021). Workplace discrimination as risk factor for long-term sickness absence: Longitudinal analyses of onset and changes in workplace adversity. *PLOS ONE*, *16*(8). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255697

Clot, Y. (2006). *A função psicológica do trabalho* (M. C. R. Cunha, Trad., 2.ª ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.

Cook, A. (Sasha), & Zill, A. (2021). Working With Type 1 Diabetes: Investigating the Associations Between Diabetes-Related Distress, Burnout, and Job Satisfaction. *Frontiers in Psychology*, *12,* 697833. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.697833

Dejours, C. (2009). *A loucura do trabalho: O adoecer mental no trabalho.* (6.ª ed.). São Paulo: Editora Cortez.

Dejours, C., Deranty, J.-P., Renault, E., & Smith, N. H. (Eds.). (2018). *The return of work in critical theory: Self, society, politics*. Columbia University Press.

Esteves, C., Dinis, I., Dores, J., Pedro, E., Alves, I. & Do Vale, S. (2024). Epidemiological characterization of diabetes in Portugal 2024: Nationwide trends and public health implication - Report of the National Program for Diabetes. *Endocrinology Insights, 1*(1), 1–7. https://doi.org/10.1159/000542998

Eurofound, Weber, T., Vargas Llave, O., & Vanderleyden, J. (2019). *How to respond to chronic health problems in the workplace?*, Publications Office. https://data.europa.eu/doi/10.2806/400505

Fagherazzi, G. (2023). Technologies will not make diabetes disappear: How to integrate the concept of diabetes distress into care. *Diabetes Epidemiology and Management*, *11*, 100140. https://doi.org/10.1016/j.deman.2023.100140

Governo de Portugal. (2023). *Código do Trabalho* (Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro, com alterações da Lei n.º 13/2023, de 3 de abril), Artigo 24.º. *Diário da República.* https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2009-34546475-46720775

Hanson, L. L., Virtanen, M., Rod, N. H., Steptoe, A., Head, J., Batty, G., Kivimäki, M., & Westerlund, H. (2019). Does inflammation provide a link between psychosocial work characteristics and diabetes? Analysis of the role of interleukin-6 and C-reactive protein in the Whitehall II cohort study. *Brain, Behavior, and Immunity*, *78*, 153–160. https://doi.org/10.1016/j.bbi.2019.01.017

Hino, A., Inoue, A., Mafune, K., Nakagawa, T., Hayashi, T., & Hiro, H. (2016). Changes in the psychosocial work characteristics and insulin resistance among Japanese male workers: A three-year follow-up study. *Journal of Occupational Health*, *58*(6), 543–562. https://doi.org/10.1539/joh.16-0061-OA

Iavicoli, I., Gambelunghe, A., Magrini, A., Mosconi, G., Soleo, L., Vigna, L., Trevisan, R., Bruno, A., Chiambretti, A. M., Scarpitta, A. M., Sciacca, L., & Valentini, U. (2019). Diabetes and work: The need of a close collaboration between diabetologist and occupational physician. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, *29*(3), 220–227. https://doi.org/10.1016/j.numecd.2018.10.012

International Labour Organization. (2007). *World Diabetes Day, November 14: Diabetes in the workplace.* https://www.ilo.org/resource/article/world-diabetes-day-14-november-diabetesworkplace

Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. (2020). *Consenso estratégico nacional para a diabetes tipo 1*. Universidade Católica Editora.

Loerbroks, A., Nguyen, X. Q., Vu-Eickmann, P., Krichbaum, M., Kulzer, B., Icks, A., & Angerer, P. (2018). Psychosocial working conditions and diabetes self-management at work: A qualitative study. *Diabetes Research and Clinical Practice*, *140*, 129–138. https://doi.org/10.1016/j.diabres.2018.03.023

Markou, N., & Papakonstantinou, D. (2024). The Dynamics of Diabetes Disclosure in the Workplace. *Diabetology*, *5*(6), 608–620. https://doi.org/10.3390/diabetology5060044

McMahon, B. T., West, S. L., Mansouri, M., & Belongia, L. (2005). Workplace discrimination and diabetes: The EEOC Americans with Disabilities Act research project. *WORK*, *25*(1), 9-18. https://doi.org/10.3233/WOR-2005-00477

Munir, F., Yarker, J., Haslam, C., Long, H., Leka, S., Griffiths, A., & Cox, S. (2007). Work Factors Related to Psychological and Health-Related Distress Among Employees with Chronic Illnesses. *Journal of Occupational Rehabilitation*, *17*(2), 259–277. https://doi.org/10.1007/s10926-007-9074-3

Nebiker-Pedrotti, P. M., Keller, U., Iselin, H.-U., Ruiz, J., Pärli, K., Caplazi, A., & Puder, J. (2009). Perceived discrimination against diabetics in the workplace and in work-related insurances in Switzerland. *139* (7-8), 103-109

Ruston, A., Smith, A., & Fernando, B. (2013). Diabetes in the workplace - diabetic's perceptions and experiences of managing their disease at work: A qualitative study. *BMC Public Health*, *13*(1), 386. https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-386

Sieverdes, J. C., Treiber, F., Jenkins, C., & Hermayer, K. (2013). Improving Diabetes Management With Mobile Health Technology. *The American Journal of the Medical Sciences*, *345*(4), 289–295. https://doi.org/10.1097/MAJ.0b013e3182896cee

Siu, A. M. H., Hung, A., Lam, A. Y. L., & Cheng, A. (2013). Work limitations, workplace concerns, and job satisfaction of persons with chronic disease. *WORK: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, *45*(1), 107–115. https://doi.org/10.3233/WOR-121550

Thomas, E. A. (2011). Diabetes at Work: A Grounded-Theory Pilot Study. *AAOHN Journal*, *59*(5), 213–220. https://doi.org/10.1177/216507991105900503

Tunceli, K., Bradley, C. J., Nerenz, D., Williams, L. K., Pladevall, M., & Elston Lafata, J. (2005). The Impact of Diabetes on Employment and Work Productivity. *Diabetes Care*, *28*(11), 2662–2667. https://doi.org/10.2337/diacare.28.11.2662

Venugopal, S. (2016). Hyperglycemic memory and its long term effects in diabetes. *Biomedical Research*, *2016*(Special Issue), S354–S361.

Werth, S. (2014). Working with chronic illness: The modes of working. *Labour & Industry: A Journal of the Social and Economic Relations of Work*, *24*(3), 235–248. https://doi.org/10.1080/10301763.2014.961682

Xu, T., Clark, A. J., Pentti, J., Rugulies, R., Lange, T., Vahtera, J., Magnusson Hanson, L. L., Westerlund, H., Kivimäki, M., & Rod, N. H. (2022). Characteristics of Workplace Psychosocial Resources and Risk of Diabetes: A Prospective Cohort Study. *Diabetes Care*, *45*(1), 59–66. https://doi.org/10.2337/dc20-2943