



Perceção de Funcionalidade Familiar, Conhecimento e Atividades de Autocuidado em
Utentes com Diagnóstico de Diabetes *Mellitus*

Marisa Cristina Saraiva Vieira Carneiro

Relatório Final de Estágio Profissional apresentado ao Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, realizado sob a orientação científica do Professor Doutor Manuel Brás, Professor na escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança e Mestre Dora Machado da Unidade Local de Saúde Maia Valongo.

setembro, 2025



Marisa Cristina Saraiva Vieira Carneiro

Perceção de Funcionalidade Familiar Conhecimento e Atividades de Autocuidado em
Utentes com Diagnóstico de Diabetes *Mellitus*

setembro 2025

Agradecimentos

A realização desta tese representa o culminar de uma etapa marcante da minha vida académica e pessoal. Ao longo deste percurso, tive a sorte de contar com o apoio, incentivo e orientação de pessoas às quais deixo aqui o meu profundo agradecimento.

Em primeiro lugar, agradeço ao Professor Doutor Manuel Brás e à Mestre Dora Machado, pela orientação competente, pela disponibilidade constante e pelas valiosas sugestões que contribuíram decisivamente para o desenvolvimento deste trabalho. O vosso acompanhamento foi essencial para que esta investigação se concretizasse com qualidade e sentido.

Agradeço também à Unidade Local de Saúde da Póvoa de Varzim/Vila do Conde, pelas condições proporcionadas para a realização desta investigação.

Aos meus colegas, deixo meu sincero agradecimento pelo companheirismo, pelas conversas motivadoras e por todos os momentos partilhados que tornaram esta jornada mais leve.

Agradeço à minha amiga Joana Araújo, não só pelo apoio incondicional e pelas palavras de encorajamento nos momentos mais difíceis, mas também por ter caminhado lado a lado comigo ao longo deste de todo o mestrado. Partilhar este percurso contigo tornou tudo mais significativo e especial.

Ao meu marido, o meu pilar ao longo de todo este percurso, deixo mais sincera gratidão. O teu apoio incondicional, a tua paciência, o teu amor foram fundamentais para que eu chegasse até aqui. Esta vitória carrego no meu nome, mas é também tua em cada gesto de apoio e incentivo. Esta conquista é um reflexo de tudo o que vivemos juntos e do quanto caminhamos lado a lado para que este momento se tornasse possível.

Por fim, agradeço a todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para a concretização deste trabalho. A todos, o meu muito obrigado.

Resumo	<p>O presente relatório descreve o Estágio de Natureza Profissional, realizado entre 1 de outubro de 2024 e 31 de março de 2025, na USF Santa Clara, com o propósito de analisar o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde familiar. Como parte integrante deste percurso, é apresentado o estudo de investigação, intitulado "Percepção de Funcionalidade Familiar, conhecimento e atividades de autocuidado em utentes com diagnóstico de Diabetes Mellitus". O estudo, de natureza quantitativa, observacional, descritivo- correlacional e transversal, teve como objetivo analisar a relação entre variáveis sociodemográficas, clínicas e a percepção de funcionalidade familiar, o conhecimento e o autocuidado em 210 utentes das USF Santa Clara e Aqueduto. Os dados foram recolhidos entre 14 de fevereiro e 14 de março de 2025, através de um formulário que incluiu o questionário sociodemográfico e clínico e três escalas validadas: APGAR Familiar (Agostinho & Rebelo, 1998), a Escala de Atividade de Autocuidado com a Diabetes (Bastos, 2004) e o Questionário de Conhecimentos sobre a Diabetes (Bastos et al., 2007). Os dados foram analisados com o software R (versão 4.4.2). Os resultados revelaram uma amostra predominantemente masculina e envelhecida, com baixa escolaridade, casados ou em união de facto e com várias patologias além da DM. A maioria dos participantes (77,1%) percecionou alta funcionalidade familiar. A nível de conhecimentos, apresentaram um total de respostas corretas de 57,9%. Nas atividades de autocuidado, demonstraram uma elevada frequência de lavagem com os pés, com média de 6,55 dias/semana e adesão à medicação alta, com média de 6,66 dias/semana. Os principais resultados indicaram que o estado civil ($p=0,036$) e o nível de escolaridade ($p=0,037$) se associaram estatisticamente com a percepção de funcionalidade familiar. A presença de múltiplas patologias também se correlacionou com uma maior percepção de funcionalidade ($p<0,001$). Em relação ao autocuidado, verificaram-se associações estatisticamente significativas com o sexo feminino ($U=6494,50$ $p=0,02$) e o nível de escolaridade em dimensões específicas como a alimentação geral ($H=11,98$ $p=0,01$), a atividade física ($H=9,06$ $p=0,03$) e a adesão à medicação ($H=8,23$ $p=0,04$). O número de patologias diagnosticadas associou-se de forma inversa ao autocuidado total ($H=10,64$ $p=0,01$) e à atividade física ($H=18,65$ $p<0,001$). Foi identificada uma relação estatisticamente significativa entre o conhecimento sobre a DM e o autocuidado ($r=0,28$ $p<0,001$). Embora a funcionalidade familiar não se tenha associado ao autocuidado total ($U=4517,5$ $p=0,0888$), revelou uma correlação negativa estatisticamente significativa com a monitorização da glicemia ($r=-0,15$; $p=0,029$) e uma correlação positiva estatisticamente significativa com os cuidados com os pés ($r=0,19$; $p=0,0067$). A realização deste estudo, em estreita articulação com a prática clínica, contribuiu de forma indissociável para o desenvolvimento de competências fundamentais para o enfermeiro mestre e especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde familiar. Através de uma abordagem guiada pelo referencial teórico MDAIF, a autora consolidou a sua capacidade de avaliar a família como unidade de cuidados, de forma ética e holística, e de liderar processos de intervenção centrados na pessoa e na família. Esta experiência reforçou a importância da prática baseada na evidência, da gestão dos cuidados e da colaboração</p>
---------------	--

	interprofissional para a prestação de cuidados de qualidade, personalizados e eficazes. Os resultados reforçam, assim, a necessidade de intervenções ajustadas ao contexto familiar para capacitar os utentes na gestão da DM, o que se alinha diretamente com as competências da especialidade.
Palavras-chave:	Diabetes <i>Mellitus</i> ; Funcionalidade Familiar; Enfermagem de Saúde Familiar; <i>Health Literacy</i> .

<p>Abstract</p>	<p>This report describes the Professional Internship, undertaken between October 1, 2024, and March 31, 2025, at the Santa Clara Family Health Unit, to analyze the development of specialized competencies in community nursing within the scope of family health nursing. As part of this pathway, the research study entitled "Perception of Family Functioning, Knowledge, and Self-Care Activities in Patients Diagnosed with Diabetes Mellitus" is presented. This was a quantitative, observational, descriptive-correlational, and cross-sectional study aimed to analyze the relationship between sociodemographic and clinical variables and the perception of family functioning, knowledge, and self-care activities in 210 patients from the Santa Clara and Aqueduto Family Health Units. Data were collected between February 14 and March 14, 2025, using a questionnaire that included the Family APGAR, the Diabetes Knowledge Questionnaire-24, and the Summary of Diabetes Self-Care Activities. Statistical analyses were performed using R software (version 4.4.2). The sample was predominantly male, older, with low educational attainment, most were married or in common-law partnerships, and presented multiple chronic conditions in addition to diabetes mellitus. Most participants (77.1%) perceived high family functionality. The mean percentage of correct answers in diabetes knowledge was 57.9%. For self-care, participants reported a high frequency of foot care (mean 6.55 days/week) and medication adherence (mean 6.66 days/week). The main results showed statistically significant associations between marital status ($p=0.036$), education level ($p=0.037$), and perceived family functionality. The presence of multiple comorbidities was also correlated with higher family functionality ($p<0.001$). Regarding self-care, significant associations were observed with female sex ($p=0.02$) and education level, particularly in the domains of general diet ($p=0.01$), physical activity ($p=0.03$), and medication adherence ($p=0.04$). The number of comorbidities was inversely associated with overall self-care ($p=0.01$) and physical activity ($p<0.001$). A strong positive association was identified between diabetes knowledge and self-care ($p<0.001$). Although family functionality was not associated with overall self-care ($p=0.0888$), it demonstrated a negative Spearman correlation with blood glucose monitoring ($r = -0.15$; $p=0.029$) and a positive Spearman correlation with foot care ($r = 0.19$; $p=0.0067$). This study, closely linked to clinical practice, contributed to the development of essential competencies for advanced practice nurses specializing in community and family health nursing. Guided by the MDAIF theoretical framework, the author strengthened the ability to assess the family as a unit of care, ethically and holistically, and to lead person- and family-centered interventions. The findings highlight the importance of evidence-based practice, care management, and interprofessional collaboration in delivering high-quality, tailored, and effective care. They also reinforce the need for family-centered nursing interventions to empower patients in the management of diabetes, directly aligning with the competencies of the specialty.</p>
<p>Keywords:</p>	<p>Diabetes Mellitus; Family Functionality; Family Health Nursing; Health Literacy</p>

Siglas e Acrónimos

ADO- Antidiabético Oral

APGAR- Adaptação (Adaptation) Participação (Participation); Crescimento (Growth); Afeição (Affection)

CSP- Cuidados de Saúde Primários

DAV- Diretiva Antecipada da Vontade

DGS- Direção Geral de Saúde

DKQ-24- *Diabetes Knowledge Questionnaire*

DM- *Diabetes Mellitus*

ECESF- Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

EE- Enfermeiro Especialista

EECESF- Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

HbA1c- Hemoglobina glicada A1c

HTA- Hipertensão Arterial

MDAIF- Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

MIMUF- Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais

ULSPV/VC- Unidade Local de Saúde Póvoa de Varzim/Vila do Conde

USF- Unidade de Saúde Familiar

USFAQ- Unidade de Saúde Familiar Aqueduto

USFSC- Unidade de Saúde Familiar Santa Clara

PAI- Plano de Auditoria Interna

PND/DGS- Programa Nacional para a Diabetes/ Direção Geral de Saúde

PNV- Plano Nacional de Vacinação

PTGO- Prova de Tolerância à Glicose Oral

PV- Póvoa de Varzim

RENDA- Registo Nacional de Não Dadores

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Integrados Continuados

SDSCA- *Summary of Diabetes Self-Care Activities*

SNS- Serviço Nacional de Saúde

VC- Vila do Conde

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I- ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	4
1. CARACTERIZAÇÃO DA USFSC	5
1.1. Caracterização da população inscrita na USF Santa Clara	6
1.2. Caracterização da população da lista atribuída à enfermeira orientadora.....	7
2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	8
2.1. Competências comuns	8
2.2. Competências específicas	12
CAPÍTULO II- ESTUDO EMPÍRICO	15
1. CONTEXTUALIZAÇÃO.....	16
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	17
2.1. Diabetes Mellitus	17
2.1.1. Incidência de DM.....	17
2.1.2. Tipos de DM	18
2.1.3. Complicações da DM.....	19
2.1.4. Tratamento da DM	19
2.2. A importância da Família.....	20
2.3. Conhecimento e autocuidado no doente diabético.....	21
2.4. Influência das variáveis sociodemográficas na gestão da diabetes.....	23
2.5. Contributo do EEECESF	24
3. METODOLOGIA	25
3.1. Problema de investigação	25
3.2. Questão de investigação.....	25
3.3. Objetivo geral.....	25
3.4. Objetivos específicos:	25
3.5. Hipóteses.....	26
3.6. Tipo de estudo.....	27
3.7. População e amostra	27
3.8. Instrumento de recolha de dados.....	28

3.9. Procedimento para a recolha de dados e questões éticas	29
3.10. Procedimento de análise dos dados.....	29
3.11. Operacionalização de variáveis em estudo	30
3.12. Limitações Metodológicas	31
4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	32
4.1. Caracterização sociodemográfica	32
4.2. Caracterização clínica	33
4.3. Consistência interna das escalas:	34
4.4. Caracterização da percepção da funcionalidade familiar.....	35
4.5. Caracterização do conhecimento sobre a DM dos participantes	35
4.6. Caracterização do número de respostas corretas/incorrectas e “não sei”	36
4.7. Caracterização das atividades de autocuidado com a DM	38
4.8. Teste de hipóteses	39
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	52
5.1. Caracterização da amostra	52
5.2. Análise das hipóteses	54
CONCLUSÕES DO ESTUDO	63
SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO.....	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICES.....	80
APÊNDICE 1- CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO	81
APÊNDICE 2- FORMULÁRIO DE RECOLHA DE DADOS.....	85
APÊNDICE 3- AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ULSPV/VC.....	92
APÊNDICE 4- AUTORIZAÇÃO DA AUTORA PARA APLICAÇÃO DA.....	94
ESCALA DE APGAR.....	94
APÊNDICE 5- AUTORIZAÇÃO DA AUTORA PARA UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DOS CONHECIMENTOS DA DIABETES E DA ESCALA DE ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO COM A DIABETES	96

INDICE DE FIGURAS

Figura 1- Pirâmide etária dos utentes inscritos.....	6
Figura 2- Índice de dependência	7
Figura 3- Pirâmide etária dos utentes inscritos na lista da enfermeira orientadora.....	7

INDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra (n=210).....	33
Tabela 2- Número de patologias diagnosticadas na amostra (n=210).....	34
Tabela 3-Consistência interna das escalas	35
Tabela 4- Caracterização dos resultados da aplicação da escala de APGAR familiar (n=210)	35
Tabela 5- Caracterização da distribuição de respostas ao questionário de conhecimentos sobre a diabetes (DKQ-24) (n=5040 respostas).....	36
Tabela 6- Resultados detalhados da aplicação do questionário de conhecimentos sobre a DM (DKQ-24) (n=210).....	37
Tabela 7- Média e desvio padrão da frequência de adesão aos autocuidados com a diabetes (n=210).....	38
Tabela 8- Dados descritivos da subescala, "hábitos tabágicos" da escala de atividade de autocuidado com a diabetes (n=210)	39
Tabela 9- Relação entre a percepção de funcionalidade familiar e as variáveis sociodemográficas (n=210).....	41
Tabela 10- Relação entre a percepção de funcionalidade familiar (APGAR Familiar) e as variáveis clínicas dos participantes (n=210)	42
Tabela 11- Relação entre os conhecimentos sobre diabetes (DKQ-24) e as variáveis sociodemográficas (n=210)	43
Tabela 12- Relação entre os conhecimentos sobre diabetes (DKQ-24) e o número de patologias.....	43
Tabela 13- Relação entre o sexo e as atividades de autocuidado com a diabetes (n=210) ..	44
Tabela 14- Relação entre a faixa etária e as atividades de autocuidado com a diabetes (n=210)	45
Tabela 15- Relação entre as habilitações literárias e as atividades de autocuidado com a	

diabetes (n=210)	46
Tabela 16-Relação entre o estado civil e as atividades de autocuidado com a diabetes (n=210)	47
Tabela 17-Relação entre o número de doenças diagnosticadas e as atividades de autocuidado com a diabetes (n=210).....	48
Tabela 18-Relação entre o conhecimento e a atividade de autocuidado com a diabetes dos utentes com DM das USF Santa Clara e Aqueduto (n=210)	49
Tabela 19-Relação entre a funcionalidade familiar e as atividades de autocuidado com a diabetes (n=210)	50
Tabela 20-Relação entre a perceção de funcionalidade familiar e o autocuidado monitorização da glicemia capilar (n=210)	50
Tabela 21-Relação entre a perceção funcionalidade familiar e o conhecimento dos utentes com DM das USF Santa Clara e Aqueduto (n=210)	51

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio de natureza profissional surge no âmbito da unidade curricular, Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, integrada no 1º semestre, do 2º ano, do II Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, realizado em consórcio entre o Instituto Politécnico de Bragança, a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e o Instituto Politécnico de Viana do Castelo. O documento encontra-se estruturado em dois capítulos: o capítulo I, dedicado à análise crítica e reflexão sobre o desenvolvimento de competências, e o capítulo II, que corresponde ao estudo empírico.

Este trabalho tem dois objetivos principais. O primeiro consiste em apresentar e descrever as atividades desenvolvidas durante o estágio profissional realizado na Unidade Local de Saúde de Póvoa de Varzim/Vila do Conde (ULSPV/VC), mais especificamente na Unidade de Saúde Familiar Santa Clara (USFSC). Este estágio, realizado entre 1 de outubro de 2024 e 31 de março de 2025, num total de 390 horas, possibilitou o desenvolvimento profissional da autora, com destaque para a aquisição de competências comuns ao Enfermeiro Especialista (EE) e das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EECESF).

O segundo objetivo corresponde à apresentação do percurso de investigação realizado durante o estágio, com o tema “Perceção de funcionalidade familiar, conhecimento e atividades de autocuidado em utentes com diagnóstico de Diabetes *Mellitus*”. A escolha deste tema resulta da crescente prevalência da Diabetes *Mellitus* (DM), patologia que, segundo a Direção Geral de Saúde (DGS, 2024), aumentou a sua incidência nos cuidados de saúde primários, de 9,0% em 2022 para 9,3% em 2023. Esta tendência reflete-se também na realidade da USF Santa Clara (USFSC), onde o número de utentes com DM cresceu de 3017 em 2023 para 3116 em 2024 (SNS, 2025).

A DM é uma doença crónica complexa, com múltiplas complicações que afetam sobretudo o sistema vascular periférico, potenciando infeções, retinopatia diabética, danos hepáticos, doença renal crónica e polineuropatia (Brutsaert, 2023). Para além do impacto no bem-estar e qualidade de vida, os custos económicos associados são significativos para o sistema de saúde e para a sociedade (Associação Protetora dos Diabéticos, 2023). Neste contexto, a literacia em saúde, a funcionalidade familiar e os comportamentos de autocuidado assumem

um papel central na prevenção de complicações e na gestão eficaz da doença. As intervenções de enfermagem devem, por isso, privilegiar a prevenção primária e a redução dos fatores de risco, recorrendo tanto a estratégias não farmacológicas- como a promoção de hábitos alimentares saudáveis e da prática regular de atividade física (Matos et al., 2020) - como intervenções farmacológicas. A informação e capacitação dos utentes relativamente à autogestão do regime terapêutico são igualmente fundamentais para potenciar a adesão ao tratamento e a corresponsabilização na gestão da doença (Cruz et al., 2024).

A prática profissional em enfermagem exige, assim, reconhecer os obstáculos à mudança de comportamentos e constituir-se como suporte efetivo para os utentes neste processo (Cruz et al., 2023). Neste enquadramento, a presente investigação procura responder à seguinte questão de investigação: Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e a perceção de funcionalidade familiar, os conhecimentos sobre a DM e a atividade de autocuidado com a diabetes nos utentes com diagnóstico de DM das USF Santa Clara e Aqueduto?

Para dar resposta à questão de investigação, foi definido o seguinte objetivo geral: analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e a perceção de funcionalidade familiar, os conhecimentos sobre a DM e a atividade de autocuidado com a DM nos utentes com diagnóstico de DM das USF Santa Clara e Aqueduto.

Do objetivo geral emergiram os seguintes objetivos específicos:

- Descrever o perfil sociodemográfico e clínico da amostra em estudo.
- Avaliar a perceção de funcionalidade familiar da amostra em estudo.
- Avaliar os conhecimentos sobre a DM da amostra em estudo.
- Avaliar a atividade de autocuidado com a DM da amostra em estudo.
- Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e a perceção de funcionalidade familiar, os conhecimentos e atividades de autocuidado da amostra em estudo.
- Analisar a relação entre as variáveis clínicas e a perceção de funcionalidade familiar, os conhecimentos sobre a DM e atividades de autocuidado com a DM da amostra em estudo.
- Analisar a relação entre a perceção de funcionalidade familiar, os conhecimentos sobre a

DM e a atividade de autocuidado com a DM.

Desta forma, a investigação em enfermagem assume-se como elemento essencial para fundamentar práticas baseadas na evidência, avaliar e implementar boas práticas e contribuir para o desenvolvimento contínuo dos serviços de saúde (Galvão & Swada, 2003). O percurso aqui apresentado, que integra a análise do estado da arte, a metodologia, a apresentação e discussão dos resultados e as conclusões, procura responder a esta necessidade.

Espera-se que os resultados obtidos constituam um contributo para o desenvolvimento de intervenções inovadoras em enfermagem, particularmente dirigidas a utentes com DM e às suas famílias, reforçando o papel do EEECESF na promoção da literacia em saúde e na capacitação para o autocuidado em cuidados de saúde primários.

**CAPÍTULO I- ANÁLISE E REFLEXÃO
CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS**

1. CARACTERIZAÇÃO DA USFSC

O estágio decorreu na USFSC, situada em Vila do Conde (VC), entre 1 de outubro de 2024 e 31 de março de 2025. A supervisão foi assegurada pela Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, Carina Ramos e a orientação académica esteve a cargo do Professor Doutor Manuel Brás e da Mestre Dora Machado.

A USFSC, inaugurada em dezembro de 2007, é uma unidade modelo B que, desde 1 de janeiro de 2024, está integrada na ULSPV/VC, conforme estipulado pelo decreto-lei n.º 102/2023, de 7 de novembro. Após um processo iniciado em 2020, marcado por diversos desafios como a pandemia, a USFSC obteve em outubro de 2023, a certificação de qualidade de nível “bom”, atribuída pela Agência de Calidad Sanitária de Andalucía.

Sediada num edifício partilhado com a USF Aqueduto (USFAQ), trata-se de uma unidade de saúde familiar, com autonomia organizativa, funcional e técnica. Presta cuidados à população das freguesias de Vila do Conde, Árvore, Azurara, Fajozes, Mindelo, União de Freguesias de Retorta e Tougues e União de Freguesias de Touguinha e Touguinhó.

A unidade insere-se numa zona com bons acessos rodoviários, o que facilita a deslocação dos utentes. Quer por transporte próprio, quer por transporte público, a proximidade da linha B do metro (a cerca de 10 minutos a pé) e as várias linhas de autocarro (a aproximadamente a 5 minutos) são vantagens significativas.

A unidade funciona de segunda a sexta-feira, entre as 8 e as 20 horas. Além disso, disponibiliza atendimento complementar aos fins de semana e feriados, das 8 às 14 horas, num edifício partilhado com outras três USF na cidade da Póvoa de Varzim (PV). Este serviço é acessível mediante agendamento por parte das USF, do hospital, via SNS24, ou por iniciativa direta do utente.

A equipa multidisciplinar da USFSC é composta por diversos profissionais que asseguram uma resposta abrangente às necessidades dos utentes. Integra nove médicos(as) e nove enfermeiros(as), dos quais seis são especialistas em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, um especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, um especialista em Saúde Materna e Obstétrica e um especialista em Enfermagem de Reabilitação. Conta ainda com sete secretários(as) clínicos(as) e três

internos de formação específica em Medicina Geral e Familiar.

O apoio operacional é assegurado por um assistente operacional, duas funcionárias de limpeza (afetas a uma empresa contratada) e um elemento de segurança. A USFSC beneficia ainda da colaboração de profissionais da ULSPV/VC, em áreas como o serviço social, a psicologia, a nutrição, a podologia e a saúde pública, cuja intervenção contribui para uma abordagem holística centrada na pessoa.

A estrutura organizativa da unidade é composta por um coordenador de equipa (médico), um conselho técnico (constituído por um médico, um enfermeiro e um assistente técnico) e o Conselho Geral, que integra todos os profissionais da unidade. Esta estrutura visa assegurar uma gestão participada e orientada para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Em situações de ausência dos profissionais de saúde de referência, a prestação de cuidados é assegurada em regime de intersubstituição, garantindo os serviços mínimos estabelecidos no Regulamento Interno da unidade e mantendo a continuidade dos cuidados aos utentes.

As reuniões de equipa realizam-se semanalmente das 13h às 14 horas, e são dedicadas à discussão dos assuntos administrativos, organizacionais, clínicos e informativos, promovendo uma cultura de rigor, partilha de conhecimento e qualidade técnico-científica.

1.1. Caracterização da população inscrita na USF Santa Clara

À data de realização de estágio, a USFSC tinha inscritos 15891 utentes, dos quais 7608 do sexo masculino e 8283 do sexo feminino, distribuídos conforme a Figura 1.

Figura 1- Pirâmide etária dos utentes inscritos



Fonte: Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (SNS, 2025)

Os utentes eram, na sua maioria, adultos em idade ativa, entre os 25 e os 64 anos, totalizando

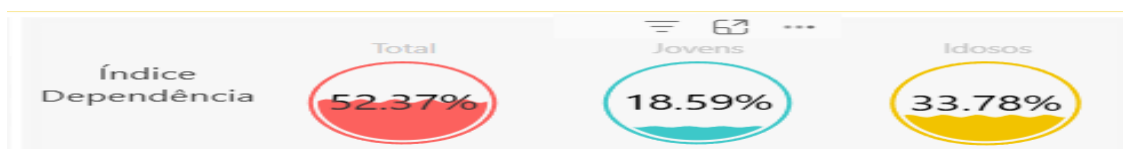
5880 indivíduos (36,98%). As faixas etárias mais representativas foram entre os 50 e os 54 anos com 1355 utentes (8,52%) e dos 55 aos 59 anos com 1319 utentes (8,30%).

As crianças e jovens até aos 14 anos representavam 1183 utentes (7,44%), enquanto os idosos com 65 ou mais anos totalizavam 2609 utentes (16,42%).

A população feminina (8283 utentes) era ligeiramente superior à masculina (7608 utentes), representando, respetivamente, 52,1% e 47,9% do total de inscritos (15891 utentes).

O índice de dependência total, conforme a figura 2, revela uma taxa de 52,37%. Este resultado reporta-se quer à dependência no autocuidado da população idosa (33,78%) quer da população jovem (18,59%).

Figura 2- Índice de dependência

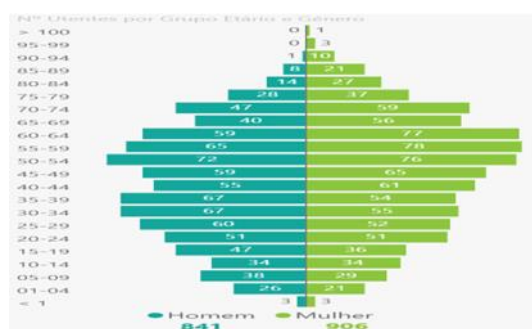


Fonte: Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (SNS, 2025)

1.2. Caracterização da população da lista atribuída à enfermeira orientadora.

A lista atribuída para o estágio contava com 1747 indivíduos, dos quais 906 (51,8%) eram do sexo feminino e 841 (48,1%) do sexo masculino. A maioria dos utentes eram adultos (63,2%), 17,7% eram crianças e jovens e 19,1% eram idosos.

Figura 3- Pirâmide etária dos utentes inscritos na lista da enfermeira orientadora



Fonte: Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (SNS, 2025)

O programa de saúde de hipertensão arterial (HTA) estava associado a 440 utentes, o de DM a 182, o de saúde materna a 7, o de planeamento familiar a 381 e o de rastreio oncológico a

1097 (Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais [MIMUF], 2025).

Com base nesta caracterização detalhada da população inscrita na USFSC e na lista da enfermeira orientadora, foi possível compreender o perfil dos utentes acompanhados. Esta análise revelou-se fundamental para a planificação e execução de intervenções no contexto de estágio. A prática clínica, aliada ao acompanhamento supervisionado, permitiu a consolidação de conhecimentos e o aperfeiçoamento de competências essenciais no âmbito da prestação dos cuidados de Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (ECESF).

2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O estágio profissional proporcionou oportunidades de crescimento pessoal e profissional, contribuindo para o desenvolvimento e a consolidação de competências técnicas, relacionais e ético-profissionais, fundamentais para a prestação de cuidados de qualidade.

De acordo com o descrito no decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro, capítulo II, artigo 7º, os enfermeiros que integram as equipas das Unidades de Saúde Familiar (USF) devem ser detentores do título de EEECESF. Este título, atribuído nos termos do Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros, é considerado fundamental para garantir a prestação de cuidados especializados às famílias, em conformidade com as competências adquiridas na formação especializada.

Neste sentido, a autora propõe-se refletir sobre o percurso realizado e o desenvolvimento de competências ao longo do estágio profissional, considerando as competências comuns ao Enfermeiro Especialista (EE) – que são transversais a todas as áreas de enfermagem - e as competências específicas do EEECESF.

2.1. Competências comuns

Responsabilidade profissional ética e legal: Durante todo o percurso do estágio, foi garantido o cumprimento das normas e regulamentos legais que orientam a prática de enfermagem. Em particular, o Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros (Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 2016) e os princípios declarados na convenção de Helsínquia (WMA - World Medical Association, 2013), e Oviedo (Council of Europe, 1997), bem como as orientações da DGS (2025) relativas ao consentimento informado, garantindo que os

dados dos utentes eram tratados de acordo com a legislação em vigor.

Sempre que necessário, a autora garantiu que os utentes eram informados sobre os processos e procedimentos, assegurando o seu consentimento informado, livre e esclarecido.

Durante o estágio, surgiram situações que exigiram reflexões éticas, como o respeito pela autonomia do utente. Por exemplo, no âmbito do estudo de investigação, foi necessário solicitar o consentimento aos utentes para participação voluntária. Verificou-se que alguns utentes optaram por recusar, motivados por crenças pessoais ou receios associados à investigação. Perante estas situações, a autora teve a preocupação de respeitar integralmente o princípio da autonomia, mesmo tendo a perceção de que a recusa decorria da falta de compreensão do estudo. Forçar uma nova explicação poderia facilmente resvalar para um processo de coação inconsciente, o que violaria o dever ético de garantir decisões livres e voluntárias. Esta experiência permitiu consolidar a consciência da importância da ética na investigação, não só no que respeita ao cumprimento formal do consentimento informado, mas sobretudo na promoção de uma relação de respeito com os participantes.

A autora também teve a preocupação de garantir que as decisões eram tomadas tendo em conta as crenças e valores do utente, elaborando planos de intervenção conjuntos e eficazes. Por exemplo, um utente diagnosticado com diabetes tipo 2 recusava-se a iniciar o tratamento com insulina. Durante a consulta de enfermagem, através de escuta ativa e do diálogo, foi possível perceber que o seu receio estava ligado ao medo de dependência e à perceção de que a insulina era um ponto de não retorno na progressão da doença. Com uma abordagem centrada na pessoa e na família, combinada com educação para a saúde e o uso de exemplos práticos, a autora conseguiu desmistificar as suas crenças e motivá-lo para a adesão ao regime medicamentoso.

O respeito pela opinião e experiência de outros profissionais possibilitou a colaboração, garantindo uma assistência mais eficiente aos utentes.

Na orientação dos utentes e da família sobre os cuidados, a autora teve a preocupação de garantir que a informação transmitida era clara e acessível, respeitando assim o direito à informação.

Melhoria contínua da qualidade: A formação académica, aliada ao compromisso com a formação contínua, refletiu-se positivamente no percurso do estágio. O treino na avaliação e

intervenção familiar, através do referencial teórico MDAIF de Figueiredo (2012), assim como a experiência profissional em CSP, assumiram-se como forças impulsionadoras para o estabelecimento de uma relação terapêutica com os utentes. A aplicação do MDAIF permitiu uma abordagem estruturada e centrada na família, contribuindo para uma compreensão mais aprofundada das suas necessidades em saúde. Através das dimensões: estrutural, funcional e de desenvolvimento, foi possível avaliar não apenas os utentes, mas também os contextos familiares, o que permitiu elaborar intervenções mais ajustadas e eficazes, centrada na pessoa e na família, e respeitando os seus valores, crenças e prioridades.

Gestão dos cuidados: A autora teve a oportunidade de monitorizar e avaliar processos de cuidados, com o objetivo de os adaptar às fases do ciclo de vida das famílias e garantir a sua qualidade.

Foram identificadas áreas de melhoria nas intervenções de enfermagem, como a necessidade de reforçar a comunicação com as famílias para melhorar a adesão aos planos de intervenção. Por exemplo, em várias situações observou-se o incumprimento dos planos de monitorização de glicemias e do seguimento de planos alimentares. A autora constatou falhas na comunicação devido às dúvidas levantadas em consultas seguintes, que se pensava estarem esclarecidas. Esta constatação revelou a necessidade de implementar uma linguagem mais acessível e pedir um retorno verbal das orientações.

Foram sempre adotadas boas práticas, colaborando com a equipa na elaboração de procedimentos da USF com o objetivo de prestar cuidados de forma segura e organizada. A autora foi convidada a colaborar na auditoria e revisão dos procedimentos relativos à Diretiva Antecipada da Vontade (DAV) e ao Registo Nacional de Não Dadores (RENDA). Esta revisão insere-se na prática da USFSC, contribuindo para a melhoria da organização dos cuidados e para o respeito pelos direitos dos utentes, reforçando a qualidade e segurança dos serviços prestados, e alinhando-se com os requisitos de acreditação da unidade. O enfermeiro, enquanto profissional de referência numa USF, tem a responsabilidade ética de informar e esclarecer os utentes destes direitos.

Ao longo das intervenções realizadas junto dos utentes e das suas famílias, a autora manteve uma colaboração contínua e próxima com a equipa multidisciplinar. Procurou, desde o início, construir uma relação de confiança e respeito mútuo com todos os profissionais

envolvidos, compreendendo e respeitando as dinâmicas, os métodos de trabalho e o modelo de atuação da equipa. Esta postura permitiu uma integração eficaz no processo de cuidados, contribuindo para uma atuação coerente e articulada, orientada para a continuidade e qualidade dos cuidados prestados.

Sempre que a situação o exigiu, a autora promoveu a articulação com outras equipas e serviços de saúde para garantir uma resposta adequada às necessidades identificadas. Para tal, foram mobilizados os recursos disponíveis, assegurando o apoio necessário às famílias e promovendo um trabalho em rede e eficaz.

Nos utentes com doença crónica, os ensinamentos foram centrados na capacitação para a autogestão, promovendo comportamentos responsáveis, com o objetivo de promover a saúde e prevenir doenças e complicações.

Desenvolvimento das aprendizagens profissionais: Ao longo do estágio, a autora partilhou estudos de investigação, realizados durante o percurso escolar, para contribuir e criar uma visão partilhada de enfermagem de saúde familiar baseada na evidência. Destacam-se:

- Revisão scoping, intitulada “Promoção de respostas adaptativas na transição saúde doença no utente com diagnóstico de DM”, que permitiu identificar as dificuldades vividas por estes utentes após o diagnóstico e as estratégias de intervenção ajustadas às suas necessidades.

- Revisão narrativa, intitulada “Literacia nos utentes com HTA”, que destacou a importância da literacia em saúde para a adesão ao regime terapêutico e para a autogestão da doença.

Esta partilha promoveu o diálogo e atualização de conhecimentos da equipa, nomeadamente na área da educação para a saúde e na abordagem de utentes com patologias crónicas, e reforçou a perceção da importância da prática baseada na evidência.

A autora participou no Plano de Auditoria Interna (PAI) e na revisão e elaboração dos procedimentos da USF, com o objetivo de colaborar com a equipa multidisciplinar na avaliação da qualidade dos cuidados prestados.

Foram realizadas referências para outros profissionais, tais como serviço social, psicologia, nutrição, podologia e Rede Nacional de Cuidados Integrados Continuados (RNCCI), contribuindo para a prevenção do agravamento de patologias e para a diminuição de internamentos hospitalares.

Para garantir uma gestão eficaz e a manutenção da qualidade dos cuidados prestados, a autora consultou sempre o plano de ação e procedimentos da USF. A consulta dos procedimentos permitiu a uniformização do desempenho de acordo com a atuação interna da unidade. Um exemplo foi a adoção do procedimento estabelecido para a comunicação e circulação de informação clínica entre profissionais da unidade, de modo a garantir o sigilo e proteção de dados. A consulta do plano de ação permitiu identificar as áreas de melhoria e orientar a atuação para contribuir para essas melhorias. Um dos problemas identificados pela USFSC, de acordo com o relatório de atividades de 2023 (último realizado até à data), era o facto de o desempenho da equipa na vigilância da diabetes não se encontrar no intervalo esperado. Este foi um dos fatores, e tendo em conta a sua importância, para a decisão do estudo ser realizado em utentes com diagnóstico de DM.

2.2. Competências específicas

Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção: Foram realizadas consultas de enfermagem, nos diferentes níveis ao longo do ciclo vital.

Todas as práticas tiveram por base a evidência científica, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade das intervenções de enfermagem. Para isso, a autora consultou artigos e *guidelines* da DGS, como, por exemplo, para esclarecer dúvidas relacionadas com a administração de vacinas do Plano Nacional de Vacinação (PNV) e de vacinas extraplano.

No decurso do estágio, a autora utilizou sempre uma comunicação assertiva e eficaz com os elementos da equipa multidisciplinar, quer nas relações interpessoais e profissionais, quer em relação aos utentes.

Durante as consultas, foi possível demonstrar disponibilidade e preocupação em estabelecer uma relação aberta e empática, com o objetivo de promover a confiança, através de uma escuta ativa dos utentes sem interrupções. A utilização de uma linguagem acessível foi sempre tida em conta. Foi perceptível a eficácia destas medidas pois, ao longo das consultas, os utentes ficaram mais comunicativos.

Durante o estágio, todas as intervenções com as famílias, desde a identificação de necessidades, à elaboração do plano de cuidados e à definição de estratégias, foram fundamentadas nos princípios do MDAIF (Figueiredo, 2012). Este referencial teórico

orientou a prática, permitindo uma abordagem centrada na compreensão das dinâmicas familiares e na mobilização dos recursos internos de cada família.

A atuação teve como base a identificação das forças e vulnerabilidades do sistema familiar, para construir, em conjunto com os seus membros, respostas ajustadas à fase do ciclo de vida em que se encontravam, promovendo a sua autonomia, saúde e bem-estar. Por exemplo, foram identificadas situações de vulnerabilidades, como a sobrecarga física e emocional em cuidadores informais, devido à ausência de estratégias de autocuidado. Nesses casos, as intervenções foram orientadas para a capacitação do cuidador, nomeadamente através do encaminhamento para recursos da comunidade (equipa de apoio ao cuidador informal), contribuindo desta forma para o restabelecimento do equilíbrio do sistema familiar.

Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar:

No âmbito da enfermagem de saúde familiar, a colaboração entre profissionais assume um papel central, dado que a resposta às necessidades das famílias raramente se esgota na atuação de um único profissional. Assim, a articulação com outros elementos da equipa de saúde facilitada pelo papel de liderança do EEECESF, conforme descrito por Barbieri-Figueiredo et al. (2012), foi essencial para garantir intervenções coordenadas e contínuas e centradas na família. A troca de informações e a definição conjunta de estratégias permitiram assegurar que os cuidados prestados fossem integrados, personalizados e ajustados às especificidades de cada família, promovendo um acompanhamento mais eficaz e coerente com os objetivos delineados no plano de cuidados.

Durante o estágio, foi atribuída à autora a responsabilidade de coordenação de planos de cuidados para as famílias. Foram realizadas a avaliação das necessidades e propostas de estratégias de intervenção ajustadas a cada situação. Como mestrande, foi desafiante garantir a confiança dos utentes, bem como conhecer e avaliar a complexidade familiar, devido ao limite de tempo.

Durante as consultas de enfermagem, foram abordados temas relacionados com a saúde preventiva, como a menopausa e importância dos rastreios do HIV. Nas mulheres na fase de menopausa, foram discutidos os principais aspetos deste período, esclarecendo dúvidas e desmistificando tabus, para promover um maior conhecimento e bem-estar. Paralelamente, foi oferecida a possibilidade de realização de rastreios de HIV, numa abordagem preventiva

que visa sensibilizar as famílias para a importância do diagnóstico precoce e do autocuidado. Estas intervenções integraram ações de sensibilização em que a autora colaborou, reforçando a promoção de saúde e a prevenção de doenças junto da comunidade.

O desenvolvimento de competências em ECESF exige mais do que a prática em cuidados de saúde primários; requer uma base teórica sólida que fundamenta e orienta a intervenção profissional. A aplicação do MDAIF (Figueiredo, 2012) revelou-se igualmente essencial na compreensão da família como unidade de cuidados, promovendo a sua capacitação e autonomia. A necessidade de conciliar a realização do estágio com o exercício profissional ativo representou um desafio acrescido, implicou uma reorganização pessoal e profissional, exigindo uma gestão rigorosa do tempo, resiliência e forte sentido de compromisso. Ainda assim, a autora considera que os objetivos definidos para este estágio foram plenamente alcançados.

CAPÍTULO II- ESTUDO EMPÍRICO

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

A autogestão de uma doença crónica é um processo exigente, uma vez que implica a reorganização de hábitos e a redefinição de prioridades. Para além da aquisição de conhecimentos sobre a condição clínica e o seu respetivo tratamento, este processo requer uma adaptação de ordem psicológica e social, fundamental para uma gestão eficaz da DM (Aujoulat et al., 2007).

Neste sentido, a intervenção de enfermagem deve focar-se na capacitação do utente e da família, promovendo decisões informadas sobre a sua saúde (Bastos et al., 2022; Luz et al., 2022). Esta intervenção, revela-se determinante não só na motivação inicial, mas também na manutenção de práticas adequadas à gestão da doença (Sousa-Muñoz & Sá, 2020).

A educação para a autogestão constitui uma dimensão fundamental nos cuidados de saúde, porque permite promover a capacitação do utente e da sua família no enfrentamento da doença. A avaliação dos conhecimentos que o doente possui sobre a sua condição clínica é essencial para ajustar as estratégias de intervenção, de modo a torná-las mais eficazes e adequadas às suas necessidades. Este processo implica não só o desenvolvimento de competências e estratégias de adaptação, mas também a consideração de variáveis culturais e ambientais envolventes, uma vez que estas influenciam a forma como a doença é compreendida e gerida (Vilar, 2012).

As famílias são cada vez mais solicitadas a colaborar na prestação de cuidados a utentes com doenças crónicas. Neste contexto, o enfermeiro assume um papel de grande importância ao apoiar as famílias na superação das alterações impostas pela doença e no favorecimento do processo de adaptação (Ferreira et al., 2012).

Para além do contexto familiar e do fornecimento de informação, variáveis como o sexo e a idade são também fatores essenciais a ter em conta na definição de estratégias que promovam um melhor enfrentamento da doença (Sousa-Muñoz & Sá 2020).

Tendo em conta o exposto, torna-se essencial compreender se os utentes com diagnóstico de DM apresentam conhecimentos adequados sobre a sua patologia, se desenvolvem práticas de autocuidado que favoreçam uma gestão eficaz da sua condição e de que forma percecionam a funcionalidade da sua estrutura familiar. Simultaneamente, importa compreender de que forma estas dimensões se relacionam com as suas características

sociodemográficas e clínicas, permitindo orientar intervenções de enfermagem mais ajustadas e individualizadas.

Deste modo, emergiu a seguinte questão de investigação: Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e a perceção de funcionalidade familiar, os conhecimentos sobre a diabetes e atividade de autocuidado em utentes com diagnóstico de DM das Unidades de Saúde Familiar Santa Clara e Aqueduto?

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. Diabetes Mellitus

A DM, é uma doença crónica, que surge quando o pâncreas não produz insulina (hormona responsável por regular os níveis de açúcar no sangue) em quantidade suficiente ou quando o organismo não consegue usar de forma eficaz a insulina produzida. Isto leva a um aumento dos níveis de açúcar no sangue (hiperglicemia) que, se não for controlada, pode causar danos nos nervos e vasos sanguíneos (WHO, 2024).

Em Portugal o diagnóstico de diabetes é feito com base nos seguintes parâmetros e valores para plasma venoso na população em geral: a) Hemoglobina glicada A1c (HbA1c) $\geq 6,5\%$; b) Glicemia ≥ 200 mg/dl às 2 horas, na prova de tolerância à glicose oral (PTGO) com 75g de glicose; c) Sintomas clássicos (aumento de sede e fome, urinar com frequência, cansaço extremo, visão turva, boca seca) (SNS24, 2025) conjugados com glicemia ocasional ≥ 200 mg/dl; ou d) Glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl (norma da DGS 002/2011 de 14/01/2011).

2.1.1. Incidência de DM

Em Portugal, no final de 2024, os cuidados de saúde primários contabilizavam mais de 930 mil pessoas com diagnóstico de diabetes, o que representa cerca de 8,9% do total de utentes inscritos no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Este é o número mais elevado registado até hoje, estimando-se que a diabetes possa atingir mais de um milhão de portugueses. É atualmente uma das doenças crónicas mais comuns no país e com uma das maiores taxas de prevalência da União Europeia (UE) (despacho n.º 3390/2025, de 17 de março).

Neste sentido o Programa Nacional para a Diabetes (2024) da Direção Geral de Saúde (2024) (PND/DGS) estrutura as suas medidas de prevenção em torno de 3 eixos principais: prevenção primária, prevenção secundária e organização dos cuidados. A prevenção

primária foca-se na promoção dos estilos de vida saudáveis através de iniciativas que incentivam uma alimentação equilibrada, a prática regular de atividade física e a redução dos comportamentos de risco. A prevenção secundária, concentra-se na deteção precoce da diabetes e das suas complicações, promovendo o rastreio de grupos de risco e uma intervenção atempada para evitar a progressão da doença. Por sua vez, a organização dos cuidados visa assegurar uma resposta integrada e coordenada entre os níveis do sistema de saúde, através da atuação de equipas multidisciplinares e da implementação de consultas especializadas em diabetes nos cuidados de saúde primários e hospitalares. A integração destes cuidados centrados na pessoa com diabetes permite ganhos em saúde, uma melhor qualidade de vida, a prevenção de complicações e a redução da necessidade de tratamentos farmacológicos mais complexos, contribuindo assim para a sustentabilidade do SNS.

2.1.2. Tipos de DM

No contexto das doenças metabólicas crónicas, a DM apresenta diferentes formas clínicas, cuja distinção é fundamental para a definição de estratégias terapêuticas adequadas. Os principais tipos de diabetes são:

Diabetes tipo 1: Doença autoimune, frequentemente diagnosticada na infância ou adolescência, na qual ocorre a destruição progressiva das células beta pancreáticas, culminando numa carência absoluta de insulina. Esta condição exige tratamento com insulina exógena desde o diagnóstico (Gomes, 2021).

Diabetes tipo 2: Forma mais comum caracterizada pela resistência à insulina, frequentemente associada a fatores como obesidade, sedentarismo e idade avançada. Pode inicialmente ser controlado com medidas não farmacológicas e terapêutica oral (SNS24, 2025).

Diabetes gestacional: Desenvolve-se durante a gravidez e normalmente desaparece após o parto, mas aumenta o risco de desenvolver diabetes tipo 2 no futuro (SNS24, 2025).

Diabetes tipo LADA (Latent Autoimmune Diabetes in Adults): combina características das DM tipo 1 e 2. Apesar de se manifestar na idade adulta e progredir de forma mais lenta, tem origem autoimune, o que a leva a requerer insulinoaterapia, à semelhança da DM tipo 1 (Lopes, 2023).

2.1.3. Complicações da DM

Segundo, Gallego e Caldeira (2007), são complicações agudas da DM: a hipoglicemia, que ocorre quando os níveis de glicose no sangue descem abaixo do normal, podendo originar sintomas como tremores, sudorese e confusão; e as crises hiperglicémicas agudas, como a cetoacidose diabética e o síndrome hiperglicémico hiperosmolar. Estas complicações são graves, com elevada mortalidade e morbidade.

A duração da DM, o seu mau controlo, associados a outros fatores de risco como tabagismo, HTA e dislipidemia, levam ao aparecimento de complicações crónicas, como as microvasculares (retinopatia diabética, neuropatia periférica e nefropatia diabética) e as macrovasculares (doença arterial coronária, doença cerebrovascular e doença arterial periférica). Estas complicações são responsáveis por mortes devido a problemas renais e cardiovasculares, bem como por amputações de membros e cegueira (Lu et al., 2023).

2.1.4. Tratamento da DM

No tratamento da DM, coexistem abordagens farmacológicas e não farmacológicas, ambas essenciais para o controlo eficaz da doença. O tratamento farmacológico visa a regulação dos níveis de glicose no sangue através da prescrição de medicamentos adequados, enquanto as estratégias não farmacológicas, como a promoção de um estilo de vida saudável, uma alimentação equilibrada e a prática regular de exercício físico, desempenham um papel fundamental na prevenção de complicações e na melhoria da qualidade de vida dos utentes (WHO, 2024).

Nesse sentido, promover uma intervenção multidisciplinar centrada na pessoa com DM, baseada em estratégias não farmacológicas bem definidas, pode reduzir a necessidade de medicação e, em alguns casos, possibilitar a remissão da diabetes tipo 2. Esta abordagem contribui para a melhoria da qualidade de vida desta população, e para a sustentabilidade financeira do sistema de saúde (despacho n.º 3390/2025, de 17 de março).

No âmbito farmacológico, a metformina é frequentemente o agente de primeira linha para a DM tipo 2, prescrito após o diagnóstico, especialmente quando a dieta e exercício físico não são suficientes para controlar a glicemia. O seu principal mecanismo de ação é a redução da produção de glicose pelo fígado. Em pessoas com DM tipo 2, o fígado tende a produzir mais glicose que o necessário, o que agrava a hiperglicemia (Sá et al., 2016).

A insulina é indispensável no tratamento da DM tipo 1 e em determinados casos, no tipo 2, sobretudo quando existe descompensação glicémica (SNS24, 2025).

As intervenções não farmacológicas são igualmente fundamentais e baseiam-se numa abordagem multidisciplinar centrada no doente. A adoção de uma dieta equilibrada, adaptada às necessidades individuais, a prática regular de atividade física a educação terapêutica e a monitorização da glicemia capilar, são componentes essenciais do plano terapêutico. Estas estratégias promovem o autocuidado, facilitam a adesão ao tratamento e contribuem para a estabilidade metabólica a longo prazo (Garcia, 2022).

A diabetes deve ser entendida não apenas como uma disfunção metabólica, mas como uma condição crónica que requer uma gestão contínua, integrada e centrada no doente. O seu tratamento exige uma abordagem multidisciplinar onde a articulação entre diferentes profissionais de saúde é fundamental para garantir a individualização da terapêutica. Essa abordagem deve combinar a educação em saúde, o controlo alimentar e a terapêutica medicamentosa. A educação em saúde e o acesso adequado ao tratamento contribuem significativamente para a melhoria da qualidade de vida dos doentes e para uma gestão mais eficaz da diabetes ao longo do tempo (Paula et al., 2024).

2.2. A importância da Família

Para ajudar as pessoas com diagnóstico de DM a fazerem uma melhor gestão da sua doença é fundamental ter em conta o contexto familiar (Sousa-Munoz & Sá, 2020). Programas educacionais para o autocuidado na família, promovem melhorias clínicas, comportamentais e psicossociais nesses utentes (Joaquim et al., 2022).

Os fatores que influenciam a adesão ao tratamento são diversos e nem sempre estão diretamente ligados à própria doença, mas também ao modo como as pessoas vivem e se relacionam com os outros. Existem vários sentimentos envolvidos, assim como aspetos de condições de vida, do contexto familiar, que muitas vezes não são tidos em conta pelos profissionais de saúde, ao recomendarem cuidados e tratamentos. Entre os fatores que mais impactam os tratamentos, destaca-se o apoio social e familiar (Souza et al., 2021).

O sistema familiar atua não só como recetor dos cuidados, mas também como parceiro ativo e promotor da saúde dos seus membros, contribuindo para uma abordagem mais integrada e eficaz no processo de cuidado. Reconhecer a família como subsistema permite que os

cuidados de enfermagem sejam direcionados de forma mais ampla, valorizando o papel da família no apoio e na manutenção do bem-estar dos utentes (Frade & Frade, 2021).

Santos e Paulino (2024), salientam a importância da aplicação da escala de APGAR familiar, sobretudo por profissionais de enfermagem, uma vez que a mesma permite identificar necessidades efetivas do sistema familiar. A escala de APGAR familiar de Smilkstein, que avalia a adaptabilidade, o padrão de comunicação, a garantia de envolvimento, o afeto e a resolução de problemas, é um instrumento válido para identificar a funcionalidade da família e os potenciais riscos no seu funcionamento enquanto sistema. A identificação das necessidades da família permite formular diagnósticos que orientam o processo de cuidados, contextualizando as intervenções num tempo e domínio específicos da vida familiar (Figueiredo, 2012).

Compreender como a família funciona, é essencial para que os enfermeiros consigam desenvolver intervenções eficazes, que ajudem os utentes a cuidar melhor de si e a evitar complicações. Neste processo, a família não é um mero espectador, mas sim uma verdadeira parceria no cuidado (Borges et al., 2024). A educação dos utentes e das suas famílias facilita a gestão da doença e, conseqüentemente, reduz significativamente as suas conseqüências (Mansour et al., 2022).

A dificuldade da correta adesão ao regime terapêutico é da responsabilidade não só da equipa de saúde da família, mas também dos familiares e cuidadores. O papel da enfermagem, na adesão dos utentes ao autocuidado, deve, por isso, ter em conta a família e os cuidadores para que resulte na melhoria da qualidade de vida (Costa, 2021).

2.3. Conhecimento e autocuidado no doente diabético

A literacia em saúde implica motivação, conhecimento e competência para compreender, aplicar e avaliar informação em saúde, que permita às pessoas prevenir doenças, promover a saúde e decidir sobre cuidados, para a manutenção da sua qualidade de vida (Lopes & Almeida, 2019).

Segundo Barbosa e Pimenta (2021), a literacia em saúde inclui conhecimentos, motivações e competências que capacitam os indivíduos a aceder, a interpretar e a aplicar informação relativa à saúde, possibilitando decisões informadas para a manutenção e melhoria do seu estado ao longo do ciclo de vida. Este conhecimento e literacia são determinantes para a

gestão eficaz da diabetes, reduzindo os riscos de complicações, internamentos e mortalidade (Paes et al., 2021).

O Programa Nacional para a Diabetes (DGS, 2024) propõe medidas a vários níveis de atuação nos doentes com diabetes e sugere modos de atuação, sendo um deles, a necessidade de formação às pessoas com diabetes. A promoção da educação em saúde, capacita os utentes para a gestão da sua doença e permite adotar estilos de vida saudáveis (Almeida et al, 2023). Constata-se melhorias significativas na adesão ao autocuidado através da participação em atividades de educação para a saúde (Silva et al., 2021). O autocuidado em DM inclui cuidados com a alimentação, prática de exercício, adesão à medicação e literacia (Carvalho, 2024).

Doentes com maior compreensão da sua doença tendem a apresentar melhor controlo glicémico e menor incidência de complicações como neuropatia, retinopatia e doenças cardiovasculares (Amaral et al., 2019).

Programas de educação em saúde, que incluem aspetos clínicos, psicossociais e comportamentais, têm demonstrado ser eficazes na melhoria da adesão ao tratamento e dos resultados ao longo prazo (Veiga, 2020).

Para prevenir a morbilidade e mortalidade associadas à DM, é essencial que os doentes adotem comportamentos consistentes de autocuidados em várias áreas, como alimentação, atividade física, toma adequada da medicação e monitorização da glicemia. O papel dos profissionais de saúde na promoção do autocuidado é essencial e deve ser devidamente destacado. É necessário, uma abordagem sistemática e integrada para incentivar práticas de autocuidado entre os doentes com DM, de forma a evitar complicações a longo prazo (Quimones et al., 2023).

A intervenção dos profissionais de saúde, familiares e da comunidade tem um impacto significativo no sucesso de estratégias educativas, onde o apoio familiar pode fortalecer a motivação do paciente e garantir que ele tenha as ferramentas necessárias para tomar decisões saudáveis (Amaral et al., 2019).

Paralelamente, destaca-se a importância de assertividade nas ações educativas dos profissionais de saúde, com o objetivo de alcançar uma adesão favorável ao autocuidado, contribuindo assim para a prevenção de complicações e melhoria na qualidade de vida das

peessoas com diabetes (Portela et al., 2021).

2.4. Influência das variáveis sociodemográficas na gestão da diabetes

Diversos fatores como o sexo, a idade, o nível de escolaridade e a estrutura familiar influenciam significativamente a forma com os utentes enfrentam a doença. Assim reconhecer e integrar essas variáveis na prática clínica permite oferecer uma abordagem mais humanizada e centrada no utente (Sousa-Muñoz & Sá, 2020).

Brevidelli et al., (2021) salientam que as intervenções educativas para promover o autocuidado devem ser planeadas tendo em conta o perfil sociodemográfico e clínico dos utentes. Para uma abordagem integral ao doente diabético, é fundamental considerar a patologia em si e o contexto pessoal (Andrade & Martins, 2016).

Neste contexto, destaca-se que as características sociodemográficas e clínicas, como o número de comorbilidades, têm impacto direto sobre o nível de conhecimento e a capacidade de autocuidado em utentes com DM, sendo estes aspetos essenciais para uma adesão terapêutica adequada e para evitar complicações associadas à doença (Borba et al., 2019).

O nível de escolaridade tem sido associado ao grau de literacia em saúde e consequentemente ao autocuidado. Utesntes com menor escolaridade demonstram maiores dificuldades em manter um controlo glicémico eficaz, o que se deve, em grande parte, ao acesso limitado a informações de qualidade e aos recursos necessários para a autogestão da doença (Serra et al., 2023).

De igual modo, indivíduos, com idade avançada e baixos níveis de escolaridade tendem a ser diagnosticados em fases mais avançadas da DM, o que agrava o prognóstico e dificulta a gestão clínica. Tal evidência reforça o papel dos determinantes sociais como fatores decisivos na evolução da doença (Alarcón, 2021).

A influência das condições socioeconómicas na qualidade de vida de pessoas com diabetes, também tem sido amplamente documentada. Lopes et al. (2024) demonstram que contextos socioeconómicos desfavoráveis não só se associam a um pior controlo

clínico, mas também a um maior comprometimento do bem-estar psicológico. Estes fatores emocionais, quando indevidamente acompanhados, podem agravar a adesão ao tratamento e aumentar o risco de complicações.

A população idosa, enfrenta desafios acrescidos na gestão da DM, devido à presença de múltiplas comorbilidades e fragilidades associadas ao processo de envelhecimento (Borba et al., 2019). Desta forma, parece ser evidente que a gestão eficaz da diabetes exige uma compreensão alargada das variáveis sociodemográficas que afetam o comportamento dos doentes e os seus resultados em saúde (Cordero-Sánchez et al., 2022).

2.5. Contributo do EEECESF

As famílias que lidam com situações de doença crónica devem ser o foco dos cuidados de enfermagem, uma vez que podem demonstrar fragilidades que influenciam a saúde da família e dos seus membros. É essencial que o profissional de enfermagem tenha uma visão holística de todo o sistema familiar e considere o seu contexto. Desta forma, consegue identificar as necessidades reais das famílias e, assim, implementar e avaliar as intervenções de forma mais eficaz (Alves, 2020).

Prestar cuidados focados na pessoa e na sua família, tendo em conta os obstáculos à adaptação e à capacidade de gerir a doença crónica, pode facilitar a adesão ao tratamento. Ao identificar dificuldades financeiras, baixos níveis de literacia em saúde, conflitos familiares ou crenças que dificultam a gestão da doença, torna-se possível elaborar um plano de cuidados mais realista e ajustado às necessidades da família (Martins, 2024).

O Regulamento n.º 428/2018, define as competências do EEECESF, estabelecendo que este profissional deve prestar cuidados à família enquanto unidade central de cuidados, intervindo de forma específica nas diferentes fases do seu ciclo de vida. A sua atuação abrange os três níveis de prevenção - primária, secundária e terciária - e inclui a promoção da capacitação da família para enfrentar os desafios inerentes ao seu processo de desenvolvimento. As competências deste especialista orientam-se tanto para a família como um todo quanto para os seus membros individualmente, promovendo uma abordagem holística e centrada nas necessidades singulares de cada contexto familiar.

A família representa uma dimensão essencial na prática de enfermagem, sendo fundamental a integração no corpo de conhecimento disciplinar. A sua consideração deve abranger diferentes perspetivas: enquanto contexto de desenvolvimento individual, espaço de prestação de cuidados informais, elemento ativo no processo terapêutico e, sobretudo, como cliente que pode, ela própria, necessitar de acompanhamento de intervenção. Reconhecer

estas múltiplas dimensões permite uma abordagem mais abrangente e centrada na pessoa, promovendo cuidados de enfermagem que valorizam as interações familiares e o seu impacto na experiência da doença. Esta visão holística contribui para uma intervenção mais eficaz, sustentada na compreensão do contexto familiar, das suas necessidades específicas e da sua influência na adesão ao tratamento e na promoção da saúde. Assim, a inclusão da família como foco central da intervenção deve ser entendida como um pilar fundamental na construção de cuidados de enfermagem de excelência (Bastos et al., 2022).

Assim, o exercício profissional do EEECESF, sustentado pelas diretrizes legais e éticas da profissão, contribui significativamente para a melhoria da qualidade de vida das famílias e para a eficácia das intervenções em saúde.

3. METODOLOGIA

3.1. Problema de investigação

Face ao enquadramento teórico, surgiu o seguinte problema de investigação: compreender de que forma as variáveis sociodemográficas e clínicas se relacionam com a perceção de funcionalidade familiar, os conhecimentos sobre a *DM* e a atividade de autocuidado em utentes com diagnóstico de *DM* seguidos em cuidados de saúde primários.

3.2. Questão de investigação

Do problema de investigação decorreu a seguinte questão central: Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e a perceção de funcionalidade familiar, os conhecimentos sobre a diabetes e atividade de autocuidado em utentes com diagnóstico de *DM* das Unidades de Saúde Familiar Santa Clara e Aqueduto?

3.3. Objetivo geral

Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e a perceção de funcionalidade familiar, os conhecimentos sobre a diabetes e a atividade de autocuidado nos utentes com diagnóstico de *DM* das USF Santa Clara e Aqueduto.

3.4. Objetivos específicos:

Do objetivo geral, emergiram os seguintes objetivos específicos:

- Descrever o perfil sociodemográfico e clínico da amostra em estudo.

- Avaliar a percepção de funcionalidade familiar da amostra em estudo.
- Avaliar os conhecimentos sobre a diabetes da amostra em estudo.
- Avaliar a atividade de autocuidado com a diabetes da amostra em estudo.
- Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e a percepção de funcionalidade familiar, os conhecimentos sobre a *DM* e atividades de autocuidado com a *DM* da amostra em estudo.
- Analisar a relação entre as variáveis clínicas e a percepção de funcionalidade familiar, os conhecimentos sobre a *DM* e atividades de autocuidado com a *DM* da amostra em estudo.
- Analisar a relação entre a percepção de funcionalidade familiar os conhecimentos sobre a *DM* e atividades de autocuidado com a *DM* da amostra em estudo.

3.5. Hipóteses

Dada a questão de investigação e os objetivos definidos, foram formuladas as seguintes hipóteses:

Hipótese 1: Existe uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas e a percepção de funcionalidade familiar dos utentes com *DM* das USF Santa Clara e Aqueduto.

Hipótese 2: Existe uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis clínicas e a percepção de funcionalidade familiar dos utentes com *DM* das USF Santa Clara e Aqueduto.

Hipótese 3: Existe uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas e os conhecimentos sobre a *DM* dos utentes com *DM* das USF Santa Clara e Aqueduto.

Hipótese 4: Existe uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis clínicas e os conhecimentos sobre a *DM* dos utentes com *DM* das USF Santa Clara e Aqueduto.

Hipótese 5: Existe uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas e a atividade de autocuidado com a diabetes dos utentes com *DM* das USF Santa Clara e Aqueduto.

Hipótese 6: Existe uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis clínicas e a atividade de autocuidado com a *DM* dos utentes com *DM* das USF Santa Clara e Aqueduto.

Hipótese 7: Existe uma relação estatisticamente significativa entre conhecimento sobre a DM e a atividade de autocuidado com a DM dos utentes com DM das USF Santa Clara e Aqueduto.

Hipótese 8: Existe uma relação estatisticamente significativa entre a perceção de funcionalidade familiar e a atividade de autocuidado com a DM dos utentes com DM das USF Santa Clara e Aqueduto.

Hipótese 9: Existe uma relação estatisticamente significativa entre a perceção de funcionalidade familiar e o conhecimento sobre DM dos utentes com DM das USF Santa Clara e Aqueduto.

3.6. Tipo de estudo

Optou-se por uma metodologia quantitativa, com desenho observacional, descritivo-correlacional e transversal. Este delineamento permitiu medir variáveis e explorar associações sem intervenção da investigadora, descrevendo fenómenos e identificando relações, sem estabelecer causalidade (Néné & Sequeira, 2022).

3.7. População e amostra

A população alvo foi constituída por todos os utentes com diagnóstico de DM inscritos nas USF Santa Clara e Aqueduto (N=3100). A amostra (n=210) foi obtida por amostragem não probabilística por conveniência, dado o carácter exploratório do estudo e a necessidade de incluir indivíduos que cumprissem critérios específicos. O tamanho da amostra, foi definido com base em critérios práticos, tendo em consideração as limitações temporais e recursos disponíveis para a recolha de dados. Este número está em linha com estudos semelhantes realizados na mesma área temática. Desta forma, foi possível garantir um equilíbrio entre a validade dos resultados e a viabilidade do estudo. Foram definidos os seguintes critérios de inclusão:

- ✓ Idade \geq 18 anos de idade.
- ✓ Diagnóstico de DM (tipo 1 ou 2) há pelo menos 1 ano.
- ✓ Ter comparecido à consulta de enfermagem de diabetes programada entre 14 de fevereiro e 14 de março de 2025.

- ✓ Consentimento informado livre e esclarecido O critério de exclusão:
- ✓ Ausência de capacidade cognitiva preservada.

3.8. Instrumento de recolha de dados

A recolha de dados realizou-se através de um formulário (Apêndice 2) composto por quatro partes:

1. Questionário sociodemográfico e clínico (idade, sexo, local de residência, estado civil, habilitações literárias e número de patologias).
2. Escala de APGAR Familiar (*Smilkstein, 1978*; versão portuguesa de Agostinho & Rebelo, 1998). O questionário é constituído por cinco questões, relativas aos componentes da função familiar, representados pelo acrónimo APGAR: Adaptação (*Adaptation*) Participação (*Participation*); Crescimento (*Growth*); Afeição (*Affection*); e Resolução (*Resolution*). As perguntas procuram avaliar a perceção que o utente tem do funcionamento da sua família. Cada questão permite três tipos de resposta, que correspondem ao "quase sempre", "algumas vezes" e "quase nunca", com cotações de 2, 1 e 0 pontos, respetivamente. O resultado global da escala obtém-se pela soma das pontuações atribuídas a cada uma das perguntas e varia entre 0 e 10 pontos. Uma pontuação de 7 a 10 sugere uma família funcional, enquanto uma pontuação abaixo de 6 aponta para disfunção familiar. A disfunção pode ser ainda classificada como moderada (4 a 6 pontos) ou grave (0 a 3 pontos) (Sousa et al., 2010).
3. Questionário de Conhecimentos sobre a Diabetes: traduzido para português de "*Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ)-24*", validado para a população portuguesa por Bastos (2004), aborda o conhecimento geral da diabetes (tipos, causas, fisiopatologia, tratamento, sinais e sintomas de hipo e hiperglicemia e complicações crónicas). As respostas são "sim", "não" e "não sei". O questionário foi codificado da seguinte forma: respostas certas recebem 1 ponto; respostas erradas, 0 pontos; e respostas "não sei", 2 pontos. Esta valorização permite obter a proporção de respostas certas, erradas e de desconhecimento.
4. Escala de Atividade de Autocuidado com a Diabetes: traduzida e adaptada para português de *Summary of Diabetes Self-Care Activities*, por Bastos et al., (2007). Esta escala avalia os comportamentos de autocuidado do utente nas áreas de alimentação, alimentação

específica, atividade física, monitorização de glicemia, cuidados com os pés, medicamentos e hábitos tabágicos. A avaliação é parametrizada em dias da semana, numa escala de 0 a 7 pontos, que correspondem aos comportamentos adotados nos últimos sete dias, sendo o zero a situação menos desejável e sete a mais favorável

3.9. Procedimento para a recolha de dados e questões éticas

O estudo respeitou os princípios da Declaração de Helsínquia (World Medical Association, 2013) e da Convenção de Oviedo (Council Of Europe, 1997), tendo obtido parecer favorável da Comissão de Ética da ULSPV/VC (Apêndice 3) e autorizações dos autores dos instrumentos (Apêndices 4 e 5). Foi assegurado o consentimento informado (Apêndice 1), anonimato, confidencialidade e a ausência de riscos diretos para os participantes (Néné & Sequeira, 2022).

3.10. Procedimento de análise dos dados

Para o tratamento estatístico de dados, foram utilizados métodos de estatística descritiva e inferencial. A análise foi conduzida respeitando a ordem estabelecida no formulário de recolha. O procedimento estatístico foi realizado com recurso ao Software R (versão 4.4.2). Não foi identificado qualquer dado omissos que justificasse um tratamento específico.

Análise descritiva: utilizou-se a apresentação de frequências absolutas e relativas, e a aplicação de medidas de tendência central, como a média e o desvio padrão. As características dos participantes foram sintetizadas com base nas variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, habilitações literárias e local de residência) e clínicas (número de patologias), com os resultados apresentados sob a forma de tabelas para facilitar a interpretação.

Análise inferencial: Teve como objetivo explorar possíveis associações estatísticas entre as variáveis sociodemográficas e clínicas dos participantes e os indicadores avaliados (funcionalidade familiar, conhecimento sobre diabetes e práticas de autocuidados).

Variáveis qualitativas: Recorreu-se ao teste de Independência do *Qui-Quadrado*, com o intuito de identificar potenciais associações estatisticamente significativas. Foram calculadas frequências absolutas e relativas e elaboradas tabelas de contingência para descrever a

distribuição dos dados. Importa salientar que a aplicação do teste do *Qui-Quadrado* pressupõe uma amostra de dimensão adequada e frequências esperadas iguais ou superiores a 5. Quando estas condições não foram verificadas, procedeu-se à aplicação do teste exato de *Fisher*, o mais apropriado para amostras reduzidas ou em tabelas de contingência com distribuições muito assimétricas.

Variáveis quantitativas: No que respeita às variáveis quantitativas, foi inicialmente avaliada a normalidade da distribuição dos dados, através do teste de Shapiro-Wilk. Dado que, na maioria das situações, os dados não apresentaram uma distribuição normal, foram utilizados testes não paramétricos para a comparação de médias. Concretamente, recorreu-se ao Teste de Mann-Whitney, para comparações entre dois grupos independentes e ao Teste de Kruskal-Wallis, para comparações entre três ou mais grupos.

Em todas as análises inferenciais foi considerado um nível de significância de $p < 0,05$, assumindo-se como critério para rejeição da hipótese nula. Este nível de significância traduz uma probabilidade de erro inferior a 5%, conferindo um grau de confiança de 95% às conclusões obtidas, desde que se verifiquem os pressupostos estatísticos subjacentes e a validade do desenho de investigação. Nas tabelas apresentadas, as variáveis que demonstraram diferenças estatisticamente significativas, de acordo com os testes aplicados, foram realçadas em negrito, facilitando a interpretação dos dados.

A consistência interna das escalas, foi aferida através do coeficiente alfa (α) de Cronbach, que mede a fidelidade dos instrumentos de recolha de dados, a partir da média das intercorrelações entre os itens que integram cada escala. De acordo com Ribeiro (2010), valores de α superiores a 0,80 indicam uma consistência interna elevada, enquanto valores acima de 0,60 são considerados aceitáveis, especialmente em escalas compostas por um número reduzido de itens (Ribeiro, 2010).

3.11. Operacionalização de variáveis em estudo

As variáveis do estudo dividem-se em variáveis de investigação: Perceção da funcionalidade Familiar (APGAR), conhecimentos sobre a DM (*DKQ-24*) e autocuidado com a DM (*SDSCA*) e variáveis de caracterização (aspetos sociodemográficos e clínicos dos participantes).

As variáveis são ainda classificadas em qualitativas (descrevem sujeitos e situações por categorias) e quantitativas (mensuráveis numericamente) (Néné e Sequeira, 2022).

Assim, no presente estudo encontram-se as seguintes variáveis:

Qualitativas ordinais:

Habilitações literárias: Formou-se uma questão fechada agrupada em 5 categorias: sem habilitações académicas; ensino básico; ensino preparatório; ensino secundário; ensino superior (Licenciatura/Mestrado/doutoramento).

Idade: Questão fechada e agrupada em 8 categorias: 18-20; 21-30; 31-40; 41-50; 51-60; 61-70; 71-80; 81 ou mais anos.

Qualitativa nominal dicotómica (atributo):

Sexo: Questão fechada e dicotómica com duas possibilidades de resposta: Masculino e Feminino.

Qualitativa nominal politómica:

Estado civil: Questão fechada com 5 alternativas: solteiro, casado/união de facto, viúvo, divorciado e outro.

Qualitativa nominal:

Local de residência – Categorizada por cidades.

Quantitativa discreta:

Clínica: Questão fechada que questiona o número de patologias diagnosticadas para além da DM.

3.12. Limitações Metodológicas

Reconhece-se que:

- Amostragem por conveniência, limita a representatividade e generalização dos resultados.
- O desenho transversal impossibilita estabelecer relações de causa e efeito.

- A recolha de dados num período curto pode não refletir variações ao longo do tempo.
- A utilização de instrumentos de autorrelato pode introduzir enviesamento como a desejabilidade social.
- Não inclusão de dados relativos ao tempo de diagnóstico da DM, bem como dos valores de HbA1c, pode limitar a compreensão do impacto dessas variáveis clínicas nos resultados.

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Esta secção apresenta os resultados obtidos através da aplicação do instrumento de recolha de dados, com o propósito de responder aos objetivos, à questão de investigação e às hipóteses formuladas no presente estudo.

4.1. Caracterização sociodemográfica

As variáveis sociodemográficas dos 210 participantes incluíram as variáveis, idade, sexo, local de residência, habilitações literárias e estado civil (Tabela 1).

A maioria dos participantes situava-se na faixa etária entre os 71 e os 80 anos (33,8%), seguida de perto pelo grupo dos 61 aos 70 anos (30,5%). Relativamente ao sexo, os participantes eram predominantemente do sexo masculino (51,9%). A maior parte da amostra residia em Vila do Conde (81,0%). No que diz respeito às habilitações literárias, a maioria possuía o 1º ciclo do ensino básico (44,2%), e 66,7% da amostra estava casada ou em união de facto.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra (n=210)

Participantes	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Idade		
≥81	20,0	9,5%
21-30	1,0	0,5%
41-50	6,0	2,9%
51-60	48,0	22,9%
61-70	64,0	30,5%
71-80	71,0	33,8%
Sexo		
Feminino	101,0	48,1%
Masculino	109,0	51,9%
Local de residência		
Barcelos	6,0	2,9%
Braga	2,0	1,0%
Famalicão	3,0	1,4%
Porto	1,0	0,5%
Póvoa de Varzim	24,0	11,4%
Trofa	4,0	1,9%
Vila do Conde	170,0	81,0%
Habilitações literárias		
1º ciclo do Ensino básico (1º ao 4º ano) /antiga 4ª classe	2,0	1,0%
1º Ciclo do Ensino básico (1º ao 4º ano) /antiga 4ª classe	91,0	43,3%
2º Ciclo do Ensino básico (5º ao 6º ano) /antiga 6ª classe/Ciclo preparatório	30,0	14,3%
3º Ciclo do Ensino básico (7º ao 9º ano) /curso geral dos liceus	31,0	14,8%
Ensino secundário (10º ao 12º ano) /curso complementar dos liceus	30,0	14,3%
Ensino superior-Bacharelato	2,0	1,0%
Ensino superior-Doutoramento	1,0	0,5%
Ensino superior-Licenciatura	11,0	5,2%
Sem habilitações	12,0	5,7%
Estado civil		
Casado/a ou em união de facto	140,0	66,7%
Separado/a ou Divorciado/a	18,0	8,6%
Solteiro/a	16,0	7,6%
Viúvo/a	36,0	17,1%

4.2. Caracterização clínica

Relativamente ao número de patologias diagnosticadas para além da DM, a maioria dos participantes (34,8%) apresentava 3 ou mais doenças diagnosticadas, seguida por 30% da amostra que tinha uma patologia associada (Tabela 2).

Tabela 2- Número de patologias diagnosticadas na amostra (n=210)

Patologias diagnosticadas	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
0	34,0	16,2%
1	63,0	30,0%
2	40,0	19,0%
≥3	73,0	34,8%

4.3. Consistência interna das escalas:

A confiabilidade interna das escalas utilizadas neste estudo foi avaliada através de dois métodos: correlação inter-item (r) e α de Cronbach (Tabela 3). Esta análise permite avaliar o quanto os itens da escala estão consistentes entre si ao medir o mesmo conceito.

O valor do α de Cronbach da escala APGAR Familiar foi de 0,95, indicando uma consistência interna excelente entre os itens da escala. Adicionalmente, a análise de correlação item-total para a escala APGAR Familiar, demonstrou que todos os itens têm uma correlação de item total corrigida superior a 0,79.

A Escala de Atividade de Autocuidado com a Diabetes, apresentou um α de Cronbach de 0,70, considerado aceitável e uma correlação inter-itens de 0,10, indicando uma razoável homogeneidade entre os itens da escala. Ao analisar as suas dimensões, observou-se que na subescala de alimentação apresentou um alfa de 0,32 e correlação inter-itens de 0,15, sugerindo baixa consistência interna. Já a dimensão da alimentação específica revelou um α de Cronbach de 0,67 e correlação inter-itens 0,24, refletindo consistência interna considerada aceitável. A dimensão da atividade física obteve um α de Cronbach de 0,66 e correlação inter-itens de 0,51, apontando para uma relação consistente entre as questões. Destaca-se a excelente consistência interna da dimensão da monitorização da glicemia de α de Cronbach de 0,92 e correlação inter-itens de 0,85, evidenciando forte correlação entre os itens. A dimensão, cuidados com os pés obteve um α de Cronbach de 0,51 e correlação inter-itens de 0,24, sugerindo consistência interna baixa. Relativamente à dimensão medicamentos, tanto o α de Cronbach como a correlação iter-itens assumiram o valor de 1, o que ocorre por se tratar de itens perfeitamente correlacionados.

A Escala de Conhecimento sobre Diabetes, composta por 24 itens, apresentou um α de

Cronbach de 0,85 e com relação inter-itens de 0,18, demonstrando boa consistência interna.

Tabela 3-Consistência interna das escalas

Escalas/ Dimensões	nº itens	Alfa de Cronbach Global	Correlação inter-itens (r)
Escala de APGAR Familiar	5	0,95	0,79
Escala de "Atividade de Autocuidado com a Diabetes	19	0,7	0,1
Alimentação	3	0,32	0,15
Alimentação Específica	6	0,67	0,24
Atividade Física	2	0,66	0,51
Monitorização da Glicemia	2	0,92	0,85
Cuidado com os Pés	3	0,51	0,24
Medicamentos	3	(1)	(1)
Escala de Conhecimentos sobre diabetes (DKQ-24)	24	0,85	0,18

4.4. Caracterização da percepção da funcionalidade familiar

A análise da percepção de funcionalidade familiar, avaliada pelo índice de APGAR familiar, revelou que a maioria dos participantes (77,1%) apresentava uma alta percepção de funcionalidade familiar. A média da pontuação obtida na escala foi de 8,5, com um desvio-padrão de 2,3. Os resultados detalhados são apresentados na Tabela 4.

Tabela 4- Caracterização dos resultados da aplicação da escala de APGAR familiar (n=210)

APGAR Familiar	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Disfunção grave (0-3 pontos)	6	2,9
Disfunção moderada (4-6 pontos)	42	20
Alta funcionalidade (7-10 pontos)	162	77,1
Média (DP)	8,5 (2,3)	

4.5. Caracterização do conhecimento sobre a DM dos participantes

A tabela 5 apresenta a distribuição das respostas dos participantes ao questionário de conhecimentos sobre a DM (DKQ-24). Considerando que o questionário é composto por 24 questões e foi aplicado a 210 participantes, o número total de respostas analisadas foi de 5040.

Os resultados indicam que a maioria das respostas estava correta, correspondendo a 57,9% do total. Por outro lado, 24,4% das respostas indicaram desconhecimento ("Não sei"), e 17,6% eram incorretas.

Tabela 5- Caracterização da distribuição de respostas ao questionário de conhecimentos sobre a diabetes (DKQ-24) (n=5040 respostas)

Escala DKQ	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Respostas certas	2919	57,9
Respostas erradas	889	17,6
Respostas "Não sei"	1232	24,4

4.6. Caracterização do número de respostas corretas/ incorretas e "não sei"

A tabela 6 apresenta os resultados detalhados de cada uma das afirmações incluídas no questionário de conhecimentos gerais sobre a DM (DKQ-24). Os dados estão discriminados por frequência absoluta e relativa de respostas corretas, incorretas e da opção "não sei", o que permite uma análise mais aprofundada dos conhecimentos dos participantes.

Os itens que apresentaram maior percentagem de respostas corretas foram:

- "Golpes e feridas demoram mais tempo a cicatrizar nos diabéticos" (92,4%).
- "Os diabéticos devem ter um cuidado especial ao cortar as unhas dos dedos dos pés" (91,4%).
- "Ingerir muito açúcar e outros alimentos doces é uma das causas da diabetes" (87,1%).
- "Na diabetes, que não é tratada a quantidade de açúcar no sangue, normalmente sobe". (86,2%).
- "A diabetes pode causar perda de sensibilidade nas mãos dedos e pés" (85,7%).
- "A forma como prepara minha comida é tão importante como a comida, que ingiro (83,8%).

Relativamente aos itens que apresentaram maior percentagem de respostas incorretas destacam-se:

- "O exercício regular irá aumentar a necessidade de insulina ou outro medicamento para a diabetes" (51,9%).
- "A diabetes pode ser curada" (46,7).
- "A melhor forma de controlar a minha diabetes é fazer análises à urina" (38,6).

Relativamente aos itens que apresentaram maior percentagem de respostas “não sei”:

- “A diabetes é causada pelo mau funcionamento dos rins, que não consegue manter o açúcar fora da urina” (47,6%).
- “Os rins produzem insulina” (46,7%).
- “Uma pessoa com diabetes deve limpar o golpe com iodo e álcool” (41,9%).

Tabela 6-Resultados detalhados da aplicação do questionário de conhecimentos sobre a DM (DKQ-24) (n=210)

Questão	Respostas certas (n, %)	Respostas erradas (n, %)	Respostas “Não sei” (n, %)
Ingerir muito açúcar e outros alimentos doces é uma das causas da diabetes	183 (87,1)	16 (7,6)	11 (5,2)
A causa comum da diabetes é a falta de insulina eficaz no corpo	131 (62,4)	13 (6,2)	66 (31,4)
A diabetes é causada pelo mau funcionamento dos rins que não conseguem manter o açúcar fora da urina	72 (34,3)	38 (18,1)	100 (47,6)
Os rins produzem insulina	36 (17,1)	76 (36,2)	98 (46,7)
Na diabetes que não é tratada, a quantidade de açúcar no sangue normalmente sobe	181 (86,2)	6 (2,9)	23 (11)
Se sou diabético, os meus filhos irão apresentar um maior risco de serem diabéticos	141 (67,1)	16 (7,6)	53 (25,2)
A diabetes pode ser curada	79 (37,6)	98 (46,7)	33 (15,7)
Um nível de açúcar de 210 na análise do sangue é muito elevado	159 (75,7)	20 (9,5)	31 (14,8)
A melhor forma de controlar a minha diabetes é fazer análises à urina	73 (34,8)	81 (38,6)	56 (26,7)
O exercício regular irá aumentar a necessidade de insulina ou outro medicamento para a diabetes	27 (12,9)	109 (51,9)	74 (35,2)
Existem dois tipos principais de diabetes: Tipo 1 (dependente de insulina) e Tipo 2 (não-dependente de insulina)	151 (71,9)	6 (2,9)	53 (25,2)
Uma reação excessiva da insulina após ingestão de muitos alimentos pode provocar baixa de açúcar no sangue	100 (47,6)	19 (9)	91 (43,3)
A medicação é mais importante do que a dieta e o exercício para controlar a minha diabetes	95 (45,2)	89 (42,4)	26 (12,4)
A diabetes provoca, por vezes, má circulação	164 (78,1)	12 (5,7)	34 (16,2)
Golpes e feridas demoram mais tempo a cicatrizar nos diabéticos	194 (92,4)	8 (3,8)	8 (3,8)
Os diabéticos devem ter um cuidado especial ao cortar as unhas dos dedos dos pés	192 (91,4)	4 (1,9)	14 (6,7)
Uma pessoa com diabetes deve limpar o golpe com iodo e álcool	74 (35,2)	48 (22,9)	88 (41,9)
A forma como preparo a minha comida é tão importante como a comida que ingiro	176 (83,8)	7 (3,3)	27 (12,9)
A diabetes pode causar danos nos meus rins	159 (75,7)	3 (1,4)	48 (22,9)
A diabetes pode causar perda de sensibilidade nas mãos, dedos e pés	180 (85,7)	3 (1,4)	27 (12,9)
Tremer e suar são sinais de açúcar elevado no sangue	76 (36,2)	51 (24,3)	83 (39,5)
Urinar frequentemente e ter sede são sinais de açúcar baixo no sangue	102 (48,6)	37 (17,6)	71 (33,8)
Collants e meias elásticas apertadas não causam danos aos diabéticos	84 (40)	57 (27,1)	69 (32,9)
Uma dieta para a diabetes consiste, maioritariamente, em alimentos especiais	90(42,9)	72 (34,3)	48 (22,9)

4.7. Caracterização das atividades de autocuidado com a DM

A tabela 7 e 8 apresenta a média e o desvio padrão da frequência semanal com que os participantes do estudo adotaram diferentes comportamentos de autocuidado. Os dados estão organizados por sete dimensões, conforme a estrutura da escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes (*SDSCA*): alimentação, alimentação específica, atividade física, monitorização de glicemia, cuidados com os pés, medicamentos e hábitos tabágicos). De acordo com os resultados, a maioria dos participantes demonstrou elevada frequência nos cuidados com os pés, lavando-os em média 6,55 dias por semana e secando-os em média 6,14 dias. A adesão à medicação também foi alta, com uma média de 6,66 dias por semana entre os que usam antidiabéticos orais (ADO) e 6,96 dias por semana entre os que usam insulina. Por outro lado, o comportamento com a média mais baixa foi o de "exercício contínuo" (1,18 dias por semana), seguido da "avaliação da glicemia" (1,88 dias por semana). Este contraste sublinha a necessidade de intervenções focadas nestas áreas.

Tabela 7-Média e desvio padrão da frequência de adesão aos autocuidados com a diabetes (n=210)

Dimensões	Tipos de Autocuidado	Média	Desvio padrão (DP)
Alimentação	Alimentação saudável	4,89	1,91
	Alimentação recomendada	2,37	2,61
	Vegetais e fruta	5,24	2,28
Alimentação específica	Carnes vermelhas*	4,35	1,74
	Pão às refeições*	3,61	2,96
	Diversas fontes de hidratos de carbono na mesma refeição*	4,05	2,60
	Álcool às refeições*	4,4	3,03
	Álcool fora das refeições*	6,11	2,00
	Consumo de doces*	5,21	1,77
Atividade física	Atividade contínua	2,21	2,61
	Exercício contínuo	1,18	1,96
Monitorização de glicemia	Avaliação da glicemia	1,88	2,29
	Monitorização recomendado	1,96	2,60
Cuidados com os pés	Examinar os pés	4,64	2,67
	Lavar os pés	6,55	1,19
	Secar os pés	6,14	1,87
Medicamentos	Medicamentos (ADO)	6,66	1,19
	Injeção Insulina e comprimidos	6,96	0,20

No que respeita à subescala relativa aos hábitos tabágicos, e considerando que esta não segue o mesmo formato de resposta das restantes subescalas, optou-se por apresentar os respetivos dados através das frequências absolutas e relativas (tabela 8).

Dos 210 participantes, a maioria (87,6%) não fumou nos últimos sete dias. Este grupo inclui 125 participantes (59,5%) que nunca fumaram e 60 (28,6%) que são ex-fumadores. A pequena discrepância observada entre este total (n=185) e o número de participantes que referiram não ter fumado nos últimos 7 dias (n=184) poderá dever-se a um erro de registo ou de preenchimento do inquérito. Entre os 25 fumadores atuais (11,9%), o consumo diário médio foi de 10,6 cigarros (DP=6,1). O consumo mais frequente situou-se em 10 cigarros por dia (36,0% dos fumadores).

Entre os fumadores, o consumo habitual mais frequente situou-se em torno dos 10 cigarros por dia (36,0%) (Tabela 8).

Tabela 8-Dados descritivos da subescala, "hábitos tabágicos" da escala de atividade de autocuidado com a diabetes (n=210)

Participantes	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Hábitos tabágicos últimos sete dias		
Não	184,0	87,6%
Sim	26,0	12,4%
Consumo habitual de cigarros por dia		
4	1,0	4,0%
5	5,0	20,0%
6	3,0	12,0%
10	9,0	36,0%
12	1,0	4,0%
15	3,0	12,0%
20	2,0	8,0%
30	1,0	4,0%
Última vez que fumou o último cigarro		
Hoje	25,0	11,9%
No último mês	1,0	0,5%
Um a três meses atrás	1,0	0,5%
Quatro a doze meses atrás	1,0	0,5%
Um a dois anos atrás	6,0	2,9%
Há mais de dois anos	51,0	24,3%
Nunca fumou	125,0	59,5%

4.8. Teste de hipóteses

Para a realização da inferência estatística, algumas variáveis foram reestruturadas. Esta reestruturação foi necessária devido ao número reduzido de observações em certas

categorias, o que poderia comprometer a robustez estatística da análise

No que respeita à variável funcionalidade familiar, avaliada pela escala de APGAR, as categorias de "disfunção moderada" e "disfunção acentuada" foram agrupadas numa única categoria, denominada "disfuncional". Esta foi, posteriormente, contrastada com a categoria de famílias "altamente funcionais". Desta forma, a variável de funcionalidade familiar foi tratada como uma variável nominal dicotómica.

Relativamente à variável "habilitações literárias", as categorias correspondentes ao 1º, 2º e 3º ciclos do ensino básico foram agregadas numa única categoria, designada por Ensino Básico, com objetivo de garantir maior consistência e estabilidade estatística.

Na variável "faixa etária", os participantes com idades entre os 20 e os 60 anos foram reunidos numa única categoria, designada por "Abaixo dos 61 anos", para permitir comparações mais robustas com os restantes grupos etários.

Hipótese 1: Existe uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas e a perceção de funcionalidade familiar dos utentes com DM das USF Santa Clara e Aqueduto.

A tabela 9 apresenta a análise da associação entre as variáveis sociodemográficas e a perceção da funcionalidade familiar. A análise estatística foi conduzida com recurso ao teste de Independência do qui-quadrado (X^2). Sempre que os pressupostos necessários a este teste não foram verificados, foi utilizado o teste exato de Fisher (devidamente assinalado com asterisco na tabela).

Relativamente à faixa etária, não se identificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p = 0,933$). As distribuições observadas nas diferentes faixas etárias foram semelhantes, indicando que, neste estudo, a idade não está associada de forma significativa à perceção da funcionalidade familiar.

O sexo também não evidenciou qualquer associação estatisticamente significativa com a perceção de funcionalidade familiar ($p = 1$). Tanto os participantes do sexo masculino como do sexo feminino apresentaram proporções equiparadas nas classificações de funcionalidade e disfuncionalidade familiar.

Apurou-se uma associação estatisticamente significativa entre o estado civil e a perceção da

funcionalidade familiar ($p=0,036$). Os dados indicam que os participantes casados ou a viver em união de facto tendem a perceber a sua família como funcional com maior frequência (71,6%), quando comparados com participantes com outros estados civis.

No que diz respeito às habilitações literárias, observou-se uma associação estatisticamente significativa com a percepção da funcionalidade familiar ($p=0,037$). Os participantes com níveis mais baixos de escolaridade (ensino básico) manifestaram uma maior tendência para considerar a sua família como funcional (77,8%), em contraste com outros grupos.

Tabela 9-Relação entre a percepção de funcionalidade familiar e as variáveis sociodemográficas (n=210)

Variável	Respostas	Funcional		Disfuncional		Total		Significância $X^2 (p)$
		n	%	n	%	n	%	
Faixa etária	Abaixo dos 61	43	26,5	12	25	55	26,2	$p = 0,933^*$
	61-70	48	29,6	16	33,3	64	30,5	
	71-80	56	34,6	15	31,2	71	33,8	
	≥ 81	15	9,3	5	10,4	20	9,5	
	Total	162	100	48	100	210	100	
Sexo	Feminino	78	48,1	23	47,9	101	48,1	$X^2 = 3,121e-31$ ($p = 1$)
	Masculino	84	51,9	25	52,1	109	51,9	
	Total	162	100	48	100	210	100	
Estado civil	Casado/a ou em união de facto	116	71,6	24	50	140	66,7	$p = 0,036^*$
	Separado/a ou Divorciado/a	12	7,4	6	12,5	18	8,6	
	Solteiro/a	11	6,8	5	10,4	16	7,6	
	Viúvo/a	23	14,2	13	27,1	36	17,1	
	Total	162	100	48	100	210	100	
Habilitações literárias	Até 3º ciclo	126	77,8	28	58,3	154	73,3	$p = 0,037^*$
	Ensino secundário	19	11,7	11	22,9	30	14,3	
	Ensino superior	10	6,2	4	8,3	14	6,7	
	Sem habilitações	7	4,3	5	10,4	12	5,7	
	Total	162	100	48	100	210	100	

Legenda: $X^2(p)$ – Estatística do teste de independência do qui-quadrado (valor de prova); * Teste exato de Fisher.

Hipótese 2: Existe uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis clínicas e a percepção de funcionalidade familiar dos utentes com DM das USF Santa Clara e Ageduto.

Os resultados obtidos revelam uma associação estatisticamente significativa entre o número de patologias diagnosticadas e a funcionalidade familiar percebida pelos participantes ($p < 0,001$). Esta análise, apresentada na tabela 10, permite observar que a percepção de funcionalidade familiar varia significativamente consoante o número de comorbilidades.

A análise mais aprofundada indica que a maior proporção de participantes que percebem a família como funcional se encontra no grupo com três ou mais patologias diagnosticadas

(38,3%). No entanto, o grupo com apenas uma patologia diagnosticada é o que apresenta a maior proporção de participantes que percebem a sua família como disfuncional (45,8%).

Tabela 10-Relação entre a percepção de funcionalidade familiar (APGAR Familiar) e as variáveis clínicas dos participantes (n=210)

Variável	Respostas	Funcional		Disfuncional		Total		Significância $X^2(p)$
		n	%	n	%	n	%	
Nº patologias	0	21	13	13	27,1	34	16,2	(p = < 0,001)
	1	41	25,3	22	45,8	63	30	
	2	38	23,5	2	4,2	40	19	
	3 ou mais	62	38,3	11	22,9	73	34,8	
	Total	162	100	48	100	210	100	

Legenda: $X^2(p)$ – Estatística do teste de independência do qui-quadrado (valor de prova); * Teste exato de Fisher.

Hipótese 3: Existe uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas e os conhecimentos dos utentes com DM das USF Santa Clara e Ageduto.

A análise da associação entre as variáveis sociodemográficas e os conhecimentos sobre a diabetes, apresentada na Tabela 11, não revelou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos para a maioria das variáveis.

No que respeita ao sexo, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os participantes do sexo feminino (M = 14,1, DP = 3,8) e do sexo masculino (M = 13,72, DP = 3,93), com um valor de p = 0,44.

Da mesma forma, a faixa etária não demonstrou associação significativa com o conhecimento sobre a diabetes, com um valor de p = 0,46.

Quanto ao estado civil, também não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, com um valor de p = 0,69.

Relativamente às habilitações literárias, e embora não se tenha atingido o nível de significância estatística convencional (p = 0,07), observa-se uma tendência. Neste grupo, os participantes com Ensino Secundário apresentaram a média de pontuação mais elevada (M = 15,6).

Tabela 11-Relação entre os conhecimentos sobre diabetes (DKQ-24) e as variáveis sociodemográficas (n=210)

Variáveis	Score		Mann Whitney	
	Média	DP	<i>U</i>	<i>p</i>
Sexo				
Feminino	14,1	3,8	5843	<i>p</i> = 0,44
Masculino	13,72	3,93		
Faixa etária	Média	DP	Kruskal-Wallis	
			<i>Chi-squared</i>	<i>p</i>
Abaixo dos 61	14,56	3,11	2,57	0,46
61-70	13,72	3,72		
71-80	14	4,17		
81 ou mais	12,3	4,75		
Habilitações Literárias	Média	DP	Kruskal-Wallis	
			<i>Chi-squared</i>	<i>p</i>
Até 3º ciclo	13,54	4,03	7,05	0,07
Ensino secundário	15,6	3		
Ensino superior	13,57	3,2		
Sem habilitações	14,67	3,45		
Estado Civil	Média	DP	Kruskal-Wallis	
			<i>Chi-squared</i>	<i>p</i>
Casado/a ou em união de facto	13,76	3,77	1,45	0,69
Separado/a ou Divorciado/a	13,83	4		
Solteiro/a	14,38	3,96		
Viúvo/a	14,25	4,22		

Hipótese 4: Existe uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis clínicas e os conhecimentos sobre a DM dos utentes com DM das USF Santa Clara e Aqeduto.

Relativamente ao número de patologias diagnosticadas, para além da DM, os resultados não revelaram diferenças estatisticamente significativas nos níveis de conhecimento sobre a diabetes ($p = 0,94$), sendo as médias bastante semelhantes entre os grupos. A Tabela 12 detalha estes resultados.

Tabela 12- Relação entre os conhecimentos sobre diabetes (DKQ-24) e o número de patologias (n=210)

Doenças diagnosticadas	Média	DP	Kruskal-Wallis	
			<i>Chi-squared</i>	<i>p</i>
0	13,94	3,45	0,39	0,94
1	14,13	3,81		
2	13,95	2,92		
3 ou mais	13,66	4,54		

Hipótese 5: Existe uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas e a atividade de autocuidado com a DM dos utentes com DM das USF Santa Clara e Aqeduto.

Esta análise investigou a associação entre diversas variáveis sociodemográficas e o

comportamento de autocuidado dos participantes, avaliado pela escala total e por cada uma das suas dimensões.

A. Relação com o sexo

A Tabela 13 apresenta a associação entre o sexo e os comportamentos de autocuidado. Na análise total da escala, observou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os sexos ($p = 0,02$), com a média dos scores a ser superior nas mulheres ($M = 75,30$) em comparação com os homens ($M = 69,55$).

Da análise das dimensões específicas da escala, destacam-se:

Na dimensão "alimentação específica", registou-se uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$), com as mulheres a apresentarem médias mais elevadas ($M = 30,12$) do que os homens ($M = 25,52$).

Nas restantes dimensões (alimentação geral, atividade física, monitorização da glicemia, cuidados com os pés e medicamentos), não se identificaram diferenças estatisticamente significativas entre os sexos, apesar de existirem variações nas médias.

Tabela 13-Relação entre o sexo e as atividades de autocuidado com a diabetes (n=210)

	Variáveis	Scores		Mann Whitney	
	Sexo	Média	DP	<i>U</i>	<i>p</i>
Total da Escala	Feminino	75,30	13,41	6494,50	0,02
	Masculino	69,55	18,16		
Alimentação	Feminino	12,59	3,82	5558,00	0,90
	Masculino	12,41	4,99		
Alimentação específica	Feminino	30,12	7,89	7083,50	< 0,001
	Masculino	25,52	9,26		
Atividade física	Feminino	3,65	3,86	5976,00	0,26
	Masculino	3,15	4,10		
Monitorização de glicemia	Feminino	3,67	4,48	5504,00	1,00
	Masculino	3,99	4,92		
Cuidados com os pés	Feminino	17,88	4,03	6300,00	0,06
	Masculino	16,82	4,44		
Medicamentos	Feminino	7,38	2,13	5425,00	0,80
	Masculino	7,66	3,00		

B. Relação com a faixa etária

A Tabela 14 apresenta a relação entre a faixa etária e as atividades de autocuidado. No total da escala, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários ($p = 0,94$), com médias bastante semelhantes que variam entre 71,25 (≥ 81 anos) e

73,00 (abaixo dos 61 anos).

Nas dimensões específicas da escala, também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas para nenhuma das dimensões: alimentação geral ($p = 0,48$), alimentação específica ($p = 0,63$), atividade física ($p = 0,11$), monitorização da glicemia ($p = 0,15$), cuidados com os pés ($p = 0,41$) e toma da medicação ($p = 0,42$).

Tabela 14-Relação entre a faixa etária e as atividades de autocuidado com a diabetes (n=210)

	Faixa etária	Média	DP	Kruskal-Wallis <i>Chi-squared</i>	<i>p</i>
Total da Escala	Abaixo dos 61	73,00	19,67	0,42	0,94
	61-70	72,70	15,40		
	71-80	71,73	14,87		
	81 ou mais	71,25	14,37		
Alimentação	Abaixo dos 61	12,04	4,48	2,49	0,48
	61-70	12,67	4,22		
	71-80	12,28	4,79		
	81 ou mais	14,00	3,81		
Alimentação específica	Abaixo dos 61	28,33	9,78	1,71	0,63
	61-70	27,22	9,08		
	71-80	27,37	8,19		
	81 ou mais	29,05	8,77		
Atividade física	Abaixo dos 61	3,65	3,93	5,99	0,11
	61-70	3,69	4,00		
	71-80	3,44	4,23		
	81 ou mais	1,55	2,80		
Monitorização de glicemia	Abaixo dos 61	4,49	4,83	5,28	0,15
	61-70	4,31	4,82		
	71-80	3,20	4,65		
	81 ou mais	2,80	4,01		
Cuidados com os pés	Abaixo dos 61	17,38	3,47	2,87	0,41
	61-70	17,22	4,76		
	71-80	17,72	4,24		
	81 ou mais	16,15	4,80		
Medicamentos	Abaixo dos 61	7,11	2,75	2,84	0,42
	61-70	7,59	2,86		
	71-80	7,73	2,40		
	81 ou mais	7,70	2,15		

C. Relação com as habilitações literárias

A Tabela 15 detalha a relação entre as habilitações literárias e as atividades de autocuidado. No que se refere ao total da escala, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,16$). Contudo, em algumas dimensões específicas, registaram-se associações significativas:

Na dimensão "alimentação geral", os resultados indicam diferenças estatisticamente

significativas ($p = 0,01$), com os participantes com Ensino Superior a apresentarem a média mais elevada ($M = 15,07$) e os que têm até ao 3º ciclo a apresentarem a média mais baixa ($M = 11,95$).

Na dimensão "atividade física", verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,03$), com o grupo com Ensino Secundário a demonstrar maior envolvimento ($M = 4,83$), enquanto os participantes sem habilitações apresentaram a média mais baixa ($M = 1,17$).

Na dimensão "medicação", também se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,04$). Os participantes com escolaridade até ao 3º ciclo apresentaram a média mais elevada ($M = 7,72$), sendo que os com Ensino Secundário apresentaram uma média mais baixa ($M = 6,70$).

Tabela 15-Relação entre as habilitações literárias e as atividades de autocuidado com a diabetes (n=210)

	Habilitações Literárias	Média	DP	Kruskal-Wallis	
				Chi-squared	p
Total da Escala	Até 3º ciclo	70,91	16,78	5,17	0,16
	Ensino secundário	77,50	14,90		
	Ensino superior	76,07	15,41		
	Sem habilitações	73,00	11,23		
Alimentação	Até 3º ciclo	11,95	4,38	11,98	0,01
	Ensino secundário	13,73	4,46		
	Ensino superior	15,07	3,93		
	Sem habilitações	13,42	4,66		
Alimentação específica	Até 3º ciclo	26,75	9,22	6,28	0,10
	Ensino secundário	30,13	8,82		
	Ensino superior	30,36	6,82		
	Sem habilitações	31,25	4,00		
Atividade física	Até 3º ciclo	3,23	3,91	9,06	0,03
	Ensino secundário	4,83	4,40		
	Ensino superior	4,00	4,02		
	Sem habilitações	1,17	2,72		
Monitorização de glicemia	Até 3º ciclo	3,68	4,99	3,92	0,27
	Ensino secundário	4,73	3,59		
	Ensino superior	3,00	3,62		
	Sem habilitações	4,58	4,54		
Cuidados com os pés	Até 3º ciclo	17,57	4,50	6,92	0,07
	Ensino secundário	17,37	3,29		
	Ensino superior	16,29	2,46		
	Sem habilitações	15,33	4,75		
Medicamentos	Até 3º ciclo	7,72	2,89	8,23	0,04
	Ensino secundário	6,70	0,65		
	Ensino superior	7,36	1,98		
	Sem habilitações	7,25	2,30		

D. Relação com o estado civil

A tabela 16 revela que não existiram diferenças estatisticamente significativas entre os estados civis, nem no score total da escala de autocuidado nem nas suas diferentes dimensões. Apesar de não haver significância estatística ($p=0,13$), verificou-se que os solteiros apresentaram a média mais elevada na escala total de autocuidado ($M=77,62$). Na dimensão "alimentação específica", os viúvos apresentam a média mais elevada ($M = 30,44$), enquanto os casados/união de facto apresentam o valor médio mais baixo ($M = 26,66$). No que diz respeito aos cuidados com os pés, os separados/divorciados revelaram a média mais elevada ($M = 18,11$). Na adesão à medicação, os viúvos apresentaram a média mais elevada ($M = 7,97$).

Tabela 16-Relação entre o estado civil e as atividades de autocuidado com a diabetes (n=210)

Variável	Categoria	Média	DP	Kruskal-Wallis	
				<i>Chi-squared</i>	<i>p</i>
Total da Escala	Casado/a ou em união de facto	70,72	17,12	5,64	0,13
	Separado/a ou Divorciado/a	76,11	15,68		
	Solteiro/a	77,62	15,56		
	Viúvo/a	74,25	12,65		
Alimentação	Casado/a ou em união de facto	12,23	4,79	3,72	0,29
	Separado/a ou Divorciado/a	13,67	4,14		
	Solteiro/a	13,88	3,67		
	Viúvo/a	12,36	3,41		
Alimentação específica	Casado/a ou em união de facto	26,66	9,35	5,39	0,15
	Separado/a ou Divorciado/a	29,06	9,90		
	Solteiro/a	29,56	8,27		
	Viúvo/a	30,44	5,96		
Atividade física	Casado/a ou em união de facto	3,47	4,05	3,45	0,33
	Separado/a ou Divorciado/a	4,33	4,83		
	Solteiro/a	4,06	3,97		
	Viúvo/a	2,31	3,13		
Monitorização de glicemia	Casado/a ou em união de facto	3,47	4,69	5,32	0,15
	Separado/a ou Divorciado/a	4,33	4,03		
	Solteiro/a	5,62	4,91		
	Viúvo/a	4,22	4,93		
Cuidados com os pés	Casado/a ou em união de facto	17,41	4,35	1,72	0,63
	Separado/a ou Divorciado/a	18,11	3,18		
	Solteiro/a	16,62	4,18		
	Viúvo/a	16,94	4,54		
Medicamentos	Casado/a ou em união de facto	7,49	2,67	6,10	0,11
	Separado/a ou Divorciado/a	6,61	0,98		
	Solteiro/a	7,88	2,39		
	Viúvo/a	7,97	2,97		

Hipótese 6: Existe uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis clínicas e a atividade de autocuidado com a DM dos utentes com DM das USF Santa Clara e Aqueduto. Conforme demonstrado na Tabela 17, o score total da escala, revelou uma diferença estatisticamente significativa em função do número de patologias diagnosticadas ($p = 0,01$). Os utentes sem outras patologias além da diabetes apresentaram os níveis médios de autocuidado mais elevados ($M = 80,35$). A dimensão "atividade física" apresentou diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,001$). Os participantes com apenas o diagnóstico de diabetes, demonstraram uma maior prática de exercício físico ($M = 5,91$) em comparação com os participantes com uma ou mais comorbidades. Na dimensão "alimentação geral", observou-se uma tendência para a significância estatística ($p = 0,05$), sendo o grupo sem outras patologias o que apresentava a melhor média ($M = 14,32$). Nas restantes dimensões (alimentação específica, monitorização da glicemia, cuidados com os pés e medicação), não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Tabela 17-Relação entre o número de doenças diagnosticadas e as atividades de autocuidado com a diabetes (n=210)

	Doenças diagnosticadas	Média	DP	Kruskal-Wallis	
				<i>Chi-squared</i>	<i>p</i>
Total da Escala	0	80,35	12,67	10,64	0,01
	1	70,17	14,80		
	2	70,90	16,45		
	3 ou mais	71,19	17,97		
Alimentação	0	14,32	3,46	7,90	0,05
	1	12,17	4,12		
	2	12,43	4,61		
	3 ou mais	11,97	4,90		
Alimentação específica	0	29,85	9,08	4,43	0,22
	1	26,27	9,23		
	2	28,50	6,99		
	3 ou mais	27,59	9,41		
Atividade física	0	5,91	4,12	18,65	< 0,001
	1	3,48	3,79		
	2	2,40	3,35		
	3 ou mais	2,68	3,98		
Monitorização de glicemia	0	4,85	3,77	4,80	0,19
	1	3,30	4,24		
	2	3,45	4,53		
	3 ou mais	4,04	5,51		
Cuidados com os pés	0	17,97	2,93	0,63	0,89
	1	17,59	3,71		
	2	16,52	5,30		
	3 ou mais	17,25	4,62		
Medicamentos	0	7,44	2,40	2,06	0,56
	1	7,37	2,43		
	2	7,60	2,22		
	3 ou mais	7,66	3,07		

Hipótese 7: Existe uma relação estatisticamente significativa entre os conhecimentos sobre a DM e a atividade de autocuidado com a DM dos utentes com DM das USF Santa Clara e Ageduto.

Para analisar a relação entre o conhecimento sobre diabetes e os comportamentos de autocuidado com a DM dos participantes do estudo, foi utilizada a correlação de *Spearman*. Este teste não paramétrico foi escolhido por não exigir a normalidade das variáveis e por ser apropriado para dados ordinais ou com distribuição assimétrica, tal como os que compõem os escores das escalas utilizadas.

Conforme se observa na tabela 18, a análise revelou uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre o conhecimento sobre a diabetes e o nível de autocuidado dos participantes ($r = 0,28$; $p < 0.001$). O que indica que, no presente estudo, um maior nível de conhecimento está associado a melhores práticas de autocuidado.

Tabela 18-Relação entre o conhecimento e a atividade de autocuidado com a diabetes dos utentes com DM das USF Santa Clara e Ageduto (n=210)

Variáveis	p (Spearman)	p - valor
Conhecimento sobre a diabetes/autocuidado	0,28	<0,001

Hipótese 8: Existe uma correlação estatisticamente significativa entre a perceção de funcionalidade familiar e a atividade de autocuidado com a DM nos utentes com DM das USF Santa Clara e Ageduto.

A análise inferencial (Tabela 19) explorou a relação entre a funcionalidade familiar e as diferentes dimensões do autocuidado. Para as comparações entre os grupos funcional e disfuncional, foi aplicado o teste de *Mann-Whitney*.

Os resultados demonstraram que a perceção de funcionalidade familiar não se associou de forma estatisticamente significativa com a pontuação total da escala de autocuidado ($U = 4517,5$; $p = 0,0888$), embora a média no grupo disfuncional ($M = 75,58$; $DP = 12,05$) tenha sido ligeiramente superior à do grupo funcional ($M = 71,35$; $DP = 17,24$) (Tabela 18).

Ao nível das dimensões específicas, foram encontradas as seguintes associações significativas:

Monitorização da glicemia: Apresentou uma diferença estatisticamente significativa ($U =$

5165; $p < 0,001$), com médias superiores no grupo disfuncional ($M = 5,62$; $DP = 4,06$) em comparação com o grupo funcional ($M = 3,31$; $DP = 4,76$).

Cuidados com os pés: Também revelou uma diferença estatisticamente significativa ($U = 3081$; $p = 0,023$), mas com médias superiores no grupo funcional ($M = 17,55$; $DP = 4,43$) em relação ao grupo disfuncional ($M = 16,58$; $DP = 3,64$).

Tabela 19-Relação entre a funcionalidade familiar e as atividades de autocuidado com a diabetes (n=210)

Dimensões SDSCA	Variáveis	Scores		Mann Whitney	
		APGAR	Média	DP	U
Total	Disfuncional	75,58	12,05	4517,5	0,0888
	Funcional	71,35	17,24		
Alimentação	Disfuncional	12,9	3,6	4074,5	0,6122
	Funcional	12,38	4,68		
Alimentação específica	Disfuncional	29,15	7,07	4261	0,3133
	Funcional	27,31	9,37		
Atividade física	Disfuncional	3,38	3,84	3874,5	0,9704
	Funcional	3,4	4,04		
Monitorização de glicemia	Disfuncional	5,62	4,06	5165	< 0,001
	Funcional	3,31	4,76		
Cuidados com os pés	Disfuncional	16,58	3,64	3081	0,023
	Funcional	17,55	4,43		
Medicamentos	Disfuncional	7,96	3,06	3921	0,9032
	Funcional	7,4	2,46		

A análise de correlação de Spearman (Tabela 20) corroborou estes resultados e adicionou uma perspectiva de associação:

Houve uma correlação negativa e fraca estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar e a monitorização da glicemia ($r = -0,15$; $p = 0,029$), sugerindo que um nível mais elevado de funcionalidade familiar se associa a uma menor frequência de monitorização da glicemia.

Foi encontrada uma correlação positiva e fraca estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar e os cuidados com os pés ($r = 0,19$; $p = 0,0067$), indicando que uma maior funcionalidade familiar está associada a melhores práticas de cuidados com os pés.

Tabela 20-Relação entre a percepção de funcionalidade familiar e o autocuidado monitorização da glicemia capilar (n=210)

Variável	p (Spearman)	Valor-p
Funcionalidade familiar/monitorização da glicemia	-0,15	0,029
Funcionalidade familiar/cuidados com os pés	0,19	0,0067

Hipótese 9: Existe uma relação estatisticamente significativa entre a percepção de funcionalidade familiar e o conhecimento sobre a DM dos utentes com DM das USF Santa Clara e Ageduto.

A análise inferencial demonstrou que não existe uma associação estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar e o nível de conhecimento sobre a diabetes ($U = 4406,5$; $p = 0,1595$) (Tabela 21). Embora o grupo com disfunção familiar tenha apresentado uma média ligeiramente superior ($M = 14,33$; $DP = 3,90$) ao grupo classificado como funcional ($M = 13,77$; $DP = 3,86$), esta diferença não é estatisticamente significativa.

Tabela 21-Relação entre a percepção funcionalidade familiar e o conhecimento dos utentes com DM das USF Santa Clara e Ageduto (n=210)

APGAR	DKQ-24 score		Mann Whitney	
	Média	DP	<i>U</i>	<i>p</i>
Disfuncional	14,33	3,9	4406,5	0,1595
Funcional	13,77	3,86		

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente estudo teve como objetivo primário analisar a percepção da funcionalidade familiar, o conhecimento sobre a patologia e as atividades de autocuidado em utentes com diagnóstico de DM das USF Santa Clara e Aqueduto.

Nesta secção, serão discutidos os principais resultados obtidos, estabelecendo-se a sua articulação com a literatura científica existente. Serão exploradas as possíveis justificações para os padrões e as relações identificadas, refletindo-se, de seguida, sobre as implicações destes resultados para a prática de clínica e para a promoção de cuidados de saúde centrados no doente.

5.1 Caracterização da amostra

A amostra deste estudo foi constituída por 210 participantes. A sua caracterização sociodemográfica revela uma população predominantemente idosa, com a maior concentração etária a situar-se entre os 71 e 80 anos (33,8%), seguida pela faixa dos 61 a 70 anos (30,5%). Verificou-se uma ligeira predominância do sexo masculino (51,9%), um resultado que corrobora os dados demográficos mais recentes da Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2023).

Relativamente ao local de residência, a maioria dos participantes era residente em Vila do Conde (81,0%), um dado expectável, tendo em conta a área de abrangência geográfica onde o estudo foi conduzido.

A análise das habilitações literárias revela que a maior percentagem (42,2%) possuía o 1º ciclo do ensino básico. Este é um fator determinante, frequentemente associado à baixa literacia em saúde, conforme evidenciado por estudos prévios que estabelecem uma relação direta entre a baixa escolaridade e a maior prevalência de diabetes (Gomes, 2021; Sousa et al., 2021).

No que se refere ao estado civil, a maioria dos participantes (66,7%), era casada ou vivia em união de facto, o que está em consonância com as tendências observadas noutros estudos que reportam maior prevalência de indivíduos casados/em união de facto na população diabética (Gomes, 2021; Sousa et al., 2021).

Do ponto de vista clínico, a maior parte da amostra (34,8%) reportou o diagnóstico de três

ou mais patologias além da diabetes, o que evidencia uma elevada comorbilidade nesta população. Este resultado é consistente com a literatura internacional, nomeadamente o estudo de Heikkala et al. (2021), que aponta para uma alta prevalência de multimorbilidade entre indivíduos diabéticos. No que se refere aos hábitos tabágicos, a maioria (59,5%) nunca fumou, sendo 28,6% ex-fumadores, resultados similares aos obtidos por Rodrigues et al. (2023).

A percepção da funcionalidade familiar revelou-se maioritariamente positiva, com a maioria dos participantes (77,1%) a indicar uma alta funcionalidade. Este resultado encontra-se em concordância com os achados de Sousa et al. (2021).

Quanto ao conhecimento sobre a diabetes, os participantes apresentaram um total de respostas corretas de 57,9%. Contudo, importa salientar a fração significativa de respostas incorretas (17,6%) e de desconhecimento, expressa pela opção "não sei" (24,4%). Estes valores somados perfazem 42,0% de respostas que indicam conceções erradas ou incerteza. A elevada proporção da resposta "não sei" sugere a existência de lacunas específicas no conhecimento da doença ou a persistência de dúvidas não esclarecidas. Consequentemente, estes resultados sublinham a necessidade de intervenções educativas dirigidas, focadas em esclarecer conceções erradas (17,6%) e em reduzir a incerteza ou desconhecimento (24,4%), visando reforçar o conhecimento global e, potencialmente, melhorar o autocuidado dos participantes. Esta premissa coaduna-se com o Programa Nacional para a Diabetes (DGS, 2024), que estabelece como objetivos para o triénio 2025-2027 o aumento da literacia em diabetes.

Relativamente às atividades de autocuidado, a amostra demonstrou uma elevada frequência nos cuidados com os pés (lavagem em média 6,55 dias por semana; secagem em média 6,14 dias por semana). A adesão à terapêutica farmacológica também se revelou alta, com uma média de 6,66 dias por semana entre os utilizadores de antidiabéticos orais (ADO) e de 6,96 dias por semana entre os que usam insulina. Em contraste, os comportamentos com as médias de adesão mais baixas foram o "exercício contínuo" (1,18 dias por semana) e a "avaliação da glicemia" (1,88 dias por semana). Estes resultados, que espelham os dados reportados no estudo de Fernandes (2018), apontam para áreas críticas no autocuidado que requerem intervenção prioritária para mitigar os riscos associados à má gestão da doença.

5.2. Análise das hipóteses

Hipótese 1: Existe uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas e a percepção de funcionalidade familiar dos utentes com DM das USF Santa Clara e Aqueduto.

Dos fatores sociodemográficos analisados neste estudo, o estado civil e o nível de escolaridade foram os únicos que apresentaram uma associação estatisticamente significativa com a percepção de funcionalidade familiar.

No que se refere ao estado civil, verificou-se que os participantes casados ou em união de facto tendem a perceber a sua família como funcional. Este resultado alinha-se com a literatura, que sugere que a coabitação com um cônjuge ou companheiro pode fortalecer a percepção de apoio mútuo e de adaptação no contexto familiar (Mota et al., 2024). A presença de um parceiro pode atuar como um fator protetor, influenciando positivamente a percepção de funcionalidade familiar, independentemente de outras variáveis como a idade (Serra et al., 2023).

Quanto ao nível de escolaridade, os resultados indicaram que os participantes com menos anos de estudo (até ao 3º ciclo do ensino básico) apresentaram uma maior tendência para considerar a sua família como funcional, um resultado também reportado por Fernandes (2023). Embora este resultado possa parecer contraintuitivo, supõe-se que em populações com menor escolaridade, a família possa desempenhar um papel ainda mais central como principal rede de suporte. Alternativamente, as expectativas sobre a funcionalidade familiar podem ser diferentes, focando mais no suporte prático e emocional em detrimento de outros aspetos.

Por outro lado, as variáveis idade e sexo, não se correlacionaram de forma estatisticamente significativa com a funcionalidade familiar. A ausência de associação com a idade contraria estudos como o de Ferreira et al., (2019), que encontraram maior prevalência de disfunção familiar em idades mais avançadas (75 ou mais anos). A divergência pode ser explicada pelo perfil da amostra, em que a maioria dos participantes vive em união de facto/casamento, e a presença do companheiro pode atenuar os efeitos da idade na percepção de funcionalidade familiar. A não associação com o sexo também contraria a literatura, nomeadamente o estudo de Souza-Muñoz e Sá (2020), que referem uma percepção mais positiva nos homens.

Hipótese 2: Existe uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis clínicas e a percepção de funcionalidade familiar dos utentes com DM das USF Santa Clara e Aqueduto.

Os resultados do presente estudo revelaram uma associação estatisticamente significativa entre o número de patologias diagnosticadas e a funcionalidade familiar percebida. A maior proporção de participantes que percecionava a família como funcional pertencia ao grupo com três ou mais patologias.

Uma possível explicação para este resultado é que a presença de múltiplas patologias aumenta a necessidade de suporte, e as famílias que conseguem prover esse apoio de forma eficaz podem ser percecionadas como mais funcionais nesse contexto de maior vulnerabilidade. Por outras palavras, a adversidade pode mobilizar os recursos familiares e reforçar a percepção de coesão e apoio (Gomes, 2021), tornando o suporte familiar mais visível e valorizado quando a carga da doença é maior.

Hipótese 3: Existe uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas e os conhecimentos sobre a DM dos utentes com DM das USF Santa Clara e Aqueduto.

Os resultados obtidos neste estudo não revelaram relações estatisticamente significativas entre as variáveis sociodemográficas, como sexo, idade, estado civil e habilitações literárias, e o nível de conhecimento sobre a diabetes.

No que se refere ao sexo, a ausência de associação corrobora com os resultados de Fernandes (2018), que também não encontrou uma correlação significativa entre o sexo e a literacia em saúde.

A ausência de relação com a idade e com as habilitações literárias contraria a literatura encontrada, que sugere que pessoas mais velhas e com níveis de escolaridade mais baixos tendem a ter menor literacia em saúde (Serrão et al., 2015; Lopes et al., 2024; Araújo et al., 2018). A disparidade dos resultados obtidos com a evidência existente pode ser justificada pelo possível acesso dos participantes a programas de educação em saúde nas USF, que podem ter contribuído para um nivelamento de conhecimento, independentemente da escolaridade. Além disso, fatores como a experiência com a doença, o tempo de diagnóstico e o suporte dos profissionais de saúde, que não foram abordados neste estudo, podem influenciar os resultados.

Relativamente ao estado civil, a ausência de associação estatisticamente significativa com o conhecimento sobre a diabetes está em consonância com as conclusões do estudo de Serrão (2015), que também não encontrou uma relação significativa entre estas variáveis.

Hipótese 4: Existe uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis clínicas e os conhecimentos sobre a DM dos utentes com DM das USF Santa Clara e Aqueduto.

Relativamente ao número de patologias diagnosticadas para além da DM, os resultados deste estudo não evidenciaram uma relação estatisticamente significativa com o conhecimento em DM. As médias de conhecimento foram bastante semelhantes entre os grupos, o que vai ao encontro dos resultados de Macedo (2018) e Lopes et al., (2024), que também não identificaram uma correlação significativa entre a multimorbilidade e o nível de conhecimento.

No entanto, a literatura destaca outros fatores influentes. Lopes et al. (2024), por exemplo, confirmam que, apesar da elevada prevalência de comorbilidades, essa condição não influenciou significativamente o conhecimento. Contudo, os mesmos autores identificaram uma associação significativa entre o conhecimento e o tempo de diagnóstico da diabetes, sugerindo que indivíduos com um diagnóstico mais antigo tendem a ter maior conhecimento, provavelmente devido à experiência acumulada e ao contacto mais prolongado com estratégias educativas.

Estes resultados sugerem que, para esta população, o conhecimento é mais influenciado por outros fatores, como o acesso à informação e a participação ativa do utente nos cuidados de saúde, do que pela presença de outras patologias (Gomes, 2019).

Hipótese 5: Existe uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas e a atividade de autocuidado com a DM dos utentes com DM das USF Santa Clara e Aqueduto.

Os resultados deste estudo revelaram diversas associações entre as variáveis sociodemográficas e o autocuidado, com variações significativas nas diferentes dimensões da escala.

Associação com o sexo

Na análise total da escala, os dados revelaram uma associação estatisticamente significativa

com o sexo, com a média dos scores superior nas mulheres. Embora estudos como o de Rubira et al. (2021), não tenham encontrado diferenças significativas na percepção global de autocuidado, a amostra deste estudo sugere que as mulheres apresentam um maior envolvimento geral nas práticas de autocuidado

Ao analisar as dimensões específicas, verificou-se:

Alimentação Geral: Não houve relação estatisticamente significativa entre o sexo e a alimentação geral, o que corrobora com o estudo de Rodriguez (2023).

Alimentação Específica: Encontrou-se uma relação estatisticamente significativa entre o sexo e a alimentação específica. Este resultado alinha-se com a literatura que sugere que o sexo feminino tende a adotar hábitos alimentares mais saudáveis, como um menor consumo de gorduras saturadas e açúcares livres (Rodriguez, 2023).

Monitorização da Glicemia, Adesão à Medicação e Cuidados com os Pés: Não foram observadas diferenças significativas entre os sexos nestas dimensões, o que está em consonância com os estudos de Jyotsana et al. (2024) e Lima et al. (2022).

Atividade Física: Também não se observaram diferenças significativas entre os sexos.

Este resultado contraria a literatura que aponta para uma menor atividade física em mulheres (Whipple et al., 2022). A disparidade pode ser justificada pelo perfil da amostra, em que a maioria dos participantes pertencia a uma faixa etária mais elevada (71-80 anos), onde as atividades físicas tendem a ser mais leves, o que pode homogeneizar os resultados.

Associação com a idade

A análise da relação entre a idade e as atividades de autocuidado com a diabetes não revelou diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões da escala. Este resultado corrobora com os resultados de Silva et al. (2023), que também não identificaram uma relação entre estas variáveis. No entanto, estes resultados divergem de Portela et al. (2021), que revelaram uma menor adesão a práticas como alimentação saudável, atividade física e cuidados com os pés com o avanço da idade.

Associação com habilitações literárias

No que se refere ao score total da escala de autocuidado, não se verificou uma relação

estatisticamente significativa com o nível de escolaridade. Este resultado contraria a evidência na literatura encontrada, que geralmente aponta que a falta de literacia e níveis de escolaridade mais baixos dificultam a promoção do autocuidado (Borges et al., 2024; Galvão et al., 2022; Magri et al., 2020).

Embora o resultado global não seja significativo, algumas dimensões específicas da escala apresentaram associações importantes:

Alimentação Geral e Atividade Física: Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nestas dimensões, com utentes com mais habilitações literárias a apresentarem melhores resultados, o que se alinha com estudos que relacionam maior escolaridade a uma maior capacidade de autocuidado global (Cardoso, 2018).

Adesão à medicação: Esta dimensão apresentou uma diferença estatisticamente significativa, com participantes com habilitações até ao 3º ciclo a exibirem a média mais elevada. Estes resultados, embora contrariem o senso comum, sugerem que níveis mais baixos de escolaridade podem estar associados a uma maior adesão. Camarneiro (2021) salienta que a adesão terapêutica é influenciada por diversos fatores, como a comunicação eficaz, a motivação e o suporte contínuo de profissionais e familiares. Os resultados deste estudo podem ser explicados por um fenómeno de não adesão deliberada em indivíduos com maior escolaridade. Como Driever e Brand (2020) sugerem, utentes com maior escolaridade podem ter crenças pessoais que entram em conflito com as recomendações médicas, enquanto indivíduos com menor escolaridade podem adotar uma postura mais recetiva e menos questionadora.

Alimentação Específica, Monitorização da Glicemia e Cuidados com os pés: Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, o que contraria estudos que apontam para uma maior adesão a estas práticas por parte de indivíduos com mais escolaridade (Lima et al., 2021; Portela et al., 2021).

Associação com o estado civil

Relativamente ao estado civil, os resultados não revelaram diferenças estatisticamente significativas, tanto no score total da escala de autocuidado quanto nas suas várias dimensões. Este resultado contraria estudos como o de Suplici et al. (2021), que concluem que o suporte familiar e social está associado a uma melhor adesão às práticas de autocuidado.

A ausência de diferenças significativas pode ser justificada pelo facto de a maioria dos participantes estar casada ou em união de facto, o que pode ter gerado um efeito de homogeneização nos resultados.

Hipótese 6: Existe uma correlação estatisticamente significativa entre as variáveis clínicas e a atividade de autocuidado com a DM dos utentes com DM das USF Santa Clara e Ageduto.

O número de patologias diagnosticadas revelou ser um fator pertinente para o autocuidado. A análise desta relação foi realizada ao nível do score total da escala e de cada uma das suas dimensões.

Total da Escala: Os resultados demonstraram uma relação estatisticamente significativa entre o número de patologias diagnosticadas e o autocuidado. Uteses sem outras patologias além da diabetes apresentaram níveis médios de autocuidado mais elevados. Estes resultados são consistentes com a literatura, que aponta que a multimorbilidade pode influenciar negativamente os resultados do tratamento da diabetes, pois a complexidade de múltiplos regimes terapêuticos e a sobrecarga de sintomas e fadiga representam um desafio significativo para o autocuidado (Heikkala et al., 2021).

Alimentação (Geral e Específica): Na dimensão "alimentação geral", verificou-se uma tendência para a significância estatística ($p=0,90$), com melhores práticas alimentares nos utentes sem outras patologias, o que vai ao encontro do estudo de Song e Lee (2009), que concluiu que pessoas com comorbilidades relatam uma pior perceção de saúde, o que afeta negativamente o autocuidado ao nível da dieta. Na "alimentação específica", no entanto, não se verificaram diferenças significativas.

Atividade Física: Observou-se uma diferença estatisticamente significativa, sendo que os utentes com apenas o diagnóstico de diabetes, apresentaram um maior envolvimento em atividades físicas. Este resultado é corroborado por Murta et al. (2018), que identificaram uma associação entre um maior número de patologias e a dificuldade em manter um estilo de vida ativo, devido a limitações físicas e emocionais.

Monitorização da Glicemia: Os resultados deste estudo indicaram não haver diferenças estatisticamente significativas na monitorização da glicemia em função das comorbilidades. Este resultado contraria o estudo de Suprapti et al. (2023), que demonstrou uma associação

significativa entre a presença de comorbilidades e um pior controle glicêmico. A ausência de associação no presente estudo pode ser explicada pelo acesso facilitado a glicômetros e ao reforço da vigilância glicêmica nas consultas nas USF.

Cuidados com os Pés: Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre o número de patologias e o autocuidado com os pés. Este resultado vai ao encontro de Aga et al. (2022), que também não encontraram diferenças significativas nos cuidados com os pés e a presença de comorbilidades.

Adesão à Medicação: Os resultados indicaram que não existem diferenças significativas entre o número de patologias e os comportamentos de adesão à medicação. Contudo, esta conclusão não é sustentada pela literatura encontrada. Pelo contrário, Baah-Nyarkoh et al. (2023) revelaram que utentes sem comorbilidades têm uma probabilidade significativamente maior de manter uma boa adesão terapêutica. Os autores explicam que o aumento da complexidade do regime terapêutico e a sobrecarga de medicamentos representam barreiras importantes à adesão. Os resultados obtidos neste estudo podem estar relacionados com a eficácia da educação para a saúde focada na adesão ao regime terapêutico, promovida pelos enfermeiros nas unidades de saúde em análise.

Hipótese 7: Existe uma relação estatisticamente significativa entre o conhecimento sobre a DM e a atividade de autocuidado com a DM dos utentes com DM das USF Santa Clara e Aqueduto.

Embora a literatura saliente que o conhecimento por si só não é suficiente (Santos et al., 2023; Rodrigues et al., 2023), no presente estudo, verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre o conhecimento sobre a DM e o nível de autocuidado dos participantes. Estes dados sugerem que, para esta população específica, um maior conhecimento ainda está associado a um maior o nível de envolvimento nas atividades de autocuidado.

Hipótese 8: Existe uma relação estatisticamente significativa entre a perceção de funcionalidade familiar e a atividade de autocuidado com a DM nos utentes com DM das USF Santa Clara e Aqueduto.

Neste estudo, não se verificou uma relação estatisticamente significativa entre a perceção da funcionalidade familiar e as atividades de autocuidado no geral, contrariando os resultados da revisão scoping de Borges et al. (2024), que sugere uma associação positiva entre as duas

variáveis.

No entanto, os resultados deste estudo revelaram que participantes com famílias percebidas como disfuncionais apresentavam uma maior monitorização da glicemia, enquanto participantes com famílias percebidas como funcionais demonstravam melhores cuidados com os pés.

Uma possível explicação para a maior monitorização da glicemia em contextos familiares disfuncionais pode ser uma tentativa de compensar a falta de apoio, levando os utentes a assumirem a responsabilidade total pelo seu autocontrolo. Por outro lado, a melhoria nos cuidados com os pés em famílias funcionais pode dever-se ao facto de esta atividade, por vezes, necessitar da ajuda de terceiros, um aspeto que se coaduna com a dinâmica de uma família funcional.

Hipótese 9: Existe uma relação estatisticamente significativa entre a perceção de funcionalidade familiar e o conhecimento sobre a DM dos utentes com DM das USF Santa Clara e Aqueduto.

Neste estudo, não se verificou uma associação estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar e o conhecimento sobre a DM, o que sugere que o conhecimento dos participantes não depende da perceção que têm da funcionalidade da família. Estes dados corroboram com o estudo de Mar-Garcia et al. (2017), que também concluíram não existir relação entre estas duas variáveis. Segundo os autores, o conhecimento não depende diretamente da perceção da funcionalidade familiar, podendo ser influenciado por outros fatores, como o acesso à informação disponibilizada.

Os resultados deste estudo trazem contributos inovadores para a prática de enfermagem em cuidados de saúde primários (CSP), ao evidenciar que a funcionalidade familiar, ainda que não diretamente associada ao autocuidado global, desempenha um papel determinante em dimensões específicas da gestão da diabetes. A articulação entre conhecimento, variáveis sociodemográficas e práticas de autocuidado reforça a importância de estratégias de intervenção diferenciadas e ajustadas à realidade de cada família. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Familiar surge, assim, como elemento-chave na capacitação das famílias e na promoção da literacia em saúde, assumindo um papel de liderança na implementação de programas comunitários que potenciem a autogestão eficaz

da doença. Este contributo é particularmente relevante para a consolidação de práticas baseadas na evidência nos CSP, sustentando políticas de saúde centradas no utente e na sua rede familiar.

CONCLUSÕES DO ESTUDO

O presente estudo teve como objetivo analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas, a percepção de funcionalidade familiar, os conhecimentos e atividades de autocuidado com a DM, nos utentes com diagnóstico de DM das Unidades de Saúde Familiar Santa Clara e Aqueduto. As conclusões reforçam a ideia de que a gestão da diabetes é uma experiência profundamente individual, moldada por um conjunto de fatores interligados.

A funcionalidade familiar mostrou-se associada ao estado civil e ao nível de escolaridade, com uma maior percepção de funcionalidade em utentes casados ou em união de facto e naqueles com menor escolaridade. Curiosamente, a adversidade pareceu fortalecer os laços familiares, uma vez que o maior número de patologias diagnosticadas se associou a uma maior percepção de funcionalidade familiar. No entanto, a sua influência no autocuidado não foi linear, impactando de forma diferenciada certas dimensões, como a monitorização da glicemia (maior em famílias disfuncionais) e os cuidados com os pés (maior em famílias funcionais).

Relativamente ao conhecimento sobre a DM, verificou-se uma relação significativa com melhores práticas de autocuidado. Contudo, o conhecimento não se associou a variáveis como a idade, o sexo ou o nível de escolaridade, sugerindo que o acesso a programas de educação para a saúde nas USF pode ter nivelado o conhecimento de forma eficaz.

O autocuidado foi influenciado pelo sexo, com as mulheres a demonstrarem melhores práticas, sobretudo na dimensão da alimentação. O número de patologias também se revelou um fator decisivo, com utentes sem comorbilidades a apresentarem melhores resultados no autocuidado geral e na atividade física. Embora o nível de escolaridade não se tenha associado ao autocuidado total, impactou dimensões específicas, com melhores práticas de alimentação e atividade física em utentes mais escolarizados. Por outro lado, a maior adesão à medicação em participantes com menor escolaridade sugere o fenómeno de não adesão deliberada.

Em síntese, o estudo confirma parcialmente as hipóteses formuladas: verificaram-se associações significativas entre variáveis sociodemográficas e clínicas e a percepção de funcionalidade familiar, conhecimento e autocuidado; contudo, algumas relações

esperadas não se confirmaram, nomeadamente entre conhecimento e idade/escolaridade, e entre escolaridade e autocuidado total.

Do ponto de vista metodológico, importa reconhecer algumas limitações. O carácter transversal do estudo não permite estabelecer relações causais; a amostra não probabilística circunscrita a duas USF limita a generalização dos resultados; a recolha de dados num período curto pode não refletir variações sazonais e a utilização de instrumentos de autorrelato pode introduzir enviesamentos relacionados com a desajustabilidade social. Acresce ainda a ausência de variáveis clínicas relevantes, como o tempo de diagnóstico da DM e os valores de HbA1c, que poderiam influenciar a perceção de funcionalidade familiar e as atividades de autocuidado.

Apesar destas limitações, os resultados reforçam a necessidade de uma visão holística e personalizada na prática de enfermagem. A capacitação dos utentes para a gestão da sua doença requer uma educação para a saúde ajustada às suas características sociodemográficas, ao número de patologias e à rede de suporte familiar. Ao reconhecer a complexidade do autocuidado e ao investir na promoção do conhecimento, os enfermeiros podem empoderar os utentes, favorecendo a autonomia, prevenindo complicações e melhorando a qualidade de vida.

Neste processo, o papel do EEECESF é central. Este profissional possui as competências necessárias para intervir não apenas na perspetiva individual, mas também no seio da família e da comunidade, identificando dinâmicas de apoio, desenvolvendo planos de cuidados adaptados e promovendo a literacia em saúde de forma eficaz.

Em termos de investigações futuras, sugere-se a realização de estudos longitudinais com amostras probabilísticas e multicêntricas que permitam confirmar estas relações, explorar fatores mediadores e avaliar a eficácia de intervenções de enfermagem centradas na família na gestão da diabetes.

Esta investigação oferece uma contribuição importante para a prática clínica, demonstrando que, para uma gestão eficaz da diabetes, é fundamental ir além das generalizações e considerar a singularidade de cada pessoa e do seu contexto.

SINTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

A realização deste estudo, em estreita articulação com a prática clínica desenvolvida durante o estágio, permitiu aprofundar a compreensão sobre os complexos fatores que influenciam o autocuidado e a gestão da diabetes em utentes das Unidades de Saúde Familiar. A investigação, aliada à prática, revelou-se um pilar fundamental para o desenvolvimento das competências do EEECESF.

Os resultados permitiram identificar que as variáveis sociodemográficas, o contexto clínico e a dinâmica familiar exercem um impacto direto na adesão ao plano terapêutico e na autonomia dos utentes. A análise dos dados reforça a necessidade de planear intervenções ajustadas ao contexto individual e familiar de cada pessoa, promovendo cuidados mais eficazes e centrados na pessoa e na sua família, o que se alinha diretamente com as competências específicas da especialidade.

Esta experiência de investigação e prática clínica reforçou a responsabilidade profissional e a ética na abordagem aos cuidados de saúde. A reflexão crítica sobre os resultados obtidos fortaleceu uma perspetiva que valoriza a singularidade de cada utente, salientando a importância de considerar o seu contexto de vida, o apoio familiar e o seu nível de literacia para uma gestão mais eficaz da doença.

Em suma, este trabalho demonstra que a capacitação dos utentes, o envolvimento da família e a valorização das variáveis sociodemográficas e clínicas são os pilares de uma prática de enfermagem especializada e humanizada. A articulação entre a investigação e a prática contribuiu de forma indissociável para o fortalecimento de competências essenciais para a melhoria contínua da saúde individual e familiar dos utentes, com vista à promoção da autonomia, à prevenção de complicações e à melhoria da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aga, F., Dunbar, S., Kebede, T., Higgins, M., & Gary, R. (2022). Comportamento de autocuidado com os pés em adultos com diabetes tipo 2 com e sem insuficiência cardíaca comórbida. *Nursing Open*, *9*(5), 2473–2485. <https://doi.org/10.1002/nop2.1265>
- Agostinho, M., & Rebelo, L. (1998). Família: Do conceito aos meios de comunicação. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, *5*, 18–21.
- Alarcón, J. (2021). Caracterización sociodemográfica y patológica de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un centro médico de Perú. *Revista Finlay*, *11*(2), 182–188. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342021000200182&lng=es&tlng=es
- Almeida, D., Santos, J., & Santos, W. (2023). A importância da educação em diabetes para o autocuidado do paciente. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, *6*(13), 1664–1676. <https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/775>
- Alves, D. (2020). *O papel do enfermeiro de família na promoção da resiliência e da qualidade de vida em famílias a vivenciar situações de doença crónica* [Dissertação De Mestrado, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro]. Repositório UTAD. <https://repositorio.utad.pt/server/api/core/bitstreams/bdd55248-fb43-48b3-921b-fe4aa25e6198/content>
- Amaral, R., Barbosa, A., Teixeira, C., Brandão, L., Afonso, T., Bezerra, A., & Tobias, G. (2019). Conhecimento dos diabéticos frente à doença e orientações no autocuidado. *Revista de Enfermagem UFPE*, *13*(2), 346–352. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i2a239077p346-352-2019>
- Andrade, A., & Martins, R. (2016). Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, *16*(40), 185-199. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8227>
- Araújo, I., Jesus, R., Teixeira, M., Cunha, A., Santos, F., & Miranda, S. (2023).

- Literacia em saúde de utentes com hipertensão e diabetes de uma região do norte de Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, 18, 73–82.
<https://doi.org/10.12707/RIV18008>
- Associação Protetora dos Diabéticos. (2023). *APDP – Associação Protetora dos Diabéticos*. Apdp.pt. <https://apdp.pt/apdp/sobre-a-apdp/>
- Aujoulat, I., d’Hoore, W., & Deccache, A. (2007). Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony? *Patient Education and Counseling*, 66(1), 13–20. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2006.09.008>
- Baah-Nyarkoh, E., Alhassan, Y., Dwomoh, A., & Kretchy, I. (2023, April). Medicated- related burden and adherence in patients with co-morbid type 2 diabetes mellitus and hypertension. *Heliyon*, 9(4), e15448.
<https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e15448>
- Barbieri-Figueiredo, M. do C., Santos, M. R., Andrade, L., Vilar, A. I., Martinho, M. J., & Fernandes, I. (2012). Atitudes, conceções e práticas dos enfermeiros na prestação de cuidados às famílias em cuidados de saúde primários. in J. C. Carvalho et al. (coords.), *transferibilidade do conhecimento em enfermagem de família* (pp. 36–43). Escola Superior De Enfermagem Porto.
<https://comum.rcaap.pt/entities/publication/a9c82973-ae05-40ff-8940-f9f9403099e7>
- Barbosa, I., & Pimenta, R. (2021). Determinantes pessoais, sociais e ambientais de literacia em saúde. In *Congresso Internacional Literacia em Saúde e Autocuidados* (p. 87). Instituto Politécnico de Bragança.
<http://hdl.handle.net/10198/23706>
- Bastos, F. (2004). *Adesão e gestão do regime terapêutico do diabético tipo 2: Participação das esposas no plano educacional* [Dissertação Mestrado, Universidade do Porto. Reitoria]. <https://hdl.handle.net/10216/9654>
- Bastos, F., Cruz, I., Campos, J., Brito, A., Parente, P., & Morais, E. (2022). Representação do conhecimento em enfermagem – a família como cliente. *Revista de Investigação & Inovação Em Saúde*, 5(1), 81–95.

<https://doi.org/10.37914/riis.v5i1.213>

Bastos, F., Severo, M., & Lopes, C. (2007). Propriedades psicométricas da escala de autocuidado com o diabetes traduzido e adaptada. *Acta Médica Portuguesa*.

<https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/836/512>

Borba, A. K. de O. T., Arruda, I. K. G., Marques, A. P. de O., Leal, M. C. C., & Diniz,

A. da S. (2019). Conhecimento sobre o diabetes e atitude para o autocuidado de idosos na atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(1), 125–136. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.35052016>

Borges, S., Zillmer, J., Sampaio, A., Schwartz, E., & Sampaio, A. (2024).

Funcionalidade familiar no autocuidado à pessoa com diabetes mellitus na atenção primária: revisão de escopo. *Revista Família, Ciclos de Vida E Saúde No Contexto Social*, 12(4), e7393. <https://doi.org/10.18554/refacs.v12i4.7393>

Brevidelli, M., Oliveira, A., Rodrigues, G., Gamba, M., & Domenico, E.

(2021). Factores sociodemográficos, clínicos y psicosociales relacionados con el autocuidado de la diabetes. *Revista CUIDARTE*, 12(2). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2057>

Brutsaert, E. F. (2023, October 4). *Complicações do diabetes mellitus. Manuais MSD Versão Saúde Para a Família*.

<https://www.msmanuals.com/pt/casa/dist%C3%BArbios-hormonais-e-metab%C3%B3licos/diabetes-mellitus-dm-e-dist%C3%BArbios-do-metabolismo-da-glicose-no-sangue/complica%C3%A7%C3%B5es-do-diabetes-mellitus>

Cardoso, A. F. (2018). *A transição para o autocuidado terapêutico em pessoas com diabetes mellitus* [Tese Doutorado, Universidade de Coimbra].

<https://hdl.handle.net/10316/92900>

Carmaneiro, A. (2021). Adesão terapêutica: contributos para a compreensão e intervenção. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7), 1–8.

<https://doi.org/10.12707/RV20145>

- Carvalho, B. R. (2024). *Influência das ações educativas no autocuidado em pessoas com diabetes em unidade de saúde da família* [Dissertação De Mestrado, Universidade Federal de Pernambuco].
<https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/59427>
- Council Of Europe. (1997). *Oviedo convention and its protocols - human rights and biomedicine*. Retrieved agosto, 2025 from
<https://www.coe.int/en/web/human-rights-and-biomedicine/oviedo-convention>
- Cordero-Sánchez, C., Alba-Alba, C., Guzmán-Ortiz, E., & Ramirez-Giron, N. (2022). Características sociodemográficas asociadas a la adherencia del tratamiento en adultos con Diabetes Tipo 2. *Horizonte Sanitario*, 21(2), 276–281.
<https://doi.org/10.19136/hs.a21n2.3885>
- Costa, C. (2021). *Literacia em saúde e autocuidado na pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2*. Repositorio do Instituto Politécnico de Viseu.
<https://repositorio.ipv.pt/entities/publication/0281c4ff-446f-4bcc-952a-8a925430e283>
- Cruz, I., Queirós, C., & Bastos, F. (2024). Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: Resultados preliminares de uma scoping review. *Revista Científica Internacional da Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia*, 6, 162–165.
<https://revsalus.com/index.php/RevSALUS/issue/view/25/38>
- Cruz, I., Queirós, C., Machado, N., Gonçalves, V., & Bastos, F. (2023). Significados atribuídos à autogestão do regime medicamentosos: resultados preliminares de uma scoping review. *Revista Internacional Da Rede Académica Das Ciências Da Saúde Da Lusofonia*, 43–46.
<https://revsalus.com/index.php/RevSALUS/issue/view/25>
- Decreto-Lei n.º 103/2023 Aprova o regime jurídico de dedicação plena no Serviço Nacional de Saúde e da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar. (2023). Diário da República nº215, série I de 2023-11-7.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/103-2023-223906279>

- Despacho n.º 3390/2025 Determina a atualização da estrutura de governação do Programa Nacional para a Diabetes (PND) e o funcionamento das consultas de diabetes. (2025). Diário da República n.º53, Série II de 2025-03-17. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/3390-2025-911131335>
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Diagnóstico e classificação da diabetes mellitus (Norma n.º 002/2011)*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/>
- Direção-Geral da Saúde. (2024). *Programa nacional para a diabetes: Desafios e estratégias*. <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/ficheiros-upload/arquivo/programa-nacional-para-a-diabetes-desafios-e-estrategias-2024.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito. (Norma n.º 015/2013 atualizada a 04/11/2015)*. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013.aspx>
- Driever, E. M., & Brand, P. L. P. (2020). Education makes people take their medication: myth or maxim? *Breathe*, *16*(1), 190338–190338. <https://doi.org/10.1183/20734735.0338-2019>
- Fernandes, A. (2023). *Funcionalidade familiar na transição para a parentalidade* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra]. <http://web.esenfc.pt/?url=IfkhiLBh>
- Fernandes, F. M. (2018). *Literacia em Saúde e Adesão à Terapêutica na diabetes: estudo exploratório em Portugal* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra]. <https://hdl.handle.net/10316/82532>
- Ferreira, Y., Santos, L., Pereira, F., Rezende, A., Neto, L., Osório, N., & Nunes, D. (2019). Funcionalidade familiar e a sua relação com fatores biopsicossociais. *Humanidades & Inovação*, *6*(11), 158–166. <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/1582>
- Ferreira, A., Pereira, A., Ferreira, S., Vieira, E., & Meireles, N. (2012). Comunicando com a Família: qual a importância do enfermeiro de família?

- In Carvalho, J.C. et al. (Eds). *Transferibilidade do Conhecimento em Enfermagem de Família* (pp. 220–224). Escola Superior de Enfermagem do Porto. <https://comum.rcaap.pt/bitstreams/96bf35be-018f-4174-83df-4574f8d5aad0/download>
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Lusociência- Edições técnicas e científicas, lda.
- Frade, J., Henriques, C., & Frade, M. (2021). A integração da família nos cuidados de enfermagem: Perspetiva de enfermeiros e estudantes de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7). <https://doi.org/10.12707/rv20158>
- Gallego, R., & Caldeira, J. (2007). Complicações agudas da diabetes mellitus. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23(5), 565–575. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v23i5.10406>
- Galvão, A. M., & Batista, G. (2022). Health and Self-Care Literacy. *RevSALUS - Revista Científica Da Rede Académica Das Ciências Da Saúde Da Lusofonia*, 4(1). <https://doi.org/10.51126/revsalus.v4i1.166>
- Galvão, C. M., & Sawada, N. O. (2003). Prática baseada em evidências: estratégias para sua implementação na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56(1), 57–60. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672003000100012>
- Garcia, S. (2022). Intervenções não farmacológicas para otimização do controle glicêmico de pessoas com diabetes tipo 2: abordagem interdisciplinar. *REAMed*, 24, 1–7. <http://hdl.handle.net/10183/253223>
- Gomes, C. (2021). *Diabetes mellitus*. Faculdade de Medicina Da Universidade Do Porto. https://metis.med.up.pt/index.php/Diabetes_Mellitus
- Gomes, C. P. (2021). *Influência do estado civil na qualidade de vida de pessoas com diabetes* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra]. <https://hdl.handle.net/10316/98426>
- Gomes, P. (2019). *Literacia em saúde e doença cardiovascular na diabetes tipo 2*

- [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra]. In *Literacia em saúde e doença cardiovascular na diabetes tipo 2*. <https://hdl.handle.net/10316/89699>
- Heikkala, E., Mikkola, I., Jokelainen, J., Timonen, M., & Hagnäs, M. (2021). Multimorbidity and achievement of treatment goals among patients with type 2 diabetes: a primary care, real-world study. *BMC Health Services Research*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06989-x>
- Joaquim, N., Nunes, T., & Miranda, R. (2022). Intervenções educacionais baseadas na família para a autogestão da diabetes em adultos: revisão baseada na evidência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 38(1), 61–72. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v38i1.13064>
- Jyotsana, N., Pandit, N., Sharma, S., & Kumar, L. (2024). Práticas de autocuidado e fatores de influência entre pacientes com diabetes mellitus tipo 2: um estudo transversal de base hospitalar. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 30. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2024.101822>
- Lima, L., Lopes, M., Filho, C., & Cecon, R. (2022). Avaliação do autocuidado com os pés entre pacientes portadores de diabetes melito. *Jornal Vascular Brasileiro*, 21. <https://doi.org/10.1590/1677-5449.210011>
- Lopes, C., & Almeida, C. (2019). Introdução. In Lopes, C. & Almeida C. V. (Coords.), *Literacia em saúde na prática* (pp. 17-23). Lisboa: Edições ISPA. <https://repositorio.ispa.pt/entities/publication/72efa066-e850-4013-a8d5-3b6f1b370bd0>
- Lopes, C., Sardinha, A., Sales, M., Silva, A., Almeida, J., & Oliveira, A. (2024). Avaliação do conhecimento sobre diabetes mellitus tipo 2. *Revista enfermagem atual in derme*, 98(3). <https://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/2234/2790>
- Lopes, L. (2023). A misteriosa evolução de LADA: A propósito de um caso clínico.

Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/64430>

Lu, Y., Wang, W., Liu, J., Xie, M., Liu, Q., & Li, S. (2023). Vascular complications of diabetes: A narrative review. *Medicine*, *102*(40), e35285–e35285.

<https://doi.org/10.1097/md.00000000000035285>

Luz, E., Bastos, F., & Silva, M. (2022). O Empowerment na doença cónica: Revisão integrativa da literatura. *Latin American Publicações Ltda.*

<https://comum.rcaap.pt/entities/publication/1aaf7f29-ff68-4a06-8072-93b28e40e28f>

Macedo, E. (2018). *Diabetes mellitus tipo 2: Relação da capacitação, conhecimentos e qualidade de vida com a adesão à terapêutica* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra]. <https://hdl.handle.net/10316/82422>

Magri, S., Amaral, N. W. do, Martini, D. N., Martins Santos, L. Z., & Siqueira, L. D. O. (2020). Programa de educação em saúde melhora indicadores de autocuidado em diabetes e hipertensão. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, *14*(2).

<https://doi.org/10.29397/reciis.v14i2.1788>

Mansour, M., Parizad, N., & Maslakhak, M. (2022). Does family-centred education improve treatment adherence, glycosylated haemoglobin and blood glucose level in patients with type 1 diabetes? A randomized clinical trial. *Nursing Open*, *10*(4), 2621–2630. <https://doi.org/10.1002/nop2.1522>

Mar-García, J., Córdova, I., León-Hernández, R., Gutiérrez-Gómez, T., Banda-González, O., Rangel-Torres, S., & León-Ramírez, M. (2017). Relación entre automanejo y percepción de funcionalidad familiar en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Enfermería Universitaria*, *14*(3), 155–161.

<https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.05.005>

Martins, S. (2024). *A família e a gestão da doença crónica: Avaliação e intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar: Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde família* [Dissertação Mestrado]. <https://comum.rcaap.pt/entities/publication/fa22d278-0120-4521->

9dfd- be2045ac3669

Matos, A., Calado, M., Mendes, M., Pedrosa, S., & Figueiredo, M. (2020). Educação para a saúde aos idosos com diabetes mellitus: Uma scoping review. *Revista da UIIPS*, 8(1), 293–309. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19901>

Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais. (n.d.). MIMUF Norte. Retrieved, 2025, from <https://mimuf-norte.min.saude.pt/MicroStrategy%28asp2FMain.aspx%29>

Mota, M., Caramelo, A., & Carvalho, A. (2024). Perceção do idoso sobre a funcionalidade familiar. *Revista de Investigação & Inovação Em Saúde*, 7(1). <https://doi.org/10.37914/riis.v7i1.305>

Murta, I., Agostini, D., Júnior, F., Figueiredo, G., Gobira, M., Valadares, K., Yecker, G., & Lucinda, L. (2018). Avaliação das barreiras à prática de atividade física em pacientes com doenças crônicas não transmissíveis. *Revista Médica de Minas Gerais*, 28, 12–18. <https://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20180019>

Néné, M., & Alberto, C. (2022). *Investigação em Enfermagem - Teoria e Prática*. https://www.researchgate.net/publication/360088996_Investigacao_em_Enfermagem_-_Teoria_e_Pratica

Paes, R., Mantovani, M., Rosa, D., Kalinke, L., Moreira, R., & Costa, M. (2021). A contribuição da literacia em saúde e do conhecimento sobre diabetes na autogestão do autocuidado. In *Congresso Internacional Literacia em Saúde e Autocuidados* (pp. 75–76). Instituto Politécnico de Bragança. <http://hdl.handle.net/10198/23706>

Paula, W., Pacheco, R., Neves, C., & Ligório, G. (2024). Diabetes tipo 2: contexto fisiopatológico e atualização terapêutica com o uso da semaglutida. *Revista Eletrônica Acervo Médico*, 24, e16285–e16285. <https://doi.org/10.25248/reamed.e16285.2024>

Portela, R. de A., Silva, J. R. S., Nunes, F. B. B. de F., Lopes, M. L. H., Batista, R. F. L., & Silva, A. C. O. (2021). Diabetes mellitus type 2: Factors related to

- adherence to self-care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(4).
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0260>
- Quinones, B. A., Geisler, S. A., & Ramos, S. (2023). Importância do Autocuidado em Pacientes com Diabetes mellitus. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, 6(13), 2057–2065. <https://doi.org/10.55892/jrg.v6i13.816>
- Regulamento n.º 428/2018 Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. (2018). Diário da República n.º135, série II de 2018-7-16.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Reis, M., Paula, Vidal, L. M., Adriano, J., Monteiro, J., & Eduardo, C. (2018). Effects Of Music In The Postoperative Of Hospitalized Patients. *Revista Médica de Minas Gerais*, 28. <https://doi.org/10.5935/2238-3182.20180019>
- Rodrigues, F., Albano, N., Anes, E., & Preto, L. (2023). Conhecimentos e autocuidado na pessoa com Diabetes. *Journal Archives of Health*, 4(3), 854–863. <https://doi.org/10.46919/archv4n3-011>
- Rodriguez, B. (2023). *Hábitos alimentares das pessoas com diabetes mellitus tipo 2 em portugal* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra].
<https://estudogeral.uc.pt/retrieve/266771/Ha%CC%81bitos%20Alimentares%20das%20Pessoas%20com%20%20%20Diabetes%20Mellitus%20Tipo%20%20em%20Portugal.pdf>
- Rubira, L., Gutmann, V., Silva, V., Mota, M., Francioni, F., Piexak, D., & Silva, C. (2021). O autocuidado de homens e mulheres com Diabetes Mellitus tipo 2. *Research Society and Development*, 10(1).
<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/11675/10505>
- Sá, A., Oliveira, C., Carvalho, D., Raposo, J., Polónia, J., Silva, J., Medina, J., Correia, L., Miguel, L., & Cernadas, R. (2016). A diabetes mellitus em Portugal: Relevância da Terapêutica Farmacológica Adequada. *Revista Portuguesa de Farmacoterapia*, 8(1), 44–53.

<https://doi.org/10.25756/rpf.v8i1.93>

- Santos, G. B., Paulino, E. de F., & Rodrigues, M. R. (2024). Funcionalidade familiar por meio do instrumento APGAR: Avaliação das produções. *Nursing (Edição Brasileira)*, 28(312), 9339–9344.
<https://doi.org/10.36489/nursing.2024v28i312p9339-9344>
- Santos, V., Freire, V., Faustino, S., Chiavone, F., Bezerril, M., Azevedo, I., & Moreno, I. (2023). Compreensão sobre autocuidado da diabetes mellitus por pacientes atendidos na atenção primária à saúde. *Ciência Cuidado e Saúde*, 22.
<https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v22i0.65953>
- Serra, E., Rolim, I., Loureiro, M., & Guedes, N. (2023). Características clínicas e sócio-demográficas de pacientes diabéticos atendidos em centros de referência nordeste do Brasil. *Saúde Coletiva (Barueri)*, 13(88), 13151–13164.
<https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2023v13i88p13151-13164>
- Serrão, C., Veiga, S., & Vieira, I. (2015). Literacia em saúde: Resultados obtidos a partir de uma amostra de pessoas idosas portuguesas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 2, 33–38.
<http://hdl.handle.net/10400.22/12842>
- Serviço Nacional de Saúde. (2016). *Saúde que Conta: Estratégia nacional para a literacia em saúde*.
<https://www.sns.gov.pt/noticias/2016/11/15/estrategia-nacional-para-a-literacia-em-saude>
- Serviço Nacional de Saúde. (2025). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>
- Serviço Nacional de Saúde 24. (2025). *Diabetes*.
<https://www.sns24.gov.pt/pt/tema/doencas/doencas-cronicas/diabetes>
- Silva, Á. L. D. de A., Neves, E. L. F. das, Lucena, J. G. S. de Neta, M. S. D., Azevedo, T. F. de, Nunes, W. D. B., & Andrade, L. L. de. (2021). Tempo de contacto com intervenções educativas e autocuidado de pessoas com diabetes mellitus.

- Cogitare Enfermagem*, 26. <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0>
- Silva, P., Silva, M., Ferreira, M., & Costa, R. (2023). Adesão ao autocuidado da pessoa com diabetes mellitus tipo 2. *RIAGE – Revista Ibéro-Americana de Gerontologia*, 4. <https://riagejournal.com/index.php/riage/article/view/69/96>
- Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. (2016). *Código deontológico*. <https://www.sep.org.pt/carreira-e-direitos/codigo-deontologico/>
- Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: A proposal for a family function test and its use by physicians. *The Journal of Family Practice*, 6(6), 1231–1239. https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/jfp-archived-issues/1978-volume_6-7/JFP_1978-06_v6_i6_the-family-apgar-a-proposal-for-a-family.pdf
- Sociedade Portuguesa de Endocrinologia Diabetes e Metabolismo. (2023). *Programa Nacional para a Diabetes: Desafios e Estratégias 2023*. <https://www.spedm.pt/pt/noticias-spedm/programa-nacional-para-a-diabetes-desafios-e-estrategias-2023>
- Song, M., & Lee, C. (2009). Diabetes self-care maintenance, comorbid conditions and perceived health. *International Diabetes Nursing*, 6(2), 71-77. <https://doi.org/10.1002//edn.137>
- Sousa, F., Figueiredo, M. do C., & Erdmann, A. (2010). Instrumentos para avaliação e intervenção na família: Um estudo descritivo. *Revista de Pesquisa em Saúde*, 11(1), 60–63. <http://hdl.handle.net/10400.26/33604>
- Sousa, M. R., Vilar, A. I., Sousa, C. N., & Bastos, F. (2021). Autogestão da doença crónica: dos modelos aos programas de intervenção. Escola Superior de Enfermagem do Porto. <https://comum.rcaap.pt/entities/publication/24b281b9-0ef5-4501-a53b-48d119631750>
- Sousa-Muñoz, R. L. de, & Sá, A. D. de. (2020). Apoio social, funcionalidade familiar e controle glicêmico de pacientes diabéticos tipo 2. *Revista de Medicina*, 99(5), 432–441. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v99i5p432-441>

- Souza, Y., Silva, J., Silva, I., Souza, T., & Medeiros, M. (2021). A influência da família na autonomia e participação do cuidado do sujeito diagnosticado com Diabetes mellitus. *Research Society and Development*, 10(4), e56710414113-e56710414113. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i4.14113>
- Suplicí, S., Meirelles, B., Silva, D., & Boell, J. (2021). Adesão ao autocuidado de pessoas com diabetes mellitus na atenção Primária: estudo de método misto. *Escola Anna Nery*, 25(5). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0032>
- Suprapti, B., Izzah, Z., Anjani, A. G., Andarsari, M. R., Nilamsari, W. P., & Nugroho, C. W. (2023). Prevalence of medication adherence and glycemic control among patients with type 2 diabetes and influencing factors: A cross-sectional study. *Global Epidemiology*, 5, 100113–100113. <https://doi.org/10.1016/j.gloepi.2023.100113>
- Veiga, A. (2020). Literacia em saúde e capacitação do idoso na prevenção da diabetes mellitus tipo2 em contexto comunitário. *Jornal de Investigação Médica*, 1(2), 005-017. <https://revistas.ponteditora.org/index.php/jim/article/view/294>
- Vilar, A. (2012). A Família e a Autogestão dos Processos de Saúde Doença: o caso da diabetes tipo 2. In Carvalho, J.C, et al. (Eds). *Transferibilidade do Conhecimento em Enfermagem de Família* (pp. 61–66). Escola Superior de Enfermagem do Porto. <https://comum.rcaap.pt/entities/publication/a9c82973-ae05-40ff-8940-f9f9403099e7>
- Whipple, M., Pinto, A., Abushamat, L., Bergouignan, A., Chapman, K., Huebschmann, A., Masters, K., Nadeau, K., Scalzo, R., Schauer, I., Rafferty, D., Reusch, J., & Regensteiner, J. (2022). Sex Differences in Physical Activity Among Individuals With Type 2 Diabetes Across the Life Span: A Systematic Review and Meta- analysis. *Diabetes Care*, 45(9), 2163–2177. <https://doi.org/10.2337/dc22-0576>
- World Health Organization. (2024). *Diabetes*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

World Medical Association. (2013). *Declaração de Helsinquía*. Retrieved agosto, 2025, from <https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-helsinki/>

APÊNDICES

APÊNDICE 1- CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Para participação em investigação de acordo com a Declaração de Helsínquia e Convenção de Oviedo.

Designação do estudo: “Funcionalidade familiar, Conhecimento e Autocuidado com a diabetes em utentes com diagnóstico de DM”.

Enquadramento: Este estudo de investigação insere-se no âmbito da elaboração da dissertação de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, sob a autoria da Enfermeira Marisa Cristina Saraiva Vieira Carneiro, com orientação do Professor Doutor Manuel Alberto Morais Brás. Este estudo é realizado em consórcio com a Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

O objetivo geral deste estudo é analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e a funcionalidade familiar, conhecimentos sobre a diabetes e autocuidado com a diabetes nos utentes com diagnóstico de Diabetes Mellitus, inscritos na Unidade de Saúde Familiar Santa Clara e Aqueduto.

Explicação do estudo: Este estudo será realizado com pessoas diagnosticadas com Diabetes Mellitus (DM), inscritas e vigiadas nas USFs Santa Clara e Aqueduto da ULS Póvoa de Varzim/Vila do Conde - E.P.E. A escolha desses centros de saúde permite a participação de utentes que já estão sob acompanhamento clínico contínuo, o que garante uma amostra relevante e com características específicas para a análise da doença. Com base nos objetivos do estudo, serão aplicados os seguintes instrumentos de recolha de dados: 1. Questionário para Caracterização Sociodemográfica e Clínica: Este questionário será aplicado para coletar dados sobre as características sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, local de residência) clínicas (número de patologias) com o objetivo de contextualizar os participantes e permitir uma análise mais detalhada dos dados. 2. Escala de APGAR Familiar de *Smilkstein* (1978): Este instrumento visa avaliar o funcionamento e a qualidade das relações familiares dos participantes, identificando fatores que possam influenciar a gestão da diabetes no contexto familiar. 3. Questionário dos Conhecimentos

da Diabetes: Trata-se da tradução para o português do “*Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ)*” (Bastos, 2004). Este questionário foi desenvolvido para medir o nível de conhecimento dos participantes sobre a diabetes, incluindo informações sobre cuidados, prevenção e tratamento da condição. 4. Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes: Esta escala é a versão traduzida e adaptada para o português do “*Summary of Diabetes Self-Care Activities*”, de Glasgow, Toobert e Hampson (2000), adaptado por Bastos e Lopes (2004). A finalidade deste instrumento é avaliar as atividades de autocuidado realizadas pelos participantes no controle da diabetes, como alimentação, monitorização de glicose, medicação, entre outros comportamentos. Esses instrumentos foram adaptados e validados para a população portuguesa, a sua utilização foi devidamente autorizada pelos respetivos, garantindo sua aplicabilidade e relevância no contexto do estudo. **Condições e financiamento:** Este estudo científico foi estruturado de forma a garantir que não haja quaisquer encargos financeiros, tanto para os participantes quanto para a Unidade Local de Saúde (ULS). A sua participação no estudo é totalmente gratuita, sem custos diretos ou indiretos para os participantes, que poderão se envolver na pesquisa sem qualquer impacto financeiro. Da mesma forma, a ULS também não arcará com despesas relacionadas à execução do estudo, uma vez que não haverá custos envolvidos para a instituição. Importante ressaltar que o estudo não é financiado por nenhuma entidade externa. Todos os custos associados à realização da pesquisa, incluindo recursos humanos, materiais e infraestrutura, serão suportados pelos próprios organizadores do estudo. Isso garante que não haverá dependência de financiamento de fontes externas, como entidades públicas ou privadas, o que assegura a independência e a imparcialidade do processo científico. Dessa forma, o estudo caracteriza-se por ser completamente isento de encargos financeiros para as partes envolvidas, permitindo que a pesquisa seja conduzida com total transparência e com foco no avanço do conhecimento científico, sem que haja qualquer ônus para os participantes ou para a ULS.

Confidencialidade e anonimato: Após lido e assinado o consentimento informado, ser-lhe-á fornecido o questionário de forma a garantir o seu anonimato. Dessa maneira, a identificação pessoal dos participantes não será associada aos dados recolhidos. Antes do preenchimento do questionário, será instruído a colocar o questionário preenchido em uma urna própria, garantindo que o processo de recolha seja feito de forma confidencial

e segura. Os dados recolhidos serão armazenados em uma base de dados encriptada, assegurando que todas as informações pessoais e de saúde dos participantes estejam protegidas contra acessos não autorizados. Após o tratamento e análise dos dados, e a interpretação dos resultados, os dados serão automaticamente eliminados de forma segura, conforme as normas éticas e legais em vigor sobre a proteção de dados pessoais. A sua participação é voluntária, poderá não participar neste estudo, caso não consinta, não assine este documento, com a garantia que lhe continuarão a prestar cuidados de saúde sem qualquer penalização. Investigadores: Em meu nome, Marisa Vieira Carneiro (Mestranda), e do Professor Doutor Manuel Brás (Orientador), agradecemos antecipadamente a atenção dedicada a este estudo. Caso tenha alguma dúvida ou necessite de mais informações, não hesite em entrar em contacto através do telefone xxxxxx ou e-mail: marisausfaqueduto@gmail.com. **Assinatura:**

Data: _____/_____/_____

Declaro ter lido e compreendido este documento, tendo-me sido disponibilizado tempo suficiente para refletir sobre a minha participação, bem como para colocar todas as minhas dúvidas. Compreendo que a minha participação é voluntária e que posso desistir a qualquer momento, sem necessidade de justificar a minha decisão. Assim, aceito participar no estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária fornecerei, com a garantia de que estes serão utilizados exclusivamente para esta investigação, em conformidade com as garantias de confidencialidade e anonimato fornecidas pela investigadora.

Nome:

Assinatura

Data: _____/_____/_____

APÊNDICE 2- FORMULÁRIO DE RECOLHA DE DADOS

Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica

1. Qual a sua idade?

18-20

21-30

31-40

41-50

51-60

61-70

71-80

81 ou mais

2. Qual o seu sexo?

Feminino

Masculino

3. Qual a cidade em que reside?

Vila do Conde

Póvoa de Varzim

Famalicão

Trofa

Braga

Barcelos

Porto

4. Quais as suas habilitações literárias?

Sem habilitações

1º Ciclo do ensino básico (1º ao 4º ano)/antiga 4º classe

2º Ciclo do ensino básico (5º ao 6º ano)/antiga 6º classe

3º Ciclo do ensino básico (7º ao 9º ano)/curso geral dos liceus

Ensino secundário (10º ao 12º ano)/curso complementar dos liceus

Ensino superior-bacharelato

Ensino superior-licenciatura

Ensino superior-mestrado

Ensino superior-doutoramento

5. Qual o seu estado civil?

Solteiro(a)

Casado(a) ou em união de facto

Viúvo(a)

Separado/a ou Divorciado(a)

6. Excluindo a diabetes, quantas patologias tem diagnosticadas?

0

1

2

3 ou mais

Parte 2: APGAR Familiar de Smilkstein (1978)

Por favor, indique com que frequência você concorda com as seguintes afirmações, assinalando a opção que melhor descreve sua experiência:

Pergunta	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução de problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TOTAL:

QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTOS SOBRE DIABETES

Tradução para Português de "Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ)24" (Bastos, 2004).

As perguntas a seguir questionam sobre os seus conhecimentos acerca da Diabetes.

ITEM	Questões	Sim	Não	Não sei
1	Ingerir muito açúcar e outros alimentos doces é uma das causas da diabetes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	A causa comum da diabetes é a falta de insulina eficaz no corpo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	A diabetes é causada pelo mau funcionamento dos rins que não conseguem manter o açúcar fora da urina.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Os rins produzem insulina.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Na diabetes que não é tratada, a quantidade de açúcar no sangue normalmente sobe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Se sou diabético, os meus filhos irão apresentar um maior risco de serem diabéticos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	A diabetes pode ser curada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Um nível de açúcar de 210 na análise do sangue é muito elevado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	A melhor forma de controlar a minha diabetes é fazer análises à urina.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	O exercício regular irá aumentar a necessidade de insulina ou outro medicamento para a diabetes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Existem dois tipos principais de diabetes: Tipo 1 (dependente de insulina) e Tipo 2 (não-dependente de insulina).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Uma reação excessiva da insulina após ingestão de muitos alimentos pode provocar baixa de açúcar no sangue.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	A medicação é mais importante do que a dieta e o exercício para controlar a minha diabetes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	A diabetes provoca, por vezes, má circulação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Golpes e feridas demoram mais tempo a cicatrizar nos diabéticos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Os diabéticos devem ter um cuidado especial ao cortar as unhas dos dedos dos pés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Uma pessoa com diabetes deve limpar o golpe com iodo e álcool.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	A forma como preparo a minha comida é tão importante como a comida que ingiro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	A diabetes pode causar danos nos meus rins.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	A diabetes pode causar perda de sensibilidade nas mãos, dedos e pés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Tremer e suar são sinais de açúcar elevado no sangue.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Urinar frequentemente e ter sede são sinais de açúcar baixo no sangue.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Collants e meias elásticas apertadas não causam danos aos diabéticos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Uma dieta para a diabetes consiste, maioritariamente, em alimentos especiais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ESCALA DE ATIVIDADE DE AUTOCUIDADO COM A DIABETES

Traduzida e adaptada para Português de *Summary of Diabetes Self-Care Activities* (Bastos, 2004).

As perguntas seguintes questionam sobre os cuidados com a diabetes durante os últimos sete dias. Se esteve doente durante esse período, por favor lembre-se dos últimos sete dias em que não esteve doente.

1- ALIMENTAÇÃO

Pergunta	Nº de dias
Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma alimentação saudável?	0 1 2 3 4 5 6 7
Em média, durante o último mês, quantos DIAS POR SEMANA seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?	0 1 2 3 4 5 6 7
Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais (incluindo sopa)?	0 1 2 3 4 5 6 7

2- ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA

Pergunta	Nº de dias
Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)?	0 1 2 3 4 5 6 7
Em quantos dos últimos SETE DIAS, comeu pão acompanhado à refeição do almoço ou jantar?	0 1 2 3 4 5 6 7
Em quantos dos últimos SETE DIAS misturou, no acompanhamento da refeição, 2 ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batata, massa, feijão?	0 1 2 3 4 5 6 7
Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu mais que um copo de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições?	0 1 2 3 4 5 6 7
Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições?	0 1 2 3 4 5 6 7
Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos doces como bolos, pastéis, compotas, mel, marmelada ou chocolate?	0 1 2 3 4 5 6 7

3- ATIVIDADE FÍSICA

Pergunta	Nº de dias
Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou atividade física durante pelo menos 30 minutos? (Minutos totais de atividade contínua, inclusive andar)	0 1 2 3 4 5 6 7
Em quantos dos últimos SETE DIAS participou numa sessão de exercício físico específico (como nadar, caminhar, andar de bicicleta) para além da atividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho?	0 1 2 3 4 5 6 7

4- MONITORIZAÇÃO DE GLICEMIA

Pergunta	Nº de dias
Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue?	0 1 2 3 4 5 6 7
Quantos dias por semana lhe foi recomendado que avaliasse o açúcar no sangue pelo seu médico, enfermeiro ou farmacêutico?	0 1 2 3 4 5 6 7

5- CUIDADOS COM OS PÉS

Pergunta	Nº de dias
Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou os seus pés?	1 2 3 4 5 6 7
Em quantos dos últimos SETE DIAS lavou os seus pés?	1 2 3 4 5 6 7
Em quantos dos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos do pé, depois de os lavar?	1 2 3 4 5 6 7

6- MEDICAMENTOS



Pergunta	Nº de dias
Em quantos dos últimos SETE DIAS, tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da diabetes? (Insulina ou comprimidos)	1 2 3 4 5 6 7
Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou, conforme lhe foi indicado, injeção de insulina?	1 2 3 4 5 6 7
Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou o número indicado de comprimidos da diabetes?	1 2 3 4 5 6 7

7- HÁBITOS TABAGICOS

Pergunta	Resposta
Você fumou um cigarro, ainda que só uma passa, durante os últimos SETE DIAS?	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
Se Sim, quantos cigarros fuma habitualmente, num dia?	Número de cigarros: _____
Quando fumou o seu último cigarro?	<input type="checkbox"/> Nunca fumou <input type="checkbox"/> Há mais de dois anos atrás <input type="checkbox"/> Um a dois anos atrás <input type="checkbox"/> Quatro a doze meses atrás <input type="checkbox"/> Um a três meses atrás <input type="checkbox"/> No último mês <input type="checkbox"/> Hoje

APÊNDICE 3- AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ULSPV/VC

Exmos.(as) Srs.(as)

Por indicação da Diretora Clínica dos Cuidados de Saúde Primários da ULS Póvoa de Varzim/Vila do Conde, Dra. Carina Matos, vimos por este meio informar que, por deliberação do Conselho de Administração de 13/02/2025, o projeto/estudo obteve **parecer favorável**.

Designação do Estudo: **"Projeto Investigação 31 - Estudo da relação entre a Funcionalidade familiar. Conhecimento e autocuidado em utentes com diagnóstico de DM inscritos na USF Santa Clara e USF Aqueduto."**

Investigador: Marisa Cristina Saraiva Vieira Carneiro

Relembramos que após a conclusão do estudo deverá enviar, para este email, o relatório do projeto/estudo.

Com os melhores cumprimentos

Silvana Falé

Centro de Ensino, Formação e Investigação

cefi@chpvc.min-saude.pt

Rua Dr. António José Sousa Pereira, s/n 4480-807 Vila do Conde

TEL: + 351 252 299 030 TELEM: +351 910238186



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA PÓVOA DE VARZIM / VILA DO CONDE, E.P.E

Largo da Misericórdia

**APÊNDICE 4- AUTORIZAÇÃO DA AUTORA PARA APLICAÇÃO DA
ESCALA DE APGAR**



zaida azeredo <zaida.azeredo@gmail.com>

para mim ▾

quinta, 5/12/2024, 11:08



Traduzir para inglês



muito bom dia

A escala de **Apgar** familiar não é da minha autoria mas sim do dr Smilkestein que penso já faleceu. Apenas a tradução é da minha autoria. Penso que a 1ª parte da escala está já divulgada não precisando já de autorizações , no entanto pela minha parte não há qualquer problema.

A escala é constituída por 2 partes _ a 1ª (a conhecida) mede à semelhança do que acontece com o **Apgar** no Recém-nascido) as funções consideradas vitais na família ; a 2ª parte diz-nos qual a ligação que o inquirido tem com um elemento da família.

Normalmente só se usa a 1ª parte em estudos

Peço-lhe que dê um grande abraço com muito carinho ao Prof Manuel Brás

Os meus cumprimentos, ao dispor para mais esclarecimentos

Zaida Azeredo

**APÊNDICE 5- AUTORIZAÇÃO DA AUTORA PARA UTILIZAÇÃO DO
QUESTIONÁRIO DOS CONHECIMENTOS DA DIABETES E DA ESCALA
DE ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO COM A DIABETES**

Exma. Sr.^a Enf.^a Marisa Cristina Saraiva Vieira Carneiro

Assunto: Autorização para utilização do questionário de Conhecimentos sobre a Diabetes (tradução para português de “Diabetes Knowledge Questionnaire – DKQ- 24)

Autorização para utilização da Escala de Autocuidado com a Diabetes na sua versão traduzida e adaptada para português de Portugal.

Eu, Fernanda dos Santos Bastos, Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem do Porto, venho por este meio autorizar a Sr.^a Enf.^a Marisa Cristina Saraiva Vieira Carneiro, orientada pelo Professor Doutor Manuel Brás, para a utilização das versões Portuguesas do questionário e escala acima referenciados, no âmbito do projeto de investigação intitulado “Estudo da relação entre as variáveis sociodemográficas, profissionais e clínicas e a Funcionalidade familiar, Conhecimento e Autocuidado em utentes com diagnóstico de DM inscritos na USF Santa Clara e USF Aqueduto”.

Mais informo que no que se refere à Escala de Autocuidado com a Diabetes, devem ser usadas as referências da sua publicação na Acta Médica Portuguesa (Acta Med Port 2007; 20: 11-20) “Propriedades Psicométricas da Escala de Autocuidado com a Diabetes Traduzida e Adaptada” e na qual se encontra um erro na escala final, por repetição de um item e ausência de outro, conforme se pode identificar nas restantes tabelas do artigo.

Disponibilizando-me para qualquer esclarecimento adicional e acrescentando o meu interesse em saber da evolução do projecto e dos resultados que obtenham.

Ao dispor,

Porto, 20 novembro de 2024