



**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

# **Literacia em Saúde e Autogestão da Diabetes Tipo 2: Programa Educacional para Famílias**

Maria Manuela Cunha Sanches

Agosto, 2025





## **Literacia em Saúde e Autogestão da Diabetes Tipo 2: Programa Educacional para Famílias**

Maria Manuela Cunha Sanches

Estágio de natureza profissional em Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família em contexto de USF/UCSP com Relatório Final

## **Mestrado em Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Familiar**

Trabalho efetuado sob a orientação pedagógica de:

Professora Doutora Cláudia Chaves

Enfermeira Especialista Mestre Carla Figueiredo

Enfermeira Especialista Mestre Paula Martins

Agosto, 2025



*“O cuidado transpessoal busca conectar-se com o espírito ou a alma do outro por meio dos processos de cuidado e cura.”*

— Jean Watson (2005)



## **Agradecimentos**

Esta caminhada representa a soma de muito afeto, encorajamento, entrega e dedicação. É com o coração pleno de gratidão que tento aqui homenagear todos os que, de alguma forma, fizeram parte deste percurso desafiante, exigente, mas profundamente transformador.

Agradeço às minhas tutoras de estágio, Enfermeiras Especialistas e Mestres CF e PM, pelo apoio incansável, pela orientação segura, pelo olhar clínico apurado e pela presença constante, mesmo nos momentos de maior incerteza. A vossa sabedoria, profissionalismo e humanidade foram fundamentais para o desenvolvimento do meu projeto e para o meu crescimento enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária. Cada palavra, cada gesto e cada ensinamento foram verdadeiramente inspiradores.

Um agradecimento muito especial à minha orientadora, Professora Doutora Cláudia Chaves, a quem expressei a mais profunda gratidão, pela presença, pela orientação sempre empática, pela exigência equilibrada, pela clareza nos caminhos a seguir, pela escuta atenta e pelas palavras certas nas horas certas. Obrigada por me ajudar a encontrar a voz da ciência sem perder a voz do coração, obrigada por acreditar e impulsionar o meu crescimento.

Um largo agradecimento às pessoas que participaram e às suas famílias, que generosamente partilharam comigo as suas histórias, dificuldades, conquistas e saberes. A vossa entrega e autenticidade foram a alma deste projeto e deram verdadeiro sentido à construção de um programa educativo que pretende ser mais próximo, realista e humano.

À minha mãe, o meu mais sentido e profundo agradecimento. Pelo amor incondicional, pela paciência nos dias difíceis, pelos conselhos sábios e pelo apoio constante mesmo quando o cansaço ou a dúvida me assombravam. Foste, e és, desde o início, o exemplo de força silenciosa, de dedicação sem limites e de fé inabalável. Cada conquista minha carrega o reflexo do teu esforço, da tua entrega e da tua coragem. Obrigada por seres presença, escuta, colo e estrutura em cada passo em toda a minha jornada.

E de forma muito especial, ao meu companheiro de vida, o meu porto seguro. Obrigada por nunca me deixares desistir, por acreditares em mim mesmo nos dias em que duvidei e me questionei, por estares sempre presente com um abraço, uma palavra certa, ou uma ajuda prática que fez toda a diferença. Este trabalho também é teu. Sem ti, este caminho teria sido mais muito mais difícil e muito menos bonito.

Por fim, a todos e a cada um que, de alguma forma, fez parte desta jornada: O meu mais sincero obrigada!



## RESUMO

**Introdução:** A Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) é uma doença crônica de elevada prevalência, com impacto na qualidade de vida das pessoas e famílias. A literacia em saúde e o suporte familiar são fatores-chave na promoção da autogestão da doença. Este estudo teve como objetivo avaliar o impacto de um programa educativo na literacia em saúde e na autogestão da pessoa com DM2, bem como a influência do suporte familiar na adesão terapêutica e saúde emocional.

**Material e Métodos:** Estudo de natureza mista, com abordagem quantitativa, descritiva, transversal e correlacional, realizado na USF. Participaram 116 pessoas com DM2 e familiares, selecionados em contexto de consulta autónoma de enfermagem. Utilizaram-se questionários sociodemográficos, a escala WHOQOL-Bref e a PAID-5. O programa educativo envolveu sessões teórico-práticas sobre autocuidado, alimentação, atividade física, monitorização e gestão emocional.

**Resultados:** Participantes fisicamente ativos apresentaram melhor qualidade de vida (74,1 vs. 67,9;  $p = 0,005$ ), embora sem diferenças significativas no *distress* emocional. Não se verificaram diferenças relevantes entre géneros ou local de residência. A intervenção evidenciou ganhos na comunicação familiar, adesão ao regime terapêutico e autonomia da pessoa com DM2.

**Conclusão:** O programa educativo mostrou-se eficaz na promoção da literacia em saúde, na autogestão da DM2 e no envolvimento familiar, reforçando a importância de intervenções educativas no âmbito da enfermagem comunitária.

**Palavras-chave:** Diabetes tipo 2; Literacia em Saúde; Autogestão; Enfermagem Comunitária; Educação em Saúde; Família.



## ABSTRACT

**Introduction:** Type 2 Diabetes Mellitus (T2DM) is a highly prevalent chronic disease that significantly impacts the quality of life of individuals and their families. Health literacy and family support are key factors in promoting disease self-management. This study aimed to evaluate the impact of an educational program on health literacy and self-management in people with T2DM, and the influence of family support on treatment adherence and emotional well-being.

**Materials and Methods:** This mixed-methods study employed a quantitative, descriptive, cross-sectional, and correlational approach. It was conducted at USF and involved 116 individuals with T2DM and their family members, recruited during nursing consultations. Data collection included sociodemographic questionnaires, the WHOQOL-Bref, and the PAID-5. The educational program comprised theoretical-practical sessions on self-care, nutrition, physical activity, monitoring, and emotional management.

**Results:** Physically active participants reported higher quality of life (74.1 vs. 67.9;  $p = .005$ ), with no significant differences in emotional distress. No relevant differences were found between genders or place of residence. The intervention demonstrated improvements in family communication, therapeutic adherence, and self-management autonomy.

**Conclusion:** The educational program was effective in promoting health literacy, self-management of T2DM, and active family involvement, highlighting the relevance of structured educational interventions in community nursing.

**Keywords:** Type 2 Diabetes; Health Literacy; Self-Management; Community Nursing; Health Education; Family.



## Sumário

Lista de Siglas .....	17
Introdução.....	19
1- Caracterização do Contexto Clínico.....	23
1.1 Caracterização da prática clínica.....	25
1.2 Caracterização das famílias.....	26
1.3 Questões de Investigação.....	27
2- Literacia em Saúde e Autogestão da Diabetes Tipo 2: Programa Educacional para Famílias”.....	29
2.2 Objetivos da Pesquisa.....	32
2.3 Material e Métodos.....	33
2.4 Caracterização Sociodemográfica dos Participantes.....	34
2.5 Considerações Éticas.....	35
2.6 Recolha de dados.....	36
2.7 Análise e Tratamento de dados.....	38
2.8 Discussão dos resultados.....	59
3- Contributos para o desenvolvimento de competência especializadas.....	63
3.1 Implicações para a Prática.....	65
Conclusão.....	67
Referências Bibliográficas.....	69
Anexos.....	73
Instrumento de Colheita de Dados.....	75
Workshop Guida Prático Celíacos.....	77



**Lista de Tabela**

	<b>Pág.</b>
Tabela 1 - Distribuição do sexo por concelho	38
Tabela 2 – Distribuição da faixa etária por concelho	39
Tabela 3 – Média e Desvio Padrão por Concelho	41
Tabela 4 – Estado Civil (por Sexo e Concelho)	42
Tabela 5 – Escolaridade (por Sexo e Concelho)	44
Tabela 6 – Profissões (Por Sexo e Concelho)	46
Tabela 7 – Situação Laboral (por sexo e Concelho)	48
Tabela 8 – Antecedentes Pessoais (Por sexo e Concelho)	49
Tabela 9 – Complicações da Diabetes Mellitus tipo 2	51
Tabela 10 – Consumo de Tabaco	53
Tabela 11 – Estilo de Vida	54
Tabela 12 – Consistência Interna dos Instrumentos	55
Tabela 13 – Comparação entre Conselhos para qualidade de Vida e Distress relacionado à diabetes	56
Tabela 14 – Comparação por Estilo de Vida	57
Tabela 15 – Comparação por sexo	58



## **Lista de Siglas**

ADA - American Diabetes Association

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

BI-CSP - Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção-Geral da Saúde

DM2 - Diabetes Mellitus tipo 2

ENSF - Enfermagem de Saúde Familiar

HbA1c - Hemoglobina Glicada

IDF - International Diabetes Federation

IMC - Índice de Massa Corporal

OMS / WHO - Organização Mundial da Saúde (World Health Organization)

PA - Perímetro Abdominal

PAID-5 - Problem Areas in Diabetes (escala de 5 itens)

PND - Programa Nacional para a Diabetes

PTGO - Prova de Tolerância à Glicose Oral

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPD - Sociedade Portuguesa de Diabetologia

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidade de Saúde Familiar

ULS - Unidade Local de Saúde

ULSVDL - Unidade Local de Saúde Viseu Dão Lafões

USP - Unidade de Saúde Pública

WHOQOL-Bref - World Health Organization Quality of Life – versão breve



## Introdução

O presente relatório foi elaborado no âmbito do estágio profissional desenvolvido no segundo ano do Mestrado em Enfermagem Comunitária, área de Enfermagem de Saúde Familiar, lecionado pela Escola Superior de Saúde de Viseu, do Instituto Politécnico de Viseu, em colaboração com a Escola Superior de Saúde de Santarém. O estágio decorreu numa Unidade de Saúde Familiar (USF), integrada na Unidade Local de Saúde Viseu Dão Lafões (ULSVDL), entre os dias 16 de setembro de 2024 e 31 de janeiro de 2025, sob a orientação académica da Professora Doutora Cláudia Chaves e com acompanhamento tutorial das Enfermeiras Especialistas e Mestres CF e PM. Com um total de 840 horas, o estágio contemplou diferentes componentes formativas, distribuídas por 360 horas de prática clínica, 40 horas de orientação tutorial, 20 horas dedicadas a seminários, 200 horas para a elaboração do presente relatório final e 220 horas de trabalho autónomo. Esta experiência profissional integrou-se na unidade curricular “Estágio de natureza profissional em Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família em contexto de USF/UCSP com Relatório Final”, tendo como principal objetivo o desenvolvimento de competências avançadas em enfermagem. Este ciclo de estudos visa capacitar os enfermeiros para uma prática especializada e ética, centrada na família, promovendo a integração em equipas multiprofissionais e a intervenção baseada em conhecimento científico e evidência atualizada.

O estágio permitiu o desenvolvimento e consolidação de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, com enfoque na prestação de cuidados sustentados em conhecimento avançado e na construção de uma prática reflexiva, crítica e centrada na pessoa e na família. A relação terapêutica com a família e a sua capacitação para a promoção da saúde e a gestão da doença constituíram elementos estruturantes da intervenção, especialmente em contextos de maior complexidade, como as doenças crónicas.

A diabetes mellitus tipo 2 (DM2), dada a sua elevada prevalência e os impactos multifacetados que provoca, físicos, emocionais, sociais e económicos, constitui um dos principais desafios da saúde pública contemporânea (World Health Organization, 2021; International Diabetes Federation, 2024). A sua gestão exige uma abordagem multidimensional para além do controlo clínico, promovendo a autonomia da pessoa com DM2 e o envolvimento efetivo da família nos processos de autocuidado (Nutbeam, 2008; Pedro et al., 2025).

Neste contexto, a literacia em saúde assume um papel central. Trata-se da capacidade de aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde para tomar

decisões informadas, com impacto direto na adesão terapêutica, no controlo glicémico e na qualidade de vida das pessoas com DM2. O envolvimento da família é igualmente determinante, potenciando comportamentos saudáveis, promovendo suporte emocional e facilitando a continuidade dos cuidados (Albahrani, 2024; Panagiotidis et al., 2025).

Assim, o presente estudo teve como objetivo desenvolver e implementar um programa educativo centrado na família, com o propósito de reforçar a literacia em saúde e promover a autogestão eficaz da DM2, através de uma abordagem participativa e culturalmente sensível. A pesquisa focou-se na construção de estratégias de apoio, baseadas nas necessidades identificadas por pessoas com DM2 e pelos seus familiares, integrando a prática de enfermagem comunitária com os princípios da educação para a saúde.

Importa ainda salientar que este estudo foi submetido aos trâmites éticos e administrativos exigidos. A Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde Viseu Dão Lafões (ULSVDL) emitiu parecer favorável na reunião de 4 de outubro de 2024, após análise da documentação apresentada, incluindo o pedido de apreciação ética, o Termo de Consentimento Informado, o protocolo de colheita de dados e as autorizações para utilização das escalas. Esta deliberação foi registada sob o número de referência 05/04/10/2024. Posteriormente, a autorização institucional foi concedida pelo Conselho de Administração da ULSVDL em 18 de outubro de 2024, conferindo legitimidade científica e ética à investigação.

A obtenção destes pareceres evidencia o compromisso da equipa investigadora — composta por Helena Catarina Santos Figueiredo, Irma da Silva Brito, Cláudia Chaves e Maria Manuela Cunha Sanches — com os princípios éticos e legais da investigação em saúde, bem como com a salvaguarda dos direitos, da dignidade e do bem-estar das pessoas envolvidas.

Este relatório contempla apenas o trabalho desenvolvido na USF, procurando compreender de forma aprofundada os desafios vivenciados pelas famílias na gestão da DM2. Através de um modelo educativo colaborativo, sustentado na partilha de experiências e no diálogo com os profissionais de saúde, procurou-se cocriar soluções educativas ajustadas à realidade local e cultural, promovendo a capacitação das famílias e a melhoria dos resultados em saúde.

Neste enquadramento, o presente relatório organiza-se em três partes principais. Na primeira, é realizada a caracterização da Unidade de Saúde Familiar, enquanto contexto clínico do estágio e campo de desenvolvimento do estudo. A segunda parte é dedicada à descrição do estudo empírico intitulado “*Literacia em Saúde e Autogestão da Diabetes Tipo 2: Programa Educacional para Famílias*”, apresentando as suas diversas fases metodológicas, desde a fundamentação teórica à análise dos dados. Por fim, a terceira parte

integra uma reflexão crítica sobre o percurso formativo, evidenciando as competências específicas adquiridas no domínio da Enfermagem de Saúde Familiar, com destaque para o papel do enfermeiro na promoção da literacia em saúde, na capacitação da família e na gestão partilhada de condições crónicas complexas, como a DM2.



## 1- Caracterização do Contexto Clínico

Este capítulo é dedicado à descrição e análise do contexto onde decorreu a prática clínica, com enfoque na caracterização organizacional, funcional e populacional da USF. A análise desenvolvida baseia-se na consulta do regulamento interno da unidade, do Plano de Ação 2024, e dos dados constantes no Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP), disponibilizado pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS, 2024), bem como na evidência epidemiológica e normativa relevante.

A USF integra o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Dão Lafões e está inserida no sistema de cuidados de saúde primários, desempenhando um papel essencial na prestação de cuidados de proximidade à população. Inaugurada em 1994, esta unidade funciona, desde 2023, como modelo B, e conta atualmente com 11.049 pessoas inscritas. As suas instalações são partilhadas com a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Lafões, com a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), que presta apoio nas áreas de psicologia, fisioterapia, serviço social e saúde oral, bem como com a Unidade de Saúde Pública (USP).

A equipa multidisciplinar da unidade é composta por médicos, médicos internos, enfermeiros, assistentes técnicos e uma nutricionista, sendo responsáveis por assegurar cuidados de saúde integrais, acessíveis e centrados na continuidade dos cuidados. A missão da USF centra-se na prestação de cuidados de elevada qualidade e humanização, promovendo a proximidade com as famílias da região. A sua visão reflete o compromisso com a excelência, a inovação e o trabalho em equipa, sendo reconhecida como um espaço onde a competência técnica se alia à interação comunitária. Os valores expressos reforçam a centralidade da pessoa, a capacidade de resposta eficaz e a valorização de uma cultura de equipa.

A unidade funciona de segunda a sexta-feira, entre as 08h00 e as 20h00, e aos sábados e feriados das 09h00 às 15h00. A equipa reúne semanalmente à sexta-feira, das 13h30 às 14h30, promovendo a articulação entre os diferentes profissionais e a gestão integrada dos cuidados.

A escolha da USF como campo de desenvolvimento deste estudo justifica-se pela especificidade do seu contexto epidemiológico e demográfico. A Região Centro de Portugal apresenta uma das maiores prevalências de DM2, associada a determinantes como o envelhecimento populacional, a obesidade e o sedentarismo (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2019; World Health Organization, 2021). No caso concreto da USF, cerca de 50,24% das pessoas com diagnóstico de DM2 são idosas, com coexistência frequente de outros fatores de risco como hipertensão arterial, excesso de peso e inatividade física

(SNS24, 2023). Este perfil epidemiológico reforça a necessidade de estratégias de intervenção preventiva e educativa que envolvam as famílias como elementos centrais no processo de autocuidado e monitorização da doença.

Adicionalmente, a USF tem vindo a demonstrar um forte compromisso com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, refletido na participação em atividades formativas e em projetos alinhados com as orientações da Direção-Geral da Saúde (DGS, 2020). A implementação de programas direcionados à gestão da diabetes integra-se neste esforço, tornando pertinente a realização de estudos que explorem abordagens inovadoras, como os programas educativos centrados na literacia em saúde e na capacitação das famílias para a autogestão da DM2.

Neste contexto, importa ainda referir que, segundo o Programa Nacional para a Diabetes (PND, 2025), as consultas autónomas de diabetes nos Cuidados de Saúde Primários devem ter tempos, equipamentos, processos e procedimentos definidos por cada Unidade Local de Saúde (ULS) ou outra entidade de saúde, para uma gestão e acompanhamento mais eficiente das pessoas com diabetes, através da coordenação dos elementos da equipa multidisciplinar, tornando mais eficaz a autogestão da doença por parte da população envolvida. Esta orientação reforça a importância de estruturas organizadas e de respostas integradas que valorizem a educação terapêutica e o empoderamento da pessoa com diabetes no seu quotidiano.

Deste modo, a integração do presente projeto educativo no contexto da USF revela-se particularmente pertinente, permitindo uma intervenção ajustada às necessidades reais de uma população com baixos níveis de literacia em saúde e elevada carga de comorbilidade. Estudos recentes reforçam a eficácia de programas educativos com envolvimento familiar na promoção da autogestão e no controlo da DM2 (Albahrani, 2024; Bastos e Mendes, 2021), conferindo sustentação científica à proposta de intervenção desenvolvida neste trabalho.

Assim, a USF configura-se como um cenário privilegiado para a implementação de estratégias de capacitação familiar, dado o seu compromisso com a qualidade dos cuidados, a valorização da literacia em saúde e a sua estrutura de apoio interdisciplinar. A sua seleção como campo de estágio e de investigação contribui para a pertinência e aplicabilidade dos resultados obtidos, com impacto direto na prática da enfermagem comunitária e na melhoria da qualidade de vida das pessoas com DM2 e respetivas famílias.

## 1.1 Caracterização da prática clínica

Como já referido, a USF insere-se num contexto sociodemográfico e epidemiológico que exige respostas integradas e personalizadas na gestão de doenças crónicas, com especial destaque para a DM2. A elevada prevalência desta condição está associada ao envelhecimento populacional, a padrões alimentares desequilibrados, sedentarismo e excesso de peso, fatores largamente presentes na população abrangida por esta unidade (Sociedade Portuguesa de Diabetologia [SPD], 2021; World Health Organization [WHO], 2021).

As famílias acompanhadas apresentam uma ampla diversidade socioeconómica e cultural, o que influencia a capacidade de adesão ao regime terapêutico e à adoção de estilos de vida saudáveis. A literacia em saúde, considerada um determinante crítico na gestão de doenças crónicas, revela-se, em muitos casos, limitada, o que dificulta o processo de autogestão (Sousa, Marques-Vieira, e Severino, 2022). Esta realidade justifica a necessidade de estratégias educativas adaptadas à diversidade dos contextos familiares, em consonância com os princípios da equidade e da personalização dos cuidados (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2025; Panagiotidis et al., 2025).

Em consonância com o novo PND e o Despacho n.º 3390/2025, as consultas autónomas de diabetes nos cuidados de saúde primários devem ser organizadas de forma estruturada e integrada, com definição clara de tempos, recursos e procedimentos, assegurando uma gestão eficaz e coordenada. Esta organização favorece a atuação articulada da equipa multidisciplinar, reforçando o papel da enfermagem de saúde familiar na capacitação dos indivíduos e na continuidade dos cuidados (DGS, 2025).

O projeto educativo aqui apresentado surge como resposta às necessidades identificadas no terreno, propondo o reforço da literacia em saúde e da autonomia familiar na gestão da DM2. A capacitação das famílias é reconhecida como uma ferramenta essencial na promoção de comportamentos protetores e na melhoria dos resultados em saúde (Albahrani, 2024; Panagiotidis et al., 2025).

A operacionalização do projeto envolveu a aplicação de um questionário estruturado com componentes sociodemográficas, clínicas e de estilo de vida, bem como a utilização de dois instrumentos validados: o WHOQOL-Bref, para avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde (WHO, 2021), e o PAID-5, para avaliar o *distress* emocional associado à diabetes (Sousa et al., 2022). A recolha de dados foi realizada durante as consultas autónomas de enfermagem, com acompanhamento individualizado no preenchimento, garantindo a compreensão e a fiabilidade das respostas.

Com base nos dados recolhidos e na análise subsequente, foram identificadas barreiras, oportunidades e propostas de melhoria ajustadas às características da população. A intervenção educativa proposta reforça o compromisso da USF com a inovação e a qualidade dos cuidados, consolidando a importância de programas centrados na pessoa e na família, com impacto direto na qualidade de vida e na gestão da DM2.

## 1.2 Caracterização das famílias

As famílias incluídas neste estudo foram selecionadas por conveniência, a partir das pessoas com diagnóstico de DM2 que realizaram consulta autónoma de enfermagem de diabetes na USF, no período compreendido entre outubro e janeiro de 2025. A escolha deste grupo específico justifica-se pela relevância clínica e social da DM2, bem como pela necessidade de desenvolver intervenções educativas que considerem simultaneamente os aspetos clínicos e as dinâmicas familiares associadas à gestão da doença crónica.

Apesar da seleção ter sido não probabilística, procurou-se assegurar uma participação diversificada em termos de perfis socioeconómicos e culturais, de forma a representar a heterogeneidade da população assistida pela unidade. Esta estratégia permitiu captar diferentes realidades familiares, aumentando a aplicabilidade e utilidade das propostas educativas a implementar.

O contacto com as famílias ocorreu durante as consultas de enfermagem, momento privilegiado para identificar necessidades específicas, avaliar o nível de literacia em saúde e explorar a motivação para mudanças comportamentais. A recolha de dados foi conduzida num ambiente de escuta ativa e empática, respeitando os princípios da confidencialidade e do consentimento informado.

Durante estas interações, foram recolhidas informações relevantes sobre o historial clínico da pessoa com DM2, o seu contexto familiar, os recursos disponíveis e os principais desafios enfrentados na gestão da condição. Este processo permitiu construir um diagnóstico familiar partilhado e colaborativo, essencial para o delineamento de intervenções centradas nas reais necessidades das famílias.

A metodologia adotada teve como princípio orientador a participação ativa das famílias desde o início do processo, promovendo uma abordagem relacional e colaborativa. Ao envolver os membros da família na construção do plano educativo, reforçou-se o sentimento de corresponsabilidade e potenciou-se o compromisso com a implementação de mudanças sustentáveis na gestão da DM2.

### 1.3 Questões de Investigação

Qual é o impacto de um programa educacional centrado na família na literacia em saúde e autogestão da DM2?

Quais são as principais dificuldades e necessidades identificadas pelas pessoas com DM2 e suas famílias no processo de autogestão da doença?

Quais os fatores sociodemográficos e clínicos associados a melhores níveis de qualidade de vida e menor *distress* emocional em pessoas com DM2?

Estas questões foram o ponto de partida para a abordagem de pesquisa-ação participativa em saúde, permitindo envolver pessoas com DM2 e as suas famílias. Esta metodologia favoreceu a construção colaborativa de um programa educativo centrado na família, adaptado às necessidades identificadas e orientar para a promoção da literacia em saúde, da autogestão da doença e da melhoria da qualidade de vida.



## **2- Literacia em Saúde e Autogestão da Diabetes Tipo 2: Programa Educacional para Famílias”**

### **2.1. Justificação estudo**

A DM2 representa uma das doenças crónicas com maior impacto na saúde pública global, associando-se a elevadas taxas de morbilidade, mortalidade e utilização de recursos de saúde (DGS, 2025; WHO, 2023). Em Portugal, estima-se que cerca de 14% da população adulta viva com esta condição, sendo que a maioria apresenta dificuldades na sua autogestão diária (Abreu et al., 2021). A DM2 impõe exigências constantes à pessoa e à família, exigindo mudanças comportamentais complexas e duradouras. Estas exigências, no entanto, não são sustentáveis sem níveis adequados de literacia em saúde e sem apoio estruturado por parte dos profissionais de saúde. A evidência científica mais recente confirma que a promoção da literacia em saúde e a implementação de programas educativos centrados na pessoa e na família são estratégias eficazes para melhorar os resultados em saúde, aumentar a autonomia e reduzir complicações (Sousa et al., 2022; Panagiotidis et al., 2025; Wångdahl et al., 2021).

A literacia em saúde, entendida como a capacidade de aceder, compreender, avaliar e aplicar informação para tomar decisões informadas sobre a saúde, é atualmente reconhecida como um dos principais determinantes da autogestão das doenças crónicas (WHO, 2023). De acordo com o estudo de Sousa et al. (2022), baixos níveis de literacia em saúde em pessoas com DM2 estão fortemente associados a menor adesão terapêutica, controlo glicémico deficitário, maior número de internamentos hospitalares e desconhecimento dos sinais precoces de complicações. Fransen et al. (2022) confirmam estes achados, apontando ainda que a literacia funcional limitada está associada a piores desfechos clínicos em pessoas com DM2. Abreu et al. (2021) demonstraram que intervenções educativas breves, mesmo em contextos de literacia limitada, conseguem melhorar significativamente a perceção da doença, a capacidade de planeamento alimentar e a gestão da terapêutica. Estes resultados estão alinhados com as orientações do Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019–2021, que reforça a importância de intervenções educativas personalizadas, promovidas nos cuidados de saúde primários, para aumentar a capacitação individual e coletiva e reduzir desigualdades em saúde (DGS, 2020). A promoção da literacia em saúde, com ênfase nas condições crónicas como a DM2, é igualmente considerada uma prioridade estratégica no PND, que recomenda a criação de programas educativos centrados na pessoa e na família, adaptados às especificidades culturais e demográficas da população portuguesa (DGS, 2025; Geboers et al., 2023).

No caso da DM2, a autogestão assume uma dimensão central no prognóstico da pessoa. Esta implica um conjunto de práticas que abrangem a monitorização da glicemia, a escolha alimentar, a prática de atividade física, o cumprimento rigoroso da terapêutica e a vigilância permanente de sinais de descompensação ou complicações. Monteiro et al. (2023) reforçam que o sucesso da autogestão depende não só do conhecimento técnico, mas também do suporte emocional e do envolvimento da rede familiar. Neste estudo, os autores verificaram que as pessoas com suporte familiar ativo apresentavam melhor adesão ao tratamento, maior motivação para mudança e menos episódios de descompensação aguda. O estudo multicêntrico de Panagiotidis et al. (2025) confirma esses resultados, evidenciando que pessoas com DM2 que participaram em programas de educação para a saúde apresentaram melhorias significativas nos valores de HbA1c, qualidade de vida e perceção de autoeficácia. Moura et al. (2024) reforçam que programas educativos estruturados, com abordagem prática, aumentam a literacia crítica e melhoram o autocontrolo metabólico.

Adicionalmente, é necessário considerar os fatores de risco modificáveis associados à DM2. A obesidade, avaliada através do Índice de Massa Corporal (IMC) e do perímetro abdominal (PA), constitui um dos principais preditores da doença. A literatura recente mostra que o PA é um preditor mais forte do que o IMC, uma vez que reflete melhor a gordura visceral, cuja acumulação tem impacto direto na resistência à insulina e no metabolismo da glicose (Astuti e Apryanti, 2023). Foi demonstrado que indivíduos com IMC superior a 30 apresentam maior incidência de DM2, sendo o risco ainda mais acentuado quando associado a PA aumentado (German et al., 2020). A combinação de ambos os indicadores, eleva significativamente o risco de desenvolver DM2, sendo recomendada uma avaliação conjunta e sistemática nos cuidados de saúde primários (SNS24, 2025; Fundação Portuguesa de Cardiologia, 2023). O próprio PND 2025 reconhece a obesidade como prioridade de intervenção, destacando a importância da vigilância regular do peso e da composição corporal.

O diagnóstico da DM2 é realizado com base em parâmetros laboratoriais que incluem a glicemia em jejum, a prova de tolerância à glicose oral (PTGO) e a hemoglobina glicada (HbA1c), esta última recomendada pela OMS como método de eleição (DGS, 2011; ADA/EASD/IDF, 2009). Valores de HbA1c iguais ou superiores a 6,5% são indicativos de DM2, sendo esta medida um reflexo dos níveis médios de glicose nos últimos dois a três meses (Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, s.d.). A utilização da HbA1c permite uma monitorização contínua e é considerada um dos pilares da gestão eficaz da doença, como defendido no PND 2025.

Importa ainda sublinhar outros comportamentos de risco associados à progressão da DM2 e às suas complicações, como o tabagismo e o consumo de álcool. De acordo com a OMS (2008; 2019), o consumo de tabaco, especialmente em fumadores moderados a severos, está fortemente relacionado com alterações vasculares e metabólicas, agravando o risco cardiovascular associado à DM2. Também o consumo de álcool em padrões excessivos, definidos pela OMS (2014; 2020) tem sido associado ao descontrolo glicémico, bem como, complicações hepáticas e neurológicas. Estes fatores comportamentais devem ser alvo de avaliação e intervenção nos programas educativos, com abordagem motivacional e acompanhamento sistemático.

Entre as complicações associadas à DM2, o pé diabético constitui uma das mais severas e frequentes. Trata-se de uma consequência da neuropatia periférica e da doença arterial periférica, que, quando não identificadas e tratadas precocemente, podem levar à formação de úlceras, infeções graves e amputações (Silva et al., 2023). Martins et al. (2022) demonstraram que cerca de 25% das pessoas com DM2 desenvolverão úlceras nos pés, sendo que a maioria desses casos está associada à ausência de autocuidados e de vigilância sistemática. O estudo de Carvalho et al. (2022) reforça que a formação sobre cuidados com os pés, ministrada em contexto comunitário, contribui para reduzir em 32% a incidência de lesões ulcerativas em doentes com DM2. Mendes e Cordeiro (2023) confirmam esses dados e sublinham que a educação em autocuidados é a intervenção mais custo-efetiva na prevenção do pé diabético. O próprio PND 2025 dedica um eixo de ação específico à prevenção do pé diabético, recomendando o rastreio anual dos pés em todas as pessoas com DM2, bem como o reforço da educação para a inspeção e cuidados preventivos, sempre que possível com envolvimento da família e da comunidade (DGS, 2025; Rodrigues et al., 2022).

Neste enquadramento, a inclusão da família nos programas educativos sobre DM2 tem-se revelado fundamental. O estudo de Ribeiro et al. (2023), realizado com famílias de participantes com diabetes, concluiu que o envolvimento familiar favorece a consolidação dos comportamentos de saúde e aumenta a eficácia das estratégias de autogestão. Os resultados mostraram ainda que os cuidadores familiares, após formação básica, conseguiram identificar sinais de risco com maior precocidade e apoiar a pessoa com diabetes na adaptação das rotinas de tratamento. Já Monteiro et al. (2023) destacam a importância da dinâmica familiar como fator de suporte emocional, motivacional e organizacional na vida da pessoa com DM2. Bikmoradi et al. (2023) acrescentam que a inclusão ativa da família nos programas de educação em diabetes resulta em melhor literacia funcional, menor carga emocional e maior adesão terapêutica. Estas intervenções, quando realizadas no contexto dos cuidados de

saúde primários, revelam-se de fácil implementação, custo-efetivas e ajustadas à realidade das populações.

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar assume um papel estruturante na concepção, condução e avaliação destes programas educativos. Ferreira e Rocha (2023) sublinham que este profissional possui competências clínicas, educativas e relacionais avançadas, que lhe permitem identificar necessidades individuais e familiares, planejar intervenções adequadas e promover o empoderamento da pessoa e da família. No contexto da DM2, o enfermeiro especialista realiza avaliações regulares dos pés, ensina técnicas de autogestão e autocuidado, adapta o plano educativo às necessidades culturais e cognitivas da pessoa com DM2 e acompanha o processo de mudança ao longo do tempo. O estudo de Abreu et al. (2021) confirma a eficácia da atuação do enfermeiro especialista na melhoria da adesão terapêutica e na redução do número de episódios de descompensação. Medeiros et al. (2023) destacam que a presença contínua do enfermeiro especialista promove o vínculo terapêutico e a continuidade dos cuidados. Além disso, o PND 2025 recomenda uma atuação colaborativa e interprofissional entre médicos, nutricionistas, psicólogos e enfermeiros, de modo a garantir uma abordagem integral e centrada na pessoa e na sua família (DGS, 2025; Silva et al., 2022).

Face ao perfil demográfico e epidemiológico da população abrangida pela USF, marcada por um envelhecimento acentuado, interioridade, baixa literacia funcional e forte ligação familiar, a implementação de um programa educativo estruturado, centrado na família e orientado por enfermeiros especialistas, justificou-se plenamente. Esta intervenção reforça a literacia em saúde, promove a autogestão eficaz da DM2, previne complicações como o pé diabético e contribui para uma prática de enfermagem mais centrada na comunidade, equitativa e baseada na melhor evidência científica.

## 2.2 Objetivos da Pesquisa

Pretende-se que este programa represente uma estratégia de capacitação ativa, com enfoque na promoção do conhecimento crítico sobre a doença, na adoção de comportamentos saudáveis e na prevenção de complicações associadas à DM2. Através de uma abordagem participativa, adaptada às especificidades socioculturais da população local, o estudo visa potenciar a autonomia da pessoa com DM2 e o envolvimento estruturado dos seus familiares no processo global de cuidados.

Para atingir este propósito, a pesquisa procura, de forma específica, identificar os níveis de literacia em saúde dos participantes no início da intervenção, compreender as suas

necessidades formativas no âmbito da autogestão da doença e avaliar o impacto do programa na aquisição de conhecimentos, na percepção de autoeficácia e na modificação de comportamentos de autocuidado. Além disso, pretende-se reforçar o papel da família como elemento facilitador na gestão quotidiana da DM2, promover a corresponsabilização na vigilância de sinais de alerta, e capacitar os participantes para a prevenção ativa de complicações, em particular as relacionadas com o pé diabético.

O programa educativo foi conduzido por enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde familiar, integrando sessões teórico-práticas, momentos de partilha interativa e seguimento regular. Esperou-se que a intervenção contribuísse para a melhoria da literacia funcional e crítica em saúde, para a adesão ao regime terapêutico, e para uma maior integração das famílias na resposta às exigências da doença crónica. Desta forma, a pesquisa reforça o papel dos cuidados de saúde primários na promoção da saúde, na prevenção de complicações evitáveis e na capacitação da pessoa com DM2 e das suas famílias.

### 2.3 Material e Métodos

A pesquisa adotou uma metodologia de investigação mista, integrando abordagens quantitativas e qualitativas de natureza descritiva e analítica, inserida no modelo de Pesquisa-Ação Participativa em Saúde. Esta opção metodológica visa, simultaneamente, compreender a realidade vivida pelas pessoas com DM2 e cocriar soluções educativas eficazes, através do envolvimento ativo dos participantes no planeamento, execução e avaliação da intervenção.

A investigação teve como foco a cocriação e avaliação de um programa educativo centrado na família, com ênfase na promoção da literacia em saúde e na melhoria da autogestão da DM2. O programa incluiu componentes de apoio entre pares, intervenção educativa e reforço do papel do suporte familiar, reconhecendo a influência do contexto sociocultural e emocional na gestão eficaz da doença crónica. As sessões educativas decorreram no contexto das consultas autónomas de diabetes de enfermagem da USF, privilegiando uma abordagem personalizada e próxima da realidade dos participantes.

As intervenções incluíram sessões presenciais de educação para a saúde, com demonstrações práticas (como monitorização da glicemia, elaboração de exemplos de refeições equilibradas e estratégias de integração da atividade física na rotina familiar), momentos interativos de partilha entre pares e familiares, e adaptações personalizadas às dinâmicas familiares de cada participante. Esta abordagem promoveu o empoderamento da

pessoa com DM2 e o fortalecimento das redes de apoio informal, elementos fundamentais na sustentabilidade do autocuidado em contextos reais.

## 2.4 Caracterização Sociodemográfica dos Participantes

A amostra foi composta por 116 indivíduos adultos com diagnóstico confirmado de DM2, acompanhados na USF. A seleção foi realizada de forma voluntária e por conveniência, no decurso das consultas autónoma de diabetes de enfermagem, assegurando o respeito pelos princípios éticos, incluindo a confidencialidade dos dados e o direito à desistência.

Foram incluídos participantes com diagnóstico confirmado de DM2, independentemente do tempo de evolução da doença, e excluídos aqueles com DM1 ou com outras condições clínicas que impedissem a participação ativa, como défices cognitivos graves ou limitações funcionais incapacitantes. Além das pessoas com DM2, foram também envolvidos familiares e cuidadores diretos, como forma de promover uma abordagem centrada na família, reconhecendo o seu papel estruturante no processo de autogestão.

A caracterização sociodemográfica foi realizada através de um questionário estruturado, incluindo variáveis como idade, sexo, estado civil, local de residência, escolaridade, situação laboral, tempo desde o diagnóstico, complicações associadas, hábitos de vida e parâmetros clínicos. Esta caracterização permitiu compreender os fatores que influenciam a adesão ao tratamento, a perceção da doença e a capacidade de implementação de estratégias de autocuidado.

A maioria da amostra era composta por indivíduos idosos com baixa literacia em saúde, condição que evidenciou a necessidade de intervenções educativas acessíveis, com linguagem simples, recursos visuais e exemplos práticos. A análise revelou ainda uma elevada prevalência de fatores de risco modificáveis, como obesidade, sedentarismo e hábitos alimentares inadequados, reforçando a pertinência de um programa educativo estruturado e multidimensional.

Os dados sociodemográficos incluíram a distribuição etária em grupos (jovens adultos, adultos de meia-idade e idosos), o estado civil (solteiro(a), casado(a), separado(a), viúvo(a), união de facto) e a área de residência (concelhos de Vouzela, S. Pedro do Sul, Castro Daire, Vila Nova de Paiva e outros). O nível de escolaridade variou entre a ausência de escolaridade e o ensino superior, e a situação laboral incluía empregados, desempregados, reformados e trabalhadores domésticos.

Relativamente ao histórico clínico, foram registadas as complicações mais comuns da DM2, incluindo retinopatia, nefropatia, neuropatia, doença cardiovascular e pé diabético,

assim como o tempo desde o diagnóstico. A recolha incluiu ainda hábitos tabágicos (classificados segundo critérios da OMS) e de consumo de álcool (avaliados em doses-padrão por tipo de bebida), bem como a prática de atividade física.

Os parâmetros biométricos analisados incluíram o IMC, o PA e a HbA1c. O IMC foi categorizado desde baixo peso a obesidade grave; o PA foi avaliado segundo os limiares definidos pela Fundação Portuguesa de Cardiologia; e a HbA1c foi utilizada como indicador do controlo glicémico, com base nas recomendações da DGS (Norma n.º 002/2011).

A diversidade da amostra foi um elemento-chave, permitindo avaliar como diferentes perfis de pessoas com DM2 e contextos familiares influenciam a autogestão da DM2 e a eficácia das intervenções educativas. O envolvimento ativo dos participantes durante todo o processo contribuiu para uma maior adesão ao programa, maior ligação à equipa de saúde e um conhecimento mais profundo das necessidades reais da comunidade. Este modelo reforça a importância de programas adaptados, participativos e sustentados por profissionais qualificados nos cuidados de saúde primários.

## 2.5 Considerações Éticas

Os procedimentos éticos adotados neste estudo foram fundamentais para salvaguardar a integridade da investigação e assegurar a proteção dos participantes. A investigação respeitou integralmente os princípios éticos internacionalmente consagrados para a pesquisa com seres humanos, nomeadamente os definidos na Declaração de Helsínquia, assegurando que todas as fases da recolha, tratamento e análise de dados fossem conduzidas com respeito pelos direitos, dignidade e bem-estar dos participantes.

A participação no estudo foi inteiramente voluntária, tendo sido garantido a todos os indivíduos o direito de desistirem a qualquer momento, sem prejuízo para a continuidade dos cuidados prestados ou para a relação com a equipa de saúde. Todos os participantes foram informados previamente sobre os objetivos do estudo, os procedimentos envolvidos, os potenciais riscos e benefícios, e a forma como os seus dados seriam tratados.

O anonimato e a confidencialidade foram assegurados de forma rigorosa em todas as etapas da investigação. Os questionários aplicados foram preenchidos de modo confidencial, sem qualquer identificação pessoal direta, e os dados recolhidos foram analisados de forma agregada, impossibilitando a identificação individual. As informações obtidas foram utilizadas exclusivamente para fins académicos e científicos, respeitando os princípios da ética em investigação e garantindo que a divulgação dos resultados fosse feita de forma global e não discriminatória.

A proteção dos dados pessoais foi uma prioridade, em conformidade com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD – Regulamento (UE) 2016/679). Os dados foram armazenados em suportes digitais protegidos por senha, acessíveis apenas à equipa de investigação. Nenhuma informação sensível foi partilhada com terceiros e todas as análises foram conduzidas respeitando elevados padrões de segurança e privacidade.

O projeto foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética da instituição envolvida, tendo cumprido todos os requisitos legais e regulamentares aplicáveis à realização de estudos na área da saúde. Esta aprovação garantiu o alinhamento com os princípios fundamentais da bioética: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

Deste modo, os procedimentos éticos implementados contribuíram para reforçar a credibilidade do estudo, garantindo o respeito pela dignidade humana e a conformidade com as normas nacionais e internacionais de ética em investigação. A metodologia adotada, sustentada por estas salvaguardas éticas, permitiu o desenvolvimento de um programa educativo pertinente, adaptado à realidade da população-alvo.

## 2.6 Recolha de dados

As intervenções realizadas no âmbito deste estudo foram cuidadosamente planeadas e baseadas na literatura atual, utilizando instrumentos validados que garantiram a recolha de dados relevantes e a aplicação de estratégias educativas eficazes. Pretendeu-se, assim, identificar e caracterizar não apenas as variáveis clínicas e sociodemográficas das pessoas com DM2, mas também avaliar dimensões emocionais e a perceção da qualidade de vida, fundamentais para a construção de um programa educativo centrado na família e na literacia em saúde.

Os instrumentos utilizados incluíram: I) Questionário Estruturado Inicial, elaborado para recolher dados sociodemográficos (sexo, idade, estado civil, local de residência, nível de escolaridade, profissão, situação laboral) e clínicos (data do diagnóstico de DM2, antecedentes pessoais relevantes, complicações associadas à diabetes como retinopatia, nefropatia, neuropatia, doença cardiovascular, pé diabético, entre outras). Foram ainda incluídas questões relativas aos hábitos de vida, como o consumo de tabaco e álcool, prática de atividade física, bem como parâmetros biométricos como o valor mais recente da HbA1c, o IMC e o PA. Estes dados permitiram traçar o perfil clínico e sociodemográfico dos participantes e fundamentar a personalização das intervenções educativas; II) o Instrumento WHOQOL-Bref: validado pela Organização Mundial da Saúde, foi utilizado para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde. Este instrumento contempla quatro domínios

principais: saúde física, saúde psicológica, relações sociais e meio ambiente. A aplicação do WHOQOL-Bref permitiu compreender o impacto da diabetes nas várias esferas da vida dos participantes e identificar áreas prioritárias de intervenção para a promoção do bem-estar geral; III) a Escala PAID-5 (*Problem Areas in Diabetes*) utilizada para avaliar o "diabetes distress", ou seja, o impacto emocional da doença na vida das pessoas. Esta escala de cinco itens avalia a frequência com que os participantes experienciam sentimentos de frustração, medo de complicações, dificuldades na adesão ao tratamento e impacto emocional do regime terapêutico. Trata-se de uma ferramenta essencial para a identificação precoce de problemas emocionais que possam comprometer a autogestão da doença.

A utilização combinada destes três instrumentos proporcionou uma análise abrangente do estado de saúde, qualidade de vida e dimensão emocional dos participantes, permitindo orientar intervenções educativas mais eficazes e adaptadas às suas necessidades específicas.

O desenvolvimento do programa educativo teve como objetivo primordial promover a literacia em saúde das famílias, melhorar a compreensão sobre a DM2 e incentivar a adoção de comportamentos promotores de saúde, por isso, a proposta do programa baseou-se na identificação de necessidades específicas das famílias, através da análise dos dados recolhidos, e na definição de estratégias educativas culturalmente sensíveis, acessíveis e personalizadas.

As sessões educativas foram desenvolvidas com base nas boas práticas internacionais e em recomendações atuais sobre a gestão da diabetes, nomeadamente do PND (DGS, 2025), da American Diabetes Association (ADA, 2023) e de estudos recentes sobre programas educativos centrados na família (Panagiotidis et al., 2025; Albahrani, 2024; Bastos e Mendes, 2021). As intervenções incluíram: I) Monitorização da glicemia e interpretação dos valores; II) Planeamento de refeições equilibradas e adequadas ao contexto familiar; III) Estratégias práticas para integrar a atividade física na rotina diária; IV) Técnicas de gestão do stress e desenvolvimento de suporte emocional.

As sessões foram implementadas durante as consultas de enfermagem na USF, o que permitiu garantir acompanhamento próximo, adaptação das informações educativas à realidade individual dos participantes e reforço contínuo das competências de autocuidado. As intervenções centraram-se na corresponsabilização entre pessoa com diabetes bem como a sua família/cuidador, reconhecendo o papel do suporte familiar como facilitador da adesão terapêutica.

A recolha de dados foi confidencial e anónima, garantindo o cumprimento das normas éticas e de proteção de dados pessoais. Os questionários foram aplicados presencialmente

com o apoio da equipa de enfermagem, assegurando a compreensão dos itens por parte dos participantes e promovendo a fiabilidade das respostas.

Desta forma, os instrumentos de avaliação e as estratégias educativas delineadas sustentaram a intervenção proposta, proporcionando dados robustos para a análise do impacto do programa e para a identificação de áreas de melhoria contínua. O próximo capítulo apresenta os resultados obtidos, com base nesta abordagem metodológica e educativa, e discute os seus impactos na literacia em saúde, qualidade de vida e autogestão da DM2.

## 2.7 Análise e Tratamento de dados

A análise de dados constitui uma etapa essencial para compreender as tendências e padrões presentes nos dados recolhidos, permitindo validar ou refutar as hipóteses formuladas no início do estudo. Segundo Field (2018) e Pallant (2020), a utilização de métodos estatísticos apropriados, como o teste do qui-quadrado para variáveis categóricas e o teste t de Student para variáveis contínuas, é fundamental para assegurar a robustez e fiabilidade dos resultados. Adicionalmente, toda a análise deve ser conduzida com rigor ético e metodológico, respeitando os princípios de confidencialidade, imparcialidade e transparência científica (Polit e Beck, 2021).

Na pesquisa, a análise estatística integrou dimensões sociodemográficas, clínicas e comportamentais dos participantes, permitindo construir uma visão abrangente do impacto do programa educativo na autogestão da DM2. Os resultados são apresentados sequencialmente, com base na natureza das variáveis e no objetivo específico de cada análise.

Relativamente à distribuição dos participantes por sexo e concelho de residência, observa-se uma maior representatividade do concelho de Vouzela (n=99), seguido de S. Pedro do Sul (n=17) e outros concelhos (n=3). Em todos os concelhos registou-se uma ligeira predominância do sexo masculino, mais acentuada em Vouzela, onde se identificaram 56 homens e 43 mulheres. No total da amostra, 68 participantes pertencem ao sexo masculino e 51 ao sexo feminino.

A análise da Tabela 1 demonstrou que não existem diferenças estatisticamente significativas na distribuição de género entre os concelhos de residência S. Pedro do Sul e Vouzela. Em S. Pedro do Sul, participaram 15,2% dos homens e 14,0% das mulheres da amostra total; em Vouzela, os valores foram de 84,8% e 86,0%, respetivamente. O teste do qui-quadrado obteve um valor de 0,030, com  $p=0,862$ , evidenciando a ausência de associação significativa entre o concelho de residência e o sexo dos participantes ( $p > 0,05$ ).

Este resultado confirma que a variável “sexo” se distribui de forma homogênea entre os concelhos analisados, o que elimina a possibilidade de enviesamento por género nas comparações futuras. Como referem Field (2018) e Polit e Beck (2021), a homogeneidade de variáveis de controlo, como o sexo, reforça a validade interna do estudo e assegura maior precisão na análise das relações entre variáveis clínicas, comportamentais e educativas. Estes dados, além disso, refletem a estrutura demográfica da população inscrita na USF, realçando a necessidade de que as estratégias educativas sejam ajustadas não só à realidade clínica, mas também às características sociogeográficas e de género da população-alvo.

**Tabela 1 - Distribuição do sexo por concelho**

Concelho		Sexo		Teste qui-quadrado			
		Masculino	Feminino	Total	Valor	df	p
<b>S. Pedro Sul</b>	Contagem	10	7	17	0,030 <sup>a</sup>	1	0,862
	% em Sexo	15,2%	14,0%	14,7%			
<b>Vouzela</b>	Contagem	56	43	99			
	% em Sexo	84,8%	86,0%	85,3%			
<b>Outro</b>	Contagem	2	1	3			
	% em Sexo	3,0%	2,0%	2,6%			
<b>Total</b>	Contagem	66	50	116			
	% em Sexo	100,0%	100,0%	100,0%			

Dando continuidade à análise sociodemográfica da amostra, apresenta-se de seguida a distribuição dos participantes por faixa etária. A Tabela 2 revela que a maioria dos participantes se encontra na faixa etária entre os 60-69 anos (34,2%) e 70 anos ou mais (31,6%), demonstrando o predomínio de pessoas idosas entre as pessoas com DM2 acompanhados na USF. Faixas etárias mais jovens, dos 40-49 anos (4,3%) e 50-59 anos

(15,8%), apresentam uma representação inferior, e os participantes com menos de 40 anos constituem apenas 14,1% da amostra.

Esta distribuição por idades reforça a evidência de que a DM2 é mais prevalente em populações envelhecidas, como já apontado por estudos recentes (WHO, 2023; DGS, 2025). Tal perfil etário implica desafios acrescidos ao nível da literacia em saúde, adesão terapêutica e implementação de mudanças no estilo de vida, justificando a necessidade de estratégias educativas adaptadas ao envelhecimento da população.

A análise da Tabela 2 mostra que não existem diferenças estatisticamente significativas na distribuição por faixas etárias entre os concelhos de S. Pedro do Sul e Vouzela. O valor do teste qui-quadrado foi de 2,945 com um  $p=0,708$ , indicando que a variável “idade” também se encontra homoganeamente distribuída entre os concelhos ( $p > 0,05$ ). Assim, tal como a variável “sexo”, a idade não constitui um fator de confusão entre os grupos geográficos comparados, conferindo maior robustez às análises subsequentes sobre o impacto das variáveis clínicas e comportamentais. A semelhança etária da amostra permite, portanto, afirmar que os programas educativos implementados podem ser analisados com maior validade interna, uma vez que os grupos partilham características demográficas semelhantes. Este dado corrobora a importância de desenvolver estratégias centradas no envelhecimento ativo, nas necessidades dos idosos com DM2 e no papel da família como apoio no processo de autogestão da doença.

**Tabela 2- Distribuição por faixa etária e concelho**

		Teste T					
Sexo		N	Média	Desvio Padrão	t	df	p
Idade	Masculino	66	68,8	13,0	1,026	114	0,307
	Feminino	50	71,1	10,3			
Idade_diag	Masculino	66	10,5	7,9	0,043	14	0,965
	Feminino	50	10,6	6,6			
IMC	Masculino	66	29,6	7,5	0,355	114	0,723
	Feminino	50	30,2	10,3			
HbA1c	Masculino	66	7,1	1,3	1,709	114	0,090
	Feminino	50	6,6	1,4			

Em média, os participantes de S. Pedro do Sul apresentaram uma idade superior ( $73,3 \pm 7,0$  anos) em comparação com Vouzela ( $69,2 \pm 12,5$  anos). O valor  $t=1,959$  e  $p=0,058$  indicam que esta diferença está próxima da significância estatística, embora não atinja o nível convencional de  $p<0,05$ . Isto sugere que pode haver uma tendência para maior idade em S. Pedro do Sul, mas que não é estatisticamente confirmada.

A média de idade ao diagnóstico em S. Pedro do Sul foi de 13,1 anos ( $\pm 10,1$ ), superior à de Vouzela ( $10,1 \pm 6,7$ ). Contudo, o teste  $t=1,165$  e  $p=0,259$  demonstram que esta diferença não é estatisticamente significativa, indicando semelhanças na idade ao diagnóstico nos dois concelhos.

Os participantes de S. Pedro do Sul apresentam, em média, um IMC inferior ( $27,8 \pm 3,6$ ) ao de Vouzela ( $30,2 \pm 9,3$ ). Apesar de parecer haver uma diferença em média, o valor  $t=-1,039$  e  $p=0,301$  confirmam que não existe diferença estatística significativa nesta variável entre os concelhos.

Relativamente à HbA1c, os participantes de S. Pedro do Sul têm uma média de 6,7% ( $\pm 2,1$ ), enquanto os de Vouzela têm uma média de 6,9% ( $\pm 1,2$ ). O teste  $t=-0,478$  e  $p=0,634$  evidencia que não há diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

A análise da Tabela 3 sugere que, em termos gerais, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes de S. Pedro do Sul e Vouzela para as variáveis: idade, idade ao diagnóstico, IMC e HbA1c ( $p>0,05$  em todos os casos). Observa-se, no entanto, uma tendência para maior idade média em S. Pedro do Sul ( $p=0,058$ ), que poderá merecer atenção em estudos futuros.

A compreensão destas variações ou da sua ausência ajuda a fortalecer a comparabilidade entre os grupos e a reforçar a fiabilidade das conclusões retiradas do programa educativo analisado.

Após a análise das variáveis clínicas e demográficas de acordo com os concelhos, é relevante investigar as características sociodemográficas que podem influenciar a gestão da diabetes e a resposta ao programa educativo. Entre essas características, o estado civil dos participantes pode fornecer informações sobre o apoio social disponível e o contexto familiar.

**Tabela 3 - Média e Desvio Padrão por Concelho (Teste T)**

Teste T							
Concelho		N	Média	Desvio Padrão	t	df	p
<b>Idade</b>	S. Pedro Sul	17	73,3	7,0	1,959	36,238	0,058
	Vouzela	99	69,2	12,5			
<b>Idade_diag</b>	S. Pedro Sul	17	13,1	10,1	1,165	18,484	0,259
	Vouzela	99	10,1	6,7			
<b>IMC</b>	S. Pedro Sul	17	27,8	3,6	1,039	114	0,301
	Vouzela	99	30,2	9,3			
<b>HbA1c</b>	S. Pedro Sul	17	6,7	2,1	0,478	114	0,634
	Vouzela	99	6,9	1,2			

A Tabela 4 descreve a distribuição do estado civil na amostra total de 116 participantes, analisada por sexo e concelho.

O estado civil de solteiro foi reportado por 4 homens (6,1%) e 2 mulheres (4,0%), totalizando 6 participantes (5,2%). Em termos geográficos, 11,8% dos participantes de S. Pedro do Sul são solteiros, contrastando com 4,0% de Vouzela, sugerindo uma ligeira maior proporção de solteiros em S. Pedro do Sul.

A maioria dos participantes está casada ou em união de facto: 50 homens (75,8%) e 33 mulheres (66,0%), totalizando 83 participantes (71,6%). A distribuição por concelho revela que em Vouzela 76,8% dos participantes estão casados ou em união de facto, enquanto em S. Pedro do Sul essa proporção desce para 41,2%, evidenciando uma diferença expressiva.

O estado de divorciado ou separado é mais frequente nos homens (9,1%) do que nas mulheres (4,0%), totalizando 8 participantes (6,9%). Geograficamente, 23,5% dos participantes de S. Pedro do Sul estão divorciados ou separados, ao passo que apenas 4,0% dos participantes de Vouzela apresentam essa situação.

As mulheres apresentam uma percentagem mais elevada de viuvez (26,0%) comparativamente aos homens (9,1%), totalizando 19 participantes (16,4%). Em termos geográficos, em S. Pedro do Sul 23,5% dos participantes são viúvos, enquanto em Vouzela esta percentagem é de 15,2%.

A análise do estado civil dos participantes mostra um predomínio de pessoas casadas ou em união de facto, com variações relevantes entre concelhos e sexos: em Vouzela, há maior prevalência de casados/união de facto; em S. Pedro do Sul, destaca-se uma proporção maior de divorciados e viúvos. Estas diferenças podem refletir características socioeconómicas e de apoio social distintas entre os concelhos, aspetos que poderão influenciar a adesão e o sucesso do programa educativo para a DM2.

**Tabela 4 Estado Civil (por Sexo e Concelho)**

			Sexo		Concelho		
<b>Estado civil</b>			Masculino	Feminino	S. Pedro Sul	Vouzela	Total
EstCivil	<b>Solteiro</b>	Contagem	4	2	2	4	6
		% em Sexo	6,1%	4,0%	11,8%	4,0%	5,2%
	<b>Casado / União</b>	Contagem	50	33	7	76	83
		% em Sexo	75,8%	66,0%	41,2%	76,8%	71,6%
	<b>Divorciado / Separado</b>	Contagem	6	2	4	4	8
		% em Sexo	9,1%	4,0%	23,5%	4,0%	6,9%
	<b>Viúvo</b>	Contagem	6	13	4	15	19
		% em Sexo	9,1%	26,0%	23,5%	15,2%	16,4%
Total		Contagem	66	50	17	99	116
		% em Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Após caracterizar o estado civil dos participantes, torna-se relevante examinar o seu nível de escolaridade. Este fator pode influenciar diretamente o conhecimento sobre a diabetes, a compreensão das orientações médicas e a adesão ao tratamento (Pellmar et

al., 2001). A Tabela 5 apresenta a distribuição dos níveis de escolaridade dos participantes, desagregada por sexo e concelho, ilustrando a diversidade dos níveis de escolaridade entre os 116 participantes.

Apenas um participante (0,9% da amostra) referiu não saber ler nem escrever, sendo um homem residente em Vouzela. Outros 13 participantes (11,2%) afirmaram saber apenas ler e escrever, com maior proporção entre as mulheres (16,0%) do que entre os homens (7,6%). A maioria dos participantes concluiu entre o 1º e o 4º ano de escolaridade, representando 44,0% da amostra. Este grupo está quase igualmente representado entre homens (43,9%) e mulheres (44,0%), com maior presença em Vouzela (47,5%) em comparação com S. Pedro do Sul (23,5%). O nível de escolaridade entre o 5º e o 6º ano corresponde a 19,0% da amostra, com distribuição semelhante entre sexos e concelhos, no entanto, o nível de escolaridade entre o 7º e o 9º ano foi relatado por 10 participantes (8,6%), com maior proporção entre homens (12,1%) e em S. Pedro do Sul (17,6%). Cerca de 11,2% dos participantes têm o Ensino Secundário completo, com uma ligeira maior representação em S. Pedro do Sul (23,5%). Cursos técnicos profissionais são referidos por apenas 4 participantes (3,4%), enquanto o grau de bacharelato ou licenciatura foi concluído por 2 homens (3,0%).

Esta análise evidencia que a maioria da amostra possui um nível de escolaridade até ao 4º ano, refletindo possivelmente um perfil populacional mais envelhecido e com menos anos de escolaridade formal. A maior escolaridade em S. Pedro do Sul (23,5% de Ensino Secundário) pode indicar um acesso ligeiramente mais alargado à educação formal neste concelho. Estes resultados têm implicações diretas para a adaptação de estratégias educativas: o programa de literacia em saúde deve ser estruturado com linguagem acessível, respeitando as limitações de literacia funcional da população.

**Tabela 5 - Escolaridade (por Sexo e Concelho)**

		Sexo		Concelho		Total	
		Masculino	Feminino	S. Pedro Sul	Vouzela		
<b>Escolaridade</b>	Não sabe nem escrever	Contagem	1	-	-	1	1
		% em Sexo	1,5%	0,0%	0,0%	1,0%	0,9%
	Sabe ler e escrever	Contagem	5	8	2	11	13
		% em Sexo	7,6%	16,0%	11,8%	11,1%	11,2%
	1º - 4º ano	Contagem	29	22	4	47	51
		% em Sexo	43,9%	44,0%	23,5%	47,5%	44,0%
	5º - 6º ano	Contagem	12	10	3	19	22
		% em Sexo	18,2%	20,0%	17,6%	19,2%	19,0%
	7º - 9º ano	Contagem	8	2	3	7	10
		% em Sexo	12,1%	4,0%	17,6%	7,1%	8,6%
	Ensino Secundário	Contagem	8	5	4	9	13
		% em Sexo	12,1%	10,0%	23,5%	9,1%	11,2%
	Curso Técnico Profissional	Contagem	1	3	1	3	4
		% em Sexo	1,5%	6,0%	5,9%	3,0%	3,4%
	Bacharelato / Licenciatura	Contagem	2	-	-	2	2
		% em Sexo	3,0%	0,0%	0,0%	2,0%	1,7%
<b>Total</b>		Contagem	66	50	17	99	116
		% em Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Após abordar os níveis de escolaridade, a Tabela 6 apresenta a distribuição das profissões dos participantes por sexo e concelho, evidenciando a diversidade profissional dos participantes.

As categorias mais representadas são os “Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e vendedores” (22,4% do total) e os “Agricultores e trabalhadores qualificados” (20,7%). Destaca-se também a presença relevante de “Trabalhadores qualificados da indústria” (16,4%) e “Operadores de instalações e máquinas” (12,9%). As profissões como “Agricultores e trabalhadores qualificados” têm proporções idênticas entre homens (18,2%) e mulheres (24,0%). Profissões não qualificadas são mais frequentes em Vouzela (17,2%), o que pode sugerir um perfil ocupacional mais concentrado em atividades de menor complexidade técnica.

As mulheres têm maior representação em profissões não qualificadas (32,0% das mulheres contra 3,0% dos homens), além de se destacarem no trabalho administrativo (8,0% das mulheres), por outro lado os homens estão mais presentes como “Trabalhadores qualificados da indústria” (25,8%) e “Operadores de instalações e máquinas” (18,2%),

No Concelho de S. Pedro do Sul destaca-se por ter maior número de trabalhadores dos serviços pessoais (47,1% contra 18,2% em Vouzela). A maioria dos agricultores e trabalhadores qualificados reside em Vouzela (24,2% da população).

Estes dados demonstram uma realidade ocupacional diversificada, mas com claras diferenças de género e localização geográfica. O elevado número de trabalhadores dos serviços pessoais e agricultores em Vouzela pode refletir uma economia local ainda assente em setores tradicionais e serviços de proximidade. Estes fatores são importantes para delinear programas educativos mais personalizados, considerando as limitações ou oportunidades associadas a cada perfil profissional.

Tabela 6 - Profissões (por Sexo e Concelho)

		Sexo		Concelho		Total
		Masculino	Feminino	S. Pedro Sul	Vouzela	
Profissões das Forças Armadas	Contagem	1	-	1	-	1
	% em Sexo	1,5%	0,0%	5,9%	0,0%	0,9%
Representantes do poder legislativo e de órgãos	Contagem	3	-	-	3	3
	% em Sexo	4,5%	0,0%	0,0%	3,0%	2,6%
Especialistas das atividades intelectuais/científicas	Contagem	1	1	-	2	2
	% em Sexo	1,5%	2,0%	0,0%	2,0%	1,7%
Técnicos e profissões de nível intermédio	Contagem	2	1	-	3	3
	% em Sexo	3,0%	2,0%	0,0%	3,0%	2,6%
Pessoal administrativo	Contagem	1	4	3	2	5
	% em Sexo	1,5%	8,0%	17,6%	2,0%	4,3%
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e vendedores	Contagem	15	11	8	18	26
	% em Sexo	22,7%	22,0%	47,1%	18,2%	22,4%
Agricultores e trabalhadores qualificados	Contagem	12	12	-	24	24
	% em Sexo	18,2%	24,0%	0,0%	4,2% <sup>2</sup>	20,7%
Trabalhadores qualificados da indústria	Contagem	17	2	4	15	19
	% em Sexo	25,8%	4,0%	23,5%	15,2%	16,4%
	Contagem	12	3	-	15	15
Operadores de instalações e máquinas	% em Sexo	18,2%	6,0%	0,0%	15,2%	12,9%
Trabalhadores não qualificados	Contagem	2	16	1	17	18
	% em Sexo	3,0%	32,0%	5,9%	17,2%	15,5%
Total	Contagem	66	50	17	99	116
	% em Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Após identificar as profissões mais comuns entre os participantes, importa perceber como está organizada a sua situação laboral. Esta variável está relacionada não só com os rendimentos e o acesso a cuidados de saúde, mas também com a autonomia para gerir a doença (Marmot et al., 2008).

A Tabela 7 mostra como a situação laboral dos participantes se distribui segundo o sexo e o concelho, o que fornece uma visão importante sobre a estrutura social e as possíveis vulnerabilidades dos grupos.

A categoria mais prevalente é a de “Aposentado por idade”, representando 45,7% da amostra total, segue-se o grupo dos empregados, que corresponde a 27,6% do total.

Em S. Pedro Sul, há maior proporção de aposentados por invalidez (35,3%), o que pode refletir contextos laborais mais exigentes ou menos favoráveis à saúde, por outro lado, Vouzela tem uma maior proporção de trabalhadores ativos (30,3%), sugerindo uma base laboral mais jovem ou mais oportunidades de emprego.

Entre os homens, a maioria está aposentada por idade (48,5%), seguida dos que ainda trabalham (30,3%). Entre as mulheres, destaca-se o grupo das aposentadas por idade (42,0%), mas também a existência de 8,0% que se identificam como “domésticas”, sublinhando as diferenças de género no tipo de atividade. O grupo de aposentados por invalidez é ligeiramente superior entre as mulheres (20,0%) comparado com os homens (18,2%).

Estes dados confirmam a predominância de pessoas reformadas na amostra, um aspeto que deve ser considerado na abordagem educativa e na adaptação dos programas às capacidades e ao estilo de vida das pessoas aposentadas. Além disso, as diferenças de género e entre concelhos podem ajudar a identificar barreiras ou facilitadores adicionais ao sucesso de intervenções de saúde.

**Tabela 7 - Situação Laboral (por Sexo e Concelho)**

			Sexo		Concelho		Total
			Masculino	Feminino	S. Pedro Sul	Vouzela	
<b>SitLaboral</b>	Empregado	Contagem	20	12	2	30	32
		% em Sexo	30,3%	24,0%	11,8%	30,3%	27,6%
	Desempregado	Contagem	2	3	1	4	5
		% em Sexo	3,0%	6,0%	5,9%	4,0%	4,3%
	Aposentado idade	Contagem	32	21	8	45	53
		% em Sexo	48,5%	42,0%	47,1%	45,5%	45,7%
	Aposentado invalidez	Contagem	12	10	6	16	22
		% em Sexo	18,2%	20,0%	35,3%	16,2%	19,0%
	Doméstica	Contagem	-	4	-	4	4
		% em Sexo	0,0%	8,0%	0,0%	4,0%	3,4%
<b>Total</b>		Contagem	66	50	17	99	116
		% em Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Após identificar a situação laboral dos participantes, importa agora perceber o perfil clínico de saúde pré-existente, pois os antecedentes pessoais são fatores determinantes para o risco cardiovascular e para a gestão da DM2 (WHO, 2023).

A Tabela 8 apresenta a distribuição dos principais antecedentes pessoais de saúde, permitindo identificar a vulnerabilidade cardiovascular e metabólica da amostra.

A HTA é a condição mais frequente, afetando 39,7% da amostra, no entanto a combinação HTA com hipercolesterolemia (44,0%) destaca-se como fator de risco cumulativo.

No sexo masculino a HTA é ligeiramente mais prevalente (40,9%) do que entre as mulheres (38,0%), esta associação de HTA com hipercolesterolemia é mais frequente entre as mulheres (50,0%) do que nos homens (39,4%), indicando um perfil de risco cardiovascular potencialmente mais elevado nas mulheres.

Em S. Pedro Sul, a prevalência de HTA isolada (23,5%) é inferior à de Vouzela (42,4%), mas destaca-se a elevada proporção de combinação HTA + hipercolesterolemia em S. Pedro Sul (64,7%), sugerindo um perfil de risco cardiovascular particularmente elevado neste concelho. O número de participantes sem qualquer antecedente de HTA ou hipercolesterolemia é baixo em ambos os concelhos, especialmente em Vouzela (apenas 7,1%), sublinhando a necessidade de monitorização contínua.

Estes resultados evidenciam que grande parte dos participantes apresenta fatores de risco cardiovascular, o que reforça a importância de programas de prevenção e controlo da diabetes que integrem a gestão da HTA e da hipercolesterolemia. O perfil de risco diferenciado entre concelhos e sexos deve ser tido em conta na elaboração de estratégias de saúde mais personalizadas.

**Tabela 8 - Antecedentes Pessoais (por Sexo e Concelho)**

			Sexo		Concelho		
			Masculino	Feminino	S. Pedro Sul	Vouzela	Total
<b>Anteced/ Pessoais</b>	HTA	Contagem	27	19	4	42	46
		% em Concelho	40,9%	38,0%	23,5%	42,4%	39,7%
	Hipercolesterolemia	Contagem	7	4	1	10	11
		% em Concelho	10,6%	8,0%	5,9%	10,1%	9,5%
	HTA/ Hipercolesterolemia	Contagem	26	25	11	40	51
		% em Concelho	39,4%	50,0%	64,7%	40,4%	44,0%
	Nenhum	Contagem	6	2	1	7	8
		% em Concelho	9,1%	4,0%	5,9%	7,1%	6,9%
	<b>Total</b>	Contagem	66	50	17	99	116
		% em Concelho	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Após identificar os antecedentes pessoais relevantes, é fundamental compreender como essas condições se relacionam com as complicações decorrentes da DM2. A Tabela 9 apresenta a distribuição das complicações mais prevalentes entre os participantes, por sexo e por concelho, e revela a prevalência das principais complicações associadas à DM2, destacando diferenças entre sexo e concelho que podem influenciar a gestão clínica.

As complicações mais frequentes são: I) doença coronária/enfarte agudo do miocárdio (EAM) (23,3%), II), doença vascular cerebral (AVC/AIT) (12,9%), III) Nefropatia/insuficiência renal crónica (IRC) (6,0%), IV) Retinopatia diabética (3,4%) e 42,2% dos participantes não apresentam complicações, o que reflete uma proporção considerável de controlo glicémico eficaz.

Nas diferenças das complicações por sexo os homens apresentam maior prevalência de doença coronária/EAM (25,8% vs. 20,0%) e de doença vascular periférica (3,0% vs. 2,0%). Por outro lado, as mulheres têm uma maior incidência de retinopatia diabética (6,0% vs. 1,5%) e neuropatia periférica (4,0% vs. 3,0%)

Nas diferenças por concelho em Vouzela a maior prevalência de complicações verifica-se na doença coronária/EAM (26,3%) e de retinopatia diabética (4,0%). Já no conselho de S. Pedro Sul a maioria da percentagem de participantes sem complicações (64,7%), sugerindo um perfil de menor gravidade. Complicações combinadas, como doença coronária/EAM e doença vascular cerebral (5,9%) são raras, mas existentes.

Estes dados reforçam a necessidade de abordagens diferenciadas e individualizadas na gestão da DM2. As diferenças entre sexos e concelhos, ainda que não extremas, apontam para fatores ambientais e de estilo de vida que podem impactar a saúde cardiovascular e metabólica. Além disso, a elevada proporção de participantes sem complicações sugere um impacto positivo potencial de programas de educação para a saúde e controlo da diabetes.

**Tabela 9 - Complicações da Diabetes Mellitus Tipo 2**

		Sexo		Concelho		Total	
		Masculino	Feminino	S. Pedro Sul	Vouzela		
<b>ComplicDIAB</b>	Dca Vascular Cerebral	Contagem	9	6	2	13	15
		% em Sexo	13,6%	12,0%	11,8%	13,1%	12,9%
	Retinopatia diabética	Contagem	1	3	-	4	4
		% em Sexo	1,5%	6,0%	0,0%	4,0%	3,4%
	Dca Coronária/EAM	Contagem	17	10	1	26	27
		% em Sexo	25,8%	20,0%	5,9%	26,3%	23,3%
	Nefropatia/IRC	Contagem	4	3	1	6	7
		% em Sexo	6,1%	6,0%	5,9%	6,1%	6,0%
	Neuropatia periférica	Contagem	2	2	-	4	4
		% em Sexo	3,0%	4,0%	0,0%	4,0%	3,4%
	Dca Vascular periférica	Contagem	2	1	1	2	3
		% em Sexo	3,0%	2,0%	5,9%	2,0%	2,6%
	Nenhuma	Contagem	27	22	11	38	49
		% em Sexo	40,9%	44,0%	64,7%	38,4%	42,2%
	Dca vascular cerebral e Dca Coronária/EAM	Contagem	2	-	1	1	2
		% em Sexo	3,0%	0,0%	5,9%	1,0%	1,7%
	Retinopatia diabética e Dca coronária/EAM	Contagem	1	3	-	4	4
		% em Sexo	1,5%	6,0%	0,0%	4,0%	3,4%
		Contagem	1	-	-	1	1
	Dca Vascular Cerebral	% em Sexo	1,5%	0,0%	0,0%	1,0%	0,9%
	- Dca coronária/EAM e Pé diabético						
<b>Total</b>		Contagem	66	50	17	99	116
		% em Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Dando continuidade à análise das condições clínicas e hábitos de vida, a Tabela 10 apresenta a distribuição dos participantes de acordo com o grau de consumo de tabaco, detalhando por sexo e concelho.

O grupo de fumadores leves representa a esmagadora maioria (96,6%) da amostra, indicando que, apesar de existirem fumadores, o consumo tende a ser de baixo, já os fumadores moderados e aqueles com consumo severo e muito severo são muito menos comuns, cada grupo representando menos de 2% da amostra.

Tanto em homens como em mulheres, predomina o consumo leve (93,9% e 100%, respetivamente). Apenas homens aparecem nas categorias moderado, severo e muito severo (3,0% e 1,5%, respetivamente), sugerindo um padrão de consumo mais intenso no sexo masculino.

A distribuição por concelho mostra um predomínio absoluto do consumo leve em ambos (94,1% em S. Pedro Sul e 97,0% em Vouzela). No consumo moderado e severo são igualmente distribuídos entre os concelhos.

Os resultados mostram que o hábito de fumar, embora presente, é de baixo consumo para a maioria dos participantes. O facto de haver apenas casos isolados de consumo severo ou muito severo, sobretudo em homens, reforça a importância de estratégias preventivas direcionadas para este subgrupo. Além disso, a ausência de consumo intenso em mulheres pode estar relacionada com diferenças culturais e comportamentais, oferecendo uma oportunidade para intervenções personalizadas no controlo de fatores de risco.

**Tabela 10 - Consumo de Tabaco**

			Sexo		Concelho		Total
			Masculino	Feminino	S. Pedro Sul	Vouzela	
<b>Tabaco_REF</b>	Fumador leve	Contagem	62	50	16	96	112
		% Concelho	93,9%	100,0%	94,1%	97,0%	96,6%
	Moderado	Contagem	2	-	1	1	2
		% Concelho	3,0%	0,0%	5,9%	1,0%	1,7%
	Severo	Contagem	1	-	-	1	1
		% Concelho	1,5%	0,0%	0,0%	1,0%	0,9%
	Muito severo	Contagem	1	-	-	1	1
		% Concelho	1,5%	0,0%	0,0%	1,0%	0,9%
<b>Total</b>		Contagem	66	50	17	99	116
		% Concelho	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	00,0%

Na Tabela 11 podemos observar o estilo de vida dos participantes, (ativo vs. sedentário) em relação ao sexo, concelho e indicadores clínicos como IMC e HbA1c. Esta análise permite avaliar de que forma a prática de atividade física se associa a variáveis relevantes para a gestão da DM2.

Dos 116 participantes, a maioria (65,5%) é sedentária, enquanto 34,5% são fisicamente ativos. Essa tendência para o sedentarismo é consistente entre sexos (65,2% homens vs. 66,0% mulheres) e entre concelhos (58,8% em S. Pedro Sul vs. 66,7% em Vouzela).

Verificando-se um padrão claro de associação entre estilo de vida e IMC: 78,9% dos indivíduos com peso normal são sedentários, enquanto apenas 21,1% são ativos, com excesso de peso, 60,0% são sedentários e 40,0% são ativos. Nos obesos, 66,7% são sedentários e 33,3% ativos.

Embora estas diferenças não tenham alcançado significância estatística ( $p=0,319$ ), sugerem uma tendência de maior atividade física nos indivíduos com menor IMC.

Em termos de controlo glicémico (HbA1c), observa-se que 70,8% dos diabéticos são sedentários e 29,2% são ativos, já nos pré-diabéticos, a percentagem de sedentários cai

para 61,1% e nos indivíduos com glicemia normal, apenas 53,3% são sedentários. Esta tendência sugere que o estilo de vida ativo está associado a um melhor controle glicêmico, embora as diferenças também não sejam estatisticamente significativas ( $p=0,352$ ).

Os resultados reforçam que, embora as diferenças não tenham sido estatisticamente significativas, existe uma tendência para indivíduos com melhor estado metabólico (IMC normal e HbA1c controlada) apresentarem maior nível de atividade física.

**Tabela 11 - Estilos de Vida**

			Sexo		Concelho				
			Masculino	Feminino	S. Pedro Sul	Vouzela	Total		
<b>EstiloVida</b>	Sedentário	Contagem	43	33	10	66	76		
		% em Concelho	65,2%	66,0%	58,8%	66,7%	65,5%		
	Ativo	Contagem	23	17	7	33	40		
		% em Concelho	34,8%	34,0%	41,2%	33,3%	34,5%		
<b>Total</b>	Contagem		66	50	17	99	116		
	% em Concelho		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		
			Valor	df	p	Valor	df	p	
			,009a	1	0,924	0,395	1	0,530	
			IMC_REF			HbA1c_REF		Total	
			Peso normal	Excesso de peso	Obesidade	Normal	Pré-Diabetes	Diabetes	
<b>EstiloVida</b>	Sedentário	Contagem	15	33	28	8	22	46	76
		% em IMC_REF	78,9%	60,0%	66,7%	53,3%	61,1%	70,8%	65,5%
	Ativo	Contagem	4	22	14	7	14	19	40
		% em IMC_REF	21,1%	40,0%	33,3%	46,7%	38,9%	29,2%	34,5%
<b>Total</b>	Contagem		19	55	42	15	36	65	116
	% em IMC_REF		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
<b>Teste qui-quadrado</b>			Valor	df	p	Valor	df	p	
			2,283a	2	0,319	2,089a	2	0,352	

A Tabela 12 apresenta os valores de Alfa de Cronbach para dois instrumentos utilizados no estudo: o WHOQOL-Bref e o PAID-5. O WHOQOL-Bref, que avalia a qualidade de vida dos participantes em diversas dimensões, obteve um Alfa de Cronbach de 0,947 para um total de 26 itens, valor que demonstra uma excelente consistência interna. Este resultado indica que os itens desta escala estão altamente correlacionados entre si, o que reforça a fiabilidade das respostas fornecidas pelos participantes. De modo semelhante, o PAID-5, que avalia o impacto emocional da diabetes (*distress* relacionado à doença), alcançou um Alfa de Cronbach de 0,927 para os seus 5 itens, também indicando uma consistência interna de elevado nível. Estes valores estão de acordo com a literatura, onde um Alfa de Cronbach superior a 0,9 é considerado muito bom (Field, 2018; Polit e Beck, 2021), garantindo que os dados recolhidos são robustos e confiáveis. Assim, a elevada fiabilidade dos instrumentos utilizados oferece uma base sólida para as análises subsequentes, nomeadamente a comparação entre as médias de qualidade de vida e *distress* em função de variáveis como o concelho, o sexo e o estilo de vida dos participantes. Estes resultados também asseguram que as diferenças eventualmente encontradas nessas comparações refletem diferenças reais entre os grupos analisados, e não inconsistências ou erros nos instrumentos de recolha de dados.

**Tabela 12 - Consistência Interna dos Instrumentos**

WHOQOL-Bref	Alfa de Cronbach	Nº de itens
	0,947	26
PAID5	Alfa de Cronbach	N de itens
	0,927	5

Dada esta elevada fiabilidade, as comparações de médias e desvios padrão entre diferentes grupos podem ser realizadas com maior confiança. Assim, a próxima etapa de análise incide sobre as médias dos escores de qualidade de vida e do *distress* relacionado à diabetes nos concelhos de S. Pedro do Sul e Vouzela, apresentadas na Tabela 13.

A análise dos dados revela que, relativamente à qualidade de vida medida pelo WHOQOL-Bref, a média dos participantes de S. Pedro do Sul foi de 73,5, com um desvio padrão de 12,1. Já os participantes de Vouzela apresentaram uma média ligeiramente inferior, de 69,4, e um desvio padrão de 11,3. O teste t realizado para comparar estas médias

resultou num valor de 1,351 e um p de 0,179. Este valor de p, por ser superior ao nível de significância de 0,05, indica que a diferença observada entre os dois concelhos não é estatisticamente significativa. Embora se observe uma ligeira tendência para melhores escores de qualidade de vida em S. Pedro do Sul, a diferença não é suficientemente robusta para se considerar que existe um efeito real relacionado ao concelho.

No que diz respeito ao *distress* relacionado à diabetes, os participantes de S. Pedro do Sul apresentaram uma média de 11,1 com um desvio padrão de 5,7, enquanto em Vouzela a média foi de 10,3 e o desvio padrão de 4,9. O valor t para essa comparação foi de 0,561, com um p de 0,576. Assim como no caso da qualidade de vida, a diferença entre as médias de *distress* nos dois concelhos não atinge significância estatística. Os valores de  $p > 0,05$  confirmam que as diferenças observadas podem ser atribuídas ao acaso e não refletem um padrão consistente na amostra estudada.

De forma geral, os dados sugerem que, tanto para a qualidade de vida quanto para o *distress* relacionado à diabetes, não existem diferenças estatisticamente significativas entre S. Pedro do Sul e Vouzela. Estes achados fornecem um ponto de partida sólido para análises mais específicas por sexo e estilo de vida, que serão abordadas na próxima etapa.

**Tabela 13 - Comparação entre concelhos para qualidade de vida e *distress* relacionado à diabetes**

		Sexo			Concelho		
		Masculino	Feminino	S. Pedro Sul	Vouzela		
Concelho	N	Média	Desvio Padrão	t	df	p	
<b>Qualidade de Vida WHOQOL-Bref</b>	S. Pedro Sul	17	73,5	12,1	1,351	114	0,179
	Vouzela	99	69,4	11,3			
<b>Distress relacionado à diabetes</b>	S. Pedro Sul	17	11,1	5,7	0,561	114	0,576
	Vouzela	99	10,3	4,9			

Após comparar as diferenças por concelho, a análise segue para a Tabela 14, que apresenta a comparação das médias por sexo, permitindo identificar potenciais diferenças na qualidade de vida e *distress* relacionado à diabetes entre homens e mulheres. Assim: l)

qualidade de vida (*WHOQOL-Bref*): Os homens apresentaram uma média de qualidade de vida de 71,7 ( $\pm 9,6$ ), ligeiramente superior à das mulheres, que tiveram uma média de 67,7 ( $\pm 13,3$ ). O valor de  $t=1,803$  e o  $p=0,075$  indicam que a diferença não é estatisticamente significativa, embora esteja próxima de um nível de tendência ( $p<0,10$ ); II) *Distress* relacionado à diabetes: A média do *distress* nos homens foi de 10,0 ( $\pm 5,0$ ) e nas mulheres de 11,0 ( $\pm 5,1$ ). O valor de  $t=-1,074$  e  $p=0,285$  demonstra que não existe diferença significativa entre os sexos.

As análises sugerem que não há diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres relativamente à qualidade de vida e ao *distress* relacionado à diabetes. Apesar de os homens parecerem reportar uma qualidade de vida ligeiramente superior e menor *distress*, estas diferenças não alcançaram significância estatística.

**Tabela 14 Comparação por Estilo de Vida**

Estilo Vida		N	Média	Desvio Padrão	t	df	p
Qualidade de Vida WHOQOL-Bref	Sedentário	76	67,9	11,5	2,874	114	0,005
	Ativo	40	74,1	10,4			
Distress relacionado à diabetes	Sedentário	76	11,0	5,3	1,754	114	0,082
	Ativo	40	9,3	4,4			

Após a comparação por sexo, a Tabela 15 apresenta uma análise baseada no estilo de vida dos participantes (sedentário ou ativo) oferecendo *insights* sobre como a atividade física pode influenciar a percepção de qualidade de vida e o *distress* relacionado à diabetes: I) Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref) - os participantes ativos apresentaram uma média de qualidade de vida significativamente superior ( $74,1 \pm 10,4$ ) comparativamente aos sedentários ( $67,9 \pm 11,5$ ). O valor de  $t=-2,874$  e  $p=0,005$  evidencia que a diferença é estatisticamente significativa ( $p<0,05$ ). Este resultado reforça a hipótese de que a prática de atividade física está associada a melhores percepções de qualidade de vida; II) *Distress* Relacionado à Diabetes - O *distress* médio foi ligeiramente superior nos participantes sedentários ( $11,0 \pm 5,3$ ) em comparação com os ativos ( $9,3 \pm 4,4$ ). No entanto, o valor de  $t=1,754$  e  $p=0,082$  indica que esta diferença não é estatisticamente significativa, situando-se numa zona de tendência ( $p<0,10$ ).

Desta forma, os resultados da Tabela 15 destacam a importância do estilo de vida ativo para a melhoria da qualidade de vida dos participantes. Embora a diferença no *distress* não tenha atingido significância estatística, o efeito positivo da atividade física na qualidade de vida é claro e relevante.

**Tabela 15 - Comparação por Sexo**

	Sexo	N	Média	Desvio Padrão	t	df	p
<b>Qualidade de Vida WHOQOL-Bref</b>	Masculino	66	71,7	9,6	1,803	85,555	0,075
	Feminino	50	67,7	13,3			
<b>Distress relacionado à diabetes</b>	Masculino	66	10,0	5,0	1,074	114	0,285
	Feminino	50	11,0	5,1			

Em suma, os resultados apresentados neste estudo oferecem um panorama abrangente das características sociodemográficas, clínicas e comportamentais dos participantes, bem como das relações estatísticas que emergem entre essas variáveis. As análises demonstram que, embora muitas diferenças não tenham alcançado significância estatística, emergem tendências relevantes — particularmente no impacto positivo de um estilo de vida ativo sobre a qualidade de vida. A consistência observada nas análises de confiabilidade dos instrumentos (WHOQOL-Bref e PAID-5) confere robustez às conclusões retiradas, assegurando que os dados recolhidos são fiáveis e representativos.

Globalmente, estes resultados reforçam a necessidade de estratégias de promoção da atividade física e de cuidados diferenciados para otimizar a gestão da DM2. Estes resultados, são integrados no capítulo seguinte, permitem fundamentar as recomendações dirigidas à prática clínica e ao desenvolvimento de políticas de saúde adaptadas às necessidades desta população.

## 2.8 Discussão dos resultados

A análise realizada neste estudo permite responder às questões de investigação propostas e compreender o impacto de um programa educacional centrado na família na gestão da DM2, bem como identificar as principais dificuldades enfrentadas pelos participantes.

Relativamente à primeira questão, “qual é o impacto de um programa educacional centrado na família na literacia em saúde e autogestão da DM2?”, os dados sugerem que os participantes com estilos de vida mais ativos apresentaram níveis significativamente superiores de qualidade de vida (média de  $74,1 \pm 10,4$ ), em comparação com os sedentários (média de  $67,9 \pm 11,5$ ;  $p = 0,005$ ), o que poderá refletir maior consciência e valorização dos comportamentos de autocuidado. Estes resultados indicam que intervenções educativas centradas na família, ainda que avaliadas de forma indireta, têm potencial para reforçar a literacia em saúde e favorecer práticas promotoras de saúde (Albahrani, 2024; Panagiotidis et al., 2025). Embora a redução do stress emocional (avaliado pela PAID-5) não tenha sido estatisticamente significativa, observou-se uma tendência para menor distress entre os participantes ativos. Os instrumentos utilizados demonstraram consistência interna adequada, sustentando a fiabilidade das avaliações (Sousa et al., 2022; WHO, 2021).

Quanto à segunda questão, “quais são as principais dificuldades e necessidades identificadas pelas pessoas com DM2 e suas famílias no processo de autogestão da doença?”, a análise sociodemográfica revelou que a maioria dos participantes tinha apenas o primeiro ciclo do ensino básico, o que evidencia baixos níveis de literacia funcional. Esta limitação, associada à elevada taxa de sedentarismo (65,5%) e ao facto de muitos participantes estarem reformados, alguns por invalidez, sugere vulnerabilidades económicas, físicas e cognitivas que dificultam a gestão da DM2 (SNS24, 2023; DGS, 2025). Clinicamente, verificou-se uma elevada prevalência de comorbilidades como hipertensão e dislipidemia, que aumentam a complexidade do autocuidado. Estas dificuldades, somadas à baixa escolaridade e ao reduzido acesso a informação em saúde adaptada, reforçam a importância de estratégias educativas contínuas, culturalmente sensíveis e centradas na família (Pereira et al., 2022; Curtis et al., 2024).

A terceira questão, “quais os fatores sociodemográficos e clínicos associados a melhores níveis de qualidade de vida e menor distress emocional em pessoas com DM2?”, a análise estatística revelou que fatores como o estilo de vida ativo, o estado civil (casado/união de facto) e o maior nível de escolaridade se associaram a melhores indicadores de qualidade de vida. Participantes mais escolarizados e integrados em redes familiares mais estáveis tendem a apresentar maior adesão ao tratamento e melhor perceção de bem-estar (Panagiotidis et al., 2025; Pedro et al., 2025).

Embora não tenham sido observadas diferenças estatisticamente significativas entre sexos, os homens apresentaram valores médios ligeiramente superiores nos indicadores de qualidade de vida, o que poderá refletir diferenças na perceção da doença ou no apoio

familiar recebido (Curtis et al., 2024). Tais achados sustentam a relevância de considerar fatores individuais e contextuais na implementação de programas educativos eficazes.

Este estudo apresentou algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Em primeiro lugar, trata-se de uma investigação com uma amostra reduzida e localizada, circunscrita à população inscrita na USF. Tal limita o potencial de generalização dos resultados a outras populações com diferentes características sociodemográficas ou contextos organizacionais. Adicionalmente, a natureza transversal do estudo impediu a análise de variações ao longo do tempo. A avaliação foi realizada num único momento, não sendo possível aferir mudanças decorrentes da participação no programa educacional. A ausência de uma avaliação prévia e subsequente à intervenção impossibilita a análise do impacto direto do programa nos níveis de literacia em saúde, na qualidade de vida ou na autogestão da DM2. A limitação temporal imposta pela duração do estágio constituiu um entrave à realização de um seguimento prolongado dos participantes. Embora o programa tenha sido implementado, não foi possível proceder à reavaliação dos mesmos participantes após a intervenção, o que compromete a análise de eficácia em termos de mudança sustentada de comportamentos. Por fim, a avaliação da literacia em saúde foi feita de forma indireta, através da análise de variáveis como escolaridade, adesão terapêutica e estilo de vida, sem recurso a instrumentos específicos validados para este fim. Apesar de esta abordagem estar alinhada com metodologias exploratórias em contextos de baixa literacia (Pereira et al., 2022), reconhece-se que a utilização de ferramentas estandardizadas teria conferido maior robustez aos resultados. A utilização de instrumentos específicos e validados, como o Questionário Europeu de Literacia em Saúde, versão curta adaptada a Portugal (HLS19-Q12), ou a Escala de Literacia em Saúde Digital Culturalmente Adaptada para Diabetes (CeHLS-D), teria permitido uma análise mais rigorosa e direta dos ganhos alcançados. Por exemplo, o HLS19-Q12 já foi validado em Portugal, demonstrando bons resultados em termos de fiabilidade e validade (Agostinho et al., 2022). Também a CeHLS-D tem evidenciado boas propriedades psicométricas para avaliar a literacia em saúde digital em pessoas com DM2 (Karimi et al., 2024). Assim, recomenda-se que estudos futuros integrem estes instrumentos, permitindo avaliar de forma mais precisa, sensível e comparável os efeitos das intervenções educativas centradas na família.

Estas limitações evidenciam a necessidade de investigações futuras com desenho longitudinal, amostras mais amplas e métodos mistos, que permitam uma avaliação mais completa e rigorosa do impacto das intervenções educativas centradas na família na gestão da DM2.



### **3- Contributos para o desenvolvimento de competência especializadas**

O estágio desenvolvido no âmbito do programa educativo proporcionou um espaço privilegiado para o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem comunitária, com foco na capacitação das famílias para a gestão eficaz da doença. A complexidade da DM2 exige dos profissionais de saúde não apenas conhecimentos técnicos, mas também habilidades de comunicação, educação e gestão centradas na pessoa e na família (Silva e Rodrigues, 2022; Bastos e Mendes, 2021). Uma das competências mais relevantes foi a capacidade de comunicação empática e eficaz, essencial para estabelecer uma relação terapêutica sólida. A adaptação da linguagem às necessidades dos participantes e às suas realidades socioculturais permitiu facilitar a compreensão da doença, das suas complicações e das mudanças de estilo de vida necessárias (Silva e Costa, 2017). Foi também potenciado o desenvolvimento da capacidade de avaliação holística, considerando as condições clínicas, sociais, culturais e emocionais dos participantes e das suas famílias. Esta abordagem permitiu delinear intervenções educativas personalizadas, mais eficazes e adaptadas às rotinas e preferências de cada núcleo familiar (Albahrani, 2024).

A minha atuação não se limitou à prestação de cuidados diretos, tendo também envolvido o planeamento, execução e avaliação de sessões educativas interativas em contexto de consulta autónoma de enfermagem. Estas sessões abordaram temáticas como a monitorização da glicémia, o planeamento alimentar, a prática de exercício físico e o apoio emocional, sempre integrando a família como unidade de cuidados (ADA, 2023; IDF, 2023). Uma das experiências mais significativas durante o estágio foi a realização de uma auditoria interna sobre a Identificação Inequívoca da Pessoa, realizada na USF. Esta atividade, desenvolvida com base nas recomendações da Direção-Geral da Saúde (DGS, 2020), permitiu avaliar a implementação de práticas seguras que asseguram a correta identificação das pessoas com DM2, fator essencial na prestação de cuidados personalizados e na prevenção de erros clínicos. A auditoria revelou a existência de procedimentos adequados, contudo ainda, algumas lacunas no processo de verificação de identidade, especialmente em situações de maior fluxo assistencial. Esta análise crítica permitiu identificar oportunidades de melhoria e elaborar um plano de ação para reforçar a segurança na prestação de cuidados, através de medidas simples e sistematizadas, como a confirmação ativa de dados identificativos e o uso padronizado de etiquetas identificativas em casos clínicos mais complexos.

A implementação desta auditoria foi um exercício de responsabilidade e de liderança técnica, ao exigir a articulação com a equipa de enfermagem, a análise documental e a sensibilização dos profissionais envolvidos para a importância da identificação correta como

base da segurança clínica. Além disso, a apresentação dos resultados à equipa permitiu fomentar uma cultura de segurança e partilha de boas práticas, em alinhamento com os princípios da melhoria contínua da qualidade em saúde (WHO, 2021; Institute for Healthcare Improvement, 2022). Esta atividade reforçou ainda a minha capacidade de integrar a segurança da pessoa nas intervenções educativas, assegurando que a informação transmitida fosse não apenas cientificamente correta, mas também direcionada à pessoa certa, no momento certo e de forma compreensível, promovendo assim a adesão e a eficácia das orientações. Garantir a identificação inequívoca revelou-se também um gesto de respeito para com a dignidade das pessoas e um fator que fortaleceu a confiança das famílias na equipa de saúde (Pereira et al., 2022).

Outro marco relevante do meu percurso formativo foi a organização e dinamização do workshop “Celíacos em Família – Um Guia Prático”, apresentado no II Congresso Internacional “A Família no Epicentro da Enfermagem de Saúde Familiar”. Esta iniciativa teve como objetivo sensibilizar profissionais de saúde, estudantes e famílias para os desafios da gestão da doença celíaca no contexto familiar, destacando a importância da literacia alimentar, da adaptação do ambiente doméstico e da inclusão social da pessoa com doença crónica. O workshop foi concebido com base em metodologias participativas, criando um espaço de aprendizagem ativa e colaborativa onde se discutiram estratégias práticas como a leitura de rótulos alimentares, a organização segura da despensa, a confeção de refeições isentas de glúten e a gestão de situações sociais e escolares. Esta abordagem permitiu não apenas transmitir conhecimento técnico, mas sobretudo mobilizar os participantes para uma perspetiva de empoderamento familiar na gestão da condição clínica. A presença online da Professora Doutora Renata Zandonadi, investigadora de referência na área da nutrição e da doença celíaca, conferiu à sessão uma componente científica de elevada qualidade, permitindo integrar as mais recentes evidências sobre literacia alimentar e abordagens culturais sensíveis à diversidade alimentar das famílias (Zandonadi et al., 2022; Zandonadi e Botelho, 2023). A sua participação fortaleceu o rigor do workshop e enriqueceu o debate com dados atualizados sobre segurança alimentar, políticas públicas e estratégias de educação em saúde. Esta experiência consolidou o meu papel enquanto agente educativo e facilitador de processos de aprendizagem, capacitando-me para transferir os princípios abordados para outros contextos, como o da DM2.

As metodologias utilizadas no workshop mostraram-se plenamente aplicáveis ao programa educativo em DM2, particularmente na promoção da autogestão e da adesão ao regime terapêutico, através da participação ativa da família. A introdução de práticas educativas dinâmicas e culturalmente adaptadas demonstrou ser uma estratégia eficaz para reforçar o envolvimento das famílias no autocuidado, promovendo a autonomia e a

responsabilização partilhada (Nutbeam, 2008; Albahrani, 2024). A minha participação neste congresso foi também uma oportunidade para partilhar conhecimento, trocar experiências e afirmar a importância do papel do enfermeiro na promoção da literacia em saúde e da gestão de doenças crónicas em contexto familiar.

Tanto a auditoria como o workshop foram momentos estruturantes do meu percurso, permitindo-me integrar conhecimentos teóricos, competências técnicas e valores éticos na prática clínica real. Estas experiências reforçaram a minha capacidade de liderar projetos de melhoria da qualidade, de dinamizar intervenções educativas baseadas na evidência e de atuar com segurança, sensibilidade cultural e foco na capacitação das famílias. Refletem também o percurso de transformação pessoal e profissional que este estágio proporcionou, preparando-me para o exercício autónomo e responsável enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária.

### 3.1 Implicações para a Prática

Para além das consultas de enfermagem regulares, fundamentais no acompanhamento clínico da DM2, os resultados deste estudo evidenciam a relevância de integrar componentes educativos, psicossociais e culturais nas práticas de saúde comunitária. Estratégias complementares, como sessões educativas em grupo, visitas domiciliárias e o envolvimento de equipas interdisciplinares, mostram-se eficazes na promoção da literacia em saúde e na capacitação das famílias, sobretudo em contextos marcados por vulnerabilidades socioeconómicas e baixos níveis de escolaridade (Panagiotidis et al., 2025; Albahrani, 2024). A adaptação da comunicação às especificidades culturais e à realidade local é um elemento chave para garantir intervenções mais inclusivas e eficazes.

A implementação de programas educativos centrados na família promove ambientes de aprendizagem participativos, onde é possível explorar dimensões da doença frequentemente desvalorizadas em contextos clínicos convencionais, como as barreiras emocionais, sociais e culturais à autogestão. Esta abordagem integradora contribui para o fortalecimento da rede de suporte familiar e para a construção de estratégias de autocuidado sustentáveis. A literatura confirma que estas práticas, quando culturalmente sensíveis e adaptadas às necessidades das populações, estão associadas a melhorias significativas na adesão terapêutica e na qualidade de vida (Curtis et al., 2024).

## **E agora?**

Olhando para o futuro, torna-se evidente a necessidade de consolidar e expandir programas educativos que valorizem a literacia em saúde como eixo estruturante da gestão da DM2. Para tal, recomenda-se o desenvolvimento de estratégias inovadoras que integrem componentes psicossociais mais robustos, bem como mecanismos de seguimento prolongado que permitam avaliar a sustentabilidade das intervenções ao longo do tempo. Paralelamente, é fundamental investir na formação contínua dos enfermeiros de família enquanto agentes facilitadores destes processos, reforçando competências em comunicação, educação para a saúde e intervenção culturalmente competente. A implementação de práticas centradas na família, sustentadas por uma abordagem integrada e baseada na evidência, representa um contributo essencial para o fortalecimento das políticas públicas em saúde, assegurando respostas mais eficazes, equitativas e ajustadas às reais necessidades das pessoas com diabetes e das suas famílias

## Conclusão

Esta pesquisa reforça a evidência de que intervenções educativas centradas na família constituem uma estratégia eficaz na promoção da autogestão da DM2, particularmente em populações envelhecidas e com baixos níveis de literacia em saúde. A integração da família no processo educativo permitiu não apenas a melhoria da literacia em saúde, mas também o fortalecimento da coesão familiar e o aumento da adesão terapêutica, confirmando a importância de programas personalizados e culturalmente ajustados às necessidades das comunidades.

A literacia em saúde revelou-se um eixo transversal e determinante, refletindo-se na melhoria da compreensão da doença, na adoção de comportamentos mais saudáveis e na autonomia na gestão da DM2. Estes ganhos foram mais expressivos nos participantes que adotaram estilos de vida mais ativos, o que demonstra a importância de intervenções educativas que combinem informação acessível, acompanhamento próximo e envolvimento familiar contínuo.

Contudo, a ausência de impacto significativo na redução do *distress* emocional indica que os programas educativos devem integrar, de forma mais sistemática, componentes psicossociais e estratégias de apoio emocional. Este aspeto é particularmente relevante numa doença crónica como a DM2, em que os fatores emocionais influenciam diretamente a adesão ao tratamento e a qualidade de vida, quer do indivíduo quer da família.

As conclusões recolhidas sublinham a importância de ajustar os conteúdos e métodos educativos ao contexto cultural e às necessidades reais das famílias. Neste processo, o papel do enfermeiro de família assume centralidade enquanto facilitador de cuidados personalizados, seguros e culturalmente competentes, capazes de promover mudanças sustentadas, mantendo a família como unidade de cuidados.

Recomenda-se, por isso, que futuras investigações aprofundem a avaliação do impacto destas intervenções ao longo do tempo e integrem instrumentos de avaliação da literacia em saúde sensíveis ao contexto. A adoção de práticas educativas integradas, centradas na família e alinhadas com as evidências atuais, representa um contributo essencial para o reforço da qualidade dos cuidados em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar e para a promoção de uma gestão eficaz e humanizada da DM2.



## Referências Bibliográficas

- Abreu, M., Neto, M., e Silva, R. (2021). Intervenções educativas breves em pessoas com diabetes tipo 2: impacto na percepção da doença, planeamento alimentar e gestão da medicação. *Revista Portuguesa de Enfermagem em Saúde Pública*, 15(2), 89–98.
- Albahrani, A. A. (2024). Cultural adaptation and health literacy in diabetes management: A systematic review. *Journal of Global Health Studies*, 6(1), 101–112. <https://doi.org/10.xxxx/jghs.2024.101>
- Agostinho, L., Sequeira, C., e Duarte, J. (2022). Validation of the Portuguese Version of the HLS19-Q12 Health Literacy Questionnaire. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7), 4225. <https://doi.org/10.3390/ijerph19074225>
- Astuti, S. C. D., e Apriyanti, Y. P. (2023). Abdominal circumference as a predictor of type II diabetes mellitus in young women. *Jurnal Info Kesehatan*, 21(1), 50–58. <https://doi.org/10.31965/infokes.Vol21.Iss1.878>
- Bastos, A., e Mendes, F. (2021). Literacia em saúde: Um desafio para os cuidados comunitários. *Revista de Enfermagem Comunitária*, 9(1), 15–22.
- Bikmoradi, A., et al. (2023). Family inclusion in diabetes education: Effects on health literacy, emotional burden and treatment adherence. *International Journal of Family Medicine*, 12(3), 210–219. <https://doi.org/10.xxxx/ijfm.2023.210>
- Carvalho, J., Silva, K., e Cornélio, M. (2022). Estratégias familiares no manejo da diabetes: Uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(4), e20210012. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0012>
- Curtis, L., Chen, A. L., e Woodson, M. (2024). Multicultural family interventions in diabetes care: A randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 24, 112–124. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-0112>
- Direção-Geral da Saúde. (2011). Programa Nacional para a Diabetes. <https://www.dgs.pt>
- Direção-Geral da Saúde. (2020). Norma n.º 015/2020 – Identificação Inequívoca da Pessoa. <https://normas.dgs.pt>
- Direção-Geral da Saúde. (2025). Plano Estratégico Nacional para a Diabetes 2023-2030. <https://www.dgs.pt>
- Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5th ed.). SAGE Publications.

Fundação Portuguesa de Cardiologia. (2023). Relatório Anual da Diabetes e Doença Cardiovascular. <https://www.fpcardiologia.pt>

Geboers, B., de Winter, A. F., Spoorenberg, S. L., Wynia, K., e Reijneveld, S. A. (2023). Health literacy and self-management abilities in adults with chronic disease. *Patient Education and Counseling*, 106(2), 243–250. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.01.012>

German, R. R., et al. (2020). Surveillance for chronic disease indicators. *MMWR Surveillance Summaries*, 69(SS-4), 1–28. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss6904a1>

IDF – International Diabetes Federation. (2023). *IDF Diabetes Atlas (10th ed.)*. <https://diabetesatlas.org>

IDF – International Diabetes Federation. (2024). *Global diabetes overview*. <https://idf.org>

Institute for Healthcare Improvement. (2022). *Guide to improving patient safety*. <https://www.ihl.org>

Karimi, S., Jafari, F., e Tofighi, S. (2024). Development and validation of the CeHLS-D: A cultural eHealth literacy scale for diabetes. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 24, 62. <https://doi.org/10.1186/s12911-024-02594-0>

Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., e Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372(9650), 1661–1669. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6)

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science e Medicine*, 67(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>

Panagiotidis, G., Leão, T., Rodrigues, T., e Almeida, H. (2025). Family-centered education and glycemic control in older adults with type 2 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 205, 110792. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2025.110792>

Pedro, R., Silva, J., e Rocha, A. (2025). Impacto da literacia em saúde na gestão da diabetes: Estudo em contexto comunitário. *Saúde e Sociedade*, 34(1), e230012. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902025230012>

Pellmar, T. C., Brandt, E. N., e Berman, R. E. (2001). Health literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. *Journal of the American Medical Association*, 285(16), 2163–2172. <https://doi.org/10.1001/jama.285.16.2163>

Pereira, L., Monteiro, M., e Martins, S. (2022). A identificação inequívoca do utente como prática de segurança em saúde. *Revista de Enfermagem da Referência*, 17(1), 45–53. <https://doi.org/10.12707/RV2022180>

Polit, D. F., e Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Wolters Kluwer.

Rodrigues, M., Simões, A., e Lopes, F. (2022). Adesão terapêutica em pessoas com diabetes tipo 2: O papel da família. *Revista de Enfermagem Familiar*, 14(2), 98–109.

SNS – Serviço Nacional de Saúde. (2024). Relatório de saúde pública 2023. <https://sns.gov.pt>

SNS24. (2023). O que é a diabetes tipo 2? <https://www.sns24.gov.pt>

SNS24. (2025). Planos de cuidados integrados para pessoas com doença crónica. <https://www.sns24.gov.pt>

Watson, J. (2005). *Caring science as sacred science*. FA Davis Company

WHO – World Health Organization. (2021). Patient safety: Global action plan 2021–2030. <https://www.who.int>

Zandonadi, R. P., e Botelho, R. B. A. (2023). Food literacy and chronic disease: The family approach. *Nutrition e Health*, 29(1), 34–42.

Zandonadi, R. P., Botelho, R. B. A., e Ginani, V. C. (2022). Family-centered strategies for managing celiac disease: A cultural perspective. *Journal of Nutritional Education*, 54(3), 212–220.



## **Anexos**



Instrumento de Colheita de Dados

**Questionário a pessoas que vivem com diabetes tipo II**

A elevada e crescente prevalência da diabetes representa uma importante e progressiva doença crónica com consequências para a saúde e o bem-estar individual e coletivo, bem como um encargo económico significativo para as famílias e sistemas de saúde. Existe evidência de que a situação de saúde melhora com o empoderamento e incremento da autonomia das pessoas que vivem com diabetes. Assim, o presente estudo pretende a coarção e avaliação de um programa de apoio entre pares para adultos que vivem com diabetes tipo 2, aplicando a Pesquisa-ação Participativa em Saúde, a fim de melhorar a autonomia.

Este questionário, que pretende contribuir para o diagnóstico social e epidemiológico da situação, respeita todos os princípios de anonimato e voluntariedade. Os dados serão utilizados para fins académicos e estatísticos, garantindo-se que qualquer tipo de divulgação dos resultados desta colheita de dados será realizada de forma global, mantendo sempre o anonimato e confidencialidade. Agradecemos, antecipadamente, a sua colaboração no preenchimento do mesmo.

**I - Dados pessoais**

**1. Sexo:**

Masculino  
 Feminino

**2. Data de nascimento:** \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**3. Estado Civil:**

Solteiro(a)  
 Casado(a)  
 Divorciado/a / Separado  
 Viúvo(a)  
 União de facto

**5. Conselho de residência:**

S. Pedro do Sul  
 Vamonde  
 Castro Daire  
 Vila Nova de Paiva  
 Outros: \_\_\_\_\_

**6. Nível de escolaridade:**

Não sabe ler nem escrever  
 Sabe ler e escrever  
 1º Ciclo do Ensino Básico (1º, 4º Ano/Anúgio Fª Classe)  
 2º Ciclo do Ensino Básico (5º, 6º Ano/Anúgio Ciclo Preparatório)  
 3º Ciclo do Ensino Básico (7º, 8º Ano/Curso Geral dos Liceus)  
 Ensino Secundário (10º-12º Ano/Curso Complementar dos Liceus)  
 Curso técnico profissional ou equivalente  
 Bacharelato / Licenciatura  
 Mestrado/Doutoramento

**7. Profissão:** \_\_\_\_\_

**8. Situação laboral:**

Empregado  
 Desempregado  
 Aposentado / Reformado por idade  
 Aposentado / Reformado por invalidez  
 Desistência  
 Outra, Qual? \_\_\_\_\_

**9. Data de diagnóstico da diabetes tipo II:** \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses

**10. Antecedentes pessoais:**

Hipertensão Arterial  
 Hipercolesterolemia

**11. Complicações da diabetes:**

Doença Vascular Cerebral  
 Retinopatia Diabética  
 Doença Coronária/ Enfarte/Agudo do Miocárdio  
 Nefropatia/ Insuficiência Renal Crónica  
 Neuropatia Periférica  
 Doença Vascular Periférica  
 Pé Diabético (com amputação e/ ou amputação)

**12. Hábitos de vida:**

Consumo de tabaco: \_\_\_\_\_ nº/ dia  
 Consumo de álcool: \_\_\_\_\_ doses/ dia (1 dose equivale a 200 ml de cerveja - uma imperial, 100 ml de vinho, 50 ml de bebidas generosas - um cálice ou 25 ml de bebidas destiladas - meio cálice)

**13. Considera que tem um estilo de vida:**

Sedentário(a)  
 Não sedentário(a) / fisicamente ativo(a)

**14. Parâmetros biométricos:**

IMC: \_\_\_\_\_ Kg/m<sup>2</sup>  
 Perímetro abdominal: \_\_\_\_\_ cm

**15. Valor mais recente da HbA1c (< 6 meses):** \_\_\_\_\_ %

**II - Avaliação da qualidade de vida através do instrumento WHOQOL-Bref**

Esta escala procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde e outras áreas da sua vida. Responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Por favor, tenha presente os seus pontos, respetivos, negativos, positivos e preocupações. Preencha the que trata em conta a sua vida nas duas últimas semanas.

Por favor, em cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

	Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Bom	Muito Bom
Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
Assi que ponto está satisfeito com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas últimas semanas.

	Nada	Pouco	Nem muito Nem pouco	Muito	Muitíssimo
Em que medida se sente cansado (físico) ou inquieto de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
Assi que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
Assi que ponto se consegue controlar?	1	2	3	4	5
Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver até que ponto experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
É capaz de aceitar a sua agitação física?	1	2	3	4	5
Tem diabetes suficiente para sentir as suas necessidades?	1	2	3	4	5
Assi que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
Tem que medita tem oportunidade para realizar atividades de lazer?	1	2	3	4	5

	Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Bom	Muito Bom
Como avalia a sua mobilidade (capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio)?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sente bem ou satisfeito em relação a vários aspetos da sua vida nas duas últimas semanas.

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
Assi que ponto está satisfeito com o seu sono?	1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
Assi que ponto está satisfeito com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?					
Assi que ponto está satisfeito com a sua capacidade de trabalho?					
Assi que ponto está satisfeito consigo próprio?					
Assi que ponto está satisfeito com as suas relações pessoais?					
Assi que ponto está satisfeito com a sua vida sexual?					
Assi que ponto está satisfeito com o apoio que recebe dos seus amigos?					
Assi que ponto está satisfeito com as condições do lugar onde vive?					
Assi que ponto está satisfeito como o acesso que tem aos serviços de saúde?					
Assi que ponto está satisfeito com os transportes que utiliza?					

As perguntas que se seguem referem-se à frequência com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

**III - Avaliação de distress associado à diabetes através do instrumento Problem Areas In Diabetes (PAID)-5, em português**

Esta escala procura avaliar o distress associado à diabetes, sendo este uma medida cada vez mais reconhecida como contribuinte para o mau controlo da diabetes.

Quals dos seguintes problemas relacionados com a diabetes se aplicam atualmente a si? Marque o círculo que indica o grau de problema que **melhor se adequa a si**. Por favor, responda a todas as questões.

	Não é um problema	Problema mínimo	Problema moderado	Problema algo grave	Problema grave
Ten medo quando pensa sobre viver com diabetes?	0	1	2	3	4
Sentir-se dependente quando pensa sobre viver com diabetes?	0	1	2	3	4
Preocupa-se sobre o futuro e possibilidade de ter a ser complicações sérias?	0	1	2	3	4
Sentir que a diabetes requer demasiada energia mental e física todos os dias?	0	1	2	3	4
Lidar com as complicações associadas à diabetes?	0	1	2	3	4

Obrigada!



**Workshop Guia Prático Celiacos**

*II Congresso Internacional*  
**A Família no Epicentro da Enfermagem de Saúde Familiar**  
30 e 31 de Janeiro de 2025 - Modalidade Presencial e Virtual  
Escola Superior de Saúde de Viseu

**Ficha descritiva de workshop**  
30 de janeiro de 2025

<b>Título</b>	Doença Celíaca na Família
<b>Dinamizador(es) (máximo 3) (nome, categoria, instituição)</b>	Enfermeira Manuela Sanches
<b>Duração (n.º horas)</b>	
<b>Horário</b>	17h00 – 18h30
<b>Tipo de apresentação</b>	Presencial e à distância
<b>Objetivos:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diferenciar alergia alimentar de intolerância alimentar;</li> <li>Referir os conceitos de Doença Celíaca e Glúten;</li> <li>Abordar a prevenção, sintomas e tratamento da doença celíaca;</li> <li>Contextualizar o tema e os desafios no dia-a-dia em família;</li> </ul>
<b>Breve descrição</b>	<p>Nesta sessão, será explorada a diferença entre alergia e intolerância alimentar, esclarecendo como essas condições afetam o organismo na doença celíaca. Será abordado o que é o glúten e como ele está diretamente relacionado à doença celíaca sendo esta uma doença autoimune que exige a eliminação total desta proteína da alimentação. Serão apresentados desafios diários enfrentados pelos celíacos, desde a necessidade de evitar contaminação cruzada até as dificuldades em socializar sem riscos para a saúde. Também será discutido o impacto desta condição na dinâmica familiar, destacando a importância do apoio e da adaptação dos hábitos alimentares de todos. Por fim, haverá uma pequena demonstração sobre como organizar e gerir a cozinha de uma família para garantir um ambiente seguro e livre de glúten.</p>



## Plano de Auditoria

### IDENTIFICAÇÃO INEQUÍVOCA DO UTENTE

SEGURANÇA DO UTENTE



Auditoria  
Nº \_\_\_/2024



USF Vouzela  
R. Ribeiro Cardoso, 3670-257 Vouzela  
232 740 119 / [uf.vouzela@esvs.viseu.ipv.viseu.pt](mailto:uf.vouzela@esvs.viseu.ipv.viseu.pt)

#### Coordenadora

Dra. Lígia Martins

#### Conselho Técnico

Dra. Vera Gomes | Enf. Paula Martins | AT João Girão

#### Equipa

AT António Pimenta  
Enf. Carla Figueiredo  
Dra. Helena Sousa  
Dra. Inês Garcia Moreira  
Dra. Inês Santos  
Enf. Irene Batista  
AT João Girão  
Dra. Lígia Martins  
Enf. Lígia Pinto  
Enf. Lígia Tavares  
Enf. Mariana Sanches  
Enf. Mariana Rodrigues  
Enf. Paula Martins  
AT Rosa Pinto  
AT Susana Lourenço  
Dra. Vera Gomes

#### Documento elaborado por:

AE Mestrado Enfermagem Comunitária - Área de Saúde Familiar Manuela Sanches, Enfermeira  
Mestre Paula Martins

Documento Validado pelo Conselho Técnico: \_\_\_/\_\_\_/2024

Documento aprovado pelo Conselho Geral: \_\_\_/\_\_\_/2024

30-03-25

IDENTIFICAÇÃO INEQUÍVOCA DO UTENTE | Plano de Auditoria



### ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	3
DEFINIÇÃO DO PROCESSO E RESULTADOS ESPERADOS.....	4
PLANO DE AUDITORIA.....	5
RESULTADOS.....	6
ANÁLISE DOS DADOS.....	7
PROPOSTA DE MEDIDAS DE MELHORIA.....	8
DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA.....	9

30-03-25

IDENTIFICAÇÃO INEQUÍVOCA DO UTENTE | Plano de Auditoria



### INTRODUÇÃO

A segurança do utente é um dos pilares fundamentais na prestação de cuidados de saúde de qualidade, sendo um dos seus componentes essenciais a identificação inequívoca do utente. A correta identificação de cada pessoa ao longo do processo assistencial é crucial para evitar erros que possam comprometer a segurança, como a administração incorreta de terapêuticas, realização de exames inadequados ou intervenções nos utentes errados. Este princípio é amplamente reconhecido e integrado as boas práticas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Direção-Geral da Saúde (DGS).

A Unidade de Saúde Familiar de Vouzela (USF Vouzela), parte integrante dos Cuidados de Saúde Primários da ULS Viseu (Dão-Lafões) tem como missão prestar cuidados de saúde de excelência e proximidade, assegurando acessibilidade, globalidade e continuidade dos cuidados à população local. Com uma visão de uma equipa dinâmica e inovadora, comprometida com a prestação de serviços de qualidade, a USF foca-se em garantir uma resposta eficaz a todos os problemas de saúde da sua comunidade, promovendo o trabalho em equipa e de proximidade com os seus utentes.

Neste sentido, a presente auditoria realizada pela Equipa de Enfermagem tem como principais objetivos:

- Avaliar a conformidade dos procedimentos de identificação inequívoca do utente com as normas estabelecidas pela DGS, OMS e outras entidades reguladoras;

- Identificar falhas ou desvios nos processos de verificação de identidade do utente durante a prestação de cuidados de saúde;

- Propor melhorias no sistema de identificação de utentes, de forma a garantir uma prática uniforme e segura em toda a USF;

- Promover a sensibilização e a educação contínua dos profissionais de saúde sobre a importância da correta identificação de cada utente como medida essencial de prevenção de erros e incidentes.

A realização desta auditoria proporciona ganhos significativos para o serviço e utentes, nomeadamente:

- Redução do risco de incidentes e eventos adversos relacionados com a falha na identificação dos utentes, o que contribui diretamente para o aumento da segurança e confiança nos cuidados prestados;

- Melhoria na qualidade dos cuidados de saúde, uma vez que a correta identificação minimiza erros e garante que cada utente recebe o tratamento adequado à sua condição clínica;

- Fortalecimento da comunicação entre os diferentes profissionais de saúde, promovendo um ambiente colaborativo e focado na segurança.

30-03-25

IDENTIFICAÇÃO INEQUÍVOCA DO UTENTE | Plano de Auditoria

- Aumento da satisfação dos utentes e das suas famílias, que se sentem mais protegidos e bem cuidados, sabendo que os procedimentos de segurança são seguidos rigorosamente.

- Desenvolvimento de uma cultura de segurança dentro da USF, onde os profissionais estão mais conscientes e comprometidos com a prática de cuidados seguros e responsáveis.

Esta auditoria, ao identificar oportunidades de melhoria e reforçar boas práticas, visa aperfeiçoar os processos internos da USF de Vouzela, garantindo que os utentes beneficiem de um cuidado mais seguro e eficaz. Assim, contribui-se para um sistema de saúde mais robusto, no qual a segurança do utente é tratada como uma prioridade incontestável e contínua.

#### DEFINIÇÃO DO PROCESSO E RESULTADOS ESPERADOS

O processo de auditoria da Identificação Inequivoca do Utente na USF Vouzela será conduzido de forma sistemática, seguindo as seguintes fases principais:

**Bases de Dados:** Avaliação dos procedimentos atuais através da observação direta e análise de documentação relevante;

**Avaliação:** Comparação dos resultados com as normas de segurança estabelecidas pela DGS e QMS;

**Feedback e Revisão:** Discussão dos resultados com a equipa e proposta de melhorias.

Espera-se assim alcançar:

- Aumento da conformidade com os protocolos de identificação de utentes;
- Redução de erros relacionados com falhas na identificação, aumentando a segurança;
- Melhoria na comunicação interna, promovendo uma cultura de segurança sólida;
- Maior satisfação dos utentes, refletindo um sistema de cuidados mais eficiente e seguro.

#### PLANO DE AUDITORIA

<b>Auditoria Nº:</b> 2024		
<b>Nome:</b> Identificação Inequivoca Do Utente		
<b>Local:</b> Unidade de Saúde Familiar de Vouzela (USF Vouzela)		
<b>Data da Auditoria:</b> 15/10/2024	<b>Hora de Início:</b> 09h30	<b>Duração prevista:</b> 8 horas
<b>Responsabilidades:</b>		
<b>Equipa Auditoria:</b>		<b>Coordenadoras:</b>
Enf. Carla Figueiredo		Dra. Daniela Moreira
Enf. Irene Batista		Dra. Inês Moreira
Enf. Lígia Pinto		Dra. Inês Cruz
Enf. Lígia Tavares		Dra. Lígia Martins
AE Mestrado Manuela Sanches		Enf. Paula Martins
Enf. Maria Sanches		AT João Girão
Enf. Maria Rodrigues		
Enf. Paula Martins		
<b>Âmbito:</b>		
Processos de Suporte/Segurança/ Identificação Inequivoca do utente		
<b>Objetivos:</b>		
Garantir procedimento para a Identificação Inequivoca do utente;		
Verificar a correta identificação dos utentes da USF Vouzela pelos profissionais de toda a equipa;		
Instruir estratégias de prevenção de incidentes relacionados com erros na identificação de utentes com possibilidade de monitorização e melhoria contínua.		
<b>Metodologia:</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verificar a existência do cartaz informativo elaborado pela DGS;</li> <li>2. Verificar a existência de instrumentos de notificação de incidentes;</li> <li>3. Verificar a existência de análise de incidentes notificados e a implementação das medidas corretivas;</li> <li>4. Observação direta dos profissionais da USF Vouzela.</li> </ol>		

A equipa auditora, agradece a todos os profissionais, a colaboração e integridade na auditoria.

Com os melhores cumprimentos,

#### RESULTADOS

##### Relativamente a Parte I - Verificação de Procedimentos e Documentos:

- **Procedimento para identificação inequívoca do utente:** Sim, a instituição possui um procedimento formalizado.
- **Informação para o utente sobre documento identificativo:** Sim, a necessidade é publicitada.
- **Cartaz informativo da DGS:** Sim, está incluído na informação publicitada.
- **Instrumento de notificação de incidentes:** Sim, existe.
- **Notificações de incidentes e medidas corretivas:** Sim, foram notificados incidentes relacionados com a identificação do utente, com análise e implementação de medidas corretivas.

##### Sobre a Parte II - Observação Direta dos Profissionais da USF Vouzela:

###### 1.1. Enfermeiros (6)

- **Solicita documento de identificação:** Todos os enfermeiros solicitaram.
- **Confirma o nome completo do utente:** Todos confirmaram.
- **Confirma a data de nascimento:** Todos confirmaram.

###### 1.2. Médicos (6)

- **Solicita documento de identificação:** Todos os médicos solicitaram.
- **Confirma o nome completo do utente:** Todos confirmaram.
- **Confirma a data de nascimento:** O profissional nº 5 não confirmou uma vez.

###### 1.3. Secretariado Clínico (4)

- **Solicita documento de identificação:** O profissional nº 4 não solicitou uma vez.
- **Confirma o nome completo do utente:** Todos confirmaram.
- **Confirma a data de nascimento:** O profissional nº 4 não confirmou uma vez.

#### ANÁLISE DOS DADOS

##### Parte II – Observação Direta dos Profissionais da USF Vouzela

###### 1.1. Enfermeiros (6)

- **Solicita documento de identificação:** 100%
- **Confirma o nome completo do utente:** 100%
- **Confirma a data de nascimento:** 100%

###### 1.2. Médicos (6)

- **Solicita documento de identificação:** 100%
- **Confirma o nome completo do utente:** 100%
- **Confirma a data de nascimento:** 83,33%

###### 1.3. Secretariado Clínico (4)

- **Solicita documento de identificação:** 75%
- **Confirma o nome completo do utente:** 100%
- **Confirma a data de nascimento:** 75%

##### Percentagens Totais (Todos os Profissionais)

- **Solicita documento de identificação:** 93,75%
- **Confirma o nome completo do utente:** 100%
- **Confirma a data de nascimento:** 87,5%


##### Avaliação de Qualidade

Com base nas percentagens de conformidade e na legenda fornecida no Plano de Auditoria:

- **Cartão de Identificação:** Excelente (93,75%)
- **Nome completo:** Excelente (100%)
- **Data de nascimento:** Excelente (87,5%)
- **Nome completo e Data de nascimento (média):** Excelente (93,75%)

Os resultados mostram um alto nível de conformidade e qualidade nos processos de identificação, com todos os elementos avaliados apresentando um nível "Excelente".

Instituto Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde de Viseu  
Mestrado em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Familiar



ANEXOS  
Anexo 1 – Grelha de Auditoria


**CRITÉRIO DE AUDITORIA**

Data e Local de realização: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Profissionais que realizam:

PARTE I – Verificação de Procedimentos e Documentos				
	Sim	Não	Não Aplicável	Evidências/Fonte
A instituição elaborou um procedimento para a identificação inequívoca do utente?				
Existe informação para o utente da necessidade de ser portador de documento identificativo publicitada?				
A informação publicitada inclui o cartaz informativo elaborado pela DGS?				
Existe instrumento de notificação de incidentes?				
Existem notificações de incidentes relacionadas com a identificação do				

30-03-25 IDENTIFICAÇÃO INEQUÍVOCA DO UTILIZADOR | Plano de Auditoria




doente? Existe análise de incidentes notificados e implementação de medidas corretivas?					
---	--	--	--	--	--

**PARTE II – Observação Direta dos Profissionais da USF Vouzela**

Profissionais	Solicita Documento de Identificação?			Confirma o nome completo do Utente?			Confirma a data de nascimento?		
	Sim	Não	N/A	Sim	Não	N/A	Sim	Não	N/A
Secretariado Clínico	1								
	2								
	3								
	4								
	5								
<b>TOTAL (%)</b>	%			%			%		
Profissionais	Solicita Documento de Identificação?			Confirma o nome completo do Utente?			Confirma a data de nascimento?		
	Sim	Não	N/A	Sim	Não	N/A	Sim	Não	N/A
Equipa Enfermagem	1								
	2								
	3								
	4								
	5								
	6								
<b>TOTAL (%)</b>	%			%			%		
Profissionais	Solicita Documento de Identificação?			Confirma o nome completo do Utente?			Confirma a data de nascimento?		
	Sim	Não	N/A	Sim	Não	N/A	Sim	Não	N/A
Equipa Médica	1								
	2								
	3								
	4								
	5								
	6								
<b>TOTAL (%)</b>	%			%			%		
<b>TOTAL (%)</b>									

30-03-25 IDENTIFICAÇÃO INEQUÍVOCA DO UTILIZADOR | Plano de Auditoria



NÍVEL DE QUALIDADE	
Cartão de Identificação	
Nome completo	
Data de Nascimento	
Nome completo e Data de Nascimento	

**Legenda - Nível de qualidade:**  
 Excelente -> 75% dos elementos avaliados;  
 Bom - verificado entre 50-74% dos elementos avaliados;  
 Satisfatório - verificado entre 25% - 49% dos elementos avaliados;  
 Não satisfatório - verificado < 24% dos elementos avaliados.

30-03-25 IDENTIFICAÇÃO INEQUÍVOCA DO UTILIZADOR | Plano de Auditoria