

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

PERFIL DE SAÚDE DAS FAMÍLIAS E SUAS
NECESSIDADES EM CUIDADOS DE
ENFERMAGEM: CONTRIBUTOS PARA A TOMADA
DE DECISÃO CLÍNICA

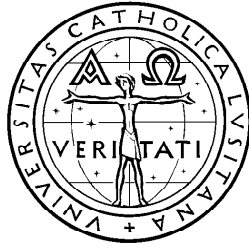
Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de doutor em Enfermagem

Por

Inês Alexandra Dias Fonseca

Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem

Fevereiro, 2025



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

PERFIL DE SAÚDE DAS FAMÍLIAS E SUAS
NECESSIDADES EM CUIDADOS DE
ENFERMAGEM: CONTRIBUTOS PARA A TOMADA
DE DECISÃO CLÍNICA

Tese apresentada para obtenção do grau de doutor em Enfermagem

Por Inês Alexandra Dias Fonseca

Sob a orientação da Professora Doutora Maria Henriqueta Figueiredo e da
Professora Doutora Zaida Borges Charepe

Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem

Fevereiro, 2025

AGRADECIMENTOS

Às Professoras Doutoras Henriqueta Figueiredo e Zaida Charepe, pela orientação, críticas, sugestões e, sobretudo, pelas constantes palavras de encorajamento...

À Professora Doutora Margarida Vieira, pelos valiosos ensinamentos...

À Professora Doutora Beatriz Araújo, pela sua amabilidade e disponibilidade...

Ao Professor Paulo Nicola, pelas várias reflexões sobre metodologia de estudos epidemiológicos...

Ao Professor Doutor Pedro Melo, pelos seus contributos em momentos chave desta jornada...

À minha família, o meu grande pilar e base de suporte...

Aos Enfermeiros, Instituições de Saúde e Famílias que colaboraram neste estudo...

Às colegas e amigas de escola, que foram um grande incentivo, em particular à Professora Doutora Ana Jorge, que partilhou comigo mais de perto todas as dificuldades, nomeadamente a gestão do tempo profissional com o tempo académico...

Aos colegas de percurso Vanessa, Jóni e Jacinta, pelo apoio e pelas partilhas...

À Fátima Santos, amiga que tantas vezes me amparou nas dificuldades...

À Maria Ribeiro e Cláudia Fonseca pelo apoio nas traduções...

A quem, sem precisar de palavras, soube ler os meus silêncios, estar presente nas ausências e iluminar o caminho mesmo nos dias mais sombrios. Pelo apoio inabalável, pela paciência infinita e por acreditar em mim quando a força parecia esgotar-se... a minha gratidão eterna.

...a todos o meu MUITO BEM-HAJA!

RESUMO

Introdução: As mudanças de âmbito social, económico e cultural, ocorridas nas últimas décadas, têm vindo a provocar graduais processos de transformação no seio familiar e a originar diversas formas de convivência familiar. As famílias contemporâneas apresentam uma grande diversidade no que respeita à composição, origem étnica, orientação religiosa e espiritual, na forma como comunicam e passam o tempo em conjunto, no compromisso que assumem com os seus membros, na interação com a comunidade e ainda na forma como gerem o *stress* e se adaptam às mudanças. A par desta diversidade surgem também novas necessidades em saúde nas famílias, as quais interpelam fortemente os enfermeiros a inovar e antecipar as respostas perante as mesmas.

Objetivos: Foram definidos como objetivos deste estudo identificar a existência de diferentes perfis de saúde das famílias com filhos menores a seu cargo e as suas necessidades em Cuidados de Enfermagem; determinar a relação entre os perfis de saúde das famílias e as variáveis de caracterização da saúde individual e familiar; construir uma matriz de apoio à tomada de Decisão Clínica em Enfermagem de Saúde Familiar, tendo como cliente as famílias com filhos menores a seu cargo.

Metodologia: Para prosseguir com estes objetivos realizou-se um estudo quantitativo de natureza observacional, composto por duas fases. Na primeira fase concretizou-se o estudo do tipo observacional, com uma amostra constituída por famílias com filhos menores a seu cargo que frequentaram as consultas de enfermagem de saúde infantil e juvenil, com recurso à aplicação de um questionário autoadministrado. Por forma a validar os resultados emergentes da interpretação dos dados produzidos na fase anterior e da sustentação da análise produzida realizou-se, na segunda fase, um Painel Delphi, com uma amostra constituída por peritos na área da Enfermagem de Saúde Familiar e com a aplicação de um instrumento de recolha de dados difundido via email. Como referencial teórico e operativo foi utilizado o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, proposto por Figueiredo, no qual os pressupostos reconhecem a complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades, partindo do princípio que os cuidados de enfermagem centrados na família, enquanto cliente e unidade de intervenção, são regidos por uma abordagem sistémica, que promova a potencialização das suas forças, recursos e competências.

Resultados: Foram encontrados 5 perfis de saúde das famílias com filhos menores a seu cargo tendo sido o cluster 4 a registar piores resultados em saúde e o cluster 5 melhores resultados. No cluster 4 foram identificados como focos de maior relevância de intervenção de enfermagem o abuso do álcool, padrão alimentar, padrão de higiene oral, comportamento de procura de saúde (adesão às consultas médicas e /ou de enfermagem; adesão ao rastreio da doença oncológica - mama, colo do útero e próstata e adesão às consultas de saúde oral), regime de imunização, atitude face ao estado de saúde, sono, status psicológico, processo familiar e o processo do sistema regulador. Verificou-se ainda que as necessidades em cuidados de enfermagem são inversamente proporcionais ao score do funcionamento familiar, parecendo encontrar-se valores inferiores deste, associados a piores resultados em saúde.

Conclusão: Suportados numa revisão, reflexão e resultados desta investigação, foi possível obter uma Matriz de Apoio à Tomada de Decisão Clínica em Enfermagem de Saúde Familiar, a qual ao permitir a interligação entre as etapas do processo de enfermagem pretende constituir-se um instrumento orientador da prática de enfermagem às famílias. Neste sentido, aumentará o potencial do exercício profissional dos Enfermeiros de Família para responder às necessidades das famílias com filhos menores a seu cargo, através da adoção de práticas de saúde que apoiam as famílias num todo e os seus membros individualmente, na superação de eventuais momentos de crise.

Palavras-chave: Família, Enfermagem de Saúde Familiar, Saúde da Família.

ABSTRACT

Introduction: Social, economic, and cultural changes in recent decades have gradually transformed family dynamics, giving rise to various forms of family life. Contemporary families exhibit great diversity in terms of composition, ethnic origin, religious and spiritual orientation, communication patterns, shared leisure activities, commitment to family members, interaction with the community, as well as in how they manage stress and adapt to these changes. Alongside this diversity, new health needs also arise within families, affecting a powerful motivation for nurses to innovate and anticipate responses to these needs.

Objectives: The objectives of this study were defined as follows: to identify the existence of different health profiles among families whose children are minors, and in their care, and their nursing care needs; to determine the relationship between family health profiles and individual and family health characterization variables; and finally, to build a matrix to support clinical decision-making in family health nursing, with a primary focus on families with minor children under their care.

Methodology: To pursue these objectives, a quantitative observational study was conducted, entailing two phases. In the first phase, an observational study was carried out with a sample composed of families, whose minor children were under their care, and who attended child and adolescent health nursing consultations, where the families willingly responded to the health questionnaire designated for this study on their own. To validate the results from the interpretation of this data and to support the analysis, a Delphi Panel was conducted in the second phase, with a sample consisting of experts in the field of Family Health Nursing, using a different data collection instrument disseminated via email. The theoretical and operational framework used was the Dynamic Model of Family Assessment and Intervention, proposed by Figueiredo, which presumes the recognition of the complexity of the family system, considering its properties, and where nursing care focused on the family, as the client and unit of intervention, is guided by a systemic approach that promotes the enhancement of the family's strengths, resources, and competences.

Results: The health profiles of five families with minor children under their care were identified, with cluster 4 registering the worst health outcomes and cluster 5 the best outcomes. In cluster 4, the most relevant nursing intervention focuses were identified as alcohol abuse, dietary patterns, oral hygiene patterns, health-seeking behavior (keeping to medical and/or nursing appointments, cancer screening – breast, cervical, and prostate – and oral health appointments), immunization regimen, attitude towards health status, sleep, psychological status, family process, and regulatory system process. Healthcare needs were also found to be inversely proportional to the family functioning score, with lower values of family functioning associated with worse health outcomes.

Conclusion: Based on review, reflection, and the results of this research, a Decision Support Matrix in Family Health Nursing was created. By interconnecting the stages of the nursing process, the resulting matrix constitutes a guidance tool for nursing practice with families. As such, the matrix will increase the potential of the professional practice of Family Nurses to respond to the needs of families with minor children under their care, through the adoption of health practices with new perspectives that support not just families as a whole but also the individual family members in overcoming any moments of crisis.

Keywords: Family, Family Health Nursing, Family Health.

ACRÓNIMOS E SIGLAS

| | |
|-----------------|--|
| APGAR | Adaptability, Partnership, Growth, Affection, Resolve |
| AUDIT | Alcohol Use Disorders Identification Test |
| CIPE | Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem |
| CSP | Cuidados de Saúde Primários |
| DGS | Direção-Geral da Saúde |
| FACES II | Escala de Avaliação da Flexibilidade e Coesão Familiar versão II |
| FACES IV | Escala de Avaliação da Flexibilidade e Coesão Familiar versão IV |
| IMC | Índice de Massa Corporal |
| INE | Instituto Nacional de Estatística |
| INSA | Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge |
| ISM | Inventário de Saúde Mental |
| MDAIF | Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar |
| MHI | Mental Health Inventory |
| OECD | Organization for Economic Co-operation and Development |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PNPCD | Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Diabetes |
| PSA | Prostate Specific Antigen |
| RU | Regularity Satisfaction Alertness Timing Efficiency Duration |
| SATED | |
| SCORE | Systematic Coronary Risk Evaluation |
| SHS | Sleep Health Scale |
| SPSS | Statistical Package for the Social Sciences |
| UCSP | Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados |
| UE | União Europeia |
| USF | Unidade de Saúde Familiar |

ÍNDICE GERAL

| | |
|---|-----|
| INTRODUÇÃO..... | 25 |
| PARTE I CONTEXTUALIZAÇÃO | 29 |
| CAPÍTULO II..... | 37 |
| FAMÍLIA E SAÚDE..... | 37 |
| 2.1 - TIPOLOGIA FAMILIAR | 41 |
| 2.2 - RECURSOS ECONÓMICOS E SUPORTE SOCIAL | 42 |
| 2.3 - HABILITAÇÕES ACADÉMICAS/EDUCAÇÃO | 44 |
| 2.5 - SAÚDE MENTAL E FAMÍLIA | 49 |
| 2.6 - FUNCIONAMENTO FAMILIAR..... | 52 |
| CAPÍTULO III O MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR (MDAIF) COMO REFERENCIAL TEÓRICO E OPERATIVO..... | 57 |
| 3.1 - CONCEITOS CENTRAIS | 58 |
| 3.2 - DIMENSÕES | 60 |
| PARTE II PARADIGMA DE INVESTIGAÇÃO | 63 |
| CAPÍTULO IV MATERIAIS E MÉTODOS..... | 65 |
| 4.1 - FINALIDADE, QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS DO ESTUDO..... | 66 |
| 4.2 - CONSIDERAÇÕES FORMAIS E ÉTICAS..... | 68 |
| 4.3 - ESTUDO OBSERVACIONAL..... | 68 |
| 4.3.1 - Tipo de estudo..... | 69 |
| 4.3.2 - População e amostra | 69 |
| 4.3.3 - Instrumento de recolha dos dados..... | 71 |
| 4.3.4 - Procedimentos na recolha dos dados | 101 |
| 4.3.5 - Procedimentos no tratamento e análise dos dados..... | 102 |
| 4.4 - PAINEL DELPHI..... | 104 |

| | |
|--|-----|
| 4.4.1 - Tipo de estudo..... | 104 |
| 4.4.2 - População e amostra | 105 |
| 4.4.4 - Procedimentos na recolha dos dados | 108 |
| 4.4.5 - Procedimentos no tratamento e análise dos dados..... | 109 |
| | |
| PARTE III RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO..... | 111 |
| | |
| CAPÍTULO V APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS | 113 |
| 5.1 - IDENTIFICAÇÃO DOS PERFIS DE SAÚDE DAS FAMÍLIAS COM FILHOS MENORES A SEU CARGO..... | 113 |
| 5.2 - ANÁLISE DA VARIABILIDADE E DETERMINAÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE OS PERFIS DE SAÚDE DAS FAMÍLIAS E AS VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO INDIVIDUAL E FAMILIAR..... | 114 |
| 5.2.1 - Indicadores dos Determinantes da Saúde Demográficos e Sociais | 114 |
| 5.2.3 - Indicadores do Estado de Saúde | 144 |
| 5.3 - DESCRIÇÃO DAS NECESSIDADES EM CUIDADOS DE ENFERMAGEM | 149 |
| 5.4 - CONSENSUALIZAÇÃO DO CONTEÚDO E ESTRUTURA DA MATRIZ DE APOIO À TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR..... | 155 |
| 5.4.1 - Constituição e caracterização do painel de peritos..... | 156 |
| 5.4.2 - Consenso face aos critérios diagnósticos..... | 158 |
| 5.4.2.1 – Ronda 1..... | 158 |
| 5.4.2.2 – Ronda 2..... | 163 |
| 5.4.3 - Consenso face às intervenções de enfermagem | 168 |
| | |
| CAPÍTULO VI DISCUSSÃO DOS RESULTADOS..... | 223 |
| | |
| PARTE IV MATRIZ DE APOIO À TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR..... | 239 |
| | |
| CONCLUSÕES..... | 249 |

| | |
|---|-----|
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 255 |
| ANEXOS | 275 |
| ANEXO I – Autorizações dos Autores dos Instrumentos de Recolha de Dados | 277 |
| ANEXO II – Autorizações Formais das Unidades Funcionais | 283 |
| ANEXO III – Parecer da Comissão de Ética | 289 |
| ANEXO IV – Tabelas de Conversão de Percentis da Escala FACES IV..... | 293 |
| APÊNDICES | 297 |
| APÊNDICE I – Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido..... | 299 |
| APÊNDICE II– Questionário de Saúde..... | 303 |
| APÊNDICE III – Questionário da Ronda 1 do Painel Delphi..... | 327 |
| APÊNDICE IV – Questionário da Ronda 2 do Painel Delphi..... | 361 |
| APÊNDICE V– Matriz de Apoio à Tomada de Decisão Clínica em Enfermagem de Saúde Familiar | 369 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--|-----|
| Figura 1. Diagrama representativo do MDAIF. Disponível em: Figueiredo (2012), p.104 | 61 |
| Figura 2. Ilustração da cronologia das etapas do estudo | 66 |
| Figura 3. Ilustração da fórmula estatística utilizada no cálculo do tamanho amostral.. | 70 |
| Figura 4. Representação esquemática do processo de desenvolvimento do Painel Delphi | 105 |

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|--|-----|
| Tabela 1. Identificação dos Clusters/Perfis | 113 |
| Tabela 2. Caraterização dos Clusters: Indicadores dos Determinantes da Saúde Demográficos e Sociais (idade, nacionalidade, sexo, local de residência, habilitações académicas, situação religiosa, condição perante o trabalho, setor de exercício de atividade e tipo de vínculo laboral) | 115 |
| Tabela 3. Caraterização dos Clusters: Indicadores dos Determinantes da Saúde Demográficos e Sociais (profissão e notação social da família) | 118 |
| Tabela 4. Caraterização dos Clusters: Indicadores dos Determinantes da Saúde Demográficos e Sociais (tipo de família, composição familiar, número de filhos e idade média dos filhos) | 119 |
| Tabela 5. Caraterização dos Clusters: Indicadores dos Determinantes da Saúde Demográficos e Sociais (suporte social percebido)..... | 121 |
| Tabela 6. Caraterização dos Clusters: Indicadores dos Determinantes da Saúde Biológicos e Comportamentais (prevalência de hipertensão, último valor registado de pressão arterial sistólica, último valor registado de pressão arterial diastólica, prevalência de diabetes, último valor registado de glicémia, prevalência de colesterol total elevado, último valor registado de colesterol total, prevalência de doença crónica autodeclarada)..... | 123 |
| Tabela 7. Caraterização dos Clusters: Indicadores dos Determinantes da Saúde Biológicos e Comportamentais (hábitos tabágicos, Exposição ao fumo passivo, nº cigarros diários, duração do consumo, idade de início do consumo, anos de consumo, nº de tentativas para cessar consumo)..... | 125 |
| Tabela 8. Caraterização dos Clusters: Indicadores dos Determinantes da Saúde Biológicos e Comportamentais (nível de risco de consumo de álcool)..... | 128 |
| Tabela 9. Caraterização dos Clusters: Indicadores dos Determinantes da Saúde Biológicos e Comportamentais (regularidade de prática de atividade física semanal, duração da atividade física) | 129 |
| Tabela 10. Caraterização dos Clusters: Indicadores dos Determinantes da Saúde Biológicos e Comportamentais (padrão alimentar) | 130 |
| Tabela 11. Caraterização dos Clusters: Indicadores dos Determinantes da Saúde Biológicos e Comportamentais (comportamentos preventivos de saúde oral)..... | 132 |

| | |
|--|-----|
| Tabela 12. Caraterização dos Clusters: Indicadores dos Determinantes da Saúde Biológicos e Comportamentais (comportamentos de vigilância da saúde geral)..... | 135 |
| Tabela 13. Caraterização dos Clusters: Indicadores dos Determinantes da Saúde Biológicos e Comportamentais (comportamentos de adesão ao rastreio da doença oncológica)..... | 136 |
| Tabela 14. Caraterização dos Clusters: Indicadores dos Determinantes da Saúde Biológicos e Comportamentais (comportamentos de adesão à vacinação)..... | 137 |
| Tabela 15. Caraterização dos Clusters: Indicadores dos Determinantes da Saúde Biológicos e Comportamentais (padrão de utilização dos serviços de saúde) | 138 |
| Tabela 16. Caraterização dos Clusters: Indicadores dos Determinantes da Saúde Biológicos e Comportamentais (padrão de consumo de medicamentos)..... | 142 |
| Tabela 17. Caraterização dos Clusters: Indicadores do Estado de Saúde (autoperceção da saúde atual) | 144 |
| Tabela 18. Caraterização dos Clusters: Indicadores do Estado de Saúde (saúde mental) | 144 |
| Tabela 19. Caraterização dos Clusters: Indicadores do Estado de Saúde (saúde do sono) | 146 |
| Tabela 20. Caraterização dos Clusters: Indicadores do Estado de Saúde (autoperceção da funcionalidade da família)..... | 146 |
| Tabela 21. Caraterização dos Clusters: Indicadores do Estado de Saúde (funcionamento familiar)..... | 147 |
| Tabela 22. Caraterização socioprofissional dos peritos..... | 156 |
| Tabela 23. Distribuição do grau de concordância face aos critérios diagnósticos propostos para os focos de enfermagem familiares..... | 158 |
| Tabela 24. Resumo estatístico dos consensos face aos critérios diagnósticos propostos para os focos de enfermagem familiares | 159 |
| Tabela 25. Distribuição do grau de concordância face aos critérios diagnósticos propostos para os focos de enfermagem individuais..... | 160 |
| Tabela 26. Resumo estatístico dos consensos face aos critérios diagnósticos propostos para os focos de enfermagem individuais | 161 |
| Tabela 27. Distribuição do grau de concordância face aos critérios diagnósticos propostos para o foco de enfermagem processo do sistema regulador..... | 163 |
| Tabela 28. Resumo estatístico dos consensos face aos critérios diagnósticos propostos para o foco de enfermagem processo do sistema regulador | 164 |

| | |
|--|-----|
| Tabela 29. Distribuição do grau de concordância face aos critérios diagnósticos propostos para o foco de enfermagem comportamento de procura de saúde (adesão às análises)..... | 165 |
| Tabela 30. Resumo estatístico dos consensos face aos critérios diagnósticos propostos para o foco de enfermagem comportamento de procura de saúde (adesão às análises) | 165 |
| Tabela 31. Distribuição do grau de concordância face aos critérios diagnósticos propostos para o foco de enfermagem status psicológico | 166 |
| Tabela 32. Resumo estatístico dos consensos face aos critérios diagnósticos propostos para o foco de enfermagem status psicológico | 167 |
| Tabela 33. Distribuição do grau de concordância face às intervenções de enfermagem propostas para os diagnósticos de enfermagem familiares..... | 169 |
| Tabela 34. Resumo estatístico dos consensos face às intervenções de enfermagem propostas para os diagnósticos de enfermagem familiares..... | 171 |
| Tabela 35. Distribuição do grau de concordância face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem pressão elevada..... | 172 |
| Tabela 36. Resumo estatístico dos consensos face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem pressão elevada..... | 174 |
| Tabela 37. Distribuição do grau de concordância face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem processo do sistema regulador comprometido..... | 175 |
| Tabela 38. Resumo estatístico dos consensos face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem processo do sistema regulador comprometido..... | 178 |
| Tabela 39. Distribuição do grau de concordância face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem autogestão da doença comprometida ... | 180 |
| Tabela 40. Resumo estatístico dos consensos face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem autogestão da doença comprometida ... | 182 |
| Tabela 41. Distribuição do grau de concordância face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem abuso do tabaco presente..... | 183 |
| Tabela 42. Resumo estatístico dos consensos face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem abuso do tabaco presente..... | 185 |
| Tabela 43. Distribuição do grau de concordância face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem abuso do álcool presente | 186 |

| | |
|---|-----|
| Tabela 44. Resumo estatístico dos consensos face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem abuso do álcool presente | 188 |
| Tabela 45. Distribuição do grau de concordância face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem padrão de exercício físico inadequado . | 189 |
| Tabela 46. Resumo estatístico dos consensos face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem padrão de exercício físico inadequado . | 191 |
| Tabela 47. Distribuição do grau de concordância face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem padrão alimentar inadequado | 192 |
| Tabela 48. Resumo estatístico dos consensos face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem padrão alimentar inadequado | 194 |
| Tabela 49. Distribuição do grau de concordância face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem padrão de higiene oral inadequado..... | 195 |
| Tabela 50. Resumo estatístico dos consensos face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem padrão de higiene oral inadequado..... | 197 |
| Tabela 51. Distribuição do grau de concordância face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem comportamento de procura de saúde não demonstrado (adesão às análises)..... | 198 |
| Tabela 52. Resumo estatístico dos consensos face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem comportamento de procura de saúde não demonstrado (adesão às análises)..... | 199 |
| Tabela 53. Distribuição do grau de concordância face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem comportamento de procura de saúde não demonstrado (rastreamento da doença oncológica) | 200 |
| Tabela 54. Resumo estatístico dos consensos face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem comportamento de procura de saúde não demonstrado (rastreamento da doença oncológica) | 201 |
| Tabela 55. Distribuição do grau de concordância face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem comportamento de procura de saúde não demonstrado (consultas médicas e/ou de enfermagem) | 202 |
| Tabela 56. Resumo estatístico dos consensos face às Intervenções de Enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem comportamento de procura de saúde não demonstrado (consultas médicas e/ou de enfermagem) | 204 |
| Tabela 57. Distribuição do grau de concordância face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem regime de imunização comprometido .. | 205 |

| | |
|--|-----|
| Tabela 58. Resumo estatístico dos consensos face às Intervenções de Enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem regime de imunização comprometido .. | 207 |
| Tabela 59. Distribuição do grau de concordância face às Intervenções de Enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem regime medicamentoso comprometido | 208 |
| Tabela 60. Resumo estatístico dos consensos face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem regime medicamentoso comprometido | 209 |
| Tabela 61. Distribuição do grau de concordância face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem atitude face ao estado de saúde comprometida | 211 |
| Tabela 62. Resumo estatístico dos consensos face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem atitude face ao estado de saúde comprometida | 212 |
| Tabela 63. Distribuição do grau de concordância face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem status psicológico negativo | 213 |
| Tabela 64. Resumo estatístico dos consensos face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem status psicológico negativo | 214 |
| Tabela 65. Distribuição do grau de concordância face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem sono comprometido | 216 |
| Tabela 66. Resumo estatístico dos consensos face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem sono comprometido | 217 |
| Tabela 67. Distribuição do grau de concordância face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem comportamento de procura de saúde não demonstrado (consultas de saúde oral) | 219 |
| Tabela 68. Resumo estatístico dos consensos face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem comportamento de procura de saúde não demonstrado (consultas de saúde oral) | 220 |

ÍNDICE DE QUADROS

| | |
|--|-----|
| Quadro 1. Indicadores/variáveis em estudo | 72 |
| Quadro 2. Identificação das fórmulas de cálculo dos rácios da FACES IV..... | 85 |
| Quadro 3. Identificação das dimensões e respetivos itens do Inquérito de Saúde Mental (Ribeiro, 2001) | 90 |
| Quadro 5. Critérios de inclusão e exclusão em relação aos consensos (adaptado de Goossen, 2000)..... | 109 |
| Quadro 6. Níveis de Consenso (adaptado de Sousa, 2006)..... | 110 |
| Quadro 7. Ponderação atribuída a cada cluster | 153 |
| Quadro 8. Identificação dos focos com maior necessidade de intervenção de enfermagem, por cluster | 154 |
| Quadro 9. Diagnósticos, dados avaliativos, subconjuntos diagnósticos, critérios diagnóstico e intervenções de enfermagem propostas para o foco comportamento de procura da saúde (rastreamento da doença oncológica)..... | 241 |
| Quadro 10. Diagnósticos e subconjuntos diagnósticos por grupo de indicadores | 246 |

INTRODUÇÃO

Com as transformações políticas, sociais, económicas e demográficas, as famílias têm sofrido alterações na sua tipologia, levando ao aparecimento de variadas configurações familiares, tais como as famílias reconstruídas, monoparentais, adotadas, homoparentais, entre outras (Guimarães & Cafeiro, 2018).

Contudo, apesar da diversidade das novas configurações familiares, a família, enquanto unidade sistémica com funções sociais, mantém-se como espaço privilegiado de suporte à vida e à saúde dos seus membros (Figueiredo, 2012).

Para compreender a família como uma unidade, é fundamental conceptualizá-la através de um paradigma que abranja a sua complexidade, globalidade, reciprocidade e multidimensionalidade. Essa abordagem deve considerar tanto a sua trajetória histórica quanto o seu contexto, indo além das definições baseadas exclusivamente em laços sanguíneos ou afetivos (Figueiredo, 2012).

A crescente diversidade das configurações familiares e dos determinantes sociais de saúde, bem como as transformações na estrutura e organização familiar, têm implicado transformações na estrutura e necessidades da família. Esses fatores interpelam fortemente os diversos agentes sociais e, em particular, os enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Graças à sua abordagem holística, os enfermeiros de família são profissionais privilegiados na prestação de cuidados à família, pois consideram tanto as necessidades individuais dos seus quanto as dinâmicas familiares, as suas forças, recursos, competências e desafios.

Desta forma, os enfermeiros de família são desafiados a refletir criticamente sobre a sua prática, desenvolver a capacidade de inovação e antecipar respostas adequadas às necessidades emergentes. Devem, ainda, prestar cuidados focados na família, promovendo estratégias de mudança que visem uma melhor saúde e mais sustentável. Quando as famílias são consideradas a unidade de cuidado, torna-se necessário adotar perspectivas amplas para responder às necessidades dos seus membros e da unidade familiar como um todo (Kaakinen & Hanson, 2015).

Embora exista uma vasta literatura sobre a saúde das famílias, muitos estudos avaliam essa saúde recorrendo apenas a indicadores de saúde individuais ou exclusivamente

familiares, negligenciando a interação entre os vários indicadores (Crandall & Barlow, 2022; Crandall et al., 2020; Rodríguez et al., 2012; Rousou et al., 2013).

Assim, considerando a multidimensionalidade da avaliação da saúde e o facto de que a saúde familiar integra tanto a saúde de cada membro quanto o funcionamento da família (Figueiredo, 2012), entendeu-se que eram necessários estudos que permitissem avaliar domínios adicionais, como o funcionamento familiar, permitindo uma avaliação mais abrangente da saúde da família.

Dado o padrão diversificado das famílias em Portugal e o desconhecimento da existência de estudos em Portugal que caracterizem os perfis de saúde das famílias e identifiquem as suas principais necessidades em Cuidados de Enfermagem, este estudo reveste-se de particular pertinência. Compreender o quadro epidemiológico das famílias permitiria uma visão ampla e estratégica da sua saúde e dos fatores que a influenciam, além de contribuir para a identificação das necessidades em Cuidados de Enfermagem.

Além disso, um estudo mais abrangente sobre a saúde das famílias possibilitaria compreender melhor a relação entre a saúde individual e familiar, favorecendo o desenvolvimento de práticas de enfermagem mais dirigidas e adequadas às características e necessidades identificadas, tanto a nível individual e familiar, quanto comunitário. Desta forma, contribuiria para expandir o corpo de conhecimentos de enfermagem sobre as famílias enquanto clientes dos cuidados, aumentando o potencial do exercício profissional dos enfermeiros de família.

Neste contexto, destaca-se a importância da integração de estratégias assistenciais de enfermagem ajustadas às necessidades das famílias, promovendo a capacitação, vigilância, planeamento e implementação de medidas de promoção da saúde familiar e prevenção e controle da doença dos membros da família. Isso permitiria, ainda, propor mudanças para apoiar as famílias na superação de eventuais situações de vulnerabilidade, que poderão estar associadas a processos normativos e não normativos, considerando a complexidade dos processos familiares inerentes ao seu desenvolvimento, estrutura e modo de funcionamento.

No processo da tomada de decisão clínica, o enfermeiro deve incorporar resultados da investigação na sua prática (OE, 2018). Assim, reconheceu-se que a produção de guias

orientadores da boa prática de Cuidados em Enfermagem informados em evidência empírica, constitui uma base estrutural para a melhoria da qualidade assistencial dos enfermeiros de família (OE, 2019).

A reorganização dos CSP enfatiza a intervenção local e em rede, com destaque para as Unidades de Saúde Familiar (USF) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), priorizando os cuidados centrados na família ao longo das diversas fases da vida (Decreto-Lei n.º 118/2014, 2014).

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (OE, 2018), é notória a relevância do enfermeiro enquanto agente responsável pela identificação da situação de saúde da população e dos recursos da família e comunidade, pela criação e o aproveitamento de oportunidades para promover a saúde individual, familiar e coletiva (Decreto-Lei n.º 118/2014, 2014).

Cuidar da família como unidade de cuidados implica que os enfermeiros avaliem o seu funcionamento, analisem a influência da família na saúde de cada membro, prevejam as alterações quer na saúde individual quer familiar e planeiem e implementem planos de ação personalizados para melhorar a saúde de cada membro e da família como um todo (Denham, 2003; Figueiredo, 2012).

Desta forma, assumiu-se a necessidade de conhecer a saúde dos membros e das famílias com filhos menores a seu cargo, sendo objetivos gerais deste estudo identificar a existência de diferentes perfis de saúde das famílias com filhos menores a seu cargo e as suas necessidades em Cuidados de Enfermagem; determinar a relação entre os perfis de saúde das famílias e as variáveis de caracterização da saúde individual e familiar; construir uma matriz de apoio à tomada de Decisão Clínica em Enfermagem de Saúde Familiar, tendo como cliente as famílias com filhos menores a seu cargo.

Este documento, que apresenta o relatório da investigação no contexto da problemática anteriormente introduzida, encontra-se organizado em quatro partes:

A primeira parte, designada de Contextualização Teórica e Concetual, através de uma organização em três capítulos, enquadra a problemática em estudo e apresenta o modelo norteador da investigação.

A segunda parte, intitulada de Paradigma de Investigação, contém um único capítulo, no qual são descritos a finalidade do estudo, as questões de investigação, os objetivos, as considerações éticas e formais, bem como a metodologia adotada.

A terceira parte, designada Resultados de Investigação, compreende dois capítulos, nos quais são apresentados os principais resultados da investigação e realizada a respetiva discussão.

A quarta parte, sob o título Matriz de Apoio à Tomada de Decisão Clínica em Enfermagem de Saúde Familiar, apresenta e descreve a Matriz construída no âmbito da investigação.

Além das quatro partes mencionadas, o documento inclui as principais conclusões da investigação, seguidas da lista de referências bibliográficas.

O documento é concluído com os anexos e apêndices.

PARTE I

CONTEXTUALIZAÇÃO

TEÓRICA E CONCEPTUAL

CAPÍTULO I

A FAMÍLIA: CONCEITO E EVOLUÇÃO

Etimologicamente, a palavra família tem a sua origem no latim, derivando do termo romano “famulus” que significa servidor, não tendo o significado atual do termo, no enquadramento nas estruturas, papéis e funções da família contemporânea (Leandro, 2006).

As últimas décadas são testemunhas de uma profunda transformação e adaptação da dinâmica familiar, fundamentalmente decorrentes das variações socioculturais (Dias, 2015).

Anteriormente à era moderna, o termo latim de família reportava ao agrupamento de indivíduos a viver sob o mesmo teto, incluindo “criados ou escravos”, sob autoridade de um chefe de família. As famílias tendiam a apresentar uma configuração extensa, tanto a nível do número de filhos como da coabitação das várias gerações (Guerreiro, 2018).

No séc. XV e XVI, a família era matrimonializada e patriarcal, com predomínio do homem, o patriarca mais velho, dominando a supremacia do mesmo na relação conjugal. Na antiga família, os laços de sangue eram mais importantes e o interesse económico prevalecia sobre os vínculos de parentesco (Baliana, 2013). Por conseguinte, muitos casamentos sobreviviam ausentes de afeto, sendo a sua coesão vinculada à propriedade (Guerreiro, 2018).

A ideologia e as práticas herdadas do século XIX determinaram por toda a Europa o modelo social e jurídico da família nuclear, combinado numa cultura da família e do casamento. Este modelo estava submetido a um conjunto de normas rígidas acerca das funções da família e dos papéis desempenhados por cada cônjuge. Nesse período, a desigualdade entre os homens e as mulheres era acentuada, pois o homem tinha o direito e o dever de realizar o seu percurso individual fora de casa, enquanto o papel da mulher era o de lhe proporcionar conforto doméstico e afetivo (Pedroso & Branco, 2008).

Com a industrialização, entre outros marcos históricos, a família tradicional passa pelo processo de mudança mais intenso, uma vez que a mulher se incorporou no mundo do

trabalho, modificando o modo de vida das famílias e a dinâmica das relações (Pratta & Santos, 2007). Desde então, os ideais de democratização da família lograram libertar a mulher do estatuto desigual em que o modelo anterior a confinava, para lhe dar um estatuto de igualdade perante a sociedade e a lei (Pedroso & Branco, 2008).

A atualidade é caracterizada por novos cenários familiares, onde se verifica o aumento das uniões de facto, do número das famílias monoparentais; das famílias reconstituídas, bem como o aumento das famílias unipessoais. Sendo estes cenários ocasionados por fatores como a diminuição da taxa de nupcialidade, o aumento da instabilidade do relacionamento conjugal que pode resultar em separação e divórcio, a redução da natalidade, os processos migratórios e a globalização (Pocar & Ronfani, 2008), a família é desafiada a adaptar-se de forma a responder às necessidades em mudança.

A transformação da família em Portugal evidencia-se a partir da mudança política iniciada em 25 de Abril de 1974, período na qual se afirmou com maior expressão. Tal mudança foi atravessada pelos movimentos de modernização da sociedade portuguesa, muitas vezes, aproximando os padrões demográficos e familiares dos que mais cedo se observaram noutras sociedades ocidentais (Aboim, 2006).

A análise e reflexão sobre a família na época atual, tem que contemplar uma diversidade de tipos de família, socialmente aceites e presentes no tecido social, de que são exemplos as famílias nuclear, alargada, monoparental e reconstituída (Figueiredo, 2012; Baliana, 2013).

Nas últimas décadas o conceito de família tem vindo a conquistar um âmbito mais alargado, porque as novas tendências e novas configurações familiares, têm admitido novas conceções de família e da organização de vida dos seus membros (Dias, 2011).

Assim, na realidade polissémica de configurações familiares o conceito de família tem ultrapassado a questão de parentesco e coabitação, destacando as dimensões psicológicas e sociológicas dos seus membros, caracterizando a família por laços fundamentalmente afetivos (Relvas, 2000; Wright & Leahey, 2008). Neste sentido, a família contemporânea, mostra-se como uma unidade de relações dinâmicas derivada de consequentes processos de transformações que foram por elas assimiladas (Figueiredo, 2012).

Ao nível das diferentes disciplinas, emergem representações divergentes da família de acordo com os aspetos que são valorizados nas variadas áreas científicas. Nos âmbitos jurídico é dada ênfase aos laços de parentesco, adoção, tutela ou casamento; no biológico à genética, no sociológico aos grupos de pessoas que vivem juntas e na psicologia aos fortes laços emocionais (Hanson, 2005).

O aspeto de consanguinidade encontra-se facilmente explanado na definição de família que Burges e Locke, 1953, citado por Hanson (2005, p.6), apresentam, pois referenciam-na como “(...) um grupo de pessoas unidas por laços de matrimónio, sangue, adoção, constituindo um único lar; interagindo e comunicando uns com os outros dentro dos seus papéis sociais de marido e mulher, pai e mãe, filho e filha, irmão ou irmã; criando e mantendo uma cultura comum.”

Já a Organização Mundial de Saúde (OMS) remete a definição de família para a promoção da saúde e redução da doença dos seus membros, desde a fase inicial da existência humana quando são assimilados crenças e comportamentos de saúde por parte do indivíduo, que vão evoluindo gradualmente no decurso do seu ciclo vital. Decorrente do processo de socialização e das diversas alterações que ocorrem na sociedade, a família adota um papel de cuidador e de suporte social, afetivo e emocional dos seus membros, sendo simultaneamente o pilar destes face ao impacto que tais transformações provocam na saúde e dinâmicas familiares (OMS, 2002).

Na área científica de enfermagem, esta conceção de família também foi adotada durante algum tempo, contudo, para além de integrar a família como alvo dos diagnósticos e intervenções dos enfermeiros, atualmente, o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) interpreta o seu conceito como uma “(...) unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes” (CIE, 2019). Esta conceção reconhece uma visão mais ampla, transcendendo a relação de parentesco e destacando outros aspetos que tornam os limites de identidade e pertença ao sistema familiar mais vastos. Por sua vez, exhibe também uma maior proximidade às famílias contemporâneas, visto aceitar outras formas familiares, fortemente ligadas por laços de consanguinidade.

Ao assumir múltiplas configurações e conceitos, torna-se complexo apresentar uma definição única de família. Mutável com o tempo e assumindo interpretações distintas em cada espaço geográfico, social e cultural, “(...) o conceito de família remete geralmente para a existência de um conjunto de pessoas unidas por laços de parentesco ou afetivos, que coabitam e se apoiam reciprocamente” (Guerreiro, 2018, p.21). Tratando-se, fundamentalmente, de uma definição muito ampla, que se reconfigura consoante a ângulo em que é perspectivada.

Weiss-Laxer et al. (2020) definiram família como duas ou mais pessoas com relação de consanguinidade, adoção, casamento ou opção, cuja relação é caracterizada por pelo menos um dos seguintes critérios: (1) direitos e obrigações sociais e / ou legais, (2) laços afetivos e emocionais, e (3) duração ou intenção de durabilidade dos relacionamentos. As relações por opção são caracterizadas por uma conexão emocional forte o suficiente para ser percebida pelos indivíduos como um laço de parentesco.

Figueiredo (2012) centra-se numa perspectiva sistémica que integra variáveis relacionadas com a autodeterminação da família, caracterizada essencialmente por vínculos afetivos. Concetualiza a família como “(...) um sistema constituído por subsistemas e integrado em diversos sistemas, cuja multiplicidade, quer das configurações familiares, quer das interações mantidas entre os seus elementos e entre estes e o ambiente, confere-lhe unicidade num contexto de diversidade” (Figueiredo, 2012, p.70).

A abordagem sistémica das famílias surge a partir da Teoria Geral dos Sistemas do biólogo Ludwig Von Bertalanffy. Bertalanffy (1972) procurou fundar um novo campo na ciência, que denominou de Teoria Geral dos Sistemas, nos quais se incluem as famílias.

Nesta perspectiva, o sistema familiar é um todo organizado, composto por hierarquias e relações entre os diversos subsistemas e parte de um suprassistema. Cada elemento da família participa em diferentes subsistemas, nos quais assume diferentes papéis e estatutos, sendo ele próprio um sistema, composto pelos subsistemas físico, psicológico e espiritual (Araújo, 2014). Alarcão (2000) acrescenta que numa família encontramos essencialmente quatro subsistemas: subsistema individual, constituído pelo indivíduo; subsistema conjugal, composto pelo casal; subsistema parental, habitualmente

constituído por quem desempenha funções e tarefas de educação e proteção dos filhos; e subsistema fraternal que é composto pelos irmãos.

A perspectiva dos autores consultados demonstra a transformação e evolução do conceito de família ao longo dos tempos. No fundo, independentemente da disciplina que a olha, os diferentes conceitos de família são reflexo de uma sociedade em constante mutação, na medida em que os vários modelos de família refletem não só as mudanças sociais que vão ocorrendo, mas também as metamorfoses biográficas e geracionais dos seus membros.

CAPÍTULO II

FAMÍLIA E SAÚDE

Nas diferentes culturas e ao longo da história encontra-se, enquanto elemento comum, o facto de a família se constituir como entidade promotora da saúde e socialização dos seus membros.

Carecendo o ser humano de afeto e segurança ao longo de todo o seu ciclo vital, o núcleo familiar, composto por figuras parentais adultas e pelos filhos, prevalece como o modelo de família mais presente no imaginário do que é a família. Mas as regras e as relações existentes entre os membros da família são muito variáveis (Guerreiro, 2018). Para a mesma autora, se às características atribuíveis à vida familiar, estão associadas dimensões como as funções de reprodução, expressão de afetos, socialização das crianças, produção e partilha de recursos materiais, organização dos papéis de género, o cuidar dos membros dependentes e o assegurar o bem-estar de todos os elementos que a integram, então a abrangência do que a família pode significar na sociedade requer o cruzamento de diversas abordagens na sua análise, para uma melhor compreensão do modo como intervêm na saúde e na doença.

Autores relevantes da década de 90 do século XX, aludem ao conceito de promoção da saúde na família, como um processo comportamental dinâmico por meio do qual os membros das famílias combinam os seus conhecimentos, recursos, normas e padrões comportamentais com tecnologias, serviços, informações e competências disponíveis para recuperar, manter e promover a saúde de seus membros (Berman et al., 1994).

De facto, as famílias são o contexto mais próximo quando o âmbito é a promoção da saúde e a abordagem ao desenvolvimento das pessoas ao longo do ciclo vital e das gerações (Bronfenbrenner & Morris, 2007; Haskins et al., 2014). Do ponto de vista da saúde, o valor económico dos cuidados que as famílias prestam aos seus membros com doenças crónicas é duas a seis vezes maior do que os prestados pelo sistema de saúde (Arno et al., 1999; Leiter et. al., 2004).

Apesar do reconhecimento de que a família tem um papel abrangente no bem-estar individual e na coesão das comunidades e da sociedade (Novilla et al., 2006) não existe consenso, dentro da saúde pública ou entre disciplinas, sobre a definição e os principais componentes da saúde da família. Estamos, portanto, confrontados com conceitos estreitamente relacionados que são por vezes utilizados como sinónimos, provavelmente porque a concetualização de família e de saúde familiar, não tem um entendimento claro e universal. Tal facto pode tornar difícil a construção de elementos concetuais e metodológicos que permitam avaliar a saúde da família (Rodríguez et al., 2012).

Na perspectiva de Kaakinen e Hanson (2015) a saúde da família define-se como um estado de bem-estar dinâmico e de relativa mudança, que inclui fatores biológicos, psicológicos, espirituais, sociológicos e culturais dos membros que a constituem assim como engloba aspetos do funcionamento da unidade familiar. Segundo estas autoras, a saúde da família deve ser vista numa relação indivíduo-família-sociedade. Isto significa que a saúde da família dependerá da interação entre fatores pessoais (psicológicos, biológicos, sociais), fatores específicos do grupo familiar (funcionalidade, estrutura, economia familiar, etapa do ciclo vital, resiliência) e fatores sociológicos (modo de vida da comunidade, da sociedade).

A saúde familiar é um processo único e irrepitível que não se caracteriza pela soma dos problemas de saúde individuais dos seus membros; tem uma origem multicausal em que intervém o funcionamento socioeconómico, sociopsicológico, sociocultural, familiar e a saúde individual dos seus membros. Está em contínua transformação, onde os recursos protetores da família desempenham um papel fundamental (Benítez, 2000). Esta abordagem, combina a saúde de cada membro individualmente, bem como aspetos da saúde relativos à unidade familiar, na medida em que a saúde de um indivíduo (no *continuum* do bem-estar à doença) afeta o funcionamento de toda a família e, por sua vez, a capacidade de funcionamento da família afeta a saúde de cada membro da família (Anderson & Tomlinson, 1992; Figueiredo, 2012; Kaakinen & Hanson, 2015).

Neste sentido, sugere-se que a análise da saúde da família deva incluir simultaneamente a saúde e a doença, o individual e o coletivo (Anderson & Tomlinson, 1992; Kaakinen & Hanson, 2015). Assim, a saúde familiar pode ser perspectivada como uma dimensão do sistema familiar, em que o todo e as partes se influenciam mutuamente nos processos de

saúde ao nível bio-psico-social-cultural e espiritual dos seus membros (Anderson & Tomlinson, 1992).

O trabalho de Denham (2003) aproxima-nos de uma definição de saúde familiar que vai além da saúde de cada um dos seus membros. Denham levou a cabo um intenso trabalho entrevistando pessoas em Appalachia para identificar os principais domínios da sua saúde familiar. A partir daí, desenvolveu um quadro concetual da Saúde da Família para ser usado pela disciplina de enfermagem, onde conceptualizou a saúde das famílias em três dimensões: funcional (por exemplo, relacionamentos e interações), contextual (incluindo contextos internos e externos, como a situação socioeconómica da família) e estrutural (por exemplo, rotinas familiares). As conclusões do seu trabalho levaram-na a definir saúde familiar como sendo as interações e processos dos indivíduos identificados como família e que coabitam num mesmo espaço, o qual é dinamicamente influenciado por contextos complexos, com potencial para afetar a saúde do todo (Denham, 2003). Segundo a autora, a promoção da saúde da família causa um grande impacto nos resultados em saúde dos vários membros. Tais conclusões reforçam as ideias centrais de uma estrutura concetual baseada nas perspetivas contextuais, funcionais e estruturais, que permitem compreender as variáveis complexas ligadas à saúde da família.

O sistema familiar era percebido como o lugar onde a saúde é aprendida, vivida e experienciada. Olhar a saúde da família como uma produção familiar permitiu integrar no conceito os fatores de saúde individuais e as interações dos vários membros que compartilham um contexto cultural (Denham, 2003). No seu quadro concetual da Saúde da Família, esta é descrita como um processo influenciado pelo ambiente, pelas interações dos vários membros e pelos comportamentos relacionados com a saúde que evoluem ao longo do ciclo vital, os quais se constituem recursos para atingir, manter, sustentar ou recuperar a saúde de membros e da família como um todo (Denham, 2002).

No modelo de Denham (2002) a saúde da família é vista como um constructo social criado e modificado pelos membros da família ao longo do seu ciclo vital, à medida que estes desenvolvem comportamentos e estilos de vida que afetam o seu bem-estar. Já, depois de Denham, e conscientes da importância em estudar o conceito de família e de saúde da família, Weiss-Laxer et al. (2020) realizaram um Painel Delphi que lhes permitiu apresentar uma conceptualização de família e saúde da família. Criaram uma lista de conceitos para mensurar a saúde da família e classificaram a importância da

mensuração dos mesmos. Definiram a saúde familiar como um recurso ao nível da unidade familiar que se desenvolve a partir da interseção da saúde de cada membro da família, das suas competências físicas, sociais, emocionais, económicas e recursos médicos. A saúde da família é mais do que a soma de suas partes, sendo uma saúde familiar positiva promotora do sentimento de pertença dos membros da família e da capacidade de se desenvolverem e de se adaptarem, para cuidarem uns dos outros e a família cumprir as suas funções (Weiss-Laxer et al., 2020). Esta definição de saúde da família e dos seus componentes complementam os aspetos estruturais, funcionais e contextuais da família estabelecidos a partir do trabalho desenvolvido por Denham (2003), na medida em que expande a mensuração da saúde da família para além dos limites de uma casa.

No que diz respeito aos domínios da saúde familiar, Weiss-Laxer et al. (2020) propõem seis: (1) relações familiares, interações e crenças; (2) contexto social da família; (3) saúde dos membros da família; (4) práticas relacionadas com a saúde da família; (5) recursos de saúde da família e (6) gestão do tempo e das atividades.

A compreensão da saúde familiar exige que se olhe para a família do ponto de vista de múltiplas disciplinas (Bronfenbrenner & Morris, 2007; Weiss-Laxer et al., 2020; Denham, 2003). Através de uma lente interdisciplinar, pode-se considerar uma variedade de fatores que compreendem a saúde familiar. Assim, Crandall, et al. (2020), Weiss-Laxer et al. (2020) e Denham (2003) acrescentam que para se compreender totalmente a saúde de uma família, deve ter-se em conta alguns fatores tais como: o funcionamento familiar, as competências comunicacionais e de resolução de problemas, a saúde mental e física dos membros, o suporte social e emocional, os recursos económicos, as condições habitacionais, o acesso aos transportes, educação, seguros de saúde, hábitos comportamentais familiares tais como hábitos alimentares e de atividade física, creches adequadas e o acesso a recursos externos, eficácia da procura de ajuda familiar, seguros de saúde, entre outros.

A saúde da família e seus determinantes é uma área fundamental de estudo e intervenção para enfermeiros e profissionais que trabalham com famílias. No nível familiar ou social, a OMS reconhece a tipologia familiar, o ciclo de vida familiar, o status social ou o nível profissional do chefe da família como variáveis primárias ou de fundo para a saúde familiar (OMS, 2002).

Dos fatores a ter em conta na saúde da família, anteriormente referidos, destacamos a tipologia familiar, o suporte social e emocional, os recursos económicos, a educação, hábitos comportamentais familiares, a saúde mental familiar e o funcionamento familiar.

2.1 - TIPOLOGIA FAMILIAR

Vivemos numa época de mudanças dramáticas na composição familiar. As taxas de casamento estão a diminuir e as taxas de nascimentos fora do casamento têm vindo a aumentar. As famílias são menores e há mais mães que trabalham, o que pode contribuir para diminuir a pobreza (Cancian & Haskins, 2014). A percentagem de mulheres que se casam e moram com os filhos tem vindo a diminuir e todas as outras formas familiares têm aumentado: solteiros com filhos, casados sem filhos e solteiros sem filhos. Tem-se assistido à diminuição do número de mulheres que têm filhos, bem como à diminuição do número médio de filhos por mulher.

De acordo com a Organization for Economic Co-operation and Development (OECD), o número médio de filhos por mulher com idade entre os 15 e os 49 anos em 2019 era de 1,4, abaixo da União Europeia (UE) que foi de 1,5 (OECD, 2021). Em Portugal, o número de casamentos celebrados tem vindo a diminuir, dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) indicam a celebração de 2041 em dezembro de 2023 (INE, 2024a) e uma taxa bruta de divórcios de 1,8 por mil/habitantes em 2022 (INE, 2024b).

Alguns estudos revelam que as crianças nascidas de pais solteiros têm substancialmente menos probabilidade de viver em lares estáveis do que com os dois pais. Essa instabilidade relacional contribui para altos níveis de complexidade familiar. Mães e pais que têm filhos fora do casamento estão mais propensos do que os casais que têm filhos com os seus parceiros. Algumas estimativas sugerem que mais de duas em cada três crianças nascidas de pais solteiros farão parte de famílias complexas (Cancian & Haskins, 2014).

Quanto à tipologia familiar, alguns estudos identificaram a família monoparental e nuclear como determinantes da saúde familiar, estando as famílias monoparentais associadas a uma pior saúde familiar e disfuncionalidade. As famílias monoparentais

estão mais expostas a violência familiar, negligência das necessidades básicas, problemas de comportamento social, sofrimento psíquico e fracas competências maternas que comprometem o desenvolvimento evolutivo (Ordóñez et al., 2020).

Lima-Rodríguez et al. (2022) realizaram um estudo transversal com o intuito de examinar as inter-relações entre fatores familiares e sociais potencialmente associados à saúde da família. Nesse estudo encontraram que o tipo de família estava significativamente associado à integridade familiar, com famílias monoparentais a promover melhor integridade familiar do que famílias nucleares. Famílias monoparentais também apresentaram melhor funcionamento e resiliência. O ciclo vital da família foi significativamente associado ao ambiente familiar, dentro do qual as famílias mais velhas apresentaram um ambiente pior do que as mais jovens.

2.2 - RECURSOS ECONÓMICOS E SUPORTE SOCIAL

As alterações ocorridas no trabalho e nos rendimentos auferidos por homens e mulheres podem refletir mudanças na estrutura familiar: menos mulheres passam a depender dos rendimentos do marido, e menos homens têm a responsabilidade financeira para com a esposa e filhos. Contudo, embora a diferença salarial entre homens e mulheres tenha diminuído, as mulheres geralmente ganham menos do que os homens e a maioria das mães solteiras, com menos escolaridade, têm que trabalhar mais do que os homens para evitar a pobreza (Cancian & Haskins, 2014).

Em Portugal, o poder de compra era em 2019 de 23.062, encontrando-se abaixo da UE (29.801). A taxa de pobreza relativa era de 17,2%, um pouco superior à da UE (16,5%), embora a taxa de desemprego fosse inferior, apresentando 6,9% em Portugal e 7,1% na União Europeia (OECD, 2021). A taxa de desemprego da população ativa registada em Portugal em dezembro de 2023 foi de 6,70% (INE, 2024c).

Segundo Cohen e Wills (1985) o suporte social divide-se em duas subcategorias: o suporte estrutural e o funcional. A componente estrutural refere-se à existência de relacionamentos, enquanto a componente funcional avalia o grau em que essas relações servem a funções particulares e fornecem recursos. Todavia, alertam para uma considerável diversidade na sua concetualização e mensuração.

Também Schwarzer e Knoll (2007) consideram o suporte social um construto que se reveste de uma grande complexidade e de características multifacetadas. Tal facto, exigiu da investigação a definição de algumas concetualizações e aplicação de diferentes escalas de medida, o que por sua vez veio dificultar ainda mais a comparação dos dados obtidos referentes ao papel do suporte social.

Moak e Agrawal (2009) referem-se ao suporte social como um recurso psicossocial que está acessível no contexto de contatos interpessoais e na rede social.

O suporte funcional está relacionado com a experiência ou expectativa de obter apoio da família, amigos e vizinhos, e o suporte estrutural refere-se fundamentalmente ao tamanho, ao tipo de rede social e à frequência de contato, isto é, diz respeito às características da rede de suporte, e teoricamente inclui a dimensão (o número de pessoas que constituem a rede), a densidade (natureza da relação), a frequência de contato com a fonte de suporte e a acessibilidade (Grav et al., 2011).

Entende-se por “rede social pessoal” ou “rede social significativa” as relações definidas pela pessoa como significativas. Compreende as relações com a família nuclear ou extensa, os vínculos interpessoais alargados (tais como as relações de amizade, de estudo, de trabalho, de vizinhança) e as relações interinstitucionais (Sluzki, 1996). Para este autor as funções da rede são determinadas pelo tipo predominante de troca entre membros da rede e incluem: companhia social; apoio emocional; guia cognitivo e conselhos; regulação social; ajuda material e de serviços; e acesso a novos contactos.

O estudo desenvolvido por Lima-Rodríguez et al. (2022) forneceu informações sobre a saúde familiar e os principais fatores familiares e sociais associados, tendo revelado que o suporte social percebido e o tamanho da rede social, em termos de amigos próximos e parentes, foram associados positivamente com a saúde da família.

No que respeita às dimensões funcionais, Calheiros e Paulino (2007) referem que a literatura destaca: (1) o suporte emocional que envolve a preocupação, o amor e a empatia; (2) o suporte instrumental ou tangível que consiste na ajuda material ou na assistência comportamental; (3) o suporte cognitivo, que inclui informação, orientação ou *feedback* que pode ajudar a solucionar um problema; e (4) o suporte avaliativo que

diz respeito aos comportamentos que ajudam o indivíduo a compreender um acontecimento gerador de *stresse*, bem como a identificar os recursos e as estratégias de *coping* que poderão ser delineadas e implementadas.

Alguns autores ainda apontam para a distinção teórica entre o apoio efetivamente recebido no passado e a percepção de disponibilidade de apoio no futuro (Schwarzer & Knoll, 2007). O último refere-se à expectativa de um indivíduo em obter apoio, se necessário, enquanto o apoio recebido se refere à experiência passada de obter realmente apoio (Schulz & Schwarzer, 2004).

Apesar do grande corpo de investigação sobre suporte social, algumas lacunas importantes na literatura têm sido observadas, especialmente no campo dos estudos parentais.

Segundo Geens e Vandebroek (2014), o suporte social tem sido frequentemente analisado em relação à saúde dos pais, com impacto positivo na saúde dos filhos. Pelo contrário, menos atenção tem sido dada aos aspetos relacionais do apoio social e às muitas interações possíveis entre uma diversidade de pessoas como fontes relevantes de apoio no processo quotidiano dos pais.

Assim, a provisão de suporte social através das redes pessoais desempenha um papel crucial no que diz respeito à disponibilização de recursos e ao gerar de oportunidades para partilhar as soluções de problemas, bem como auxiliar na preparação para lidar com o dia-a-dia.

2.3 - HABILITAÇÕES ACADÉMICAS/EDUCAÇÃO

A educação é o principal fator impulsionador de uma maior literacia em saúde, que por sua vez conduz a uma maior preocupação em relação aos cuidados de saúde. Nas últimas décadas tem-se acentuado o papel que a educação pode ter para a promoção da saúde e prevenção de doenças, sobretudo nas gerações mais jovens (Monteiro & Peixoto, 2020).

O nível educacional dos membros da família é componente integral da saúde familiar, na medida em que a formação dos pais é fundamental para a saúde da família. As percepções dos membros da família sobre si têm implicações importantes para a saúde da família (ex., o sentido percebido de competência e autoeficácia, o grau em que os indivíduos se veem a si próprios e sobre as pessoas ao seu redor capazes em geral ou em tarefas específicas) estão ligados a comportamentos de promoção da saúde e são alvos importantes para intervenções focadas na prevenção em toda a expectativa de vida (Feinberg et al., 2022).

O conhecimento em saúde (que consiste em identificar com precisão os fatores que promovem ou prejudicam a saúde) e a alfabetização (capacidades que promovem o sucesso em ambientes de saúde, incluindo selecionar, compreender e ter acesso a tratamentos e serviços apropriados) têm implicações importantes para a saúde e qualidade de vida da família. Pais com baixa alfabetização em saúde adotam comportamentos menos positivos para a saúde de seus filhos, levando a piores resultados de saúde infantil, em comparação com pais com alfabetização em saúde mais alta (DeWal & Hink, 2009; Feinberg et al., 2022).

Os resultados do estudo desenvolvido por Macedo (2017) revelam que a escolaridade dos pais tem influência no estado de saúde dos seus filhos, confirmando que a escolaridade da mãe tem mais influência que a do pai. Para Vikram e Vanneman (2020) a educação da mãe desempenha um papel central na saúde familiar, sobretudo na saúde das crianças. Maior educação aumenta a probabilidade de acesso e utilização de serviços médicos.

De facto, a relação entre educação e saúde está bem demonstrada e uma maior escolaridade está relacionada com menos problemas de saúde. Em relação a comportamentos de risco, as pessoas de nível de escolaridade mais baixo são as que mais fumam, consomem mais bebidas alcoólicas e substâncias ilícitas, praticam menos atividade física, são mais obesas e acedem menos a cuidados preventivos de saúde (Loureiro, 2010).

Uma maior escolaridade está associada não só a um melhor estado de saúde, mas também contribui para uma maior autopercepção de saúde (Campos-Matos et al., 2016).

Os achados do estudo desenvolvido por Lima-Rodríguez et al. (2022) revelaram que níveis mais baixos de escolaridade no sistema conjugal foram associados negativamente com a saúde da família. Uma melhor educação promove melhores empregos e recursos para as famílias, enquanto uma educação mais pobre pode estar associada à instabilidade no emprego, tornando as famílias mais vulneráveis. Os autores acrescentam que o nível educacional e a profissão apresentaram associação significativa, com níveis mais altos a corresponder a melhores dimensões de saúde familiar.

Balaj et al. (2024) concordam que a relação positiva entre maior escolaridade e melhor saúde está bem estabelecida. Um estudo recente desenvolvido pelos autores, evidenciou que a educação está relacionada com a mortalidade, sendo que cada ano adicional de educação representa uma redução média no risco de mortalidade de 1,90%. Este trabalho fornece provas convincentes da importância da educação na melhoria da esperança de vida.

A Educação tem impacto na saúde familiar. Vários estudos apontam que a um maior nível de escolaridade está associado a um melhor estado de saúde e que a escolaridade dos pais tem influência na saúde dos seus filhos. Alguns autores vão mais longe e referem que as pessoas com escolarização mais baixa são as que procuram menos os cuidados de saúde e apresentam mais comportamentos de risco.

2.4 - HÁBITOS COMPORTAMENTAIS FAMILIARES

A família tem vindo a ser reconhecida como o principal contexto para o desenvolvimento da saúde e da literacia em saúde. Especificamente, os domicílios familiares, conceituados como entidades relacionais e espaciais que são semipermeáveis e dinâmicas, são os locais primários onde as famílias constroem, desconstroem e reconstroem rituais e rotinas. O contexto familiar influencia a quantidade e a qualidade das oportunidades de desenvolvimento e estimulação oferecidas às crianças, a estrutura das rotinas diárias, os recursos materiais, o ambiente físico doméstico e uma série de outros fatores relacionados com a saúde (Feinberg et al., 2022). Para estes autores a saúde desenvolve-se intergeracionalmente dentro das famílias. Comportamentos de

saúde dos pais, bem como padrões de utilização de cuidados de saúde serão, provavelmente, adotados pelas crianças.

A família constitui o contexto mais natural e eficaz para o desenvolvimento da criança. O contexto familiar é, assim, um meio privilegiado para a promoção precoce de literacia emergente. A promoção do contacto precoce da criança com atividades de literacia, cria a oportunidade de esta adquirir desde logo, competências que sustentam a literacia ao longo do ciclo de vida (Resende, 2019).

São as famílias que criam ambientes favorecedores do acesso a recursos que influenciam a saúde dos seus membros, podendo a saúde da unidade familiar ser promotora ou perturbadora da saúde e desenvolvimento dos indivíduos (Schor et al., 1987). As questões de acesso são críticas para a escolha de alimentos saudáveis e nutritivos, mas dentro do contexto local de cada família é limitado aos seus recursos (por exemplo, dinheiro, tempo).

Além da qualidade da nutrição, as rotinas sociais das refeições familiares são importantes influências no desenvolvimento dos hábitos alimentares, obesidade e saúde em geral. No que diz respeito ao consumo do álcool, a permissividade dos pais em relação à bebida dos filhos está associada a taxas mais altas de uso, ao passo que a monitorização dos pais e o estabelecimento de expectativas claras minimizam os comportamentos de consumo de álcool dos adolescentes. Além desses comportamentos de estilo de vida, as famílias também são o contexto mais próximo para o desenvolvimento infantil de atitudes positivas e adoção de comportamentos preventivos de saúde, como escovar os dentes, usar cinto de segurança ou usar capacete para andar de bicicleta (Feinberg et al., 2022).

O sistema de valores desenvolvido pela família, expresso pelas crenças, atitudes e comportamentos dos seus membros, influencia a forma como se desenvolvem os processos de saúde dos mesmos (Duhamel, 1995), pois desenvolvem-se e organizam-se, no sistema familiar, valores que podem ou não favorecer a adoção de comportamentos promotores de saúde (Kaakinen et al., 2010).

Por sua vez, um estilo de vida saudável no âmbito familiar está associado ao uso reduzido de substâncias na adolescência (Hoffmann & Warnick, 2013; Musick & Meier, 2012) e a níveis mais elevados de atividade física.

O uso de substâncias também está reciprocamente ligado à dinâmica familiar. Apesar das grandes reduções na prevalência nas últimas décadas, o uso do tabaco continua a ser a principal causa de morte evitável nos Estados Unidos (Feinberg et al., 2022).

Os fatores de risco comportamentais, nomeadamente o consumo de álcool, a obesidade e a falta de exercício físico, são os principais fatores que contribuem para os problemas de saúde e para a mortalidade em Portugal (OECD, 2021). De acordo com a mesma fonte, cerca de um terço (30,00%) de todas as mortes registadas em Portugal em 2019 podem ser atribuídas a fatores de risco comportamentais, nomeadamente ao tabagismo, aos riscos alimentares, ao consumo de álcool e ao baixo nível de exercício físico. As taxas de tabagismo têm diminuído, mas o consumo de álcool em idade adulta continua acima da média da UE. A prática de exercício físico nos adultos e adolescentes está entre as mais baixas dos países da União Europeia. Segundo a OMS, os adultos devem realizar pelo menos 150 a 300 minutos de atividade física aeróbia de intensidade moderada; ou pelo menos 75 a 150 minutos de atividade física aeróbia de intensidade vigorosa ao longo da semana (OMS, 2020).

A socialização das crianças é feita no seio da família e inclui modelar e ensinar às crianças atitudes e comportamentos que promovam a saúde. Os pais socializam as crianças por meio de rotinas de sono e refeições e de maneiras mais conscientes em relação a comportamentos preventivos de saúde (por exemplo, nutrição, protetor solar, cinto de segurança ou atendimento odontológico), bem como em atitudes, busca de ajuda e adesão ao tratamento (Feinberg et al., 2022).

As interações relacionadas à saúde entre os membros da família são afetadas por fatores individuais e ambientais (Wäsche et al., 2021). No seu estudo, os autores descobriram que os fatores biológicos afetam tanto os comportamentos de saúde do próprio indivíduo quanto os comportamentos de saúde de outros membros da família. No que diz respeito aos fatores biológicos, a idade das crianças é um exemplo saliente. Quando os filhos são pequenos, a vida familiar costuma estar associada à falta de tempo para atividades físicas dos pais, principalmente das mães. Nas entrevistas que realizaram, os

autores citados anteriormente, perceberam que fatores biológicos como idade, sexo e intolerâncias alimentares afetam significativamente as interações relacionadas com a saúde entre os membros da família. Também os fatores psicossociais como preferências individuais, atitudes, crenças ou valores em relação a alimentos e atividades físicas afetam os comportamentos de saúde dos indivíduos e influenciam a vida familiar diária. A saúde dos membros da família também pode ser afetada por aspectos socioculturais. O estilo de vida social causa uma falta geral de tempo que dificulta as interações favoráveis à saúde da família, por exemplo, falar sobre alimentação saudável ou discutir a próxima refeição da família. A falta de comunicação familiar sobre questões relacionadas com a saúde afeta valores compartilhados e pode resultar em refeições familiares menos frequentes ou rotinas alimentares pouco saudáveis.

A saúde familiar emerge no cotidiano familiar e a implementação de regras e restrições por parte dos pais são também exemplo disso. As regras dizem respeito, por exemplo, ao consumo de frutas e vegetais, uso de televisão e *smartphones* durante as refeições, bem como o acesso ao consumo de álcool. As interações familiares e o tempo em família são fatores-chave para a saúde das famílias no que diz respeito à nutrição e atividade física. Além disso, crianças que vivem em ambientes domésticos com maior funcionamento familiar tendem a adotar comportamentos mais saudáveis, com maior frequência de refeições familiares, maior consumo de frutas e vegetais, menos sedentarismo e melhor Índice de Massa Corporal (IMC) (Berge et al., 2013).

2.5 - SAÚDE MENTAL E FAMÍLIA

A importância dos comportamentos de saúde na família estende-se a outras áreas da saúde, incluindo o sono. Tal como acontece com a nutrição e a atividade física, os cuidadores geralmente orientam os comportamentos iniciais de sono das crianças e, ao longo dos estágios de desenvolvimento, fornecem um contexto contínuo de rotina que molda os padrões de sono. Os cuidadores continuam a influenciar o sono das crianças através da criação de um ambiente familiar calmo e do estabelecimento de rotinas regulares à noite e na hora de dormir (Feinberg et al., 2022).

O estudo de Lima-Rodríguez et al. (2022) mostrou que eventos *stressantes* de vida foram negativamente associados à saúde da família após comparar famílias de alto e baixo risco. Maior coesão familiar foi significativamente associada a níveis mais baixos de sintomas depressivos, níveis mais baixos de distúrbios do sono e níveis mais baixos de sintomas de ansiedade. Por outro lado, maior conflito familiar foi associado a níveis mais altos de distúrbios do sono e níveis mais altos de sintomas de ansiedade.

Consistente com a literatura anterior, os resultados quantitativos do estudo de Palimaru et al. (2022) indicaram que um maior funcionamento familiar foi associado a uma melhor saúde mental por meio de níveis mais baixos de distúrbios do sono. A sua análise indicou que um melhor funcionamento familiar (ou seja, maior coesão e menos conflito) foi associado a menos sintomas depressivos e ansiosos por meio de níveis mais baixos de distúrbios do sono. Os resultados sugerem que as intervenções no nível familiar precisam de ser adaptadas para equilibrar a importância do parentesco e dos laços familiares, ao mesmo tempo em que reconhecem as possíveis restrições dos ambientes de dormir e os desafios da coabitação.

A coesão familiar e comunicação ineficaz estão associadas a um maior *stress* psicológico na adolescência (Acuña & Kataoka, 2017). Na idade adulta, processos sociais e emocionais familiares saudáveis estão associados a uma melhor saúde mental, saúde física e bem-estar geral, como redução dos níveis de depressão, hipertensão e dor crônica (Manczak et al., 2018; Woods et al., 2019). Por sua vez, a negligência dos pais e o *stress* familiar estão associados a resultados de saúde infantil mais precários, incluindo parto prematuro, redução do desenvolvimento cognitivo e aumento da morbidade infantil (Britto et al., 2017; Repetti et al., 2002).

Além dos recursos internos de uma família, está o acesso a recursos de saúde e apoios externos. Os baixos recursos familiares aumentam a probabilidade de problemas de saúde mental e *stress* nas crianças e adolescentes (Reis et al., 2019). A privação de cuidados de saúde, alimentos e roupas está associada a uma pior saúde física e mental (Chung et al., 2018), o que aumenta a probabilidade de morte prematura (Doubeni et al., 2012). Apoios sociais familiares externos promovem a resiliência entre as crianças e reduzem o sofrimento psicológico nos jovens (Wu et al., 2014).

As evidências sugerem que as crianças criadas em famílias que garantem a prestação de cuidados, um ambiente estável e a proteção contra ameaças externas, promovem o desenvolvimento eficaz de regiões-chave do cérebro e adaptações essenciais para a saúde infantil, desenvolvimento e qualidade de vida (Cabrera et al., 2012; Shonkoff, 2012; Sroufe et al., 2010).

Processos sociais e emocionais saudáveis, como a coesão familiar e comunicação, promovem a resiliência na infância e adolescência (Walsh, 2016; Chew et al., 2018).

A saúde da família pode refletir um conjunto de capacidades de desenvolvimento que promovem o bem-estar das famílias ao longo do tempo. Tais capacidades podem incluir vários domínios do funcionamento familiar ou os processos pelos quais as famílias, como sistemas, perseguem os seus objetivos e funções ao longo do tempo (Ramaswami et al., 2022). Também o locus de controlo percebido sobre a saúde e a doença é um preditor crítico de bem-estar psicológico e sofrimento nas famílias (Feinberg et al., 2022).

De acordo com os estudos realizados pelos autores anteriores, o ambiente familiar pode influenciar a saúde mental, hábitos de sono e sintomas de ansiedade dos seus membros. O funcionamento familiar elevado pode levar a uma melhor saúde mental e níveis mais baixos de distúrbios do sono (Palimaru et al., 2022). As rotinas familiares moldam os padrões de sono das crianças (Feinberg et al., 2022) e uma maior coesão familiar está relacionada com menores distúrbios de sono, ansiedade e sintomas depressivos (Lima-Rodríguez et al., 2022; Palimaru et al., 2022).

Além disso, os recursos familiares também podem ter impacto na saúde mental, uma vez que baixos recursos aumentam a probabilidade de problemas de saúde mental e *stress* nas crianças e adolescentes (Reis et al., 2019). Por sua vez, a falta de recursos pode conduzir à privação de cuidados de saúde, alimentos e roupas que estão associados a uma pior saúde física e mental (Chung, et al., 2018).

2.6 - FUNCIONAMENTO FAMILIAR

O conceito de funcionamento familiar, que incorpora as características da família como sistema, tem sido proposto por diversos investigadores, desde a década de 1970.

De acordo com Lee e seus colaboradores (2002), o funcionamento familiar representa um conceito complexo definido por dimensões funcionais que compreendem os seguintes constructos: (1) Afetivos (relações afetivas definidas entre os elementos que constituem o sistema familiar); (2) Estruturais (relações físicas, temporais e espaciais que subsistem entre os membros da família); (3) Controlo (capacidade do sistema familiar manter a sua autonomia e equilíbrio aquando a integração de regras e valores) e (4) Cognitivos: competência para a resolução de problemas, identificação das necessidades dos elementos da família e lidar com situações problemáticas.

O funcionamento familiar refere-se à organização em torno dos processos familiares que fornecem um ambiente protetor, que contemplam um lar seguro ou uma estrutura familiar clara e flexível (Lima-Rodríguez et al., 2022).

As funções familiares dizem respeito a um conjunto de propósitos-chave de uma família como um sistema, o funcionamento familiar pode ser definido como o modo pela qual uma família cumpre as suas funções (Ramawami et al., 2022). No estudo que desenvolveram, os autores descobriram que as medidas comumente aplicadas do funcionamento familiar são, em graus variados, capazes de capturar informações valiosas sobre os sistemas de crenças, padrões organizacionais e processos de comunicação das famílias.

O funcionamento familiar compreende as propriedades estruturais e organizacionais da família e as suas interações interpessoais, refletindo-se em aspetos como padrões de comunicação, cumprimento de papéis, adaptabilidade, gestão de conflitos, envolvimento, cordialidade/proximidade e controle de comportamento (Wäsche et al., 2021).

Feinberg et al. (2022) apresentam um modelo em torno de quatro domínios do funcionamento familiar. Segundo os autores, a influência do funcionamento familiar na saúde ocorre de duas maneiras amplamente diferentes: Primeiro, a perceção geral de coesão familiar fornece segurança emocional que afeta a saúde mental dos membros da

família, a motivação para se envolver em comportamentos de saúde e, conseqüentemente, a saúde física. A coesão familiar geralmente melhora a saúde de todos os membros da família; os membros da família fornecem apoio específico e individualizado aos membros, como cuidados emocionais e físicos, ensino e apoio para comportamentos de saúde e facilitação de cuidados e serviços médicos. Fornecer esses suportes direcionados ao indivíduo requer recursos, tempo, energia física ou emocional e recursos financeiros.

Existem, para além do mencionado, diversos modelos do funcionamento familiar que, independentemente da forma como avaliam as dimensões consideradas pelos respetivos autores, procuram caracterizar os diferentes tipos de família (Relvas, 1999). Porém, para operacionalizar esta variável faz-se apenas referência a dois modelos, o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) de Figueiredo (2009; 2012) e o Modelo Circumplexo dos Sistemas Familiares e Conjugais de Olson (2000). A opção por estes modelos prende-se pelo facto de o primeiro ter sido adotado em 2011, pela Ordem dos Enfermeiros, como referencial em Enfermagem de Saúde Familiar (OE, 2011a); o segundo ser sugerido pelo primeiro e muito utilizado para fins clínicos, terapêuticos e de suporte teórico com enfoque na família (Olson, 2000).

O Modelo Circumplexo, inicialmente desenvolvido por Olson e colaboradores (1979; 1983; 1989) é particularmente útil para o diagnóstico relacional, uma vez que se foca no sistema e integra três dimensões (coesão, adaptabilidade e comunicação) consideradas como relevantes nos modelos familiares e nas abordagens de terapia familiar (Olson, 2000; Olson & Gorall, 2003). Este modelo tem como finalidade compreender o funcionamento da família, a partir da avaliação destas dimensões, e constitui-se como base na criação da FACES IV (Escala de Avaliação da Flexibilidade e Coesão Familiar versão IV).

De acordo com Olson e Gorall (2003) a coesão na família é definida como a ligação emocional que une os seus elementos, integrando as ligações emocionais, os limites, as coligações, o tempo, o espaço, os amigos, a tomada de decisões, os interesses e o tempo livre; a flexibilidade diz respeito à expressão e qualidade da liderança e organização familiar, os papéis, negociações e regras relacionais; e a comunicação é uma competência familiar facilitadora das restantes dimensões. Envolve a capacidade de escuta (atenta e empática), de diálogo (falar por si próprio e não pelos outros), a

autorrevelação (partilhar sentimentos sobre si mesmo e sobre a relação), a clareza, o respeito e a consideração (os aspetos afetivos da comunicação).

Este modelo parte da hipótese que um bom equilíbrio entre a coesão e flexibilidade se traduz numa família mais funcional e que níveis desequilibrados entre estas duas dimensões estão associados a problemas no funcionamento familiar. A terceira dimensão, a comunicação, facilita a gestão da coesão e flexibilidade da família (Olson & Gorall, 2003).

No que diz respeito à coesão, existem cinco níveis que variam desde desmembrada (extremamente baixo), de algum modo conectada (baixo a moderado), conectada (moderado), muito conectada (moderado a alto) e emaranhada (extremamente elevado). Os três níveis centrais supõem equilíbrio e os dois níveis extremos desequilíbrio. Os níveis centrais são característicos de famílias saudáveis e os dois níveis de coesão extremos são considerados problemáticos para o funcionamento familiar (Olson & Gorall, 2003).

Uma família desmembrada (nível de coesão extremamente baixo) é pautada por uma separação emocional extrema entre os elementos, as suas fronteiras são difusas com o exterior e rígidas no seu interior, as funções de proteção da família estão diminuídas e os intercâmbios comunicacionais entre os elementos tornam-se difíceis. Os seus elementos funcionam de forma individualista, resultando numa expulsão precoce dos elementos mais novos do agregado para a vida social, antes de serem adequadamente preparados pela família. Os papéis parentais são instáveis e o possível sofrimento dos elementos dificilmente ultrapassa as fronteiras demasiado rígidas que separam os elementos do agregado. Desta forma, evidenciam-se, muitas vezes, comportamentos antissociais e agressividade por parte dos filhos jovens do agregado que surgem a partir das rejeições do subsistema parental e da entrada demasiado precoce na vida social (Alarcão, 2000).

As famílias de algum modo conectadas, nas quais o nível de coesão é baixo a moderado, apresentam alguma separação emocional, passando os seus elementos a maior parte do tempo afastados. Por sua vez, uma família conectada, na qual o nível de coesão é moderado, apresenta equilíbrio entre a aproximação e a separação. Os seus elementos são capazes de ser simultaneamente independentes e unidos à sua família. Já as famílias

muito conectadas (nível de coesão moderado a alto) partilham grande parte dos interesses, amigos e tempo livre e mostram uma grande aproximação emocional (Olson & Gorall, 2003).

Ainda segundo os mesmos autores, as famílias emaranhadas (nível de coesão extremamente elevado) caracterizam-se por grande consenso e proximidade emocional intrassistémica e pouca ou nenhuma independência dos elementos face à família. São famílias que apresentam fronteiras difusas no seu interior e fronteiras rígidas com o exterior, fechando-se sobre si mesmas. Destacam-se ainda as grandes preocupações entre os elementos, a redução das distâncias interpessoais e a mistura entre subsistemas e indivíduos. Por sua vez, os papéis familiares são rígidos, ameaçando a capacidade de adaptação do sistema. As relações podem tornar-se *stressantes* face às solicitações de autonomia dos elementos, que são vistas como deslealdades para com a família. Uma vez que apresentam um nível de coesão extremamente alto, o sofrimento de um dos elementos tem uma forte repercussão nos restantes. Nestas famílias, os sintomas de natureza psicossomática são relativamente frequentes (Alarcão, 2000).

Quanto à dimensão flexibilidade, o modelo apresenta os níveis: rígido (extremamente baixo), de algum modo flexível (baixo a moderado), flexível (moderado), muito flexível (moderado a alto) e caótico (extremamente alto). Assim, destacam-se nesta dimensão, três níveis de equilíbrio (os centrais) e dois níveis de desequilíbrio (os dois extremos). Numa família cuja dimensão da flexibilidade se encontra rígida, onde o nível de flexibilidade é extremamente baixo, um dos elementos controla a dinâmica familiar, impondo uma forte rigidez de papéis e inflexibilidade de regras. Numa família de algum modo flexível (nível de flexibilidade baixo a moderado), normalmente, a liderança é democrática, os papéis dos elementos são estáveis, mas podem, por vezes, ser partilhados e as regras raramente mudam. Já numa família flexível (nível de flexibilidade moderado) a liderança é igualitária e democrática no que toca à tomada de decisões. Por sua vez, as famílias muito flexíveis, nas quais o nível de flexibilidade é moderado a alto, promovem mudanças constantes da liderança e dos papéis, bem como das regras, que são adaptadas à situação. Numa família caótica (nível de flexibilidade extremamente alto), a liderança é fraca ou mesmo inexistente. As decisões são tomadas por impulso, sendo raramente eficazes e os papéis não são claros, podendo mudar de elemento para elemento (Olson & Gorall, 2003).

De acordo com esta perspectiva que se adota para o presente estudo, Figueiredo (2012) apresenta-nos um conceito de saúde familiar que integra a saúde de cada membro individualmente, assim como aspetos de funcionamento da unidade familiar, podendo a saúde de cada membro afetar o funcionamento da família, que por sua vez pode influenciar a saúde de cada um dos membros.

Estes aspetos de funcionamento familiar transcendem os limites disciplinares de saúde pública, dos estudos de família, da psicologia, do serviço social, da medicina e de muitas outras disciplinas. Nesta perspectiva, a consideração destes fatores interdisciplinares na avaliação da saúde da família fornece uma compreensão mais integradora e contextual da mesma e conseqüentemente o desenvolvimento de melhores intervenções, programas, cuidados de saúde, programas educacionais e outros recursos para as famílias (Wäsche et al., 2021).

CAPÍTULO III

O MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR (MDAIF) COMO REFERENCIAL TEÓRICO E OPERATIVO

O MDAIF apresenta como referencial epistemológico o pensamento sistêmico, que integra a Teoria Geral dos Sistemas, Teoria da Comunicação Humana e a Cibernética, paralelamente articula pressupostos dos Modelos de Calgary considerando a família como unidade de cuidados, percebendo-a como um todo no geral e para cada um dos membros particularmente (Figueiredo, 2012).

O modelo incorpora os focos da prática de enfermagem descritos na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) à luz de pressupostos do pensamento sistêmico.

Enquanto referencial teórico e operativo adotado pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2011a) reconhece nos seus pressupostos a complexidade do sistema familiar, pressupondo que os cuidados de enfermagem centrados na família, enquanto cliente e unidade de intervenção, são orientados por uma abordagem sistêmica capaz de potencializar as suas forças, recursos e competências.

Apresenta como conceitos centrais, a família, saúde familiar e cuidados de enfermagem à família, também eles conceitos centrais desta investigação, inscrevendo-os nos metaparadigmas da enfermagem e constituindo-os como declarações teóricas e operacionais explicativas de alguns indicadores apresentados na sua matriz e consequentemente no instrumento de recolha de dados deste estudo.

No quadro legislativo atual dos CSP, ao ser contemplada a família como alvo dos cuidados de saúde, evidencia-se o papel dos enfermeiros de família enquanto agentes promotores da saúde individual, familiar e coletiva (Decreto-Lei n.º 118/2014, 2014).

O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de

saúde familiar e presta cuidados de enfermagem de saúde familiar de acordo com os padrões preconizados (OE, 2018).

Assim, o MDAIF apresenta-se como um quadro de referência para os enfermeiros, na medida em que pretende dar resposta às suas necessidades, no âmbito da prestação dos cuidados à família, através do desenvolvimento de práticas direcionadas à família, enquanto alvo de cuidados de enfermagem (Figueiredo, 2012). Para a autora, a sua designação enquanto modelo dinâmico prende-se com as dimensões de abordagem do sistema familiar ao longo das suas etapas de desenvolvimento. O modelo integra, assim, os conceitos, pressupostos e postulados que lhe dão identidade enquanto referencial teórico.

3.1 - CONCEITOS CENTRAIS

A descrição do MDAIF integra como conceitos centrais, **família, saúde familiar, ambiente familiar e cuidados de enfermagem à família**.

Tal como referido anteriormente, o conceito de **família** é abordado numa perspetiva sistémica, o qual reconhece a complexidade do sistema familiar e as suas características tais como a globalidade, equifinalidade e auto-organização que lhe conferem unicidade. Este percurso identitário emerge tanto das suas características enquanto sistema, como dos processos de mútua interação com o ambiente (Figueiredo, 2012).

A representação da família, enquanto todo e partes ao mesmo tempo, permite assumir que as características são mais e diferentes da soma das partes. Não sendo as partes reduzidas ao todo e vice-versa, qualquer alteração afetará tanto as partes como o todo, ambos tendendo para a mudança necessária ao estabelecimento do equilíbrio do sistema familiar (Figueiredo, 2012).

Assim, considerando a família como unidade de cuidados, o foco é tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente, reportando-se assim à relação entre os elementos que se influenciam mutuamente e evoluem numa interação recíproca e cumulativa (Figueiredo, 2012).

A mesma autora considera a **saúde familiar** determinada por um conjunto de particularidades associadas à maximização do potencial de saúde da família e perspectivada na multidimensionalidade dos processos de co-construção que se caracterizam pela estabilidade e mudança, ambos promotores do desenvolvimento familiar (Figueiredo, 2012).

Este processo de ajustamento co-evolutivo mediado pelos processos adaptativos inerentes às mudanças que decorrem das transições normativas e não normativas, traduz a capacidade do sistema em promover estratégias que permitem estabelecer o seu funcionamento, manter a sua organização e produzir mudanças (Figueiredo, 2012).

Por sua vez, ao assumir que qualquer alteração afetará tanto as partes como o todo, também a saúde de cada membro afeta o funcionamento familiar, o qual por sua vez influenciará a saúde de cada um dos elementos. Assim, como condição de otimização da saúde e do bem-estar físico, realça-se a mutualidade entre as práticas de saúde de cada elemento e a saúde da família.

Desta forma, Figueiredo (2012) destaca como determinantes da saúde familiar a reciprocidade entre o estado de saúde dos membros, o estado de saúde das comunidades e os fatores que promovem a adaptação da família como unidade funcional.

O **ambiente familiar** é constituído por elementos humanos físicos políticos, económicos, culturais e organizacionais que se interligam em diferentes níveis, tais como Figueiredo (2012):

O *microsistema* que se caracteriza pelo contexto onde os membros da família interagem entre si e desenvolvem os seus papéis familiares;

O *mesossistema* enquanto contexto mais amplo, onde os membros da família participam ativamente, integrando a rede social da família e englobando tanto a família de origem como os sistemas mais amplos;

O *exossistema* enquanto contexto que não envolve ativamente os membros da família, mas que pode causar perturbações na estrutura do microsistema;

O *macrossistema* que corresponde ao nível mais amplo do ambiente e que integra padrões institucionais e culturais, bem como os sistemas de crenças;

O *cronossistema* corresponde às mudanças que ocorrem na família e no ambiente, resultantes das transições normativas e não normativas.

A autora conceptualiza os **cuidados de enfermagem à família** como cuidados de saúde centrados na interação entre o enfermeiro e família, que implicam o estabelecimento de uma relação terapêutica e enfatizam as relações e a reciprocidade. O processo de cuidados é desenvolvido colaborativamente com a família, centrado nas suas forças, recursos e competências, promotores de novas formas de interação.

No processo de cuidar a família, o enfermeiro assume-se como um observador-participante no processo de mudança promovendo a capacitação da família através da maximização do seu potencial de saúde. A relação terapêutica estabelecida é caracterizada pela criação de um contexto comunicacional favorável à produção de soluções promotoras de mudança. Os cuidados de enfermagem à família são direcionados para o fortalecimento da mesma, através da mobilização dos recursos que fortaleçam a autonomia e a saúde da família (Figueiredo, 2012).

As intervenções constituem-se como “(...) elementos promotores da capacitação da família e que, desenvolvidas num contexto relacional, integram as respostas afetivas, cognitivas e comportamentais do sistema terapêutico (...)” (Figueiredo, 2012, p.69).

3.2 - DIMENSÕES

A avaliação familiar através da utilização do MDAIF é realizada através de três grandes dimensões: dimensão estrutural, dimensão do desenvolvimento e dimensão funcional (Figura 1). Estas dimensões funcionam como um guia da prática dos enfermeiros de família, possibilitando a interligação entre as etapas do processo de enfermagem.

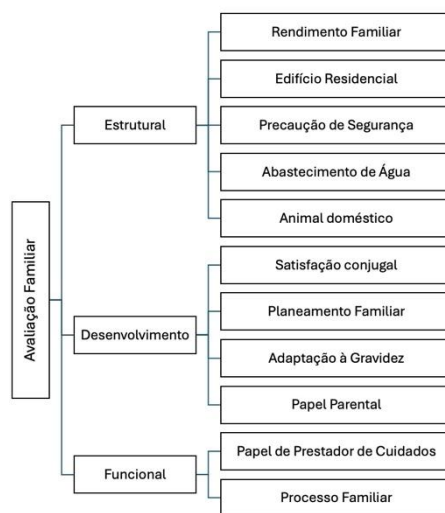


Figura 1. Diagrama representativo do MDAIF. Disponível em: Figueiredo (2012), p.104

A dimensão estrutural permite identificar a composição estrutural da família, os vínculos entre os seus membros e, deste, com os outros subsistemas nomeadamente a família extensa e os sistemas mais amplos. Analisa ainda aspetos do contexto ambiental preditores de riscos de saúde (Figueiredo, 2009; 2012). Os instrumentos de avaliação familiar utilizados nesta dimensão são o genograma, o ecomapa e a Escala de Graffar adaptada.

A dimensão do desenvolvimento foca-se nos fenómenos associados ao crescimento familiar de acordo com a etapa do ciclo vital em que a família se encontra. Possibilita a prestação de cuidados promotores da capacitação da família através do desenvolvimento de tarefas essenciais a cada etapa, preparando-a para futuras transições (Figueiredo, 2009; 2012).

A avaliação funcional foca-se nas interações familiares que permitem o desempenho das suas funções e tarefas. Os instrumentos de avaliação desta dimensão incluem a escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, a escala de Escala de Avaliação da Flexibilidade e Coesão Familiar versão II (FACES II) e o Adaptability, Partnership, Growth, Affection, Resolve (APGAR) Familiar de Smilkstein (Figueiredo, 2012).

Para a autora, estas três dimensões são operacionalizadas através da Matriz Operativa que é um instrumento de colheita de dados orientador e sistematizado. De acordo com a avaliação realizada, são definidos diagnósticos e intervenções de enfermagem, visando

a minimização dos problemas encontrados e proporcionando às famílias ganhos em saúde.

Ao integrar na sua matriz as definições teóricas e operacionais e ao sustentá-la pelos seus pressupostos e postulados, norteia o processo de enfermagem e serve de base à identificação das forças da família, constituindo-se assim um instrumento útil às práticas de enfermagem de saúde familiar (Figueiredo, 2012).

Alguns estudos evidenciam a importância da utilização do MDAIF na prática clínica.

O estudo descritivo de Oliveira et al. (2017) realizado com enfermeiros pré e pós-formação utilizando o MDAIF, sugere que o processo formativo possibilitou aos enfermeiros dos CSP uma repercussão positiva em ganhos em saúde.

Outro estudo, desenvolvido por Ferreira (2017), possibilitou verificar que a utilização do MDAIF beneficia os cuidados às famílias. Os ganhos em saúde decorrentes das intervenções dos enfermeiros demonstraram que este referencial teve impacto significativo no processo de avaliação e intervenção familiar, solidificando a sua importância nos contextos clínicos onde as famílias são alvo dos cuidados de enfermagem.

A prática dos enfermeiros orientada pelo MDAIF possibilita aos mesmos o aperfeiçoamento das suas competências para uma abordagem personalizada à família, centrada na adaptação e nos processos de transição, assim como a resposta às necessidades identificadas das famílias, através da consciencialização e mobilização de recursos familiares (Esteves et al., 2018). Ribeiro et al. (2021) também confirmaram que o MDAIF é um instrumento muito profícuo para a avaliação e intervenção familiar e a sua utilização em contexto prático possibilita alcançar ganhos em saúde.

Pinho et al. (2022) afirmam que o MDAIF é uma ferramenta essencial para os enfermeiros, pois além de facilitar a continuidade de cuidados (através da compreensão do sistema familiar e do processo de enfermagem) também contribui para a melhoria da qualidade dos mesmos.

PARTE II

PARADIGMA DE INVESTIGAÇÃO

CAPÍTULO IV

MATERIAIS E MÉTODOS

Integrado no paradigma positivista, que admite o conhecimento baseado na observação (Coutinho, 2023) e postula a existência de uma realidade externa observável de forma objetiva, pelo estabelecimento de relações de causa e efeito (Vilelas, 2017), este estudo adotou uma metodologia de cariz quantitativo. Segundo o mesmo autor, esta abordagem permite mensurar opiniões, reações, hábitos e atitudes dentro de um universo específico.

Na primeira etapa, recorreu-se a uma metodologia observacional, tendo como amostra as figuras parentais de famílias com filhos menores a seu cargo. A escolha desta abordagem fundamenta-se no facto de permitir observar e medir fatores específicos em grupos definidos de indivíduos, possibilitando a investigação das relações entre esses fatores e aspetos da saúde e da doença. Ou seja, esta metodologia viabiliza o estudo dos fatores determinantes da doença, parâmetros evolutivos de saúde, e da sua distribuição na população, procurando identificar possíveis relações entre os mesmos (Aguiar, 2007; Vilelas, 2017).

Na segunda etapa, com o objetivo de validar os resultados que emergiram da análise dos dados decorrentes da primeira, utilizou-se a técnica do Painel Delphi, orientado pelas referências de Manizade e Manson (2010), Clibbens et al. (2012) e Justo (2005).

A inclusão desta etapa justifica-se pela necessidade de consensualizar a estrutura e o conteúdo da proposta da Matriz de Apoio à Tomada de Decisão Clínica em Enfermagem de Saúde Familiar, emergente dos resultados da etapa anterior. Para isso, contou-se com a participação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar.

Ao longo do documento, será apresentada uma descrição mais detalhada da metodologia adotada. No entanto, para uma visão geral do desenho do estudo, apresenta-se uma ilustração na Figura 2.

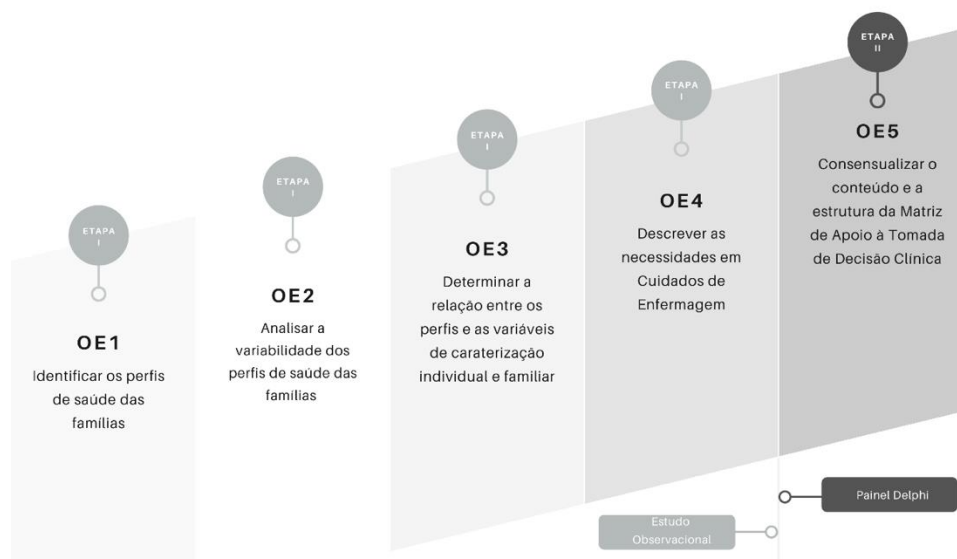


Figura 2. Ilustração da cronologia das etapas do estudo

4.1 - FINALIDADE, QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS DO ESTUDO

O reconhecimento da importância de uma abordagem biopsicossocial, aliado à crescente evidência na literatura de que a vida familiar pode estar associada a um aumento da suscetibilidade individual para o desenvolvimento de diversas doenças físicas e/ou psicológicas (Agostinho & Rebelo, 1988; Rodriguez-Sanchez et al., 2011; Roland, 1986; Sampaio & Dantas, 1990), reforça a necessidade de estudar e analisar fatores que influenciam a saúde das famílias.

Neste contexto, a intervenção familiar, considerando a diversidade contemporânea das configurações familiares, representa um desafio significativo para os cuidados de saúde em geral e para a enfermagem em particular. Destaca-se, assim, a importância da reciprocidade entre as práticas de saúde individuais e o nível de saúde familiar, num equilíbrio dinâmico que favoreça a otimização do bem-estar físico, psicológico, emocional, espiritual, social e cultural de todos os membros da família.

Desta forma, este estudo tem como finalidade proporcionar uma visão abrangente da saúde das famílias e de alguns fatores que a influenciam, além de oferecer evidência

científica que informe os enfermeiros de família na tomada de decisão e na intervenção nas famílias com filhos menores a seu cargo.

Assim, foram estabelecidas as seguintes questões de investigação:

- Quais são os perfis de saúde das famílias com filhos menores a seu cargo?
- Qual a relação entre os perfis de saúde das famílias e as variáveis de caracterização da saúde individual e familiar?
- Que necessidades em cuidados de enfermagem emergem em cada perfil de saúde?
- Quais as áreas de atenção, diagnósticos e intervenções de enfermagem de saúde familiar que permitem dar resposta às necessidades em cuidados de enfermagem de cada perfil de saúde das famílias com filhos menores a seu cargo?

São objetivos gerais deste estudo identificar a existência de diferentes perfis de saúde das famílias com filhos menores a seu cargo e as suas necessidades em cuidados de enfermagem; determinar a relação entre os perfis de saúde das famílias e as variáveis de caracterização da saúde individual e familiar; construir uma matriz de apoio à tomada de decisão clínica em enfermagem de saúde familiar, tendo como cliente as famílias com filhos menores a seu cargo.

Para dar resposta às questões de investigação foram definidos os seguintes objetivos específicos:

OE1: Indicar os perfis de saúde das famílias com filhos menores a seu cargo;

OE2: Analisar a variabilidade dos perfis de saúde das famílias com filhos menores a seu cargo;

OE3: Determinar a relação entre os perfis de saúde das famílias com filhos menores a seu cargo e as variáveis de caracterização da saúde individual e familiar;

OE4: Descrever as necessidades em cuidados de enfermagem que integram cada perfil de saúde;

OE5: Consensualizar o conteúdo e a estrutura da matriz de apoio à tomada de decisão clínica em enfermagem de saúde familiar.

4.2 - CONSIDERAÇÕES FORMAIS E ÉTICAS

A formalização dos aspetos éticos iniciou-se com a solicitação de parecer à Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde onde o estudo foi conduzido, a fim de garantir o cumprimento das diretrizes éticas do projeto de investigação. Após análise, a Comissão emitiu um parecer favorável (Anexo III). Paralelamente, foram igualmente solicitadas e concedidas as autorizações formais das unidades funcionais (Anexo II) envolvidas, garantindo a anuência institucional para a concretização da investigação nos respetivos contextos. Adicionalmente, foi obtida a autorização dos autores das escalas utilizadas, assegurando a legitimidade da sua aplicação no presente estudo (Anexo I).

Para garantir o consentimento informado, livre e esclarecido dos participantes, foi previamente disponibilizada toda a informação relevante sobre o estudo e solicitada a assinatura do respetivo documento (Apêndice I), fornecido em documento físico. Dessa forma, formalizou-se o consentimento dos participantes como a aplicação do instrumento de recolha de dados.

Na informação disponibilizada aos participantes (Apêndice II), reforçou-se o compromisso com a privacidade, confidencialidade e anonimato dos dados, assim como o carácter livre e voluntário da participação. Destacou-se ainda o direito de recusa ou abandono do estudo a qualquer momento, sem prejuízo para o participante.

Os dados foram conservados apenas durante o período necessário para prossecução das finalidades da investigação (janeiro de 2021 a abril de 2024). Após o término desse prazo, a entidade responsável procedeu à sua destruição (maio de 2024).

4.3 - ESTUDO OBSERVACIONAL

Conforme mencionado anteriormente, a primeira etapa da investigação consistiu na realização de um estudo observacional. A metodologia utilizada é detalhadamente apresentada nos capítulos seguintes.

4.3.1 - Tipo de estudo

O presente estudo caracteriza-se como uma investigação de natureza quantitativa e epidemiológica. A investigação epidemiológica constitui uma abordagem empírica, baseada na recolha sistemática e na quantificação de informações sobre eventos relacionados com a saúde das populações (Figueiredo, 2015).

Tendo em consideração os objetivos definidos e a necessidade de observar e registar fatores determinantes de doença ou outros parâmetros evolutivos de saúde, bem como a sua distribuição na população, procurou-se identificar possíveis associações, sem necessariamente estabelecer uma relação de causalidade (Vilelas, 2017). Para tal, foi conduzido um estudo do tipo observacional.

Relativamente ao tipo de medição, adotou-se uma abordagem transversal, na qual a avaliação de determinados parâmetros foi efetuada num momento específico do tempo (Vilelas, 2017).

Este estudo segue um desenho descritivo correlacional, no qual se descrevem as características comuns e distintas dos perfis de saúde das famílias com filhos menores a seu cargo. Além disso, analisa-se a relação entre os perfis de saúde dessas famílias e as variáveis de caracterização da saúde individual e familiar.

4.3.2 - População e amostra

Participaram neste estudo famílias com filhos menores a seu cargo que frequentaram as Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil em três Unidades Funcionais dos CSP, integradas numa Unidade Local de Saúde da região centro de Portugal.

O processo de amostragem estabelecido foi do tipo não probabilístico, recorrendo a uma técnica de amostragem por conveniência.

Foram convidadas a participar todas as figuras parentais pertencentes a uma família com filho(s) menores¹ a seu cargo no momento de recolha dos dados, desde que tivessem concordado livremente em participar no estudo. No caso das famílias com filhos em regime de residência alternada, foi considerada apenas a família constituída pela figura parental que acompanhou a criança/jovem à consulta de enfermagem.

Para a definição de família, adotou-se o conceito de família proposto por Figueiredo no MDAIF, previamente apresentado (Figueiredo, 2012).

Foram excluídas do estudo as famílias cujas figuras parentais tinham idade inferior a 18 anos, bem como aquelas em que os participantes não sabiam ler e escrever.

Para o cálculo do tamanho amostral, utilizou-se a fórmula de Fischer, descrita por Naing et al. (2006), onde N representa o tamanho da população (>100.000), e corresponde à margem de erro (expressa em formato decimal) e z se refere ao *score z*, que indica o número de desvios padrão entre uma determinada proporção e a média. Neste caso, para um nível de significância de 95,0%, utilizou-se o valor 1,96.

Optou-se por um nível de confiança de 95,0% e uma margem de erro de 5%, valores frequentemente utilizados em investigações de natureza quantitativa e em populações de grande dimensão (> 100.000). A aplicação da fórmula indicou a necessidade de uma amostra igual ou superior a 385.

No presente estudo, a amostra foi constituída por 474 figuras parentais de famílias com filhos menores a seu cargo.

$$\text{Tamanho da amostra} = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N} \right)}$$

Figura 3. Ilustração da fórmula estatística utilizada no cálculo do tamanho amostral.

¹ Entendeu-se por menor quem não tiver ainda completado dezoito anos de idade (Decreto-Lei n.º 496/77, 1977) e residência alternada por regime em que a distribuição do tempo de residência entre a casa de um progenitor e a casa do outro é consistente e regular, podendo ser diariamente, semanalmente, quinzenalmente, mensalmente ou anualmente (Silva, 2017).

4.3.3 - Instrumento de recolha dos dados

A recolha dos dados foi realizada através do preenchimento de um questionário de saúde (Apêndice II), que incluiu questões relacionadas com as características sociodemográficas e epidemiológicas das famílias, formuladas com base na literatura consultada.

Para caracterizar diferentes dimensões do estado de saúde das famílias e identificar fatores que a determinam, selecionou-se um conjunto de indicadores para integram o perfil de saúde familiar. A escolha desses indicadores foi orientada pela definição de perfil de saúde como um conjunto de indicadores de caracterização demográfica e socioeconómica, do estado de saúde, fatores de risco para a saúde e do uso de recursos de saúde, relevantes para a maioria das populações. Esta definição assenta na perspetiva de que a saúde da família integra tanto a saúde de cada membro individualmente como aspetos da saúde relacionados com a unidade familiar (Anderson & Tomlinson, 1992; Figueiredo, 2012; Kaakinen & Hanson, 2015). Além disso, a compreensão do perfil de saúde das famílias deve abranger fatores como o funcionamento familiar, as competências comunicacionais e de resolução de problemas, a saúde mental e física dos seus membros, o suporte social e emocional, os recursos económicos, as condições habitacionais, a educação e os hábitos comportamentais, incluindo a alimentação e a atividade física (Crandall et al., 2020; Denham, 2003; Weiss-Laxer et al., 2020).

Os indicadores selecionados foram agrupados em duas categorias principais: Indicadores de Determinantes de Saúde e Indicadores do Estado de Saúde. Os primeiros subdividiram-se em dois subgrupos: Biológicos e Comportamentais e Demográficos e Sociais.

Relativamente às variáveis que permitiram compreender o funcionamento da família, foram consideradas a coesão, a adaptabilidade, a comunicação e a autoperceção dos membros da família quanto à sua funcionalidade.

As variáveis de caracterização da saúde individual foram categorizadas de acordo com a nomenclatura do Plano Nacional de Saúde 2020-2030, publicado pela Direção-Geral da Saúde (DGS) em 2021, e pelos Inquéritos Nacionais de Saúde por entrevista.

O quadro 1 apresenta o agrupamento dos indicadores/variáveis em estudo.

Quadro 1. Indicadores/variáveis em estudo

| | | |
|--|------------------------------|--|
| INDICADORES DOS DETERMINANTES DA SAÚDE | Biológicos e Comportamentais | Prevalência de hipertensão Prevalência de diabetes Prevalência de colesterol total elevado Prevalência de doença crónica autodeclarada Hábitos tabágicos Hábitos alcoólicos Hábitos de atividade física regular Padrão alimentar Comportamentos preventivos de saúde oral Comportamentos de vigilância da saúde geral Comportamentos de adesão ao rastreio da doença oncológica Comportamentos de adesão à vacinação Padrão de utilização dos serviços de saúde Padrão de consumo de medicamentos |
| | Demográficos e Sociais | Idade Sexo Habilitações académicas Local de residência Nacionalidade Situação religiosa Notação social Condição perante o trabalho Suporte social da família Composição familiar Tipo de família |
| INDICADORES DO ESTADO DE SAÚDE | | Autoperceção do estado de saúde Saúde mental Saúde do sono Funcionamento familiar Autoperceção da funcionalidade da família |

O instrumento foi composto por 3 partes. A primeira inclui questões destinadas à recolha dados sobre os Indicadores dos Determinantes da Saúde Demográficos e Sociais; a segunda abordou os Indicadores dos Determinantes da Saúde Biológicos e Comportamentais; e a terceira contemplou os Indicadores do Estado de Saúde.

O questionário incluiu 29 áreas de inquirição. As áreas 1 a 11 abrangeram a caracterização sociodemográfica dos participantes, incluindo variáveis como idade, nacionalidade, sexo, local de residência, habilitações académicas, situação religiosa, situação perante o trabalho, notação social, tipo de família, composição familiar e o suporte social.

Nas áreas 12 a 44, foram considerados os Determinantes de Saúde Biológicos e Comportamentais, incluindo fatores biológicos e aqueles diretamente relacionados com os comportamentos dos indivíduos. Estes abrangeram hábitos tabágicos, padrão alimentar, hábitos alcoólicos, hábitos de atividade física regular, comportamentos

preventivos de saúde oral, comportamentos de vigilância da saúde geral, prevalência de hipertensão, diabetes e colesterol total elevado, comportamentos de adesão ao rastreio da doença oncológica, comportamentos de adesão à vacinação, prevalência de doença crónica autodeclarada, padrão de consumo de medicamentos e padrão de utilização dos serviços de saúde.

O Estado de Saúde foi analisado nas áreas 45 a 49, englobando o funcionamento da família, a autoperceção da funcionalidade da família, a autoperceção do estado de saúde, a saúde mental e a saúde do sono.

Para avaliar a aceitabilidade, clareza e compreensão das questões, foi realizado um pré-teste com 10 figuras parentais que preenchiam os critérios de inclusão. Solicitou-se que registassem quaisquer dúvidas relativamente às instruções, perguntas e opções de resposta ou qualquer outro aspeto pouco claro no questionário. Após a recolha dos contributos, procederam-se às alterações sugeridas, resultando na redação do documento final. O instrumento de recolha de dados obteve um tempo médio de preenchimento de 27 minutos (apêndice II).

De seguida, apresentam-se, com maior detalhe, as áreas de inquirição das três partes do questionário de saúde.

Idade

A distribuição das idades por classes etárias foi estabelecida com base no Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico 2013-2016 do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA). Foram definidas as seguintes condições: 22-34 anos, 35-44 anos, 45-54 anos e 55-64 anos (INSA, 2016a).

Nacionalidade

A condição de nacionalidade dos inquiridos foi definida com base no critério legal, considerando documentos como o bilhete de identidade, o cartão de cidadão, o passaporte, o título de residência ou o certificado de nacionalidade.

Sexo

A condição do sexo foi definida com duas opções de resposta: Feminino e Masculino.

Local de Residência

Para o local de residência, foram definidas as seguintes condições: Rural e Urbano.

Habilitações Acadêmicas

As habilitações acadêmicas foram classificadas nas seguintes categorias: *ensino básico 1º ciclo* (corresponde aos primeiros 4 anos do ensino obrigatório, iniciando-se por volta dos 6 anos de idade), *ensino básico 2º ciclo* (Refere-se aos dois anos subsequentes ao 1º ciclo do ensino básico), *ensino básico 3º ciclo* (abrange os 3 anos seguintes ao 2º ciclo e corresponde ao último ciclo do ensino básico), *ensino secundário* (corresponde a um ciclo de três anos (10º, 11º e 12º anos de escolaridade), que se segue ao ensino básico, com o objetivo de aprofundar a formação do aluno para prosseguir estudos ou ingressar no mundo do trabalho. Está organizado em cursos predominantemente orientados para o prosseguimento de estudos e cursos orientados para a vida ativa), *licenciatura* (curso superior conduzido ao grau de licenciado, proporcionando uma formação científica, técnica e cultural, permitindo o aprofundamento de conhecimentos numa área específica do saber e preparando para o desempenho profissional), *mestrado* (curso que demonstra um nível aprofundado de conhecimentos numa área científica restrita e capacita para a prática de investigação, conduzindo ao grau de mestre) e *doutoramento* (processo conducente ao grau de doutor numa instituição de ensino universitário no âmbito de um ramo do conhecimento ou de especialidade. Integra: a elaboração de uma tese original e especialmente elaborada para este fim adequada ao ramo do conhecimento ou da especialidade; a eventual realização de unidades curriculares dirigidas à formação para a investigação, sempre que as respetivas normas regulamentares o prevejam) (INE, 2011).

Situação Religiosa

A situação religiosa foi definida com duas opções de resposta: Praticante e Não Praticante.

Condição Perante o Trabalho

Relativamente à condição perante o trabalho, foram consideradas duas opções de resposta: Empregado e Desempregado.

Para as figuras parentais empregadas, foram identificados o setor de atividade laboral, o tipo de vínculo laboral e a identificação da profissão atual (INE, 2011).

A condição de empregado foi definida segundo um dos 5 critérios: tinha efetuado trabalho de pelo menos uma hora, mediante pagamento de uma remuneração ou com vista a um benefício ou ganho familiar em dinheiro ou em géneros; tinha um emprego, não estava ao serviço, mas tinha uma ligação formal com o seu emprego; tinha uma empresa, mas não estava temporariamente ao trabalho por uma razão específica; não trabalhavam por motivos passageiros, tais como doença, licença de maternidade, férias, acidentes de trabalho, redução de atividade por motivos técnicos, condições climatéricas desfavoráveis ou outros motivos; a frequentar formação profissional e que mantêm um vínculo com a entidade empregadora; aprendizes e estagiários que recebem uma remuneração em dinheiro ou em géneros e estava em situação de pré-reforma, mas encontrava-se a trabalhar no momento presente (INE, 2011).

Para a identificação da profissão foi definida com base no critério da profissão que o indivíduo ocupa no momento de recolha dos dados. Depois de identificada foi recodificada segundo a lista de Classificação Portuguesa das Profissões (INE, 2011). A recodificação organizou-se segundo os grandes grupos (classes) de profissões que se passa a referir:

- Representantes do Poder Legislativo e de Órgãos Executivos, Dirigentes, Diretores e Gestores Executivos;
- Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas;
- Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio;
- Pessoal Administrativo;
- Trabalhadores dos Serviços Pessoais, de Proteção e Segurança e Vendedores;
- Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura, da Pesca e da Floresta;
- Trabalhadores Qualificados da Indústria, Construção e Artífices;
- Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem;
- Trabalhadores Não Qualificados.

Na categoria do tipo de vínculo definiram-se as opções de resposta: contrato de trabalho por tempo indeterminado, contrato de trabalho a termo, contrato em comissão de serviço e outro.

Notação Social da Família

Para a identificação da notação social de cada família em estudo, adotou-se a Escala de Graffar Adaptada (Amaro, 1990, 2001; Graffar, 1956). Esta escala permite uma compreensão mais aprofundada dos recursos e dos fatores de *stresse* familiares que possam estar associados aos aspetos económicos, ao nível de instrução, ao grupo profissional e ao contexto residencial (Figueiredo, 2012).

Embora definida como um dado de caracterização, a categoria classe social, pela análise específica de cada um dos itens da escala utilizada, e face aos resultados obtidos, induz a uma avaliação particular nas áreas de atenção, rendimento familiar e edifício residencial (Figueiredo, 2012).

De seguida, são descritos os 5 itens da escala.

1º Profissão: Neste primeiro item assumiu-se a seguinte classificação: *1º Grau* (Gr. Industriais e comerciantes; Gestores de topo do setor público ou privado, com mais de 500 empregados; Professores universitários, com doutoramento; Brigadeiro, General ou Marechal; Profissões liberais de topo; altos dirigentes políticos); *2º Grau* (Médios industriais e comerciantes; Dirigentes de médias empresas; Agricultores e/ou proprietários; Dirigentes intermédios e quadros técnicos do setor público ou privado; Oficiais das forças armadas; profissões liberais; Professores do ensino básico; Professores do ensino secundário e Professores do ensino universitário sem doutoramento); *3º Grau* (Pequenos industriais e comerciantes; Quadros médios e/ou chefes de secção; Empregados de escritório superiores; Médios agricultores e Sargentos e equiparados.); *4º Grau* (Pequenos agricultores/rendeiros; Empregados de escritório inferiores; operários semiqualeificados e Funcionários públicos e membros das forças armadas ou militarizadas de nível inferior); *5º Grau* (Assalariados agrícolas; Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores) (Figueiredo, 2012).

2º Instrução: os critérios estabelecidos para avaliar este item foram: *1º Grau* (Licenciatura, Mestrado e Doutorado); *2º Grau* (Bacharelato ou Cursos Superior com duração igual ou inferior a três anos); *3º Grau* (12º ano e nove ou mais anos de escolaridade); *4º Grau* (Escolaridade igual ou superior a 4 anos e inferior a 9 anos); *5º Grau* (Não saber ler nem escrever e escolaridade inferior a 4 anos) (Figueiredo, 2012).

3º Origem do rendimento familiar: os critérios estabelecidos para avaliar este item foram: *1º Grau* (Lucros de empresas, de propriedades; Heranças; Rendimentos profissionais de elevado nível); *2º Grau* (Altos vencimentos e honorários igual ou superior a 10 vezes o salário mínimo nacional); *3º Grau* (Vencimentos certos); *4º Grau* (Remunerações iguais ou inferiores ao salário mínimo nacional; Pensionistas ou Reformados; Vencimentos incertos); *5º Grau* (Assistência (subsídios); Rendimento mínimo garantido) (Figueiredo, 2012).

4º Tipo de Habitação: neste item assumiu-se a seguinte classificação: *1º Grau* (Casa ou andar luxuoso, espaçoso com máximo de conforto, isto é espaçosa; bem arejada; com aquecimento central e/ou ar condicionado; com eletrodomésticos além dos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa); água, saneamento básico, eletricidade; boa ventilação; luz natural e mais dos três seguintes critérios (casa com domótica, court de ténis, condomínio privado, acabamentos de luxo, peças de decoração raras e caras, piscina e ginásio); *2º Grau* (Casa ou andar bastante espaçoso e confortável, com os seguinte critérios; espaçosa; bem conservada; com aquecimento central/ar condicionado; eletrodomésticos além dos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa); água, saneamento básico, eletricidade; boa ventilação; luz natural); *3º Grau* (Casa ou andar em bom estado de conservação, com cozinha, casa de banho e eletrodomésticos essenciais, isto é com casa de banho; cozinha, sala e quartos; em bom estado de conservação; eletrodomésticos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa); escassa ventilação; e sem um dos seguintes elementos (água, saneamento básico, eletricidade; boa ventilação; luz natural)); *4º Grau* (Casa ou andar modesto com cozinha, casa de banho e eletrodomésticos de menor nível, ou seja; condições exíguas (espaços muito pequenos); mau estado de conservação (humidade, paredes e soalho em mau estado); sem todos os eletrodomésticos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa); escassa ventilação; e

sem um dos seguintes elementos (água, saneamento básico, eletricidade; boa ventilação; luz natural)); *5º Grau* (Alojamento impróprio (barraca, andar ou outro) e coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade, ou seja, barraca em mau estado de conservação (humidade, paredes e soalho em mau estado); sem ventilação; condições exíguas (espaços muito pequenos) e sem água, saneamento básico, eletricidade, ventilação e luz natural) (Figueiredo, 2012).

5º Local de residência: os critérios definidos foram: *1º Grau* (Zona residencial elegante); *2º Grau* (Bom local residencial); *3º Grau* (Zona residencial intermédia); *4º Grau* (Bairro social/operário); *5º Grau* (Bairro da lata ou equivalente) (Figueiredo, 2012).

Se estimado o item “Origem do Rendimento Familiar”, no grau 4 ou grau 5, é necessário proceder à avaliação do conhecimento da família sobre a gestão do rendimento, considerando o rendimento familiar como a relação entre os recursos económicos previsíveis e a capacidade para assegurar a segurança e satisfação das necessidades básicas dos membros da família (Figueiredo, 2012).

Por fim, a “Posição Social” de cada agregado resultou da soma das pontuações atribuídas nos cinco itens anteriormente apresentados. A soma total dos pontos, variam entre 5 e 25, porque em cada item são apresentadas cinco categorias (graus) de respostas, sendo atribuído, a cada uma, um valor de um (1) a cinco (5). A pontuação final foi organizada nas seguintes classes:

- Classe I: Famílias cuja soma de pontos vai de 5 a 9;
- Classe II: Famílias cuja soma de pontos vai de 10 a 13;
- Classe III: Famílias cuja soma de pontos vai de 14 a 17;
- Classe IV: Famílias cuja soma de pontos vai de 18 a 21;
- Classe V: Famílias cuja soma de pontos vai de 22 a 25.

No que diz respeito à interpretação das classes, a classe I corresponde a uma Classe Alta; a classe II a uma Classe Média alta; a classe III corresponde à Classe Média; a classe IV à Classe Média Baixa e a classe V à Classe Baixa (Figueiredo, 2012).

Tipo de Família

Segundo Figueiredo (2012), a identificação dos tipos de família permite a incorporação das múltiplas formas de organização familiar e a diversidade inerente à sua configuração. A autora apresenta nove tipologias familiares, que são: casal (homem e mulher ou parceiros do mesmo sexo casados legalmente ou não); família nuclear (homem e mulher com um ou mais filhos biológicos ou adotados e podendo ser ou não legalmente casados); família reconstruída (casal em que pelo menos um dos elementos tenha uma relação marital anterior e um filho resultante desse relacionamento); família monoparental (constituída apenas por uma figura parental e presença de uma ou mais filhos, com a identificação do género da pessoa que representa a figura parental); coabitação (homens e mulheres solteiros que partilham a mesma habitação); família institucional (reporta-se a conventos, orfanatos, lares de idosos, internatos); comuna (grupos de homens, mulheres e crianças sem delimitação expressa de subsistemas associados a grupos domésticos); unipessoal (uma pessoa numa habitação) e alargada (constituída por três gerações ou casal ou família nuclear e outros parentes ou pessoas com outros vínculos que não os de parentesco).

O tipo de família foi definido com base nas tipologias de família apresentadas por Figueiredo (2012): Nuclear, Monoparental, Reconstruída e Alargada.

Composição Familiar

A composição da família reúne informação sobre quem faz parte da família, a identificação dos seus membros, o vínculo entre eles, as datas de nascimento e outras informações consideradas relevantes para a compreensão estrutural da família (Figueiredo, 2012).

Com base no conceito de composição apresentado por Figueiredo (2012), foi formulada uma pergunta de resposta aberta, na qual os inquiridos foram questionados sobre “quem vive na sua casa”, sendo necessário indicar o grau de parentesco e idade de cada membro. Esta questão permitiu a recolha de informações sobre a composição da família, o número de filhos, os graus de parentesco e a idade dos elementos que a constituem.

Funcionamento Familiar

O conceito de funcionamento familiar, que incorpora as características da família enquanto sistema, tem sido proposto por diversos investigadores desde a década de 1970.

De acordo com Lee e investigadores colaboradores (2002), o funcionamento familiar representa um conceito complexo, definido por dimensões funcionais que compreendem os seguintes construtos: (1) Afetivos (relações afetivas definidas entre os elementos que constituem o sistema familiar); (2) Estruturais (relações físicas, temporais e espaciais que subsistem entre os membros da família); (3) Controlo (capacidade do sistema familiar manter a sua autonomia e equilíbrio aquando a integração de regras e valores) e (4) Cognitivos: competência para a resolução de problemas, identificação das necessidades dos elementos da família e lidar com situações problemáticas.

Existem diversos modelos sobre o funcionamento familiar, que, independentemente da forma como avaliam as dimensões consideradas pelos respetivos autores, procuram caracterizar os diferentes tipos de família (Relvas, 1999). Porém, para operacionalizar esta variável, faz-se referência a dois modelos: o MDAIF de Figueiredo (2009; 2012) e o Modelo Circumplexo dos Sistemas Familiares e Conjugais de Olson. A opção por estes modelos justifica-se pelo facto de o primeiro ser o modelo adotado pela Ordem dos Enfermeiros no momento de realização do estudo, estando consolidado nos construtos do Modelo Calgary de Avaliação da Família e do Modelo Calgary de Intervenção na Família, atualmente adotados por esta Ordem Profissional. O segundo foi sugerido pelo primeiro e é muito utilizado para fins clínicos, terapêuticos e como suporte teórico em diversos estudos de investigação (Olson, 2000).

Tal como mencionado anteriormente, devido à importância dos padrões comunicacionais no desenvolvimento individual e familiar, surgiu um conjunto diversificado de referenciais teóricos voltados para a compreensão do funcionamento familiar e da comunicação intrafamiliar (Beavers & Hampson, 2000; Olson, 2000). Estes referenciais enfatizam as propriedades sistémicas da família como um todo, focando-se nas suas forças e competências, em detrimento das características intrapsíquicas dos indivíduos que compõem a família. Com base nestes referenciais,

foram desenvolvidos estudos empíricos e escalas de avaliação do funcionamento familiar.

O Modelo Circumplexo, inicialmente desenvolvido por Olson e colaboradores (1979; 1983; 1989), integra atualmente três dimensões do funcionamento da família: a coesão, a flexibilidade e a comunicação. O modelo visa compreender o funcionamento da família, a partir da avaliação dessas dimensões, e constitui-se como base para a criação da FACES IV.

A coesão na família é definida, por Olson e Gorall (2003), como a ligação emocional que une os seus elementos, integrando as ligações emocionais, os limites, as coligações, o tempo, o espaço, os amigos, a tomada de decisões, os interesses e o tempo livre. A flexibilidade é descrita como a expressão e qualidade da liderança e organização familiar, os papéis, negociações e regras relacionais. A comunicação é definida como uma competência familiar facilitadora das restantes dimensões. Envolve a capacidade de escuta (atenta e empática), de diálogo (falar por si próprio e não pelos outros), a autorrevelação (partilhar sentimentos sobre si mesmo e sobre a relação), a clareza, o respeito e a consideração (os aspetos afetivos da comunicação).

Este modelo parte da hipótese que um bom equilíbrio entre a coesão e flexibilidade se traduz numa família mais funcional e que níveis desequilibrados entre estas duas dimensões estão associados a problemas no funcionamento familiar. A terceira dimensão, a comunicação, facilita a gestão da coesão e flexibilidade da família (Olson & Gorall, 2003).

No que diz respeito à coesão, existem cinco níveis que variam desde família desmembrada (extremamente baixo), de algum modo conectada (baixo a moderado), conectada (moderado), muito conectada (moderado a alto) e emaranhada (extremamente elevado). Os três níveis centrais supõem equilíbrio e os dois níveis extremos desequilíbrio. Os níveis centrais são característicos de famílias saudáveis e os dois níveis de coesão extremos são considerados problemáticos para o funcionamento familiar (Olson & Gorall, 2003).

Uma família desmembrada (nível de coesão extremamente baixo) é pautada por uma separação emocional extrema entre os elementos, as suas fronteiras são difusas com o

exterior e rígidas no seu interior, as funções de proteção da família estão diminuídas e os intercâmbios comunicacionais entre os elementos tornam-se difíceis. Os seus elementos funcionam de forma individualista, resultando numa expulsão precoce dos elementos mais novos do agregado para a vida social, antes de serem adequadamente preparados pela família. Os papéis parentais são instáveis e o possível sofrimento dos elementos, dificilmente ultrapassa as fronteiras demasiado rígidas que separam os elementos do agregado. Desta forma, evidenciam-se, muitas vezes, comportamentos antissociais e agressividade por parte dos filhos jovens do agregado que surgem a partir das rejeições do subsistema parental e da entrada demasiado precoce na vida social (Alarcão, 2000).

As famílias de algum modo conectadas, nas quais o nível de coesão é baixo a moderado, apresentam alguma separação emocional, passando os seus elementos a maior parte do tempo afastados. Por sua vez, uma família conectada, na qual o nível de coesão é moderado, apresenta equilíbrio entre a aproximação e a separação. Os seus elementos são capazes de ser simultaneamente independentes e unidos à sua família. Já as famílias muito conectadas (nível de coesão de moderado a alto) partilham grande parte dos interesses, amigos e tempo livre e mostram uma grande aproximação emocional (Olson & Gorall, 2003).

Ainda segundo os mesmos autores, as famílias emaranhadas (nível de coesão extremamente elevado) caracterizam-se por grande consenso e proximidade emocional intrassistémica e pouca ou nenhuma independência dos elementos face à família. São famílias que apresentam fronteiras difusas no seu interior e fronteiras rígidas com o exterior, fechando-se sobre si mesmas. Destacam-se ainda as grandes preocupações entre os elementos, a redução das distâncias interpessoais e a mistura entre subsistemas e indivíduos. Por sua vez, os papéis familiares são rígidos, ameaçando a capacidades de adaptação do sistema. As relações podem tornar-se *stressantes* face às solicitações de autonomia dos elementos, que são vistas como deslealdades para com a família. Uma vez que, apresentam um nível de coesão extremamente alto, o sofrimento de um dos elementos tem uma forte repercussão nos restantes. Nestas famílias, os sintomas de natureza psicossomáticas são relativamente frequentes (Alarcão, 2000).

Quanto à dimensão flexibilidade, o modelo apresenta os níveis rígida (extremamente baixo), de algum modo flexível (baixo a moderado), flexível (moderado), muito flexível

(moderado a alto) e caótica (extremamente alto). Assim, destacam-se nesta dimensão, três níveis de equilíbrio (os centrais) e dois níveis de desequilíbrio (os dois extremos). Numa família rígida, onde o nível de flexibilidade é extremamente baixo, um dos elementos controla a dinâmica familiar, impondo uma forte rigidez de papéis e inflexibilidade de regras. Numa família de algum modo flexível (nível de flexibilidade baixo a moderado), normalmente, a liderança é democrática, os papéis dos elementos são estáveis, mas podem, por vezes, ser partilhados e as regras raramente mudam. Já numa família flexível (nível de flexibilidade moderado) a liderança é igualitária e democrática no que toca à tomada de decisões. Por sua vez, as famílias muito flexíveis, nas quais o nível de flexibilidade é moderado a alto, promovem mudanças constantes da liderança e dos papéis, bem como das regras, que são adaptadas à situação. Numa família caótica (nível de flexibilidade extremamente alto), a liderança é fraca ou mesmo inexistente. As decisões são tomadas por impulso, sendo raramente eficazes e os papéis não são claros, podendo mudar de elemento para elemento (Olson & Gorall, 2003).

Para complementar a avaliação funcional da família, no âmbito da Relação Dinâmica, o MDAIF sugere a utilização da Escala de Avaliação da Flexibilidade e Coesão Familiar versão II (FACES II), que auxilia na compreensão de duas dimensões do funcionamento familiar, a coesão e adaptabilidade da família. No entanto, optou-se por utilizar a FACES versão IV, uma vez que as versões anteriores não permitem classificar ajustadamente as famílias disfuncionais, devido à sua incapacidade de avaliar as áreas extremas da coesão familiar (desmembradas e emaranhadas) e flexibilidade (rígidas e caóticas). As versões anteriores da Escala de FACES categorizam as famílias apenas como funcionais, disfuncionais ou moderadas, a partir de pontuações mais altas ou mais baixas nas duas subescalas existentes (Coesão e Flexibilidade), sem mais especificações detalhadas.

A FACES versão IV, diferencia os quatro extremos da coesão e flexibilidade, incorporando seis subescalas: as duas escalas equilibradas (Coesão e Flexibilidade) já existentes nas versões anteriores e quatro novas subescalas desequilibradas (Desmembrada, Caótica, Emaranhada e Rígida). A versão IV, portanto, representa uma hipótese de relação curvilínea e não linear, tal como previsto pelo Modelo Circumplexo (Olson, 2011). Além disso, esta versão inclui 10 itens que avaliam a satisfação familiar e 10 itens que avaliam a comunicação familiar.

Assim, a FACES IV, como referido anteriormente, foi desenvolvida por Olson e Gorall (2003), com base no Modelo Circumplexo (Olson, 2000), e a versão portuguesa foi adaptada por Sequeira et al. (2015). Esta escala avalia os padrões de relação familiar mediante o nível de coesão (limites e fronteiras internas da família) e o nível de flexibilidade (capacidade de responder à mudança). É composta por 62 itens, pontuados numa escala de tipo *Likert*, com 5 níveis de resposta do item 1 ao 52 (1 = *Discordo Totalmente*; 2 = *Discordo*; 3 = *Indeciso*; 4 = *Concordo*; 5 = *Concordo Totalmente*), e 4 níveis de resposta do item 53 ao item 62 (1 = *Insatisfeito*; 2 = *Geralmente Satisfeito*; 3 = *Muito Insatisfeito*; 4 = *Totalmente Insatisfeito*).

Esta escala compreende ainda 2 subescalas equilibradas e 4 subescalas desequilibradas. As subescalas equilibradas são a subescala (1) Coesão Equilibrada e a subescala (2) Flexibilidade Equilibrada. As subescalas desequilibradas são: a subescala (1) Desmembrada, a subescala (2) Emaranhada, a subescala (3) Rígida e a subescala (4) Caótica. São também incluídas uma subescala para avaliar o nível de Comunicação e uma subescala para avaliar o nível de Satisfação da Família. Cada uma das subescalas é composta por 7 itens, com exceção das subescalas da Comunicação e da Satisfação da família, que são compostas por 10 itens cada. Os itens estão distribuídos da seguinte forma: subescala da Coesão Equilibrada = 1, 7, 13, 19, 25, 31 e 37; subescala da Flexibilidade Equilibrada = 2, 8, 14, 20, 26, 32 e 38; subescala Desmembrada = 3, 9, 15, 21, 27, 33 e 39; subescala Emaranhada = 4, 10, 16, 22, 28, 34 e 40; subescala Rígida = 5, 11, 17, 23, 29, 35 e 41; subescala Caótica = 6, 12, 18, 24, 30, 36 e 42; subescala da Comunicação = 43 a 52; subescala da Satisfação = 53 a 62 (Olson & Gorall, 2003).

As pontuações da FACES IV são obtidas através de percentis, rácios e dimensões. Os percentis são utilizados para pontuar as seis subescalas, bem como as escalas de Satisfação e Comunicação. Os percentis podem ser usados tanto para fins de investigação quanto para uso clínico, podendo ser convertidos a partir das tabelas de conversão disponíveis no Anexo IV.

Os rácios determinam o quanto um sistema familiar pode ser equilibrado ou desequilibrado em relação à coesão e à flexibilidade. Estas pontuações são úteis para testar relações curvilíneas, considerando que rácios acima de 1 representam famílias mais equilibradas do que desequilibradas, enquanto rácios abaixo de 1 representam sistemas familiares mais desequilibrados do que equilibrados. Neste contexto, são

calculados três tipos de rácios: rácio de coesão, rácio de flexibilidade e rácio circumplexo total. Esses rácios são calculados dividindo a subescala equilibrada pela média das subescalas desequilibradas, conforme exemplificado no quadro seguinte.

Quadro 2. Identificação das fórmulas de cálculo dos rácios da FACES IV

| | | |
|--------|-------------------|--|
| Rácios | Coesão | $\text{Coesão Equilibrada} / [(\text{Emaranhada} + \text{Desmembrada}) / 2]$ |
| | Flexibilidade | $\text{Flexibilidade Equilibrada} / [(\text{Rígida} + \text{Caótica}) / 2]$ |
| | Circumplexo Total | $[(\text{Coesão Equilibrada} + \text{Flexibilidade Equilibrada}) / 2] / [(\text{Emaranhada} + \text{Desmembrada} + \text{Rígida} + \text{Caótica}) / 4]$ |

As dimensões sintetizam as pontuações das subescalas equilibradas e desequilibradas das dimensões coesão e flexibilidade de forma a posicionar o sistema familiar no Modelo Circumplexo. Estas pontuações não são adequadas para investigação, mas são de grande utilidade na prática clínica. O modelo tem 5 níveis para cada dimensão que se refletem em 25 tipos de sistema familiar diferentes: nove sistemas equilibrados, doze sistemas equilibrados em uma dimensão e desequilibrados na outra e quatro sistemas desequilibrados em ambas as dimensões.

A FACES IV tem revelado características métricas adequadas em vários estudos (Neves, 2015; Olson, 2011; Rebelo, 2008; Silva, 2015). No estudo psicométrico da escala, feito por Olson (2011), a escala revelou uma forte consistência interna: Coesão Equilibrada = 0,89; Flexibilidade Equilibrada = 0,84; Desmembrada = 0,87; Emaranhada = 0,77; Rígida = 0,82; Caótica = 0,86.

Na população portuguesa, estudos realizados por Neves (2015) e Silva (2015) revelaram que a escala é dotada de forte consistência interna, sendo os valores do alfa de cronbach para as subescalas os seguintes: Coesão Equilibrada = 0,72; Flexibilidade Equilibrada = 0,60; Desmembrada = 0,78; Emaranhada = 0,34; Rígida = 0,55; Caótica = 0,77; Comunicação = 0,91; Satisfação = 0,94 e Coesão Equilibrada = 0,77; Flexibilidade Equilibrada = 0,64; Desmembrada = 0,74; Emaranhada = 0,47; Rígida = 0,65; Caótica = 0,73; Comunicação = 0,90; Satisfação = 0,94, respetivamente. Os alfas de cronbach totais da escala foram de 0,82 no estudo de Silva (2015) e de 0,81 no estudo de Neves (2015). Por sua vez, as subescalas Flexibilidade Equilibrada, Emaranhada e Rígida apresentam qualidades psicométricas mais baixas, no entanto e de uma forma geral, as

características métricas da escala são boas (acima de 0,70). As correlações entre as subescalas em Silva (2015) apresentam resultados idênticos aos obtidos por Olson (2011).

Partindo ainda do pressuposto que o funcionamento familiar pode ser entendido através de respostas dadas por um elemento da família, Smilkstein, em 1978 desenvolve o APGAR familiar (Smilkstein, 1978).

A fim de estabelecer os parâmetros pelos quais a saúde funcional de uma família pode ser medida, foram selecionados, pelo autor, cinco componentes básicos do funcionamento familiar, pois pareceram representar temas comuns na literatura das ciências sociais que abordam famílias. Esta decisão empírica permitiu o desenvolvimento de um paradigma de funcionamento familiar que pode ser comparado ao sistema orgânico do corpo, em que cada componente tem uma função única, mas cada um deles está interrelacionado com o todo. A família em saúde pode ser considerada uma unidade que nutre e demonstra a integridade das componentes de (1) *Adaptation* (Adaptação), (2) *Partnership* (Participação), (3) *Growth* (Crescimento), (4) *Affection* (Afeto) e (5) *Resolve* (Resolução/Dedicação) APGAR (Smilkstein, 1978).

Assim, para conhecer a percepção que membros têm sobre a funcionalidade da sua família, neste estudo recorreu-se ao APGAR familiar de Smilkstein (1978), versão portuguesa de Agostinho e Rebelo (1988). Consiste num instrumento que se apresenta sob a forma de cinco perguntas fechadas, e que é introduzido pelo autor como um teste de triagem para dar uma rápida visão geral das componentes da função familiar. As referidas perguntas permitem a medição qualitativa da satisfação dos membros da família, com cada uma das cinco componentes básicas da função familiar, definidas pelo acrónimo APGAR (Smilkstein, 1978). Essas componentes são definidas pelo autor como:

- **Adaptação** (*Adaptability*) – Forma como se utilizam os recursos internos e externos na resolução dos problemas, especialmente se estes constituírem uma ameaça para o sistema familiar;
- **Participação** (*Partnership*) – Modo como as decisões e responsabilidades são partilhadas pelos membros da família;

- **Crescimento** (*Growth*) – Compreende a maturidade física, psíquica, emocional e realização conseguida pelos membros da família, através de um mútuo apoio e orientação;
- **Afeto** (*Affection*) – Existência de relações de cuidados ou ternura entre os membros da família;
- **Resolução/dedicação** (*Resolve*) – Reflete o compromisso tomado de dedicar tempo a outros membros da família, encorajando-os física e emocionalmente. O que implica também uma decisão na partilha de bens e espaço.

Cada questão pode assumir três opções de resposta: *quase sempre*, *algumas vezes* e *quase nunca*, sendo atribuídas as cotações de 2, 1 e 0 pontos, respetivamente. O resultado final da escala obtém-se pela soma das pontuações, podendo variar entre 0 e 10 pontos.

O total das pontuações permite classificar as famílias em:

- Família com alta funcionalidade - 7 a 10 pontos;
- Família com disfunção moderada - 4 a 6 pontos;
- Família com disfunção acentuada - 0 a 3 pontos.

Autoperceção do Estado de Saúde

Nos dias de hoje, há um número crescente de indicadores que se baseiam na perceção do indivíduo ou da população, refletindo a natureza subjetiva da visão do ser humano quanto ao seu estado de saúde e de doença. Um dos principais indicadores é a Autoperceção do Estado de Saúde (Figueiredo, 2015).

Este indicador é também referido como a autoavaliação do estado de saúde ou autoapreciação do estado de saúde. Trata-se de um tipo de indicador que define o perfil de saúde do indivíduo (Santos & Pereira, 2008) e permite complementar indicadores do estado de saúde mais objetivos de medição de saúde e de doença nas populações. A autoperceção da saúde, enquanto indicador subjetivo do estado de saúde, permite medir construtos relativos ao estado físico e mental do indivíduo, os quais transcendem as interpretações clínicas dos sintomas.

Tradicionalmente, a percepção de saúde, tem sido associada principalmente aos problemas de saúde de natureza física, às capacidades funcionais e aos comportamentos de saúde. No entanto, alguns estudos também reconhecem como aspetos diretamente relacionados a este conceito, fatores relacionais, sociais e psicológicos da vida do indivíduo (Rohlf's et al., 2000).

No âmbito deste estudo, para avaliar o indicador de estado de saúde subjetivo, foi ministrada uma pergunta de escolha múltipla com as seguintes opções de resposta: Fraca, Razoável, Boa, Muito Boa e Ótima.

Saúde Mental

A saúde mental é um indicador significativo do estado de saúde de uma população, (Khan et al., 2015). O seu conceito inclui a ausência de sinais tradicionais de psicopatologia, como sintomas de ansiedade e depressão, bem como a presença de marcadores de bem-estar psicológico como sentir-se alegre, interesse pela vida e prazer.

Assim, a saúde mental pode incluir a capacidade de um indivíduo em aproveitar ou se divertir na vida, bem como de atingir um equilíbrio entre as diferentes atividades do dia a dia e esforços para alcançar a resiliência psicológica, (Khan et al., 2015). Indivíduos mentalmente saudáveis podem expressar as suas emoções e adaptar-se com mais sucesso a todo um conjunto de circunstâncias *stressantes* (Friedli & WHO, 2009).

A Organização Mundial da Saúde define a saúde mental de um indivíduo como um estado de condição mental positiva em que ele percebe as suas capacidades, gere o *stress* normal da vida, mobiliza esforços eficazes e eficientes e é capaz o suficiente de dar algum contributo à sociedade. Ela é parte integrante da saúde, e nenhuma delas pode existir sem a outra, sendo a saúde mental, física e social interdependentes. A saúde e doença podem coexistir, exceto se saúde for definida como ausência de doença.

Por sua vez, a investigação, tem evidenciado a existência de uma dimensão positiva (bem-estar psicológico, estado de saúde mental positivo) e outra negativa (distresse psicológico, estado de saúde mental negativo) (Veit & Ware, 1983).

O bem-estar é considerado um conceito amplo, diversificado e difuso. Consiste numa atitude positiva em relação à vida. O bem-estar psicológico tem sido expresso como um

construto com componentes cognitivas e afetivas, tais como a satisfação com a vida, emoções positivas e negativas, prazer, contentamento e congruência entre os objetivos de vida previstos e conseguidos (Awan & Sitwat, 2014). Myers e Diener (1995) definiram três componentes essenciais do bem-estar: (1) a satisfação com a vida que mede a tendência de um indivíduo gostar do seu trabalho e se sentir contente com os seus próprios relacionamentos; (2) a presença relativa de afetos positivos, que mede a sensação de emoções agradáveis e (3) a ausência relativa de afetos negativos, o que significa falta de sentimentos negativos como ansiedade, depressão e raiva (Kahneman & Krueger, 2006).

Por sua vez, o distresse psicológico descreve estados negativos de saúde mental. Winefield e colaboradores (2012) conceitualizaram-no como a falta de interesse, dificuldade em dormir, sentir-se desiludido ou triste, desesperado e com ideação suicida. Da mesma forma, Cardozo et al. (2012) ilustraram o sofrimento psicológico como a condição perturbadora para gerir as circunstâncias frustrantes ou prejudiciais. Segundo Caron e Liu (2010), a angústia é a condição tendenciosa negativa de estar nervoso, inquieto, preocupado e irritado. O sofrimento psíquico pode ser definido como uma compreensão constante de tristeza, ansiedade, mau humor e dificuldade em manter relações sociais.

Com base nestes pressupostos, foram desenvolvidas diversas medidas de avaliação em saúde mental. Um dos instrumentos desenvolvidos foi o Mental Health Inventory (MHI). Como explicam Veit e Ware (1983), o MHI começou a ser desenvolvido em 1975 como uma medida destinada a avaliar o distresse psicológico e o bem-estar na população em geral e não apenas nas pessoas com doença mental diagnosticada.

Como medida de Bem-Estar Psicológico e de Distresse Psicológico, neste estudo, utilizou-se o Inventário de Saúde Mental (ISM), versão portuguesa de Ribeiro (2001). Este instrumento consiste num questionário de autorresposta, que tem como objetivo medir a Saúde Mental na população geral. Partindo do pressuposto que a Saúde Mental pode ser entendida num *continuum*, entre uma avaliação de estados positivos e negativos, este instrumento de avaliação psicológica procura detetar, em pessoas que à partida não têm diagnóstico de uma doença mental, alterações no seu estado de saúde, destacando a importância do bem-estar subjetivo como um indicador consistente de

Saúde Mental (Brook et al., 1979; Ostroff, et al., 1996, Ribeiro, 2001; Ware et al., 1984).

Inclui 38 itens que se agrupam em cinco dimensões, três negativas (Ansiedade – 10 itens, Depressão – cinco itens, Perda de Controlo Emocional/Comportamental – nove itens), que formam a subescala de Distresse Psicológico, e duas positivas (Afeto Positivo – 11 itens, Laços Emocionais – três itens), formando a subescala de Bem-estar Psicológico. As duas escalas resultam do somatório dos resultados brutos obtidos em cada item, e podem combinar-se formando um índice de Saúde Mental. Os resultados de Distresse Psicológico podem variar entre 24 e 142 pontos e os de Bem-estar Psicológico entre 14 e 84 pontos. Os itens 1, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 14, 17, 18, 22, 23, 26, 31, 34 e 37, apresentam cotação invertida. Pontuações mais elevadas correspondem a mais saúde mental (menos ansiedade, depressão e perda de controlo emocional, e mais afeto positivo e laços emocionais).

O MHI apresenta uma boa consistência interna em cada uma das cinco dimensões, nas duas subescalas e na escala total, com alfas de cronbach desde 0,81 (Laços Emocionais) a 0,96 (Escala Total). A versão portuguesa (Inquérito de Saúde Mental) apresenta valores de satisfatórios a elevados e comparáveis ao instrumento original.

Quadro 3. Identificação das dimensões e respetivos itens do Inquérito de Saúde Mental (Ribeiro, 2001)

| | | |
|--------------------|---|--|
| Bem-estar Positivo | Ansiedade 10 Itens | 11 – Muito nervoso 3 – Nervoso ou apreensivo por coisas que aconteceram 13 – Tenso e irritado 15 – As mãos a tremer quando fazia algo 25 – Incomodado devido ao nervoso 29 – Cansado inquieto e impaciente 32 – Confuso ou perturbado 33 – Ansioso ou preocupado 35 – Dificuldade em se manter calmo 22 – Relaxar sem dificuldade |
| | Depressão 5 Itens | 9 – Deprimido 27 – Triste e em baixo 30 – Rabugento e de mau humor 36 – Espiritualmente em baixo 38 – Debaixo de grande pressão ou stresse |
| | Perda de Controlo Emocional e Comportamental 9 Itens | 8 – Preocupado por perder a cabeça 14 – Controlo de comportamento, pensamentos, sentimentos 18 – Sentiu emocionalmente estável 20 – Sentiu como se fosse chorar 21 – Seria melhor que não existisse 24 – Tudo acontece ao contrário do desejado 19 – Triste e em baixo 28 – Pensar em acabar com a vida 16 – Sem futuro |

(Continuação do Quadro 3)

| | | |
|------------------------------|-----------------------------|---|
| <i>Distresse Psicológico</i> | Afeto Positivo 11 Itens | 1 – Feliz e satisfeito 14 – Futuro promissor 12 – Esperar ter um dia interessante 6 – Relaxado e sem tensão 7 – Prazer no que faz 5 – Dia a dia interessante 17 – Calmo e em paz 26 – Vida é uma aventura maravilhosa 31 – Alegre, animado e bem-disposto 34 – Pessoa feliz 37 – Acordou fresco e repousado |
| | Laços Emocionais 3 Itens | 2 – Sentiu-se só 10 – Sentiu-se amado e querido 23 – Relações amorosas satisfatórias |

Saúde do Sono

Para a avaliação da saúde do sono das figuras parentais, recorreu-se à Sleep Health Scale (SHS). Este instrumento foi adaptado da Regularity Satisfaction Alertness Timing Efficiency Duration (RU SATED), versão original proposta por Buysse (2014) e validado para a população portuguesa por Becker et al. (2018).

A RU SATED é uma escala autorreferida que avalia seis dimensões centrais da boa saúde do sono, que têm sido frequentemente associadas a vários desfechos de saúde: (1) regularidade, (2) satisfação subjetiva, (3) alerta em horas de vigília, (4) tempo apropriado, (5) alta eficiência e (6) duração adequada. Apresenta critérios quantitativos específicos para cinco das seis dimensões que possuem medidas paralelas dentro dos níveis comportamental e fisiológico, excetuando-se para a satisfação do sono, que é, por definição, subjetiva, (Buysse, 2014). O *score* total resulta da soma das pontuações de todos os itens, podendo variar entre 0 (má saúde do sono) e 30 (boa saúde do sono) (Becker et al., 2018).

No que diz respeito aos dados psicométricos na validação do instrumento, as 6 dimensões da SHS apresentaram coeficiente de confiabilidade global (α de cronbach) de 0,847, indicando um adequado grau de consistência interna (Becker et al., 2018).

Prevalência de Hipertensão

Em relação à prevalência da hipertensão, para além da toma de medicação prescrita por um médico para reduzir os valores da pressão sanguínea e do diagnóstico autodeclarado,

foram formuladas duas questões para registrar o valor da pressão sanguínea: a primeira a questionar se avaliou a pressão sanguínea nos últimos 12 meses; em caso afirmativo, a segunda perguntava qual o último valor registrado por um profissional de saúde nos 12 meses anteriores à recolha dos dados.

Assim, foram considerados hipertensos os inquiridos que apresentaram, na última avaliação, um valor de pressão arterial sistólica registada igual ou superior a 140 mmHg ou um valor de pressão arterial diastólica registada igual ou superior a 90 mmHg (DGS, 2013), conforme a Norma da DGS 28/09/2011 19/03/2013, sobre a definição e classificação de hipertensão arterial. Consideraram-se também hipertensos os inquiridos que estavam em tratamento medicamentoso para a hipertensão ou com diagnóstico autodeclarado.

Prevalência de Diabetes

A prevalência da diabetes reportada neste estudo corresponde à última avaliação do nível de glucose no sangue em jejum. De acordo com os critérios de diagnóstico estabelecidos pela Norma 002/2011 de 14/01/2011 da Direção Geral da Saúde (DGS) (DGS, 2011) - Diagnóstico e Classificação da Diabetes *Mellitus*, são consideradas diabéticas as pessoas com um nível de glucose no sangue em jejum igual ou superior a 126 mg/dL. Foram ainda considerados diabéticos os inquiridos que referiram estar a tomar medicação receitada por um médico para reduzir os níveis de glucose no sangue ou com diagnóstico autodeclarado.

Similarmente à variável anterior, foram formuladas duas questões para registrar o nível de glicose de sangue em jejum: a primeira a questionar se avaliou a glicémia nos últimos 12 meses; e, em caso afirmativo, a segunda que questionava qual o último valor registrado por um profissional de saúde nos 12 meses anteriores à recolha dos dados.

Prevalência de Colesterol Total Elevado

Para o cálculo da prevalência de colesterol total elevado reportada neste relatório, foi considerado o último valor de colesterol total registado por um profissional de saúde, nos 12 meses anteriores à recolha dos dados, superior ou igual a 190 mg/dL (INSA, 2016a). A prevalência calculada inclui também os inquiridos que relataram estar a

tomar medicação prescrita por um médico para reduzir os níveis de colesterol, bem como aqueles com diagnóstico autodeclarado.

Para registrar o nível de colesterol total sangue formularam-se as mesmas duas questões referidas anteriormente nas outras prevalências: se avaliou o colesterol nos últimos 12 meses. Em caso afirmativo questionou-se qual o último valor registrado por um profissional de saúde, até aos últimos 12 meses anteriores à recolha dos dados.

Prevalência de Doença Crónica Autodeclarada

A definição desta variável teve como referência o Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico 2013-2016 e o Inquérito Nacional de Saúde 2014. A área da inquirição referente à doença crónica permitiu recolher informações sobre a existência ou não de doenças crónicas que durem há mais de 6 meses (ou que se preveja virem a durar mais de 6 meses). No caso de o participante afirmar ter doença crónica foi-lhe solicitado que registasse qual (INSA, 2016a; INSA, 2016b).

Padrão de Consumo de Medicamentos

Com base no Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico 2013-2016, na área do medicamento, procurou saber-se a utilização de medicamentos prescritos pelo médico nas duas semanas anteriores à recolha de dados, assim como o objetivo dos mesmos. A avaliação desta variável contemplou ainda a utilização de medicamentos sem prescrição médica, incluindo suplementos e/ou vitaminas (INSA, 2016a).

Suporte Social Percebido

A investigação é consensual sobre a importância do suporte social para a saúde (Berkman & Glass, 2000; Cohen & Lemay, 2007; Diong et al., 2005; Gottlieb, 1985; Harris et al., 1999).

O suporte social é concebido como um fator positivo que contribui, quer para manter o estado de saúde, quer para recuperar do estado de doença (Cohen & Syme, 1985). Os estudos realizados neste âmbito têm evidenciado que o suporte social é um amortecedor dos impactos do *stress* na saúde, está associado à redução do bem-estar e ao agravamento do efeito dos agentes causadores de *stress* (Dunbar et al., 1998).

Schwarzer e Knoll (2007) consideram o suporte social um construto que se reveste de uma grande complexidade e de características multifacetadas, tendo já alguns investigadores alertado para uma considerável diversidade na sua conceitualização e mensuração (Cohen & Wills, 1985). Tal facto, exigiu da investigação a definição de algumas conceitualizações e aplicação de diferentes escalas de medida, o que por sua vez veio dificultar ainda mais a comparação dos dados obtidos referentes ao papel do apoio social.

Moak e Agrawal (2009) referem-se ao suporte social como um recurso psicossocial que está acessível no contexto de contatos interpessoais e na rede social.

Assim, vários investigadores dividem-no em duas subcategorias: o suporte estrutural e o funcional (Cohen & Wills, 1985).

O suporte funcional está relacionado com a experiência ou expectativa de obter apoio da família, amigos e vizinhos (Grav et al., 2011) e o suporte estrutural refere-se fundamentalmente ao tamanho, ao tipo de rede social e à frequência de contato, isto é, diz respeito às características da rede de suporte, e teoricamente inclui a dimensão (o número de pessoas que constituem a rede), a densidade (natureza da relação), a frequência de contato com a fonte de suporte e a acessibilidade.

Segundo Cohen e Wills (1985), a componente estrutural do suporte social refere-se à existência de relacionamentos, enquanto a componente funcional avalia o grau em que essas relações servem a funções particulares e fornecem recursos.

No que respeita às dimensões funcionais a literatura destaca: (1) o suporte emocional que envolve a preocupação, o amor e a empatia; (2) o suporte instrumental ou tangível que consiste na ajuda material ou na assistência comportamental; (3) o suporte cognitivo, que inclui informação, orientação ou *feedback* que pode ajudar a solucionar um problema; e (4) o suporte avaliativo que diz respeito aos comportamentos que ajudam o indivíduo a compreender um acontecimento gerador de *stress*, bem como a identificar os recursos e as estratégias de *coping* que poderão ser delineadas e implementadas. Alguns autores acrescentam ainda o suporte de estima que consiste na informação de que a pessoa é estimada e aceite. A autoestima é aumentada pela

comunicação à pessoa de que ela é admirada pelo seu valor e experiências é aceite independentemente das dificuldades ou falhas pessoais (Calheiros & Paulino, 2007).

Alguns autores ainda apontam para a distinção teórica entre o apoio efetivamente recebido no passado e a perceção de disponibilidade de apoio no futuro (Schwarzer & Knoll, 2007). O último refere-se à expectativa de um indivíduo em obter apoio, se necessário enquanto o apoio recebido se refere à experiência passada de obter realmente apoio (Schulz & Schwarzer, 2004).

Apesar do grande corpo de pesquisas sobre apoio social, algumas lacunas importantes na literatura têm sido observadas, especialmente no campo dos estudos parentais.

Seguindo Geens e Vandebroek (2014), o apoio social tem sido frequentemente analisado em relação à saúde dos pais como um amortecedor contra possíveis resultados negativos para as crianças. Pelo contrário, menos atenção tem sido dada aos aspetos relacionais do apoio social e às muitas interações possíveis entre uma diversidade de pessoas como fontes relevantes de apoio no processo quotidiano dos pais.

Assim, a provisão de apoio social através das redes pessoais desempenha um papel crucial no que diz respeito à disponibilização de recursos e ao gerar de oportunidades para partilhar as soluções de problemas, bem como auxiliar na preparação para lidar com o dia a dia.

Face ao exposto optou-se pela Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido, para avaliar o suporte social, uma vez que foi criada para avaliar subjetivamente o suporte social proveniente da família, dos amigos e de outros significativos. A referida escala, originalmente desenvolvida por Zimet et al. (1988), foi adaptada e validada para a população portuguesa, por Carvalho et al. (2011). Apresentou uma boa consistência interna, entre 0,85 e 0,95, demonstrando assim ter adequadas características psicométricas para poder ser utilizada na população portuguesa em contextos clínicos e não clínicos.

É uma escala de autorresposta tipo *Likert*, composta por 12 itens dos quais 4 avaliam o suporte social percebido com origem na família, outros 4 avaliam o suporte proveniente dos amigos e os restantes 4 o suporte social percebido proveniente de outros significativos; existe igualmente uma medida de suporte social total. A cotação de cada

uma das 3 subescalas faz-se somando os quatro itens e dividindo por quatro, o valor do total da escala obtém-se somando todos os 12 itens e dividindo por 12. A pontuação máxima de cada subescala, bem como do total da escala é 7 (Zimet et al., 1988).

Hábitos Tabágicos

Atendendo à categoria hábitos tabágicos questionou-se o hábito no momento presente (fumador, ex-fumador e não fumador). Na presença de um fumador, foram avaliadas as práticas de fumo tais como o número médio de cigarros (dia, semana, mês), e o número de anos de fumo.

Nos inquiridos que indicaram ser ex-fumadores foi recolhida informação quanto à idade em que iniciaram o consumo e o número de anos de consumo. Também se procurou conhecer o número de vezes que tinham tentado deixar de fumar.

Por fim, na exposição ambiental ao fumo do tabaco procurou-se saber se habitualmente efetuavam exposição passiva ao fumo em locais fechados.

Padrão Alimentar

Esta variável foi operacionalizada tendo como referência o Inquérito Nacional Alimentar e de Atividade Física 2014-2016 (Lopes et al., 2017). Assim, neste âmbito procurou recolher-se um conjunto de informações no momento atual sobre os hábitos alimentares que vão desde o número de refeições diárias, à frequência com que os inquiridos comeram/beberam, numa semana típica nos últimos 12 meses, alimentos como fruta (excluindo sumos de fruta e bebidas frutadas), sumo de fruta e/ou vegetais (naturais ou produtos com 100,0% sumo), sopa de legumes e vegetais no prato (cozinhados ou em cru).

Foi ainda avaliado o consumo de sal, inquirindo os participantes como comem na maioria das vezes, em que numa escala de 0,0% a 100,0%, 0,0% representa uma comida sem sal e 100,0% uma comida muito salgada.

Hábitos Alcoólicos

Para caracterização do consumo de álcool têm sido utilizados diversos instrumentos, contudo, no presente estudo foi utilizado o *Alcohol Use Disorders Identification Test*

(AUDIT), uma vez que a Norma da DGS, nº 030/2012 de 28/12/2012 atualizada a 18/12/2014, recomenda a deteção precoce e uma intervenção breve no consumo excessivo de álcool, nos indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos (Direção Geral da Saúde, 2014).

Para tal, propõe-se aos clientes uma avaliação inicial do risco de consumo excessivo de álcool através das três primeiras perguntas do questionário AUDIT, também designado por AUDIT-C (Anderson et al., 2005; Gual et al., 2002), contudo, nos inquiridos, do sexo masculino, com *score* igual ou superior a 5 pontos no AUDIT-C e nos do sexo feminino com *score* igual ou superior a 4 pontos deve ser proposta a realização das restantes sete perguntas do questionário AUDIT (Anderson et al., 2005).

Foi criada uma versão *standard* deste instrumento, em 1989, pela OMS, tendo sido validado em vários países, inclusive para Portugal, em 2002, por Roque da Cunha. Foi desenhado como um questionário, por forma a adequar mais a sua utilização aos Cuidados de Saúde Primários e tendo-se a sua utilização já revelado importante para a uma adequada triagem e diagnóstico de Problemas Ligados ao Álcool, através da deteção dos diferentes níveis de consumo de álcool, desde o consumo baixo risco, de risco, nocivo e ainda a dependência, de uma forma rápida e simplificada.

O estudo de validação original do AUDIT apresentou uma sensibilidade de 92,0% e uma especificidade de 94,0% para um ponto de corte de 8 pontos na deteção de consumos de risco e nocivo atuais (Saunders et al., 1993), apresentando uma performance igual ou superior a outros instrumentos (Heather et al., 2006).

É um instrumento de fácil aplicação, podendo ser ministrado sob a forma de entrevista ou como questionário auto preenchido (Anderson et al., 2005).

Consiste em 10 questões sobre uso de álcool, sintomas de dependência e problemas relacionados com o álcool. Os resultados expressam-se em valores entre 0 e 40 e, quando superior a 8, há consumo excessivo.

Este instrumento é composto por dez questões: três relacionadas com o uso de álcool, quatro sobre dependência e três sobre problemas decorrentes de consumo. O inquirido deve responder a cada item, utilizando uma escala de 4 pontos.

As perguntas 1 a 8 fornecem respostas numa escala de 0 a 4 pontos (0 – *Nunca*; 1 – *menos de uma vez por mês*; 2 – *pelo menos uma vez por mês*; 3 – *pelo menos uma vez por semana* e 4 – *diariamente ou quase diariamente*) e as respostas às perguntas 9 e 10 cotam-se com 0, 2 e 4 pontos, em que 0 corresponde à resposta *não*; 2 a *sim, mas não nos últimos 12 meses* e 4 *sim, aconteceu nos últimos 12 meses*).

Os *scores* obtidos refletem os níveis de risco relacionados com o consumo de álcool em que um *score* de 0 corresponde a um nível de consumo abstinente, um *score* de 1 a 7 um nível de consumo bebedores de baixo risco ou moderado, um *score* de 8 a 19, um nível de consumo bebedores de risco (8-15) e nocivo (16-19) e por fim o *score* de 20 a 40, a um nível de consumo dependência (OMS, 2001).

Hábitos de Atividade Física Regular

Com base no Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física 2014-2016 (Lopes et al., 2017), no âmbito de pesquisa dos hábitos de atividade física, procurou saber-se, numa semana típica, quantos dias por semana os inquiridos fazem atividade física regular como correr, andar de bicicleta ou outras, de forma a sentirem-se cansados(as). Os que responderam praticar atividade física regular pelo menos um dia foram questionados sobre a duração média em minutos dessa atividade.

Comportamentos Preventivos de Saúde Oral

Em Portugal têm sido realizados desde 1986, programas de promoção da saúde e prevenção das doenças orais, dirigidos especialmente às crianças e aos jovens, sob orientação técnico-normativa da DGS.

As doenças orais, como a cárie dentária e as doenças periodontais, assumem-se como um sério problema de saúde pública, na medida em que afetam grande parte da população, influenciam os seus níveis de saúde, de bem-estar, de qualidade de vida e são vulneráveis a estratégias de intervenção conhecidas e comprovadamente eficientes (Anon, 2014).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a saúde oral é a ausência de dor crónica facial e na boca, de cancro oral e da garganta, de feridas orais, de defeitos congénitos orais como o lábio e/ou fenda palatina, de doença periodontal, de perda de dentes e de

outras doenças e perturbações orais que afetam a cavidade oral e a boca. Embora esta definição possa parecer completa, representa, todavia, unicamente um estado de saúde oral ideal.

Segundo Évora e Fortes (2013) a saúde oral consiste numa componente essencial da saúde geral, sendo o índice elevado de saúde oral um direito humano fundamental. A obtenção da saúde oral faculta a ação adequada das funções de digestão, fonação e respiração, constituindo-se como uma grande importância nas ações de promoção da saúde oral, sendo esta indispensável nas diferentes fases da vida.

Portugal é dos países da Europa onde as taxas de tratamento dentário são mais baixas, o que se deve às políticas de orçamento aplicadas pelo Ministério da Saúde, bem como dos valores aplicáveis aos tratamentos realizados nos consultórios privados.

Estima-se que aproximadamente 50,0% da população portuguesa não recorre a cuidados de saúde oral por motivos de ordem financeira, resultando numa procura do profissional de saúde oral mais em situações de urgência (Lopes, 2012).

Assim, tendo como referência o Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico 2013-2016 procurou conhecer-se os comportamentos preventivos de saúde oral, nomeadamente a regularidade das consultas de estomatologista ou dentista, a razão para ter (ou não) consultado um estomatologista ou dentista, a existência de próteses, implantes e pivôs fixos, a regularidade de escovagem dos dentes, a escovagem dos dentes antes de deitar e a utilização de outros produtos para a higiene oral, para além da pasta dentífrica (INSA, 2016a).

Comportamentos Preventivos de Saúde Geral

Atendendo aos comportamentos preventivos de saúde geral, foram definidas algumas questões que permitiram monitorizar esta categoria nomeadamente a medição da pressão sanguínea, do nível do colesterol e do nível de glucose no sangue os quais constituem elementos fundamentais para o diagnóstico do estado de saúde, uma vez que permitem avaliar respetivamente a função cardíaca, o metabolismo das gorduras e a concentração de glucose no sangue. Em caso afirmativo, optou-se por registar a medição dos parâmetros por um profissional de saúde nos 12 meses anteriores à recolha dos dados (INSA, 2016b).

Comportamentos de Adesão ao Rastreio da Doença Oncológica

Relativamente à categoria da realização de rastreios oncológicos, esta engloba a realização de análises sanguíneas e de exames médicos. Entre as análises destaca-se o teste do *Prostate Specific Antigen* (PSA) e a pesquisa de sangue oculto nas fezes. Como principais exames médicos incluíram-se a mamografia, a colpocitologia e a colonoscopia. Neste sentido, os participantes foram questionados sobre a regularidade de realização das análises e exames médicos descritos anteriormente. Aos que responderam afirmativamente foi ainda questionado quando foi a última realização.

Esta variável foi operacionalizada tendo como referência o Inquérito Nacional de Saúde e Exame Físico 2013-2016, bem como o Inquérito Nacional de Saúde 2014, (INSA, 2016a; INSA, 2016b).

Comportamentos de Adesão à Vacinação

No que diz respeito aos comportamentos de adesão à vacinação, foram inquiridos os hábitos de vacinação contra o tétano e difteria. Aos inquiridos que responderam afirmativamente foi também questionado o ano da realização da última inoculação.

Padrão de Utilização dos Serviços de Saúde

A avaliação da utilização dos serviços de saúde englobou o local da prestação e a natureza dos serviços: hospitalar (em regime de internamento) e cuidados de saúde primários (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados ou Unidade de Saúde Família) assim como a utilização de outros serviços e de medicinas complementares.

Na secção dos cuidados de saúde recebidos em ambiente hospitalar procurou conhecer-se a sua utilização nos últimos 12 meses anteriores à recolha de dados, o número de internamentos, o número de dias e o motivo do internamento.

Os mesmos indicadores foram utilizados no que diz respeito à secção dos cuidados de saúde recebidos no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários. Mais especificamente foi questionado há quantos meses realizou a última consulta médica e de enfermagem na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados ou Unidade de Saúde Familiar, o motivo das consultas e os dias esperados desde a marcação até à consulta.

Para completar a avaliação desta categoria foi ainda questionada a utilização, nos últimos 12 meses, de outro serviço de saúde (fisioterapia, nutrição, psicologia, terapia da fala e consulta de especialidade). O recurso às medicinas complementares contemplou os serviços de homeopatia, acupuntura, fitoterapia e outras medicinas alternativas (INSA, 2016a).

4.3.4 - Procedimentos na recolha dos dados

Relativamente ao procedimento de recolha dos dados, antes da recolha dos mesmos, foi realizada uma reunião com os enfermeiros das Unidades Funcionais de Saúde, com o objetivo de contextualizar a temática da investigação. Durante esta reunião, procurou-se sensibilizar os profissionais de saúde para a importância da identificação das necessidades em Cuidados de Enfermagem, integradas em perfis de saúde das famílias. Também foi destacada a relevância de uma abordagem diferenciada, direcionada para os diversos perfis de saúde das famílias, contribuindo para a melhoria dos cuidados, registos e indicadores na Enfermagem de Saúde Familiar. No final da sessão, foi apresentado à equipa o protocolo de investigação, abordando os seus objetivos, metodologia e demais esclarecimentos que se consideraram oportunos.

A recolha de dados foi efetuada através de um questionário de autopreenchimento, conforme referido anteriormente, elaborado para o efeito. Este processo decorreu entre janeiro de 2021 e junho de 2021. Aos participantes foi fornecida toda a informação sobre o estudo, incluindo o tema, os objetivos, a identificação da investigadora responsável pelo protocolo, o enquadramento da investigação e os fins a que se destina, através do Consentimento Informado, Livre e Esclarecido. Foram ainda garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados, os quais permaneceram disponíveis até à conclusão do estudo. Só foi permitido o preenchimento de apenas um questionário por família.

Os membros que exerciam papel parental na família foram convidados a participar no estudo no final da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil, pelos enfermeiros de família de cada Unidade que aceitaram colaborar no estudo. Após a aceitação de participação, os enfermeiros de família disponibilizaram o instrumento de

recolha de dados e orientaram os participantes sobre o preenchimento e a devolução do questionário, assim que fosse concluído o seu preenchimento.

O questionário, a sua apresentação e o Consentimento Informado, Livre e Esclarecido foram disponibilizados em envelope individual, sem qualquer identificação, pré-pago e preenchido apenas com a morada da investigadora principal.

Quanto à recolha dos questionários preenchidos, esta foi efetuada de duas formas distintas. As famílias que procederam ao preenchimento do instrumento nas Unidades de Saúde fecharam o envelope e colocaram o mesmo numa caixa fechada e selada destinada para o efeito, que se encontrava na(s) sala(s) de espera das Unidades de Saúde. Aquelas que preferiram efetuar o preenchimento do instrumento posteriormente, puderam colocar o envelope fechado no correio (uma vez que este era pré-pago e já continha a morada da investigadora principal) ou dirigiram-se à Unidade de Saúde e colocaram na caixa que estava disponível na(s) sala(s) de espera.

A investigadora principal deslocou-se regularmente às Unidades de Saúde, para acompanhar o processo de recolha de dados e para esclarecer dúvidas que surgiram durante o processo.

4.3.5 - Procedimentos no tratamento e análise dos dados

Relativamente aos procedimentos adotados no tratamento e análise dos dados, o agrupamento dos sujeitos em estudo foi efetuado com recurso a uma análise de clusters não hierárquica, com o método *K-Means*, que agrega os dados em torno de um núcleo (centróide), utilizando para isso uma medida de distância. Os dados dentro de cada agrupamento (clusters) são mais similares entre si, enquanto os dados entre clusters são menos similares.

Relativamente às variáveis utilizadas na clusterização, foram analisadas várias opções, nomeadamente a seleção de variáveis de caracterização da saúde individual e familiar (autoperceção de saúde e funcionamento familiar). Na primeira opção, analisou-se a junção das duas variáveis, sendo que, quando conjugada a variável do funcionamento familiar com a autoperceção, a informação dos clusters não variou muito,

permanecendo muito semelhante à que foi criada utilizando apenas a autopercepção. Da análise desta conjugação, verificou-se ainda que as médias do Rácio Total, nos clusters, eram muito próximas, pelo que a variável que permitia uma maior discriminação entre os clusters era a autopercepção.

Posteriormente, foi testada a possibilidade de clusterização com recurso a todas as subescalas do Funcionamento Familiar. Observados os centroides, estes também se apresentaram pouco discriminativos.

Por último, optou-se por definir os clusters utilizando a variável Rácio Total do Funcionamento Familiar, a qual revelou valores médios bastante mais discriminativos, razão pela qual se optou por utilizar esta variável na definição dos clusters.

Para a caracterização e análise dos Perfis de Saúde recorreu-se a uma análise estatística descritiva e inferencial. Na análise descritiva, as variáveis categóricas foram descritas através de frequências absolutas e relativas, e as variáveis contínuas através da média e do desvio-padrão ou da mediana e percentis, em função da simetria da sua distribuição.

Para testar hipóteses sobre igualdade de médias de grupos, foram utilizados o teste *t* para grupos independentes e a análise de variância a um fator, quando era lícito assumir que as distribuições das variáveis eram normais. Adicionalmente, foram testadas hipóteses sobre a distribuição de variáveis contínuas com distribuição não normal, através da utilização do teste não paramétrico Kruskal-Wallis, em função da natureza das hipóteses testadas. Para testar hipóteses sobre a independência de variáveis categóricas, foram aplicados o teste de Qui-quadrado de independência ou o teste Exato de Fisher, conforme apropriado.

Em todos os testes de hipóteses foi considerado um nível de significância de $\alpha = 5,0\%$. As associações estatisticamente significativas foram assinaladas a **negrito**.

A análise foi efetuada utilizando o programa de análise estatística de dados SPSS® v.28.0 (Statistical Package for the Social Sciences).

4.4 - PAINEL DELPHI

Depois da construção de uma primeira proposta da Matriz de Apoio à Tomada de Decisão Clínica em Enfermagem de Saúde Familiar, que emergiu da interpretação dos dados produzidos na fase anterior e da sustentação da análise produzida, julgou-se importante recolher os consensos de peritos para considerar uma melhor afirmação dos dados. Na construção dos diagnósticos de enfermagem e intervenções de enfermagem propostos na Matriz de Apoio à Tomada de Decisão Clínica em Enfermagem de Saúde Familiar, foi adotada a linguagem classificada para a prática de enfermagem: CIPE.

4.4.1 - Tipo de estudo

Como forma de validação do documento supramencionado, foi realizado um estudo quantitativo descritivo, com recurso à técnica de Delphi, uma vez que, tal como defendido por Nworie (2011), a perspectiva coletiva proporciona maior consistência aos resultados.

A concretização do Painel Delphi foi orientada pelas referências de Manizade e Manson (2010), Clibbens et al. (2012) e Justo (2005). Esta técnica consiste num processo sistematizado, destinado à construção de consensos de opiniões, entre um grupo de peritos sobre um tema específico, através da aplicação de questionários estruturados, realizados em rondas sucessivas, acompanhados de *feedback* estatístico a cada resposta, até alcançar o consenso (Scarparo et al., 2012).

O processo de desenvolvimento do Painel Delphi é apresentado na figura seguinte.

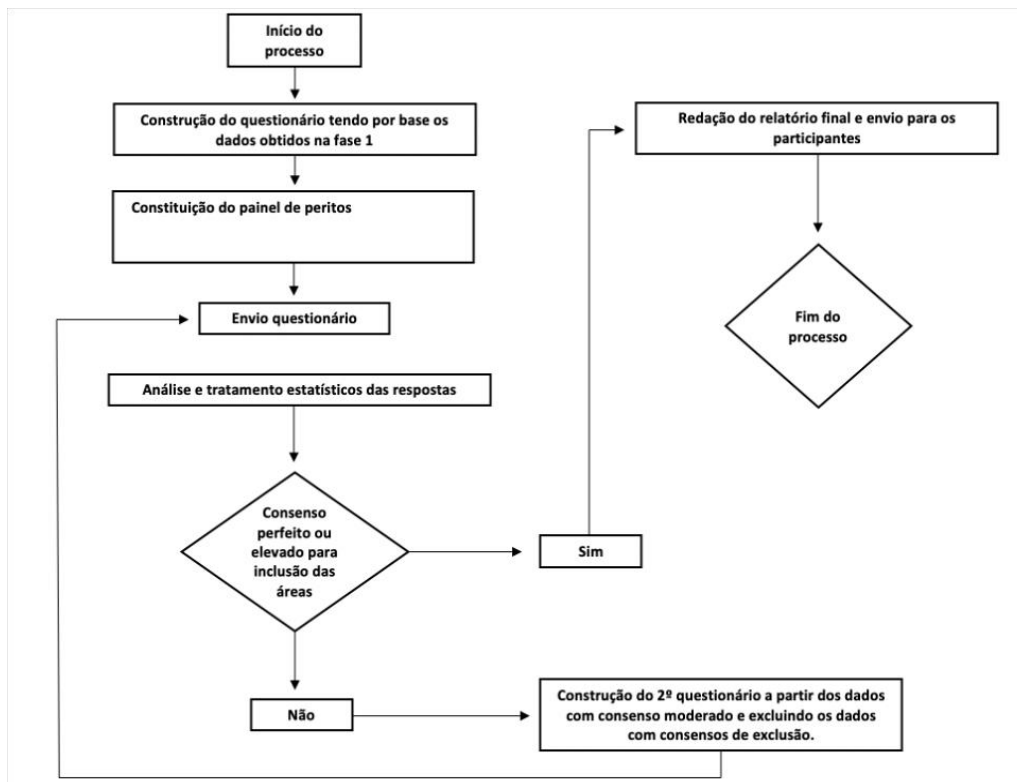


Figura 4. Representação esquemática do processo de desenvolvimento do Painel Delphi

Este processo teve início com a elaboração de um questionário, desenvolvido com base nos dados obtidos na fase 1. Em seguida, foi constituído um painel de peritos, aos quais foi enviado o questionário para preenchimento. Posteriormente, realizou-se a análise e o tratamento estatístico das respostas da ronda 1, seguida da elaboração e envio do relatório aos peritos. Para as áreas que não obtiveram consenso perfeito ou elevado, foi construído o segundo questionário, o qual foi reenviado aos peritos. Seguidamente, procedeu-se à análise e ao tratamento das respostas da ronda 2. O processo foi concluído com o envio do relatório final da ronda 2 aos participantes.

4.4.2 - População e amostra

A amostra deste estudo foi constituída por um grupo de peritos na área da Enfermagem de Saúde Familiar. O consenso sobre quem é deveras perito, juiz ou *expert* em enfermagem não é unânime na literatura, pois, embora existam algumas propostas, estas

introduzem considerações que obrigam muitos investigadores a ajustarem aos critérios sugeridos. Contudo, devida à sua relevância, dois critérios são frequentemente mencionados: a experiência clínica e os conhecimentos teóricos (Lopes et al., 2012).

Por sua vez, alguns investigadores que têm procurado estabelecer um modelo de *expert* em enfermagem atribuem a perícia àqueles que combinam a formação académica com a experiência clínica (Benner et al., 2009). Assim, e em consonância com o tema e os objetivos da investigação, os critérios de seleção dos peritos conjugam a componente académica com a experiência clínica.

Em concordância com o exposto, encontra-se o modelo proposto por Lopes et al. (2012), o qual recomenda a criação de dois grupos de peritos: um grupo com maior enfoque na experiência clínica e o outro na especialização na área em estudo.

Assim, neste estudo, para a seleção dos participantes a integrar o painel de peritos, foram considerados critérios de inclusão baseados nas recomendações metodológicas de Lopes et al. (2012). Foram estabelecidos dois grupos de peritos: o Grupo I, composto por enfermeiros com maior enfoque na experiência clínica, e o Grupo II, formado por enfermeiros com experiência mais académica. Foram convidados a participar no estudo os enfermeiros que cumpriam os critérios de seleção apresentados no quadro seguinte.

Quadro 4. Critérios de seleção dos peritos

| GRUPO I | GRUPO II |
|--|---|
| Ser Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar ou possuir a pós-graduação/mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar | Ser Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar ou possuir a pós-graduação/mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar. |
| Ter mais de 5 anos de experiência clínica em Cuidados de Saúde Primários | Ter doutoramento em Enfermagem ou doutoramento em curso com mestrado concluído |
| | Ter realizado investigação ou ter mais de 5 anos de experiência clínica em Cuidados de Saúde Primários |

A seleção dos peritos foi efetuada com recurso a uma amostra intencional, com a colaboração da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar, que

endereçou o convite, por correio eletrônico, aos seus membros que cumpriam os critérios de inclusão para participar no estudo.

Esperando-se uma abstenção de 30,0 a 50,0% na ronda 1 e de 20,0 a 30,0% na ronda 2 (Wright & Giovinazzo, 2000), foram identificados 38 peritos. Embora o número ideal de participantes identificado na literatura seja muito variado (Powell, 2003), pretende-se que este não seja inferior a 10 (Miranda et al., 2012; Marques & Freitas, 2018) e superior a 30 (Marques & Freitas, 2018). Um número inferior a 10 participantes pode comprometer a eficácia do consenso e a relevância das informações obtidas, enquanto um número muito superior gera complexidade na administração e análise dos dados (Miranda et al., 2012).

Os 38 peritos que constituíram o painel encontraram-se distribuídos por duas rondas, resultando em 30 respostas completas (12 na ronda 1 e 18 na ronda 2). Na ronda 1, registou-se uma taxa de participação de 31,6% e, na ronda 2, de 47,4%.

4.4.3 - Instrumento de recolha dos dados

Para a recolha dos consensos dos peritos, foram construídos dois questionários (ronda 1 e ronda 2), utilizando a aplicação EU Survey.

O primeiro questionário foi composto por uma secção introdutória e três partes. Na secção introdutória, foram apresentadas informações relacionadas com o estudo, as instruções para preenchimento do questionário e a garantia de anonimato das respostas fornecidas. A primeira parte do questionário incluiu questões que permitiram caracterizar os participantes ao nível socioprofissional e formativo. Na segunda parte, foi avaliado o grau de concordância com os critérios de diagnóstico face aos diagnósticos apresentados. Na terceira parte, os peritos foram questionados sobre o grau de concordância face às intervenções de enfermagem que respondiam aos diagnósticos.

O segundo questionário foi estruturado da mesma forma que o primeiro, com a secção introdutória e primeira parte idênticas. Na segunda parte, foi questionado o grau de concordância com os critérios de diagnóstico que obtiveram um valor percentual inferior a 75,0% de respostas no sentido de concordância. Como os itens em questão se

referiam a critérios diagnósticos e não foram registadas contribuições, optou-se por construir o instrumento da ronda 2 com uma proposta isolada dos, com intuito de perceber se a discordância dos peritos se referia a todos os critérios ou a algum(uns) em específico(os).

Em ambos os questionários, no final de cada secção, foi disponibilizado um campo de escrita livre para os peritos expressarem as suas opiniões e sugestões de alteração ou melhoria dos itens.

Para se quantificar a opinião dos peritos, foi utilizada uma escala tipo *Likert*, com cinco opções: *Discordo Totalmente*; *Discordo*; *Nem concordo nem discordo*; *Concordo* e *Concordo Totalmente*, correspondendo, respetivamente, aos *scores* de 1 a 5.

4.4.4 - Procedimentos na recolha dos dados

Relativamente aos procedimentos na recolha dos dados, tal como referido anteriormente, foi estabelecido um primeiro contacto com os participantes pela Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar. Após este contacto, com os peritos que aceitaram participar, foi estabelecido um segundo contacto, igualmente pela via eletrónica (*email*), no qual foi disponibilizado o *link* de acesso ao instrumento de recolha de dados (ronda 1) e solicitado o registo da sua opinião quanto ao grau de concordância com os critérios diagnósticos e as intervenções de enfermagem propostas.

O mesmo procedimento foi repetido para o envio do questionário da ronda 2. O processo de rondas foi concluído quando foi atingido o nível de consenso e estabilidade desejado (2 rondas).

A ronda 1 decorreu em março e a ronda 2 em abril de 2023.

O envio do questionário utilizado na ronda 1 foi precedido de um pré-teste, que consistiu na sua aplicação a três elementos externos à investigação, que cumpriam os critérios de inclusão definidos para a seleção dos peritos, conforme o preconizado por Peixoto et al. (2022).

Quanto ao prazo de devolução do questionário ao investigador, este foi de 2 semanas em ambas as rondas, conforme proposto por Cassiani e Rodrigues (1996).

4.4.5 - Procedimentos no tratamento e análise dos dados

No tratamento e análise dos dados, relativamente ao nível de consenso, adotou-se o valor percentual de 75,0% de respostas no sentido de concordância, sendo 100% considerado como consenso perfeito (Scarparo et al., 2012). Assim, a concordância positiva foi definida pela soma da percentagem das respostas assinaladas como *Concordo* e *Concordo Totalmente* (scores 4 e 5).

Por outro lado, a existência de 75,0% ou mais participantes enquadrados nos *scores* 1 e 2 (*Discordo Totalmente* e *Discordo*) definiu o critério para a repetição da aplicação dos questionários (ronda 2), conforme proposto por Manizade e Manson (2010) e Clibbens et al. (2012).

No quadro 7 são apresentados os critérios de inclusão dos dados na Matriz de Apoio à Tomada de Decisão Clínica, com base o consenso identificado. Na definição do consenso, foi considerada a análise dos *scores* obtidos em cada uma das respostas, sendo o consenso atingido sempre que, relativamente a cada item, se verificaram as condições apresentadas no quadro seguinte.

Quadro 5. Critérios de inclusão e exclusão em relação aos consensos (adaptado de Goossen, 2000)

| CONSENSO | DEFINIÇÃO ^(a) |
|--|--|
| Consenso (Critério de inclusão dos dados na matriz de apoio a tomada de decisão clínica) | Mediana – igual ou superior a 4; Mais de 75% dos membros do painel de peritos encontram-se entre os <i>scores</i> 4 e 5; Ausência de comentários dos membros do painel que indiquem ambiguidades ou má compreensão das questões. |
| Consenso (Critério de exclusão dos dados na matriz de apoio a tomada de decisão clínica) | Mediana - igual ou inferior a 2; Mais de 75% dos membros do painel de peritos encontram-se entre os <i>scores</i> 1 e 2; Ausência de comentários dos membros do painel que indiquem ambiguidades ou má compreensão das questões. |
| Sem consenso | Todas as outras respostas, que não corresponderem aos critérios descritos para consenso. |

(a)A definição dos critérios de análise da mediana terá em consideração a utilização duma escala tipo *Likert* (*scores* 1 a 5).

Por outro lado e de acordo com Sousa (2006), foram considerados três níveis de consenso, relativamente aos critérios de inclusão e exclusão (quadro 6).

Quadro 6. Níveis de Consenso (adaptado de Sousa, 2006)

| CONSENSO | NÍVEL DE CONSENSO | DEFINIÇÃO |
|----------------------|-------------------|--|
| Critério de inclusão | Consenso perfeito | Todos os participantes concordam completamente com a questão |
| | Consenso elevado | Critérios de inclusão (tabela 1) Desvio padrão igual ou inferior a 1,0 Amplitude inter-quartil igual ou inferior a 1,0 |
| | Moderado | Critérios de inclusão (tabela 1) Desvio padrão superior a 1,0 Amplitude inter-quartil superior a 1,0 |
| Critério de exclusão | Consenso perfeito | Todos os participantes discordam completamente com a questão |
| | Consenso elevado | Critérios de exclusão (tabela 1) Desvio padrão igual ou inferior a 1,0 Amplitude inter-quartil igual ou inferior a 1,0 |
| | Moderado | Critérios de exclusão (tabela 1) Desvio padrão superior a 1,0 Amplitude inter-quartil superior a 1,0 |

A par das frequências dos *scores* (Nworie, 2011), a análise dos dados foi complementada com o recurso a medidas de tendência central (média, mediana e moda) e de dispersão (desvio-padrão e amplitude inter-quartil), conforme os critérios de análise utilizados por Goossen (2000), Manizade e Manson (2010) e Clibbens et al. (2012).

Além do consenso (entendido como baixa divergência na distribuição das respostas a um determinado item em torno de uma resposta média), vários autores destacam a importância de considerar a análise da estabilidade, ou seja, a ausência de contribuições novas e a pouca alteração das respostas do painel entre rondas (Osborne et al., 2003). Assim, para determinar a estabilidade das respostas a cada item, foi calculado o coeficiente de variação (desvio-padrão / média das respostas). Considera-se baixa dispersão de respostas quando o coeficiente de variação é inferior a 15,0%, média dispersão quando o coeficiente de variação está entre 15,0 e 30,0% e alta dispersão quando o coeficiente de variação é superior a 30,0% (Bendel et al., 1989; Pestana & Gageiro, 2014).

PARTE III

RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO

CAPÍTULO V

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A seguir, são apresentados os resultados obtidos no estudo observacional, realizado conforme a metodologia descrita anteriormente.

Com base na estruturação do instrumento de recolha de dados e nos objetivos do estudo, os resultados encontram-se organizados em duas partes: na primeira, são identificados os Perfis de Saúde (clusters) e, na segunda, é efetuada a sua caracterização, análise de variabilidade e a relação entre os mesmos e as variáveis de caracterização da saúde individual e familiar.

5.1 - IDENTIFICAÇÃO DOS PERFIS DE SAÚDE DAS FAMÍLIAS COM FILHOS MENORES A SEU CARGO

Na tabela que se segue encontram-se apresentados os resultados relativos à identificação dos clusters (perfis de saúde das famílias).

Tabela 1. Identificação dos Clusters/Perfis

| | Cluster 1 | | Cluster 2 | | Cluster 3 | | Cluster 4 | | Cluster 5 | | <i>p-value</i> ¹ |
|-------------------------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------------------------|
| | n=21 | | n=100 | | n=181 | | n=43 | | n=129 | | |
| Rácio total, media (dp) | 2,52 | (0,18) | 1,99 | (0,11) | 1,67 | (0,08) | 1,06 | (0,14) | 1,42 | (0,09) | <0,001 |

¹Teste Anova

Através da leitura da tabela 1, pode verificar-se que foram definidos 5 clusters. Observa-se também que o cluster 3 agregou o maior número de indivíduos (n=181), enquanto o cluster 1 apresentou o menor número (n=21).

Relativamente ao Funcionamento Familiar, embora todos os clusters tenham apresentado um Rácio Total Equilibrado, o cluster 1 corresponde ao grupo de indivíduos com um Rácio Total de Funcionamento Familiar mais equilibrado (\bar{X} =2,52;

dp=0,18), enquanto o cluster 4 representa os indivíduos com os *scores* médios de Rácio Total mais baixos ($\bar{X}=1,06$; dp=0,14).

Uma vez que os sujeitos são agrupados nos clusters de modo que, dentro de cada cluster, sejam o mais semelhantes possível e, entre clusters, sejam dissemelhantes, espera-se que as diferenças entre as médias dos clusters sejam significativamente diferentes em pelo menos um dos grupos. Para confirmar este facto, foi calculada a Anova, que detetou diferenças significativas ($p=0,001$) entre as médias do Rácio Total em pelo menos um dos cinco clusters.

5.2 - ANÁLISE DA VARIABILIDADE E DETERMINAÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE OS PERFIS DE SAÚDE DAS FAMÍLIAS E AS VARIÁVEIS DE CARATERIZAÇÃO INDIVIDUAL E FAMILIAR

Os resultados da análise da variabilidade e da determinação da relação entre os perfis de saúde das famílias e as variáveis de caraterização individual e familiar são apresentados com base nos dados obtidos nos indicadores dos Determinantes da Saúde Demográficos e Sociais, seguidos pelos indicadores dos Determinantes da Saúde Comportamentais e Biológicos, e, por fim, pelos indicadores do Estado de Saúde.

5.2.1 - Indicadores dos Determinantes da Saúde Demográficos e Sociais

No que diz respeito aos Determinantes da Saúde Demográficos e Sociais, serão apresentados nas tabelas seguintes os dados que permitem efetuar a caraterização sociodemográfica dos participantes, nomeadamente: sexo, idade, nacionalidade, habilitações académicas, local de residência, situação religiosa, condição perante o trabalho, setor de exercício de atividade, tipo de vínculo laboral, profissão, notação social da família, composição familiar, tipo de família, notação social, suporte social, tipo de família, composição familiar, número de filhos, idade média dos filhos e o suporte social percebido.

Na tabela 2 são descritos os dados da idade, nacionalidade, sexo, local de residência, habilitações académicas, situação religiosa, condição perante o trabalho, setor de exercício de atividade e tipo de vínculo laboral dos participantes.

Tabela 2. Caracterização dos Clusters: Indicadores dos Determinantes da Saúde Demográficos e Sociais (idade, nacionalidade, sexo, local de residência, habilitações académicas, situação religiosa, condição perante o trabalho, setor de exercício de atividade e tipo de vínculo laboral)

| | Total | | Cluster 1 | | Cluster 2 | | Cluster 3 | | Cluster 4 | | Cluster 5 | | p-value |
|------------------------------------|-------|--------|-----------|---------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|--------------------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | |
| Idade | | | | | | | | | | | | | 0,127 ¹ |
| Média | 41 | | 40 | | 41 | | 42 | | 42 | | 41 | | |
| dp | 7 | | 6 | | 7 | | 6 | | 7 | | 6 | | |
| Min | 22 | | 28 | | 25 | | 22 | | 26 | | 26 | | |
| P 25 | 37 | | 36 | | 37 | | 38 | | 37 | | 37 | | |
| Mediana | 41 | | 40 | | 41 | | 42 | | 40 | | 41 | | |
| P 75 | 46 | | 44 | | 45 | | 46 | | 47 | | 44 | | |
| Max | 60 | | 54 | | 54 | | 60 | | 57 | | 57 | | |
| n | 474 | | 21 | | 100 | | 181 | | 43 | | 129 | | |
| Nacionalidade | | | | | | | | | | | | | 0,058 ² |
| Portuguesa | 456 | (96,2) | 21 | (100,0) | 99 | (99,0) | 176 | (97,2) | 41 | (95,3) | 119 | (92,2) | |
| Outro | 18 | (3,8) | 0 | (0,0) | 1 | (1,0) | 5 | (2,8) | 2 | (4,7) | 10 | (7,8) | |
| Sexo | | | | | | | | | | | | | 0,331 ² |
| Feminino | 390 | (82,3) | 20 | (95,2) | 84 | (84,0) | 151 | (83,4) | 33 | (76,7) | 102 | (79,1) | |
| Masculino | 84 | (17,7) | 1 | (4,8) | 16 | (16,0) | 30 | (16,6) | 10 | (23,3) | 27 | (20,9) | |
| Local de residência | | | | | | | | | | | | | 0,449 ² |
| Rural | 145 | (30,7) | 5 | (23,8) | 26 | (26,3) | 61 | (33,7) | 10 | (23,3) | 43 | (33,3) | |
| Urbano | 328 | (69,3) | 16 | (76,2) | 73 | (73,7) | 120 | (66,3) | 33 | (76,7) | 86 | (66,7) | |
| Habilitações académicas | | | | | | | | | | | | | 0,035 ² |
| Até 3º ciclo | 60 | (12,7) | 0 | (0,0) | 7 | (7,0) | 23 | (12,7) | 12 | (27,9) | 18 | (14,0) | |
| Secundário | 146 | (30,8) | 5 | (23,8) | 27 | (27,0) | 56 | (30,9) | 12 | (27,9) | 46 | (35,7) | |
| Licenciatura | 208 | (43,9) | 11 | (52,4) | 54 | (54,0) | 78 | (43,1) | 14 | (32,6) | 51 | (39,5) | |
| Mestrado e Doutoramento | 60 | (12,7) | 5 | (23,8) | 12 | (12,0) | 24 | (13,3) | 5 | (11,6) | 14 | (10,9) | |
| Situação religiosa | | | | | | | | | | | | | 0,656 ² |
| Praticante | 231 | (48,7) | 7 | (33,3) | 49 | (49,0) | 87 | (48,1) | 22 | (51,2) | 66 | (51,2) | |
| Não praticante | 243 | (51,3) | 14 | (66,7) | 51 | (51,0) | 94 | (51,9) | 21 | (48,8) | 63 | (48,8) | |
| Condição perante o trabalho | | | | | | | | | | | | | 0,319 ² |
| Desempregado | 30 | (6,3) | 2 | (9,5) | 6 | (6,0) | 7 | (3,9) | 5 | (11,6) | 10 | (7,8) | |
| Empregado | 444 | (93,7) | 19 | (90,5) | 94 | (94,0) | 174 | (96,1) | 38 | (88,4) | 119 | (92,2) | |
| | | | | | | | | | | | | | 0,521 ² |

(Continuação da tabela 2)

| | Total | | Cluster 1 | | Cluster 2 | | Cluster 3 | | Cluster 4 | | Cluster 5 | | p-value |
|--|-------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|---------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | |
| Setor de exercício de atividade | | | | | | | | | | | | | |
| Administração pública | 151 | (34,1) | 7 | (36,8) | 34 | (36,2) | 59 | (34,1) | 16 | (42,1) | 35 | (29,4) | |
| Setor empresarial público | 24 | (5,4) | 2 | (10,5) | 6 | (6,4) | 6 | (3,5) | 0 | (0,0) | 10 | (8,4) | |
| Setor privado por conta de outrem | 236 | (53,3) | 8 | (42,1) | 49 | (52,1) | 95 | (54,9) | 21 | (55,3) | 63 | (52,9) | |
| Setor privado por conta própria | 32 | (7,2) | 2 | (10,5) | 5 | (5,3) | 13 | (7,5) | 1 | (2,6) | 11 | (9,2) | |
| Tipo de vínculo laboral | | | | | | | | | | | | | |
| Contrato de trabalho por tempo indeterminado | 324 | (73,1) | 13 | (68,4) | 70 | (74,5) | 128 | (74,0) | 25 | (65,8) | 88 | (73,9) | - |
| Contrato de trabalho a termo | 67 | (15,1) | 3 | (15,8) | 14 | (14,9) | 27 | (15,6) | 6 | (15,8) | 17 | (14,3) | |
| Contrato em comissão de serviço | 5 | (1,1) | 1 | (5,3) | 2 | (2,1) | 0 | (0,0) | 1 | (2,6) | 1 | (0,8) | |
| Outro | 47 | (10,6) | 2 | (10,5) | 8 | (8,5) | 18 | (10,4) | 6 | (15,8) | 13 | (10,9) | |

¹Teste Anova; ²Teste Qui quadrado

Considerando a distribuição dos indivíduos dos clusters em análise, pelas principais variáveis sociodemográficas, a **idade** dos participantes variou entre 22 e 60 anos, sendo a sua média de 41 anos. No cluster 4 são onde se encontram os indivíduos mais velhos, por 75,0% destes terem 47 anos ou menos ($\bar{X}=42,0$) e no cluster 1 os mais novos ($\bar{X}=40,0$; P75=44,0). As diferenças de idade nos grupos não são estatisticamente significativas ($p=0,127$).

Relativamente à **nacionalidade**, a larga maioria dos inquiridos é de nacionalidade Portuguesa (96,2%), encontrando-se o maior número de inquiridos de nacionalidade estrangeira no cluster 5 (7,8%). A análise da nacionalidade tendo em conta os países estrangeiros com maior representação, permitiu destacar os países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (Guiné-Bissau e São Tomé e Príncipe (1,9% da totalidade dos inquiridos estrangeiros), os países Latino Americanos (Brasil, Canadá e América, no conjunto, 1,0%) e os países europeus (França e Espanha, que perfazem, no conjunto, um total de 0,8%). As diferenças nos grupos não são estatisticamente significativas ($p=0,058$).

No que diz respeito ao **sexo**, observou-se uma maior proporção de mulheres (82,3%) do que **homens** (17,7%), que participaram no estudo, registando-se esta tendência em

todos os clusters. Relativamente às diferenças encontradas entre os grupos, não se verificou serem estatisticamente significativas ($p=0,331$).

Mais de dois terços dos inquiridos residem em **meio urbano** (69,3%), observação também registada em todos os clusters. No local de residência as diferenças estatísticas entre os grupos não são significativas ($p=0,449$).

No que respeita às **habilitações académicas**, observou-se que os indivíduos com licenciatura representavam 43,9% da amostra, seguidos dos que têm o ensino secundário (30,8%) e dos que têm escolaridade até ao 3º ciclo (12,7%) e mestrado e/ou doutoramento (12,7%). O cluster que integra mais indivíduos com habilitações académicas superiores é o cluster 1 (76,2%) e com menos (44,2%) o cluster 4. As diferenças nos grupos são estatisticamente significativas ($p=0,035$).

A análise da **situação religiosa** dos inquiridos mostra uma distribuição semelhante entre os praticantes (51,3%) e os não praticantes (48,7%), observando-se um ligeiro domínio dos não praticantes. Os clusters onde se encontram mais indivíduos praticantes são o 4 e 5, ambos com (51,2%). Já os não praticantes são mais frequentes no cluster 1 (66,7%). As diferenças entre os grupos não são estatisticamente significativas ($p=0,656$).

A análise de amostra relativamente à **condição perante o trabalho** evidencia o domínio dos empregados (93,7%). No que respeita à distribuição desta pelos clusters, foi o cluster 4 que registou maior percentagem de desempregados (11,6%) e o cluster 3 menor (3,9%). Dos que trabalham, a maioria **exerce a sua atividade** no setor privado por conta de outrem (53,3%), seguidos dos que exercem na administração pública (34,1%). Os inquiridos que exercem a sua atividade no setor privado por conta de outrem são mais frequentes no cluster 4 (55,3%). No que diz respeito ao tipo de **vínculo laboral**, predominam os inquiridos com contrato de trabalho por tempo indeterminado (73,1%), encontrando-se estes em maior proporção no cluster 2 (74,5%). Na condição perante o trabalho e no setor de atividade, as diferenças entre os grupos não se revelaram estatisticamente significativas ($p=0,319$) e ($p=0,521$), respetivamente.

De seguida são apresentados os dados da profissão dos participantes e da notação social da família.

Tabela 3. Caracterização dos Clusters: Indicadores dos Determinantes da Saúde Demográficos e Sociais (profissão e notação social da família)

| | Total | | Cluster 1 | | Cluster 2 | | Cluster 3 | | Cluster 4 | | Cluster 5 | | p-value ² |
|--|-------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|----------------------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | |
| Profissão | | | | | | | | | | | | | - |
| Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos e dirigentes, diretores e gestores executivos | 3 | (0,7) | 0 | (0,0) | 1 | (1,1) | 1 | (0,6) | 1 | (2,6) | 0 | (0,0) | |
| Especialistas das atividades intelectuais e científicas | 44 | (9,9) | 3 | (15,8) | 11 | (11,7) | 14 | (8,0) | 4 | (10,5) | 12 | (10,1) | |
| Técnicos e profissionais de nível intermédio | 171 | (38,5) | 10 | (52,6) | 42 | (44,7) | 72 | (41,4) | 8 | (21,1) | 39 | (32,8) | |
| Pessoal administrativo | 29 | (6,5) | 2 | (10,5) | 5 | (5,3) | 11 | (6,3) | 3 | (7,9) | 8 | (6,7) | |
| Trabalhadores dos serviços pessoais de proteção e segurança e vendedores | 182 | (41,0) | 4 | (21,1) | 33 | (35,1) | 68 | (39,1) | 21 | (55,3) | 56 | (4,1) | |
| Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura da pesca e da floresta | 2 | (0,5) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 2 | (1,7) | |
| Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices | 6 | (1,4) | 0 | (0,0) | 1 | (1,1) | 4 | (2,3) | 0 | (0,0) | 1 | (0,8) | |
| Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | |
| Trabalhadores não qualificados | 7 | (1,6) | 0 | (0,0) | 1 | (1,1) | 4 | (2,3) | 1 | (2,6) | 1 | (0,8) | |
| Notação social da família | | | | | | | | | | | | | 0,144 |
| Classe Média Baixa | 159 | (35,9) | 9 | (50,0) | 36 | (37,9) | 66 | (38,8) | 12 | (30,8) | 36 | (29,8) | |
| Classe Média | 191 | (43,1) | 6 | (33,3) | 31 | (32,6) | 74 | (43,5) | 20 | (51,3) | 60 | (49,6) | |
| Classe Média Alta | 93 | (21,0) | 3 | (16,7) | 28 | (29,5) | 30 | (17,6) | 7 | (17,9) | 25 | (20,7) | |

²Teste Qui quadrado

Na **profissão**, o peso proporcional dos trabalhadores dos serviços pessoais de proteção e segurança e vendedores foi o mais elevado (41,0%), seguido pelo dos técnicos e profissionais de nível intermédio (38,5%). Na distribuição pelos clusters, os primeiros são mais frequentes no cluster 4 (55,3%) e os segundos no cluster 1 (52,6%).

A **notação social** das famílias às quais pertenciam as figuras parentais inquiridas, evidencia um predomínio da classe média (43,1%), seguida das classes baixa e média baixa (35,90%), contrastando com o registado nas classes média alta e alta (21,0%). Os

indivíduos pertencentes às classes sociais mais baixas encontram-se representados com maior expressão no cluster 1 (50,0%) e os das classes sociais mais altas no cluster 2 (24,5%). A classe social média encontra-se representada de forma mais significativa no cluster 4 (51,3%). As diferenças entre os grupos não são estatisticamente significativas ($p=0,144$).

Na tabela que se segue podem ser observados os dados da tipologia de família, composição familiar, nº de filhos e idade média dos filhos.

Tabela 4. Caracterização dos Clusters: Indicadores dos Determinantes da Saúde Demográficos e Sociais (tipo de família, composição familiar, número de filhos e idade média dos filhos)

| | Total | | Cluster 1 | | Cluster 2 | | Cluster 3 | | Cluster 4 | | Cluster 5 | | <i>p-value</i> |
|-------------------------------|-------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|--------------------------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | |
| Tipo de família | | | | | | | | | | | | | 0,009² |
| Nuclear | 321 | (67,7) | 13 | (61,9) | 73 | (73,0) | 136 | (75,1) | 21 | (48,8) | 78 | (60,5) | |
| Monoparental | 111 | (23,4) | 7 | (33,3) | 21 | (21,0) | 30 | (16,6) | 18 | (41,9) | 35 | (27,1) | |
| Outros | 42 | (8,9) | 1 | (4,8) | 6 | (6,0) | 15 | (8,3) | 4 | (9,3) | 16 | (12,4) | |
| Composição familiar | | | | | | | | | | | | | 0,029² |
| Cônjuge e filho(s) | 357 | (75,3) | 13 | (61,9) | 79 | (79,0) | 148 | (81,8) | 24 | (55,8) | 93 | (72,1) | |
| Cônjuge, filho(s) e outros | 8 | (1,7) | 1 | (4,8) | 1 | (1,0) | 2 | (1,1) | 1 | (2,3) | 3 | (2,3) | |
| Filho(s) | 109 | (23,0) | 7 | (33,3) | 20 | (20,0) | 31 | (17,1) | 18 | (41,9) | 33 | (25,6) | |
| Número de filhos | | | | | | | | | | | | | 0,051 ³ |
| Média | 2 | | 1 | | 2 | | 2 | | 1 | | 2 | | |
| dp | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 0 | | 1 | | |
| Mín | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | |
| P 25 | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | |
| Mediana | 2 | | 1 | | 2 | | 2 | | 1 | | 2 | | |
| P 75 | 2 | | 2 | | 2 | | 2 | | 2 | | 2 | | |
| Max | 5 | | 2 | | 3 | | 5 | | 2 | | 3 | | |
| n | 474 | | 21 | | 100 | | 181 | | 43 | | 129 | | |
| Idade média dos filhos | | | | | | | | | | | | | 0,072 ³ |
| Média | 10 | | 8 | | 10 | | 11 | | 10 | | 10 | | |
| dp | 5 | | 5 | | 6 | | 5 | | 6 | | 5 | | |
| Mín | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | |
| P 25 | 5 | | 3 | | 4 | | 7 | | 5 | | 6 | | |
| Mediana | 10 | | 8 | | 10 | | 11 | | 9 | | 11 | | |
| P 75 | 15 | | 11 | | 15 | | 16 | | 15 | | 15 | | |
| Max | 21 | | 17 | | 18 | | 21 | | 18 | | 18 | | |
| n | 474 | | 21 | | 100 | | 181 | | 43 | | 129 | | |

²Teste Qui quadrado; ³Teste Kruskal-Wallis; dp – desvio padrão; P25- Percentil 25; P75 – Percentil 75; Min- Mínimo; Max- Máximo.

Relativamente à distribuição dos inquiridos por **tipologia de família**, observa-se que a maioria se distribui por duas tipologias: a nuclear e monoparental, sendo a mais prevalente a nuclear (67,7%). A distribuição pelos clusters revela maior representação dos inquiridos pertencentes a famílias nucleares no cluster 3 (75,1%) e das monoparentais no cluster 4. As diferenças encontradas nos grupos são estatisticamente significativas ($p=0,009$).

Na **composição familiar** assumem destaque as famílias compostas pelo inquirido(a), cônjuge e filho(s) (75,3%) e as compostas pelo inquirido(a) e o(s) filho(s) (23,0%). Os inquiridos pertencentes às primeiras são mais frequentes no cluster 3 (81,8%) e as segundas no cluster 4 (41,9%). As diferenças da composição familiar nos grupos são estatisticamente significativas ($p=0,029$).

Quanto ao **número de filhos**, este variou entre 1 e 5, sendo que 75,0% da amostra declarou ter dois ou menos filhos. Relativamente à sua **idade média**, esta é de 10 anos ($dp=5,0$), apresentando 75,0% da amostra filhos com idade igual ou inferior a 15 anos. A distribuição pelos clusters mostra que o 1 e 4 são onde se encontram os inquiridos com menos filhos ($\bar{X}=1,0$; $dp=1,0$). No 1 é também onde se encontram aqueles que relataram ter filhos mais novos ($\bar{X}=8,0$; $dp=5,0$) e no 3 mais velhos ($\bar{X}=11,0$; $dp=5,0$). As diferenças entre os grupos, no número e idade dos filhos não revelaram ser estatisticamente significativas ($p=0,051$; $p=0,072$).

Seguidamente são apresentados os dados do suporte social das famílias integradas em cada cluster.

Tabela 5. Caracterização dos Clusters: Indicadores dos Determinantes da Saúde Demográficos e Sociais (suporte social percebido)

| | Total | Cluster 1 | Cluster 2 | Cluster 3 | Cluster 4 | Cluster 5 | <i>p-value</i> ³ |
|--|-------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------------------------|
| Suporte social percebido proveniente da família | | | | | | | <0,001 |
| Média | 6,19 | 6,55 | 6,57 | 6,33 | 5,25 | 5,95 | |
| dp | 1,00 | 1,20 | 0,75 | 0,85 | 1,20 | 1,02 | |
| Min | 1,00 | 1,75 | 3,25 | 1,00 | 2,00 | 1,00 | |
| P 25 | 5,75 | 6,75 | 6,25 | 6,00 | 4,50 | 5,50 | |
| Mediana | 6,50 | 7,00 | 7,00 | 6,50 | 5,25 | 6,00 | |
| P 75 | 7,00 | 7,00 | 7,00 | 7,00 | 6,00 | 6,75 | |
| Max | 7,00 | 7,00 | 7,00 | 7,00 | 7,00 | 7,00 | |
| n | 465 | 21 | 100 | 176 | 41 | 127 | |
| Suporte social percebido proveniente dos amigos | | | | | | | <0,001 |
| Média | 5,70 | 6,10 | 6,00 | 5,82 | 4,83 | 5,50 | |
| dp | 1,19 | 1,47 | 1,12 | 1,03 | 1,43 | 1,16 | |
| Min | 1,00 | 1,00 | 2,25 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | |
| P 25 | 5,00 | 5,25 | 5,50 | 5,25 | 4,25 | 5,00 | |
| Mediana | 6,00 | 7,00 | 6,25 | 6,00 | 5,00 | 6,00 | |
| P 75 | 6,75 | 7,00 | 7,00 | 6,50 | 5,75 | 6,25 | |
| Max | 7,00 | 7,00 | 7,00 | 7,00 | 7,00 | 7,00 | |
| n | 465 | 21 | 100 | 176 | 41 | 127 | |
| Suporte social percebido proveniente de outros significativos | | | | | | | <0,001 |
| Média | 6,16 | 6,36 | 6,47 | 6,31 | 5,36 | 5,92 | |
| dp | 1,01 | 1,35 | 0,89 | 0,86 | 1,19 | 0,99 | |
| Min | 1,00 | 1,25 | 2,25 | 1,00 | 1,75 | 1,25 | |
| P 25 | 5,75 | 6,25 | 6,25 | 6,00 | 5,00 | 5,25 | |
| Mediana | 6,50 | 7,00 | 7,00 | 6,50 | 5,50 | 6,00 | |
| P 75 | 7,00 | 7,00 | 7,00 | 7,00 | 6,25 | 6,75 | |
| Max | 7,00 | 7,00 | 7,00 | 7,00 | 7,00 | 7,00 | |
| n | 465 | 21 | 100 | 176 | 41 | 127 | |
| Suporte Social Percebido Total | | | | | | | <0,001 |
| Média | 6,02 | 6,33 | 6,35 | 6,15 | 5,15 | 5,79 | |
| dp | 0,93 | 1,29 | 0,76 | 0,78 | 1,10 | 0,91 | |
| Min | 1,00 | 1,33 | 2,92 | 1,00 | 1,75 | 1,08 | |
| P 25 | 5,67 | 6,25 | 6,00 | 5,83 | 4,67 | 5,33 | |
| Mediana | 6,17 | 6,92 | 6,67 | 6,33 | 5,25 | 6,00 | |
| P 75 | 6,67 | 7,00 | 7,00 | 6,67 | 5,92 | 6,42 | |
| Max | 7,00 | 7,00 | 7,00 | 7,00 | 7,00 | 7,00 | |
| n | 465 | 21 | 100 | 176 | 41 | 127 | |

³Teste Kruskal-Wallis; dp – desvio padrão; P25- Percentil 25; P75 – Percentil 75; Min- Mínimo; Max- Máximo

A análise da escala que avaliou o **suporte social percebido** e cujo intervalo de resposta se situa entre 1 e 7, mostra uma média, para a Escala Total, de (\bar{X} =6,02; dp=0,93). Este resultado traduz uma tendência para um elevado suporte social, isto é, para os

participantes, de uma forma geral, se percecionarem como sendo altamente apoiados pelo seu ambiente social. Os dados registados nos clusters revelam que os indivíduos que pertencem ao cluster 2 são os que percecionam ter maior suporte social ($\bar{X}=6,35$; $dp=1,29$) e os do cluster 4 menor ($\bar{X}=5,15$; $dp=1,10$). Verifica-se ainda que as três subescalas apresentam igualmente médias tendencialmente elevadas, sendo que a média mais elevada se situa na subescala Família ($\bar{X}=6,19$; $dp=1,00$), seguida da subescala Outros significativos ($\bar{X}=6,16$; $dp=1,01$), e por fim da subescala Amigos ($\bar{X}=5,70$; $dp=1,19$). Estes resultados destacam a família como a principal fonte de suporte social percecionada pelos participantes. Os resultados obtidos em cada cluster, revelam que nos clusters 1 ($\bar{X}=6,55$; $dp=1,20$), 2 ($\bar{X}=6,57$; $dp=0,75$), 3 ($\bar{X}=6,33$; $dp=0,85$) e 5 ($\bar{X}=5,95$; $dp=1,02$) a principal fonte de Suporte Social percecionada é a família e no cluster 4 ($\bar{X}=5,36$; $dp=1,19$) são os outros significativos. As diferenças das médias obtidas na escala total e nas subescalas do suporte social são estatisticamente significativas ($p<0,001$), entre os clusters.

5.2.2 - Indicadores dos Determinantes da Saúde Biológicos e Comportamentais

Relativamente aos Determinantes da Saúde Biológicos e Comportamentais, são apresentados os dados sobre a prevalência de hipertensão, último valor registado de pressão arterial sistólica, último valor registado de pressão arterial diastólica, prevalência de diabetes, último valor registado de glicémia, prevalência de colesterol total elevado, último valor registado de colesterol total, prevalência de doença crónica autodeclarada, hábitos tabágicos, hábitos alcoólicos, hábitos de atividade física regular, padrão alimentar, comportamentos preventivos de saúde oral, comportamentos de vigilância da saúde geral, comportamentos de adesão ao rastreio da doença oncológica, comportamentos de adesão à vacinação, padrão de utilização dos serviços de saúde e padrão de consumo de medicamentos.

Na tabela seguinte são apresentados os dados das variáveis: prevalência de hipertensão, último valor registado de pressão arterial sistólica, último valor registado de pressão arterial diastólica, prevalência de diabetes, último valor registado de glicémia, prevalência de colesterol total elevado, último valor registado de colesterol total e prevalência de doença crónica autodeclarada.

Tabela 6. Caraterização dos Clusters: Indicadores dos Determinantes da Saúde Biológicos e Comportamentais (prevalência de hipertensão, último valor registado de pressão arterial sistólica, último valor registado de pressão arterial diastólica, prevalência de diabetes, último valor registado de glicémia, prevalência de colesterol total elevado, último valor registado de colesterol total, prevalência de doença crónica autodeclarada)

| | Total | | Cluster 1 | | Cluster 2 | | Cluster 3 | | Cluster 4 | | Cluster 5 | | <i>p-value</i> |
|---|-------|--------|-----------|---------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|--------------------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | |
| Prevalência hipertensão arterial | | | | | | | | | | | | | 0,952 ² |
| Não | 143 | (89,9) | 12 | (92,3) | 30 | (93,8) | 54 | (88,5) | 9 | (90,0) | 38 | (88,4) | |
| Sim | 16 | (10,1) | 1 | (7,7) | 2 | (6,3) | 7 | (11,5) | 1 | (10,0) | 5 | (11,6) | |
| Prevalência de colesterol total elevado | | | | | | | | | | | | | 0,660 ² |
| Não | 69 | (50,0) | 5 | (50,0) | 11 | (37,9) | 29 | (53,7) | 6 | (60,0) | 18 | (51,4) | |
| Sim | 69 | (50,0) | 5 | (50,0) | 18 | (62,1) | 25 | (46,3) | 4 | (40,0) | 17 | (48,6) | |
| Prevalência da diabetes | | | | | | | | | | | | | - |
| Normoglicémia | 126 | (90,6) | 12 | (100,0) | 30 | (96,8) | 50 | (98,0) | 4 | (50,0) | 30 | (81,1) | |
| Hiperglicémica Intermédia | 8 | (5,8) | 0 | (0,0) | 1 | (3,2) | 0 | (0,0) | 2 | (25,0) | 5 | (13,5) | |
| Diabetes | 5 | (3,6) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (2,0) | 2 | (25,0) | 2 | (5,4) | |
| Presença de doença crónica | | | | | | | | | | | | | 0,134 ² |
| Não | 392 | (85,2) | 14 | (66,7) | 85 | (86,7) | 146 | (84,4) | 37 | (90,2) | 110 | (86,6) | |
| Sim | 68 | (14,8) | 7 | (33,3) | 13 | (13,3) | 27 | (15,6) | 4 | (9,8) | 17 | (13,4) | |
| Último valor registado de pressão arterial sistólica | | | | | | | | | | | | | 0,195 ³ |
| Média | 116 | | 111 | | 116 | | 117 | | 121 | | 115 | | |
| dp | 17 | | 19 | | 12 | | 13 | | 11 | | 23 | | |
| Mín | 0 | | 90 | | 90 | | 88 | | 100 | | 0 | | |
| P25 | 110 | | 100 | | 110 | | 110 | | 120 | | 110 | | |
| Mediana | 120 | | 110 | | 120 | | 120 | | 120 | | 120 | | |
| P 75 | 123 | | 116 | | 124 | | 123 | | 127 | | 127 | | |
| Max | 165 | | 165 | | 135 | | 150 | | 140 | | 150 | | |
| n | 160 | | 13 | | 32 | | 61 | | 10 | | 44 | | |

(Continuação da tabela 6)

| | Total | | Cluster 1 | | Cluster 2 | | Cluster 3 | | Cluster 4 | | Cluster 5 | | p-value |
|---|-------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|--------------------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | |
| Último valor registado de pressão arterial diastólica | | | | | | | | | | | | | 0,066 ³ |
| Média | 72 | | 66 | | 71 | | 72 | | 71 | | 75 | | |
| dp | 11 | | 9 | | 10 | | 10 | | 12 | | 13 | | |
| Min | 49 | | 50 | | 50 | | 49 | | 60 | | 50 | | |
| P25 | 62 | | 60 | | 60 | | 62 | | 60 | | 68 | | |
| Mediana | 70 | | 69 | | 70 | | 72 | | 70 | | 74 | | |
| P 75 | 80 | | 70 | | 80 | | 80 | | 73 | | 80 | | |
| Max | 120 | | 87 | | 90 | | 90 | | 100 | | 120 | | |
| n | 159 | | 13 | | 32 | | 61 | | 10 | | 43 | | |

Na amostra, a **prevalência de hipertensão** foi de 10,1%. Nos clusters, esta variou entre 11,6% no cluster 5 e 6,3% no cluster 2. Relativamente ao último valor médio registado da pressão arterial sistólica este foi de 116 mmHg, tendo 75,0% dos inquiridos relataram valores iguais ou inferiores a 123 mmHg. O valor médio mais elevado foi registado nos indivíduos do cluster 4 (\bar{X} =121,0; dp=11,0) e o valor mais baixo nos do cluster 1 (\bar{X} =111,0; dp=11,0). Já, o valor médio da pressão arterial diastólica foi 72 mmHg, sendo que 75,0% dos inquiridos declaram um valor igual ou inferior a 80 mmHg. O valor médio mais elevado foi afirmado pelos inquiridos do cluster 5 (\bar{X} =75,0; dp=13,0) e o mais baixo pelos do cluster 1 (\bar{X} =66,0; dp=9,0). Ainda que se tenham observado diferenças entre os clusters, os valores médios da pressão arterial sistólica e pressão arterial diastólica e a distribuição da prevalência de hipertensão não variaram de forma estatisticamente significativa, $p=0,195$; $p=0,066$ e $p=0,952$, respetivamente.

A **prevalência de diabetes** registada na amostra foi de 3,6% e de hiperglicémica intermédia 5,8%. Teve uma variação de 2,0% e 25,0%, de acordo com o cluster, sendo mais alta no cluster 4 (25,0%) e mais baixa no cluster 3 (2,0%). O valor médio registado de glicémia foi de 92 mg/dL (dp=21,0), tendo três quartos da amostra registado um valor igual ou inferior a 95 mmHg. O valor médio mais elevado foi relatado pelos inquiridos do cluster 4 (\bar{X} =121,0; dp=65,0) e o mais baixo pelos do cluster 1 (\bar{X} =85,0; dp=10,0). As diferenças observadas entre os clusters, nos valores médios glicémia, não são estatisticamente significativas, $p=0,176$.

Na amostra, a **prevalência de colesterol total elevado** foi de 50,0%. O cluster que registou maior prevalência foi o 2 (62,1%) e o menor o 4 (40,0%). O valor médio registado de colesterol total foi de 184 mg/dL, tendo 75,0% da amostra declarado um

valor igual ou inferior a 201 mg/dL. O valor médio mais elevado foi afirmado pelos indivíduos do cluster 2 (\bar{X} =194,0; dp=30,0) e o mais baixo pelos do cluster 4 (\bar{X} =176,0; dp=33,0). Não foram registadas diferenças de valores médios nem na prevalência de colesterol total elevado estatisticamente significativas, $p=0,515$ e $p=0,660$, respetivamente.

No que respeita à **prevalência de doença crónica autodeclarada** pode observar-se que 14,8% da amostra declarou sofrer de uma doença crónica, destacando-se os inquiridos do cluster 1 com maior prevalência (33,3%) e dos do cluster 4 com menor (9,8%). As diferenças da prevalência encontradas entre os grupos não revelaram ser estatisticamente significativas ($p=0,134$).

De seguida podem ser observados os dados dos hábitos tabágicos.

Tabela 7. Caracterização dos Clusters: Indicadores dos Determinantes da Saúde Biológicos e Comportamentais (hábitos tabágicos, Exposição ao fumo passivo, nº cigarros diários, duração do consumo, idade de início do consumo, anos de consumo, nº de tentativas para cessar consumo)

| | Total | | Cluster 1 | | Cluster 2 | | Cluster 3 | | Cluster 4 | | Cluster 5 | | <i>p-value</i> |
|--|-------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|--------------------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | |
| Hábitos tabágicos | | | | | | | | | | | | | 0,188 ² |
| Fumador | 68 | (14,3) | 2 | (9,5) | 18 | (18,0) | 24 | (13,3) | 9 | (20,9) | 15 | (11,6) | |
| Não Fumador | 343 | (72,4) | 13 | (61,9) | 71 | (71,0) | 132 | (72,9) | 26 | (60,5) | 101 | (78,3) | |
| Ex-Fumador | 63 | (13,3) | 6 | (28,6) | 11 | (11,0) | 25 | (13,8) | 8 | (18,6) | 13 | (10,1) | |
| Exposição atual ao fumo passivo | | | | | | | | | | | | | 0,001 ² |
| Não | 434 | (91,6) | 19 | (90,5) | 94 | (94,0) | 168 | (92,8) | 32 | (74,4) | 121 | (93,8) | |
| Sim | 40 | (8,4) | 2 | (9,5) | 6 | (6,0) | 13 | (7,2) | 11 | (25,6) | 8 | (6,2) | |
| Número cigarros por dia | | | | | | | | | | | | | 0,543 ³ |
| Média | 10 | | 15 | | 9 | | 10 | | 10 | | 12 | | |
| dp | 6 | | 7 | | 5 | | 6 | | 6 | | 6 | | |
| Mín | 1 | | 10 | | 2 | | 1 | | 5 | | 1 | | |
| P 25 | 5 | | 10 | | 5 | | 5 | | 5 | | 10 | | |
| Mediana | 10 | | 15 | | 9 | | 10 | | 6 | | 11 | | |
| P 75 | 15 | | 20 | | 15 | | 15 | | 14 | | 15 | | |
| Max | 20 | | 20 | | 16 | | 20 | | 20 | | 20 | | |
| n | 67 | | 2 | | 18 | | 24 | | 9 | | 14 | | |

(Continuação da tabela 7)

| | Total | | Cluster 1 | | Cluster 2 | | Cluster 3 | | Cluster 4 | | Cluster 5 | | p-value |
|---|-------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|--------------------------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | |
| Duração do consumo | | | | | | | | | | | | | 0,032³ |
| Média | 19 | | 27 | | 17 | | 21 | | 14 | | 19 | | |
| dp | 8 | | 4 | | 6 | | 8 | | 7 | | 9 | | |
| Min | 1 | | 24 | | 2 | | 2 | | 1 | | 2 | | |
| P 25 | 15 | | 24 | | 15 | | 18 | | 10 | | 15 | | |
| Mediana | 20 | | 27 | | 20 | | 22 | | 15 | | 20 | | |
| P 75 | 24 | | 30 | | 20 | | 26 | | 20 | | 24 | | |
| Max | 31 | | 30 | | 26 | | 30 | | 20 | | 31 | | |
| n | 67 | | 2 | | 18 | | 24 | | 9 | | 14 | | |
| Idade de início do consumo | | | | | | | | | | | | | 0,068³ |
| Média | 17 | | 15 | | 16 | | 18 | | 19 | | 16 | | |
| dp | 4 | | 1 | | 2 | | 2 | | 8 | | 2 | | |
| Min | 12 | | 14 | | 13 | | 12 | | 15 | | 13 | | |
| P 25 | 15 | | 15 | | 14 | | 17 | | 15 | | 14 | | |
| Mediana | 17 | | 15 | | 16 | | 18 | | 17 | | 15 | | |
| P 75 | 18 | | 16 | | 18 | | 19 | | 19 | | 18 | | |
| Max | 39 | | 16 | | 18 | | 23 | | 39 | | 21 | | |
| n | 62 | | 5 | | 11 | | 25 | | 8 | | 13 | | |
| Anos de consumo | | | | | | | | | | | | | 0,616³ |
| Média | 15 | | 14 | | 14 | | 16 | | 12 | | 16 | | |
| dp | 8 | | 7 | | 7 | | 7 | | 10 | | 8 | | |
| Min | 1 | | 6 | | 2 | | 4 | | 1 | | 2 | | |
| P 25 | 10 | | 10 | | 7 | | 11 | | 6 | | 10 | | |
| Mediana | 15 | | 12 | | 15 | | 15 | | 10 | | 14 | | |
| P 75 | 20 | | 18 | | 20 | | 20 | | 15 | | 21 | | |
| Max | 32 | | 27 | | 20 | | 31 | | 32 | | 30 | | |
| n | 63 | | 6 | | 11 | | 25 | | 8 | | 13 | | |
| Número de tentativas para cessar consumo | | | | | | | | | | | | | 0,914³ |
| Média | 3 | | 6 | | 3 | | 2 | | 3 | | 3 | | |
| dp | 4 | | 10 | | 3 | | 1 | | 2 | | 3 | | |
| Min | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | |
| P 25 | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 2 | | 1 | | |
| Mediana | 2 | | 2 | | 2 | | 2 | | 3 | | 2 | | |
| P 75 | 3 | | 4 | | 3 | | 3 | | 5 | | 5 | | |
| Max | 27 | | 27 | | 11 | | 4 | | 5 | | 10 | | |
| n | 63 | | 6 | | 11 | | 25 | | 8 | | 13 | | |

²Teste Qui quadrado; ³Teste Kruskal-Wallis; dp - desvio padrão; P25- Percentil 25; P75 - Percentil 75; Min- Mínimo; Max- Máximo.

Numa perspetiva de **hábitos tabágicos**, prevalecem na amostra os inquiridos sem consumo atual de tabaco (72,4%). Dos restantes, 14,3% declararam atualmente consumir e 13,3% já ter consumido. Os inquiridos fumadores e ex-fumadores integram maioritariamente os clusters 4 e 1, 20,9% e 28,6%, respetivamente. Embora tenham sido observadas diferenças

nos hábitos tabágicos entre os grupos, estas não são estaticamente significativas ($p=0,188$). Os fumadores, declararam fumar em média 10 cigarros por dia e consumir há 19 anos. Os clusters 1 e 2 são onde se encontram os inquiridos que fumam, em média, mais e menos cigarros por dia, $\bar{X}=15,0$ ($dp=7,0$) e $\bar{X}=9,0$ ($dp=5,0$), respetivamente. Relativamente à duração do consumo, os inquiridos que apresentam maior duração de consumo encontram-se no cluster 1 ($\bar{X}=27,0$; $dp=4,0$) e menor no cluster 4 ($\bar{X}=14,0$; $dp=7,0$). No número médio de cigarros fumados por dia não foram observadas estatisticamente significativas ($p=0,543$). Contrariamente ao número de cigarros fumados por dia, na duração do consumo foram observadas diferenças estatisticamente significativas ($p=0,032$). Nos ex-fumadores, a idade de início do consumo de tabaco variou entre 12 e 39 anos, sendo a média 17 anos. Os mesmos relataram ainda ter fumado, em média, durante 15 anos ($dp=8,0$) e ter tentado cessar o consumo, 3 vezes ($dp=4,0$). A distribuição por clusters mostra que os ex-fumadores que iniciaram o consumo numa idade média mais jovem ($\bar{X}=15,0$; $dp=1,0$) se encontram maioritariamente no cluster 1 e mais tardia ($\bar{X}=19,0$; $dp=8,0$) no cluster 4. Já na duração do consumo foram os clusters 5 e 4 que se destacaram com 75,0% dos inquiridos a relatar ter consumido durante 21 e 15 anos ou menos, respetivamente. O número de tentativas para cessar o consumo foi superior no cluster 1 ($\bar{X}=6,0$; $dp=10,0$) e inferior no cluster 2 ($\bar{X}=2,0$; $dp=1,0$). Analisando as diferenças entre os grupos conclui-se que estas apenas são estatisticamente significativas para a exposição passiva ao fumo do tabaco ($p=0,001$) e duração do consumo do tabaco ($p=0,032$).

Na tabela seguinte (tabela 8) são apresentados os dados do nível de risco de consumo de álcool.

Tabela 8. Caracterização dos Clusters: Indicadores dos Determinantes da Saúde Biológicos e Comportamentais (nível de risco de consumo de álcool)

| | Total | | Cluster 1 | | Cluster 2 | | Cluster 3 | | Cluster 4 | | Cluster 5 | | p-value |
|---|-------|--------|-----------|---------|-----------|---------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------------------------|---------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | |
| Nível de risco de consumo de álcool (cat.) | | | | | | | | | | | | | - |
| Abstinência ou consumo de baixo risco | 459 | (97,0) | 21 | (100,0) | 100 | (100,0) | 176 | (97,8) | 39 | (90,7) | 123 | (95,3) | |
| Consumo de Risco | 9 | (1,9) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (1,7) | 2 | (4,7) | 4 | (3,1) | |
| Consumo Nocivo | 4 | (0,8) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (0,6) | 2 | (4,7) | 1 | (0,8) | |
| Provável Dependência | 1 | (0,2) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (0,8) | |
| Nível de risco de consumo de álcool | | | | | | | | | | | | 0,023³ | |
| Média | 1,04 | | 1,00 | | 1,00 | | 1,03 | | 1,14 | | 1,07 | | |
| dp | 0,27 | | 0,00 | | 0,00 | | 0,20 | | 0,47 | | 0,36 | | |
| Min | 1,00 | | 1,00 | | 1,00 | | 1,00 | | 1,00 | | 1,00 | | |
| P 25 | 1,00 | | 1,00 | | 1,00 | | 1,00 | | 1,00 | | 1,00 | | |
| Mediana | 1,00 | | 1,00 | | 1,00 | | 1,00 | | 1,00 | | 1,00 | | |
| P 75 | 1,00 | | 1,00 | | 1,00 | | 1,00 | | 1,00 | | 1,00 | | |
| Max | 4,00 | | 1,00 | | 1,00 | | 3,00 | | 3,00 | | 4,00 | | |
| n | 473 | | 21 | | 100 | | 180 | | 43 | | 129 | | |

³Teste Kruskal-Wallis; dp - desvio padrão; P25- Percentil 25; P75 - Percentil 75; Min- Mínimo; Max- Máximo

No que diz respeito ao consumo de **álcool**, a maioria da amostra (62,5%) declarou nunca (24,7%) consumir bebidas que contêm álcool ou consumir 1 vez por mês ou menos (37,8%). Dos que consomem com mais frequência, 2,9% apresentam um consumo de risco (1,9%), consumo nocivo (0,8%) ou provável dependência (0,2%). Analisando o hábito de consumo de álcool por cluster, no 4 ($\bar{X}=1,14$; $dp=0,47$) e 5 ($\bar{X}=1,07$; $dp=0,36$) são onde se encontram os indivíduos com médias superiores de nível de risco de consumo de álcool, isto é, com consumo de risco, nocivo e provável dependência. As diferenças do nível de risco de consumo de álcool observadas entre os clusters revelaram ser estatisticamente significativas ($p=0,023$).

Na tabela que se segue (tabela 9), podem ser observados os dados da regularidade de prática de atividade física semanal.

Tabela 9. Caracterização dos Clusters: Indicadores dos Determinantes da Saúde Biológicos e Comportamentais (regularidade de prática de atividade física semanal, duração da atividade física)

| | Total | Cluster 1 | Cluster 2 | Cluster 3 | Cluster 4 | Cluster 5 | <i>p</i> - <i>value</i> ³ |
|--|-------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---|
| Regularidade de prática de exercício físico por semana (dias) | | | | | | | 0,990 |
| Média | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | |
| dp | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | |
| Min | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| P 25 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Mediana | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| P 75 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | |
| Max | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | |
| n | 472 | 21 | 100 | 180 | 43 | 128 | |
| Duração da Atividade física (minutos) | | | | | | | 0,371 |
| Média | 44 | 41 | 48 | 44 | 44 | 41 | |
| dp | 26 | 19 | 25 | 27 | 28 | 27 | |
| Min | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| P 25 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | |
| Mediana | 45 | 45 | 50 | 40 | 43 | 40 | |
| P 75 | 60 | 60 | 60 | 60 | 60 | 60 | |
| Max | 180 | 60 | 120 | 180 | 120 | 120 | |
| n | 331 | 13 | 68 | 131 | 28 | 91 | |

³Teste Kruskal-Wallis; dp – desvio padrão; P25- Percentil 25; P75 – Percentil 75; Min- Mínimo; Max- Máximo

Relativamente à regularidade de prática de **atividade física** semanal, os inquiridos declararam praticar, em média, 2 dias por semana durante 44 minutos (média). Os inquiridos dos clusters 3 e 5 são os que praticam menos dias de atividade física numa semana, pois 75,0% referiram praticar 2 dias ou menos, comparativamente com os restantes que referiram praticar 3 dias ou menos. Nem na regularidade de prática de exercício físico por semana nem na duração da atividade física se observaram diferenças estatisticamente significativas ($p=0,990$; $p=0,371$).

De seguida são apresentados os dados do padrão alimentar dos inquiridos (tabela 10).

Tabela 10. Caracterização dos Clusters: Indicadores dos Determinantes da Saúde Biológicos e Comportamentais (padrão alimentar)

| | Total | | Cluster 1 | | Cluster 2 | | Cluster 3 | | Cluster 4 | | Cluster 5 | | <i>p-value</i> |
|--|-------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|----------------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | |
| Frequência de consumo de Fruta (excluindo sumos de fruta e bebidas frutadas) | | | | | | | | | | | | | - |
| Nunca | 3 | (0,6) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (0,6) | 2 | (4,7) | 0 | (0,0) | |
| Menos de 1 vez mês | 5 | (1,1) | 0 | (0,0) | 2 | (2,0) | 1 | (0,6) | 0 | (0,0) | 2 | (1,6) | |
| 1 a 3 vezes mês | 13 | (2,7) | 0 | (0,0) | 2 | (2,0) | 3 | (1,7) | 1 | (2,3) | 7 | (5,4) | |
| 1 vez semana | 6 | (1,3) | 0 | (0,0) | 1 | (1,0) | 2 | (1,1) | 0 | (0,0) | 3 | (2,3) | |
| 2 a 3 vezes semana | 47 | (9,9) | 0 | (0,0) | 10 | (10,0) | 11 | (6,1) | 8 | (18,6) | 18 | (14,0) | |
| 4 a 6 vezes semana | 47 | (9,9) | 1 | (4,8) | 11 | (11,0) | 17 | (9,4) | 5 | (11,6) | 13 | (10,1) | |
| 1 vez dia | 87 | (18,4) | 4 | (19,0) | 14 | (14,0) | 36 | (19,9) | 9 | (20,9) | 24 | (18,6) | |
| 2 vezes dia | 157 | (33,1) | 7 | (33,3) | 33 | (33,0) | 65 | (35,9) | 15 | (34,9) | 37 | (28,7) | |
| 3 ou mais vezes dia | 109 | (23,0) | 9 | (42,9) | 27 | (27,0) | 45 | (24,9) | 3 | (7,0) | 25 | (19,4) | |
| Não respondo | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | |
| Frequência de consumo de Sumo de fruta e/ou vegetais (naturais ou produtos com 100% sumo) | | | | | | | | | | | | | - |
| Nunca | 37 | (7,8) | 5 | (23,8) | 8 | (8,0) | 10 | (5,5) | 4 | (9,3) | 10 | (7,8) | |
| Menos de 1 vez mês | 49 | (10,3) | 1 | (4,8) | 11 | (11,0) | 21 | (11,6) | 0 | (0,0) | 16 | (12,4) | |
| 1 a 3 vezes mês | 51 | (10,8) | 1 | (4,8) | 10 | (10,0) | 20 | (11,0) | 3 | (7,0) | 17 | (13,2) | |
| 1 vez semana | 61 | (12,9) | 1 | (4,8) | 14 | (14,0) | 24 | (13,3) | 4 | (9,3) | 18 | (14,0) | |
| 2 a 3 vezes semana | 67 | (14,1) | 4 | (19,0) | 13 | (13,0) | 24 | (13,3) | 8 | (18,6) | 18 | (14,0) | |
| 4 a 6 vezes semana | 50 | (10,5) | 0 | (0,0) | 13 | (13,0) | 19 | (10,5) | 6 | (14,0) | 12 | (9,3) | |
| 1 vez dia | 64 | (13,5) | 3 | (14,3) | 10 | (10,0) | 30 | (16,6) | 8 | (18,6) | 13 | (10,1) | |
| 2 vezes dia | 59 | (12,4) | 4 | (19,0) | 13 | (13,0) | 19 | (10,5) | 8 | (18,6) | 15 | (11,6) | |
| 3 ou mais vezes dia | 33 | (7,0) | 2 | (9,5) | 7 | (7,0) | 13 | (7,2) | 2 | (4,7) | 9 | (7,0) | |
| Não respondo | 3 | (0,6) | 0 | (0,0) | 1 | (1,0) | 1 | (0,6) | 0 | (0,0) | 1 | (0,8) | |
| Frequência de consumo de Sopa de Legumes | | | | | | | | | | | | | - |
| Nunca | 7 | (1,5) | 0 | (0,0) | 2 | (2,0) | 1 | (0,6) | 2 | (4,7) | 2 | (1,6) | |
| Menos de 1 vez mês | 20 | (4,2) | 1 | (4,8) | 4 | (4,0) | 4 | (2,2) | 1 | (2,3) | 10 | (7,8) | |
| 1 a 3 vezes mês | 17 | (3,6) | 1 | (4,8) | 4 | (4,0) | 8 | (4,4) | 1 | (2,3) | 3 | (2,3) | |
| 1 vez semana | 34 | (7,2) | 1 | (4,8) | 5 | (5,0) | 13 | (7,2) | 4 | (9,3) | 11 | (8,5) | |
| 2 a 3 vezes semana | 80 | (16,9) | 1 | (4,8) | 15 | (15,0) | 30 | (16,6) | 7 | (16,3) | 27 | (20,9) | |
| 4 a 6 vezes semana | 62 | (13,1) | 1 | (4,8) | 14 | (14,0) | 26 | (14,4) | 7 | (16,3) | 14 | (10,9) | |
| 1 vez dia | 132 | (27,8) | 7 | (33,3) | 28 | (28,0) | 55 | (30,4) | 12 | (27,9) | 30 | (23,3) | |
| 2 vezes dia | 84 | (17,7) | 7 | (33,3) | 20 | (20,0) | 28 | (15,5) | 6 | (14,0) | 23 | (17,8) | |
| 3 ou mais vezes dia | 36 | (7,6) | 2 | (9,5) | 8 | (8,0) | 15 | (8,3) | 2 | (4,7) | 9 | (7,0) | |
| Não respondo | 2 | (0,4) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (0,6) | 1 | (2,3) | 0 | (0,0) | |
| Vegetais no prato (cozinhados ou em cru) | | | | | | | | | | | | | - |
| Nunca | 8 | (1,7) | 0 | (0,0) | 2 | (2,0) | 1 | (0,6) | 3 | (7,0) | 2 | (1,6) | |
| Menos de 1 vez mês | 7 | (1,5) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (1,7) | 0 | (0,0) | 4 | (3,1) | |
| 1 a 3 vezes mês | 11 | (2,3) | 0 | (0,0) | 2 | (2,0) | 2 | (1,1) | 2 | (4,7) | 5 | (3,9) | |
| 1 vez semana | 19 | (4,0) | 0 | (0,0) | 1 | (1,0) | 5 | (2,8) | 5 | (11,6) | 8 | (6,2) | |
| 2 a 3 vezes semana | 60 | (12,7) | 2 | (9,5) | 9 | (9,0) | 20 | (11,0) | 8 | (18,6) | 21 | (16,3) | |
| 4 a 6 vezes semana | 78 | (16,5) | 2 | (9,5) | 18 | (18,0) | 34 | (18,8) | 6 | (14,0) | 18 | (14,0) | |
| 1 vez dia | 89 | (18,8) | 4 | (19,0) | 21 | (21,0) | 36 | (19,9) | 6 | (14,0) | 22 | (17,1) | |
| 2 vezes dia | 146 | (30,8) | 9 | (42,9) | 35 | (35,0) | 55 | (30,4) | 9 | (20,9) | 38 | (29,5) | |
| 3 ou mais vezes dia | 53 | (11,2) | 4 | (19,0) | 12 | (12,0) | 24 | (13,3) | 3 | (7,0) | 10 | (7,8) | |
| Não respondo | 3 | (0,6) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (0,6) | 1 | (2,3) | 1 | (0,8) | |

(Continuação da tabela 10)

| | Total | | Cluster 1 | | Cluster 2 | | Cluster 3 | | Cluster 4 | | Cluster 5 | | p-value |
|---|-------|--------|-----------|---------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|--------------------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | |
| Hábito de adicional sal no prato | | | | | | | | | | | | | - |
| Não | 451 | (95,1) | 21 | (100,0) | 96 | (96,0) | 175 | (96,7) | 39 | (90,7) | 120 | (93,0) | |
| Sim | 23 | (4,9) | 0 | (0,0) | 4 | (4,0) | 6 | (3,3) | 4 | (9,3) | 9 | (7,0) | |
| Consumo sal habitual | | | | | | | | | | | | | 0,297 ² |
| 10-30% | 147 | (31,2) | 8 | (38,1) | 34 | (34,3) | 50 | (27,6) | 16 | (37,2) | 39 | (30,7) | |
| 40 a 60% | 302 | (64,1) | 13 | (61,9) | 62 | (62,6) | 123 | (68,0) | 22 | (51,2) | 82 | (64,6) | |
| >60% | 22 | (4,7) | 0 | (0,0) | 3 | (3,0) | 8 | (4,4) | 5 | (11,6) | 6 | (4,7) | |
| Número de refeições diárias | | | | | | | | | | | | | 0,232 ³ |
| Média | 4 | | 4 | | 4 | | 4 | | 4 | | 4 | | |
| dp | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | |
| Min | 1 | | 2 | | 1 | | 2 | | 1 | | 2 | | |
| P 25 | 3 | | 4 | | 3 | | 3 | | 3 | | 3 | | |
| Mediana | 4 | | 4 | | 4 | | 4 | | 4 | | 4 | | |
| P 75 | 5 | | 5 | | 5 | | 5 | | 4 | | 5 | | |
| Max | 8 | | 6 | | 6 | | 7 | | 6 | | 8 | | |
| n | 474 | | 21 | | 100 | | 181 | | 43 | | 129 | | |

²Teste Qui quadrado; ³Teste Kruskal-Wallis; dp – desvio padrão; P25- Percentil 25; P75 – Percentil 75; Min- Mínimo; Max- Máximo

A análise do **padrão alimentar** mostra que os inquiridos fazem, em média, 4 refeições diárias (dp=1,0), variando esta declaração de 1 a 8 refeições. Nos clusters, a média das 4 refeições diárias mantém-se. Quanto à prevalência de declaração de consumo diário de fruta (excluindo sumos e bebidas frutadas) esta foi de 74,5 %, tendo a mesma sido superior no cluster 1 (95,2%) e inferior no cluster 4 (62,8%). Ainda relativamente a este consumo, 3,8% da amostra declarou consumir fruta menos de uma vez por semana e 0,6% nunca o fazer, tendo sido os inquiridos do cluster 2 (4,0%) que mais registaram a primeira declaração e os do cluster 4 (4,7%) a segunda. Quanto à prevalência de declaração de consumo diário de sumo de fruta e/ou vegetais (naturais ou produtos com 100,0% sumo), a mesma foi de 32,9 %, tendo sido também superior no cluster 1 (42,8%) mas inferior no cluster 5 (28,7%). Uma parte da amostra (21,1%) referiu consumir menos de uma vez por semana e 7,8 % referiu nunca consumir sumo de fruta e/ou vegetais. Por sua vez, foram os inquiridos do cluster 4 (27,2%) que mais declararam consumir sumos de fruta e/ou vegetais menos de 1 vez por semana e os do cluster 1 (23,8%) nunca consumir. No que respeita à prevalência de declaração de consumo diário de sopa de legumes, a mesma foi de 53,1%, tendo sido também superior no cluster 1 (76,1%) e inferior no cluster 4 (46,6%). Analisando o consumo inferior a 1 vez por semana, este foi de 7,8%, tendo 1,5% referido nunca consumir sopa de legumes.

A prevalência de indivíduos que referiram consumir vegetais no prato (cozinhados ou em cru) uma vez ou mais por dia foi de 60,8%. Foi no cluster 1 (80,9%) que se verificou a maior prevalência, enquanto a menor foi observada no cluster 4 (41,9%). Já o hábito de adicionar sal no prato para além daquele que é utilizado na confeção dos alimentos foi reportado por 4,9% dos inquiridos. No que respeita à distribuição por clusters, os inquiridos do cluster 4 apresentaram a maior prevalência no hábito de adicionar sal no prato (9,3%) e os do cluster 3 (3,3%) a menor. Ainda relativamente ao consumo de sal, numa escala de 0,0% (comida sem sal) a 100,0% (comida muito salgada), 31,2% dos inquiridos referiram comer, na maioria das vezes, comida com pouco sal (10,0% - 30,00%), 64,1% comer com sal (40,0% -60,0%), 4,7% com muito sal (<60,0%) e 0,6% comer sem sal. A prevalência de declaração de consumo de comida salgada e muito salgada foi superior no cluster 3 (72,4%) e inferior no cluster 1 (61,9%). As diferenças no consumo habitual de sal e no nº de refeições diárias não são estatisticamente significativas ($p=0,297$; $p=0,232$).

Seguidamente são apresentados os dados dos comportamentos preventivos de saúde oral (tabela 11).

Tabela 11. Caracterização dos Clusters: Indicadores dos Determinantes da Saúde Biológicos e Comportamentais (comportamentos preventivos de saúde oral)

| | Total | | Cluster 1 | | Cluster 2 | | Cluster 3 | | Cluster 4 | | Cluster 5 | | p-value |
|---|-------|--------|-----------|---------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|--------------------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | |
| Regularidade da consulta de um profissional de saúde oral | | | | | | | | | | | | | - |
| Não | 19 | (4,0) | 0 | (0,0) | 1 | (1,0) | 5 | (2,8) | 4 | (9,3) | 9 | (7,0) | |
| Sim | 455 | (96,0) | 21 | (100,0) | 99 | (99,0) | 176 | (97,2) | 39 | (90,7) | 120 | (93,0) | |
| Consulta de um profissional de saúde oral nos últimos 12 meses | | | | | | | | | | | | | 0,903 ² |
| Não | 131 | (28,8) | 6 | (28,6) | 31 | (31,3) | 49 | (27,8) | 13 | (33,3) | 32 | (26,7) | |
| Sim | 324 | (71,2) | 15 | (71,4) | 68 | (68,7) | 127 | (72,2) | 26 | (66,7) | 88 | (73,3) | |
| Razões da consulta de saúde oral | | | | | | | | | | | | | - |
| Cárie | 72 | (22,2) | 1 | (6,7) | 13 | (19,1) | 23 | (18,1) | 6 | (23,1) | 29 | (33,0) | |
| Destartarização | 101 | (31,2) | 4 | (26,7) | 24 | (35,3) | 37 | (29,1) | 11 | (42,3) | 25 | (28,4) | |
| Extração dentária | 9 | (2,8) | 0 | (0,0) | 1 | (1,5) | 4 | (3,1) | 1 | (3,8) | 3 | (3,4) | |
| Consulta de rotina | 122 | (37,7) | 10 | (66,7) | 27 | (39,7) | 53 | (41,7) | 6 | (23,1) | 26 | (29,5) | |
| Gengivite | 2 | (0,6) | 0 | (0,0) | 1 | (1,5) | 0 | (0,0) | 1 | (3,8) | 0 | (0,0) | |
| Destartarização e cárie | 1 | (0,3) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (0,8) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | |
| Endodontia | 4 | (1,2) | 0 | (0,0) | 1 | (1,5) | 2 | (1,6) | 0 | (0,0) | 1 | (1,1) | |
| | 7 | (2,2) | 0 | (0,0) | 1 | (1,5) | 2 | (1,6) | 0 | (0,0) | 4 | (4,5) | |

(Continuação da tabela 11)

| | Total | | Cluster 1 | | Cluster 2 | | Cluster 3 | | Cluster 4 | | Cluster 5 | | p-value |
|--|-------|--------|-----------|---------|-----------|---------|-----------|---------|-----------|--------|-----------|--------|--------------------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | |
| Colocação de prótese dentária | | | | | | | | | | | | | |
| Colocação de aparelho dentário | 4 | (1,2) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (2,4) | 1 | (3,8) | 0 | (0,0) | |
| Fratura de Dente | 2 | (0,6) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 2 | (1,6) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | |
| Razões para não ter consultado | | | | | | | | | | | | | 0,142 ² |
| Não senti necessidade | 94 | (71,8) | 3 | (50,0) | 18 | (58,1) | 40 | (81,6) | 9 | (69,2) | 24 | (75,0) | |
| Outras | 37 | (28,2) | 3 | (50,0) | 13 | (41,9) | 9 | (18,4) | 4 | (30,8) | 8 | (25,0) | |
| Possui prótese, pivô fixo ou implantes | | | | | | | | | | | | | 0,759 ² |
| Não | 358 | (75,5) | 15 | (71,4) | 77 | (77,0) | 132 | (72,9) | 32 | (74,4) | 102 | (79,1) | |
| Sim | 116 | (24,5) | 6 | (28,6) | 23 | (23,0) | 49 | (27,1) | 11 | (25,6) | 27 | (20,9) | |
| Hábito de escovar os dentes | | | | | | | | | | | | | - |
| Não | 3 | (0,6) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (2,3) | 2 | (1,6) | |
| Sim | 471 | (99,4) | 21 | (100,0) | 100 | (100,0) | 181 | (100,0) | 42 | (97,7) | 127 | (98,4) | |
| Quantas vezes ao dia | | | | | | | | | | | | | 0,002 ³ |
| Média | 2 | | 3 | | 3 | | 2 | | 2 | | 2 | | |
| dp | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | |
| Min | 1 | | 2 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | |
| P 25 | 2 | | 2 | | 2 | | 2 | | 1 | | 2 | | |
| Mediana | 2 | | 3 | | 2 | | 2 | | 2 | | 2 | | |
| P 75 | 3 | | 3 | | 3 | | 3 | | 2 | | 3 | | |
| Max | 6 | | 4 | | 6 | | 4 | | 4 | | 5 | | |
| n | 471 | | 21 | | 100 | | 181 | | 42 | | 127 | | |
| Hábito de escovar os dentes ao deitar | | | | | | | | | | | | | 0,135 ² |
| Não | 31 | (6,5) | 0 | (0,0) | 3 | (3,0) | 11 | (6,1) | 5 | (11,6) | 12 | (9,3) | |
| Sim | 443 | (93,5) | 21 | (100,0) | 97 | (97,0) | 170 | (93,9) | 38 | (88,4) | 117 | (90,7) | |
| Uso de algum produto de higiene oral para além da pasta dentífrica e escova | | | | | | | | | | | | | 0,002 ² |
| Não | 238 | (50,2) | 8 | (38,1) | 35 | (35,0) | 92 | (50,8) | 27 | (62,8) | 76 | (58,9) | |
| Sim | 236 | (49,8) | 13 | (61,9) | 65 | (65,0) | 89 | (49,2) | 16 | (37,2) | 53 | (41,1) | |
| Qual outro produto usa | | | | | | | | | | | | | - |
| Fio dentário | 113 | (47,9) | 6 | (46,2) | 32 | (49,2) | 45 | (50,6) | 3 | (18,8) | 27 | (50,9) | |
| Escovilhão | 15 | (6,4) | 2 | (15,4) | 4 | (6,2) | 6 | (6,7) | 1 | (6,3) | 2 | (3,8) | |
| Elixir/Colutório | 106 | (44,9) | 5 | (38,5) | 28 | (43,1) | 38 | (42,7) | 11 | (68,8) | 24 | (45,3) | |
| Outro | 2 | (0,8) | 0 | (0,0) | 1 | (1,5) | 0 | (0,0) | 1 | (6,3) | 0 | (0,0) | |

²Teste Qui quadrado; ³Teste Kruskal-Wallis; dp – desvio padrão; P25- Percentil 25; P75 – Percentil 75; Min- Mínimo; Max- Máximo

No âmbito dos **comportamentos preventivos de saúde oral**, observou-se que: 96,0% dos inquiridos declararam já ter consultado alguma vez um estomatologista, dentista, higienista ou outro técnico de saúde dentária, destacando-se os inquiridos do cluster 4 (9,3%) como aqueles que mais referiram não ter consultado. Para 28,8% da amostra essa consulta tinha ocorrido há mais de 12 meses. Os valores mais elevados registaram-se no cluster 4 (33,3%). As diferenças observadas nos grupos não são estatisticamente significativas ($p=0,903$). Da análise das principais razões que levaram a amostra a

recorrer a uma consulta de saúde oral, a mais reportada foi o tratamento de rotina (37,2%), seguida do tratamento de destartarização (31,2%). O motivo de tratamento de rotina, foi mais frequente nos inquiridos do cluster 1 (66,7%), enquanto o tratamento de destartarização foi mais frequente no cluster 4 (42,3%). O sentimento de não necessidade (71,8%) foi apontado como principal motivo da não realização de consulta de saúde oral, não sendo as diferenças estatisticamente significativas ($p=0,142$). Declararam usar prótese, pivô fixo ou implantes 75,5% da amostra, sendo os inquiridos do cluster 1 (28,6%) os que mais os possuem, não sendo as diferenças encontradas estatisticamente significativas ($p=0,759$). A prevalência de declaração de escovagem dos dentes foi de 99,4%, sendo a média de escovagens diárias de 2 ($dp=1,0$). Dos indivíduos que menos vezes escovam os dentes por dia, destacam-se os do cluster 4, no qual 75,0% escova 2 ou menos vezes por dia. As diferenças do número de escovagens diárias encontradas entre os grupos revelaram ser estatisticamente significativas ($p=0,002$). Relativamente ao hábito de escovar os dentes ao deitar, 93,5% da amostra referiu fazê-lo. A não escovagem antes de deitar foi mais prevalente nos inquiridos do cluster 4 (11,6%). As diferenças encontradas entre os grupos não revelaram ser estatisticamente significativas ($p=0,135$). No que respeita ao uso de outro produto na higiene oral para além da pasta dentífrica e escova, observou-se que a maioria (50,2%) dos inquiridos não usa outro produto na higiene oral para além dos referidos, destacando-se os clusters 4 (62,8%) com mais inquiridos que negaram o uso de outro produto e o cluster 2 (35,0%) com menos. As diferenças encontradas no uso de outro produto na higiene oral para além da pasta dentífrica e escova são estatisticamente significativas ($p=0,002$). O fio dentário (47,9%) e o elixir/colutório (44,9%) foram os produtos mais referidos para complementar a higiene oral dos inquiridos.

Os dados dos comportamentos de vigilância da saúde geral são apresentados na tabela 12.

Tabela 12. Caracterização dos Clusters: Indicadores dos Determinantes da Saúde Biológicos e Comportamentais (comportamentos de vigilância da saúde geral)

| | Total | | Cluster 1 | | Cluster 2 | | Cluster 3 | | Cluster 4 | | Cluster 5 | | p-value ² |
|---|-------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|----------------------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | |
| Hábito de realizar análises para determinar os valores de colesterol total | | | | | | | | | | | | | 0,337 |
| Não | 234 | (49,6) | 7 | (33,3) | 48 | (48,5) | 87 | (48,3) | 20 | (46,5) | 72 | (55,8) | |
| Sim | 238 | (50,4) | 14 | (66,7) | 51 | (51,5) | 93 | (51,7) | 23 | (53,5) | 57 | (44,2) | |
| Hábito de realizar análises para determinar os valores de glicemia | | | | | | | | | | | | | 0,352 |
| Não | 258 | (54,4) | 7 | (33,3) | 57 | (57,0) | 97 | (53,6) | 25 | (58,1) | 72 | (55,8) | |
| Sim | 216 | (45,6) | 14 | (66,7) | 43 | (43,0) | 84 | (46,4) | 18 | (41,9) | 57 | (44,2) | |
| Hábito de avaliar a pressão arterial | | | | | | | | | | | | | 0,011 |
| Não | 242 | (51,3) | 4 | (19,0) | 55 | (55,6) | 87 | (48,1) | 21 | (48,8) | 75 | (58,6) | |
| Sim | 230 | (48,7) | 17 | (81,0) | 44 | (44,4) | 94 | (51,9) | 22 | (51,2) | 53 | (41,4) | |

²Teste Qui quadrado

No que respeita aos **comportamentos de vigilância da saúde geral**, com particular destaque para o hábito de realização de análises clínicas para determinação dos valores de glicemia e colesterol total e de avaliação da pressão sanguínea, nos últimos 12 meses, 49,6% da amostra declarou não têm o hábito de realizar análises para determinar o valor do colesterol total, 54,4% da glicemia e 51,3% para avaliar a pressão sanguínea. Este reporte foi mais frequente no cluster 5 (55,8%) para a determinação do colesterol, no cluster 4 (58,1%) para a determinação da glicemia e no cluster 5 (58,6%) para a avaliação da pressão sanguínea. As diferenças encontradas no hábito de realizar análises para determinação dos valores do colesterol total e da glicemia não são estatisticamente significativas ($p=0,337$; $p=0,352$). Contrariamente às anteriores, as diferenças no hábito de avaliar a pressão sanguíneas são significativas ($p=0,011$).

De seguida, na tabela 13, são apresentados os dados dos comportamentos de adesão ao rastreio da doença oncológica.

Tabela 13. Caracterização dos Clusters: Indicadores dos Determinantes da Saúde Biológicos e Comportamentais (comportamentos de adesão ao rastreio da doença oncológica)

| | Total | | Cluster 1 | | Cluster 2 | | Cluster 3 | | Cluster 4 | | Cluster 5 | | p-value ² |
|--|-------|--------|-----------|---------|-----------|--------|-----------|---------|-----------|--------|-----------|--------|----------------------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | |
| Hábito de realizar mamografia | | | | | | | | | | | | | - |
| Não | 4 | (11,4) | 0 | (0,0) | 2 | (25,0) | 0 | (0,0) | 1 | (25,0) | 1 | (10,0) | |
| Sim | 31 | (88,6) | 2 | (100,0) | 6 | (75,0) | 11 | (100,0) | 3 | (75,0) | 9 | (90,0) | |
| Hábito de realizar colpocitologia | | | | | | | | | | | | | 0,001 |
| Não | 83 | (21,2) | 3 | (15,0) | 14 | (16,5) | 26 | (17,2) | 16 | (48,5) | 24 | (23,5) | |
| Sim | 308 | (78,8) | 17 | (85,0) | 71 | (83,5) | 125 | (82,8) | 17 | (51,5) | 78 | (76,5) | |
| Hábito de realizar análises para determinar os valores de PSA | | | | | | | | | | | | | - |
| Não | 8 | (53,3) | 0 | (0,0) | 1 | (33,3) | 5 | (71,4) | 1 | (50,0) | 1 | (33,3) | |
| Sim | 7 | (46,7) | 0 | (0,0) | 2 | (66,7) | 2 | (28,6) | 1 | (50,0) | 2 | (66,7) | |
| Hábito de realizar pesquisa de sangue oculto nas fezes | | | | | | | | | | | | | - |
| Não | 38 | (76,0) | 1 | (50,0) | 7 | (63,6) | 15 | (83,3) | 4 | (66,7) | 11 | (84,6) | |
| Sim | 12 | (24,0) | 1 | (50,0) | 4 | (36,4) | 3 | (16,7) | 2 | (33,3) | 2 | (15,4) | |
| Hábito de realizar colonoscopia | | | | | | | | | | | | | - |
| Não | 38 | (76,0) | 1 | (50,0) | 9 | (81,8) | 16 | (88,9) | 4 | (66,7) | 8 | (61,5) | |
| Sim | 12 | (24,0) | 1 | (50,0) | 2 | (18,2) | 2 | (11,1) | 2 | (33,3) | 5 | (38,5) | |

²Teste Qui quadrado

Numa perspetiva de **comportamentos de adesão ao rastreio da doença oncológica**, 88,6% das inquiridas com idade igual ou superior a 50 anos declararam possuir o hábito de realizar mamografia, tendo sido o hábito de não realização mais frequente nas declarantes dos clusters 2 e 4 (25,0%). No âmbito da realização de citologia cervico-vaginal, 78,8% das inquiridas com 25 ou mais anos declararam ter hábito de realização. A percentagem mais elevada das que referiram não realizar este exame observou-se no cluster 4 (48,5%) As diferenças no hábito de realização de citologia cervico-vaginal observadas nos grupos são estatisticamente significativas ($p < 0,001$). Ainda no âmbito da prevenção secundária da doença oncológica, dos participantes com idade igual ou superior a 50 anos, 76,0% declararam não ter hábito de efetuar pesquisa de sangue oculto nas fezes e 76,0% não ter o hábito de realizar colonoscopia. O hábito de efetuar pesquisa de sangue oculto nas fezes foi mais frequente no cluster 1 (50,0%) e o de realização de colonoscopia no cluster 1 (50,0%). Por último, 53,3% dos inquiridos do sexo masculino com idade igual ou superior a 50 anos, afirmaram não possuir o hábito de realizar análises para determinação dos valores de PSA, tendo sido observada uma percentagem mais levada no cluster 3 (71,4%).

Segue-se a apresentação dos dados dos comportamentos de adesão à vacinação dos participantes (tabela 14).

Tabela 14. Caracterização dos Clusters: Indicadores dos Determinantes da Saúde Biológicos e Comportamentais (comportamentos de adesão à vacinação)

| | Total | | Cluster 1 | | Cluster 2 | | Cluster 3 | | Cluster 4 | | Cluster 5 | | <i>p-value</i> |
|--|-------|--------|-----------|---------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|--------------------------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | |
| Hábito fazer a vacina do tétano | | | | | | | | | | | | | 0,035² |
| Não | 50 | (10,5) | 0 | (0,0) | 13 | (13,0) | 13 | (7,2) | 9 | (20,9) | 15 | (11,6) | |
| Sim | 424 | (89,5) | 21 | (100,0) | 87 | (87,0) | 168 | (92,8) | 34 | (79,1) | 114 | (88,4) | |
| Última vez que fez a vacina do tétano | | | | | | | | | | | | | - |
| Há menos de 20 anos | 337 | (79,5) | 14 | (66,7) | 74 | (85,1) | 129 | (76,8) | 24 | (70,6) | 96 | (84,2) | |
| Há mais de 20 anos | 4 | (0,9) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (2,4) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | |
| Não me lembro | 83 | (19,6) | 7 | (33,3) | 13 | (14,9) | 35 | (20,8) | 10 | (29,4) | 18 | (15,8) | |

²Teste Qui quadrado; ³Teste Kruskal-Wallis; dp - desvio padrão; P25- Percentil 25; P75 - Percentil 75; Min- Mínimo; Max- Máximo

Quando se analisam os **comportamentos de adesão à vacinação**, com particular destaque para a vacina do tétano e difteria, observa-se que 89,5% dos participantes adere à recomendação de vacinação contra o tétano, registrando-se a maior percentagem de indivíduos que não adere no Cluster 4 (20,9%). Dos que declararam aderir, 79,5% referiram ter efetuado a última vacina há menos de 20 anos e 19,6% não se lembrar quando fizeram o último reforço. As diferenças na adesão à vacinação do tétano e difteria foram estatisticamente significativas ($p=0,035$), entre os grupos.

Na tabela 15 são apresentados os dados que permitem descrever/analisar o padrão de utilização dos serviços de saúde.

Tabela 15. Caracterização dos Clusters: Indicadores dos Determinantes da Saúde Biológicos e Comportamentais (padrão de utilização dos serviços de saúde)

| | Total | | Cluster 1 | | Cluster 2 | | Cluster 3 | | Cluster 4 | | Cluster 5 | | <i>p-value</i> |
|---|-------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|--------------------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | |
| Local habitual de prestação de cuidados | | | | | | | | | | | | | 0,058 ² |
| Centro de Saúde | 249 | (52,5) | 9 | (42,9) | 50 | (50,0) | 92 | (50,8) | 22 | (51,2) | 76 | (58,9) | |
| Hospital | 33 | (7,0) | 4 | (19,0) | 4 | (4,0) | 10 | (5,5) | 7 | (16,3) | 8 | (6,2) | |
| Consultório Particular | 68 | (14,3) | 4 | (19,0) | 16 | (16,0) | 28 | (15,5) | 8 | (18,6) | 12 | (9,3) | |
| Outro | 124 | (26,2) | 4 | (19,0) | 30 | (30,0) | 51 | (28,2) | 6 | (14,0) | 33 | (25,6) | |
| Última consulta nos CSP com o médico (meses) | | | | | | | | | | | | | 0,006 ³ |
| Média | 13 | | 10 | | 13 | | 15 | | 17 | | 12 | | |
| dp | 15 | | 15 | | 16 | | 13 | | 22 | | 16 | | |
| Min | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | |
| P 25 | 3 | | 2 | | 3 | | 5 | | 3 | | 3 | | |
| Mediana | 9 | | 4 | | 7 | | 12 | | 12 | | 6 | | |
| P 75 | 20 | | 12 | | 16 | | 24 | | 24 | | 12 | | |
| Max | 120 | | 60 | | 120 | | 72 | | 120 | | 120 | | |
| n | 455 | | 18 | | 99 | | 177 | | 39 | | 122 | | |
| Nº de consultas nos CSP com o médico nas últimas 4 semanas | | | | | | | | | | | | | 0,443 ³ |
| Média | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | |
| dp | 1 | | 0 | | 1 | | 0 | | 1 | | 1 | | |
| Min | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | |
| P 25 | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | |
| Mediana | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | |
| P 75 | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | |
| Max | 4 | | 1 | | 4 | | 3 | | 3 | | 4 | | |
| n | 473 | | 21 | | 100 | | 181 | | 42 | | 129 | | |
| Razão da consulta com o médico de família | | | | | | | | | | | | | 0,353 ² |
| Doença | 14 | (21,9) | 1 | (25,0) | 2 | (11,1) | 8 | (40,0) | 1 | (25,0) | 2 | (11,1) | |
| Vigilância do estado de Saúde | 29 | (45,3) | 2 | (50,0) | 8 | (44,4) | 7 | (35,0) | 3 | (75,0) | 9 | (50,0) | |
| Emissão de documentos | 21 | (32,8) | 1 | (25,0) | 8 | (44,4) | 5 | (25,0) | 0 | (0,0) | 7 | (38,9) | |
| Nº dias de espera consulta médica | | | | | | | | | | | | | 0,519 ³ |
| Média | 11 | | 4 | | 14 | | 10 | | 4 | | 10 | | |
| dp | 14 | | 4 | | 17 | | 9 | | 4 | | 19 | | |
| Min | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | |
| P 25 | 1 | | 1 | | 1 | | 2 | | 1 | | 1 | | |
| Mediana | 5 | | 4 | | 7 | | 8 | | 5 | | 3 | | |
| P 75 | 15 | | 8 | | 30 | | 15 | | 8 | | 7 | | |
| Max | 60 | | 8 | | 60 | | 30 | | 8 | | 60 | | |
| n | 64 | | 4 | | 18 | | 20 | | 4 | | 18 | | |
| Última consulta nos CSP com o enfermeiro (meses) | | | | | | | | | | | | | 0,358 ³ |
| Média | 15 | | 15 | | 14 | | 15 | | 21 | | 13 | | |
| dp | 16 | | 17 | | 13 | | 13 | | 30 | | 17 | | |
| Min | 0 | | 1 | | 1 | | 0 | | 1 | | 1 | | |
| P 25 | 4 | | 3 | | 5 | | 6 | | 3 | | 3 | | |
| Mediana | 12 | | 10 | | 12 | | 12 | | 12 | | 8 | | |

(Continuação da tabela 15)

| | Total | | Cluster 1 | | Cluster 2 | | Cluster 3 | | Cluster 4 | | Cluster 5 | | <i>p-value</i> |
|---|-------|--------|-----------|---------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------------------|----------------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | |
| P 75 | 24 | | 12 | | 22 | | 24 | | 30 | | 18 | | |
| Max | 120 | | 60 | | 72 | | 60 | | 120 | | 120 | | |
| n | 399 | | 17 | | 88 | | 148 | | 32 | | 114 | | |
| Nº de consultas nos CSP com o enfermeiro nas últimas 4 semanas | | | | | | | | | | | | 0,907 ³ | |
| Média | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | |
| dp | 0 | | 0 | | 0 | | 1 | | 1 | | 0 | | |
| Min | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | |
| P 25 | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | |
| Mediana | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | |
| P 75 | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | |
| Max | 5 | | 1 | | 2 | | 5 | | 3 | | 2 | | |
| n | 471 | | 21 | | 100 | | 178 | | 43 | | 129 | | |
| Nº dias de espera consulta de enfermagem | | | | | | | | | | | | 0,915 ³ | |
| Média | 7 | | 5 | | 7 | | 5 | | 3 | | 10 | | |
| dp | 11 | | 5 | | 11 | | 6 | | 3 | | 17 | | |
| Min | 0 | | 1 | | 1 | | 0 | | 0 | | 0 | | |
| P 25 | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 0 | | 1 | | |
| Mediana | 3 | | 5 | | 1 | | 3 | | 3 | | 3 | | |
| P 75 | 8 | | 8 | | 8 | | 10 | | 4 | | 15 | | |
| Max | 60 | | 8 | | 30 | | 15 | | 8 | | 60 | | |
| n | 39 | | 2 | | 7 | | 13 | | 5 | | 12 | | |
| Razão consulta de enfermagem | | | | | | | | | | | | - | |
| Vigilância da Gravidez | 5 | (12,8) | 0 | (0,0) | 2 | (28,6) | 1 | (7,7) | 0 | (0,0) | 2 | (16,7) | |
| Esclarecimento de dúvidas sobre a saúde filho(a) | 1 | (2,6) | 0 | (0,0) | 1 | (14,3) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | |
| Doença | 4 | (10,3) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 2 | (15,4) | 1 | (20,0) | 1 | (8,3) | |
| Consulta de Rotina | 10 | (25,6) | 2 | (100,0) | 1 | (14,3) | 2 | (15,4) | 1 | (20,0) | 4 | (33,3) | |
| Colheita de Sangue | 2 | (5,1) | 0 | (0,0) | 1 | (14,3) | 0 | (0,0) | 1 | (20,0) | 0 | (0,0) | |
| Realização de penso | 4 | (10,3) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (23,1) | 1 | (20,0) | 0 | (0,0) | |
| Vigilância do estado de saúde | 4 | (10,3) | 0 | (0,0) | 1 | (14,3) | 3 | (23,1) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | |
| Solicitação de método contraceptivo | 5 | (12,8) | 0 | (0,0) | 1 | (14,3) | 1 | (7,7) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | |
| Consulta de Saúde Sexual e Reprodutiva | 3 | (7,7) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (7,7) | 1 | (20,0) | 1 | (8,3) | |
| Avaliação de Pressão Arterial | 1 | (2,6) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | |

(Continuação da tabela 15)

| | Total | | Cluster 1 | | Cluster 2 | | Cluster 3 | | Cluster 4 | | Cluster 5 | | <i>p-value</i> |
|--|-------|--------|-----------|---------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|--------------------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | |
| Internamento hospitalar nos últimos 12 meses | | | | | | | | | | | | | 0,565 ² |
| Não | 434 | (91,6) | 20 | (95,2) | 91 | (91,0) | 162 | (89,5) | 39 | (90,7) | 122 | (94,6) | |
| Sim | 40 | (8,4) | 1 | (4,8) | 9 | (9,0) | 19 | (10,5) | 4 | (9,3) | 7 | (5,4) | |
| Nº internamento nos últimos 12 meses | | | | | | | | | | | | | 0,954 ³ |
| Média | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | |
| dp | 1 | | . | | 0 | | 1 | | 0 | | 0 | | |
| Mín | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | |
| P 25 | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | |
| Mediana | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | |
| P 75 | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | |
| Max | 4 | | 1 | | 2 | | 4 | | 1 | | 2 | | |
| n | 40 | | 1 | | 9 | | 19 | | 4 | | 7 | | |
| Nº dias de internamento hospitalar | | | | | | | | | | | | | 0,753 ³ |
| Média | 4 | | 3 | | 4 | | 4 | | 3 | | 3 | | |
| dp | 3 | | . | | 1 | | 4 | | 1 | | 3 | | |
| Mín | 1 | | 3 | | 1 | | 1 | | 2 | | 1 | | |
| P 25 | 2 | | 3 | | 3 | | 2 | | 3 | | 2 | | |
| Mediana | 3 | | 3 | | 4 | | 3 | | 3 | | 3 | | |
| P 75 | 5 | | 3 | | 5 | | 5 | | 4 | | 3 | | |
| Max | 17 | | 3 | | 5 | | 17 | | 5 | | 9 | | |
| n | 40 | | 1 | | 9 | | 19 | | 4 | | 7 | | |
| Motivo de internamento | | | | | | | | | | | | | - |
| Cirurgia | 19 | (47,5) | 0 | (0,0) | 4 | (44,4) | 7 | (36,8) | 2 | (50,0) | 6 | (85,7) | |
| Parto | 15 | (37,5) | 1 | (100,0) | 5 | (55,6) | 7 | (36,8) | 2 | (50,0) | 0 | (0,0) | |
| Infeção por SARS-CoV-2 | 3 | (7,5) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 2 | (10,5) | 0 | (0,0) | 1 | (14,3) | |
| Fibrilhação Auricular | 2 | (5,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 2 | (10,5) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | |
| Pneumonia | 1 | (2,5) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (5,3) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | |
| Utilização de outro serviço de saúde, nos últimos 12 meses | | | | | | | | | | | | | 0,353 ² |
| Não | 395 | (83,3) | 20 | (95,2) | 83 | (83,0) | 145 | (80,1) | 38 | (88,4) | 109 | (84,5) | |
| Sim | 79 | (16,7) | 1 | (4,8) | 17 | (17,0) | 36 | (19,9) | 5 | (11,6) | 20 | (15,5) | |
| Outro serviço de saúde utilizado, nos últimos 12 meses | | | | | | | | | | | | | - |
| Fisioterapia | 26 | (32,9) | 1 | (100,0) | 8 | (47,1) | 11 | (30,6) | 1 | (20,0) | 5 | (25,0) | |
| Nutrição | 2 | (2,5) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (2,8) | 0 | (0,0) | 1 | (5,0) | |
| Terapia da Fala | 1 | (1,3) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (2,8) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | |
| Psicologia | 7 | (8,9) | 0 | (0,0) | 1 | (5,9) | 4 | (11,1) | 1 | (20,0) | 1 | (5,0) | |
| Consulta de especialidade | 43 | (54,4) | 0 | (0,0) | 8 | (47,1) | 19 | (52,8) | 3 | (60,0) | 13 | (65,0) | |
| Utilização de um serviço de medicina complementar, nos últimos 12 meses | | | | | | | | | | | | | - |
| Não | 451 | (95,1) | 21 | (100,0) | 93 | (93,0) | 170 | (93,9) | 42 | (97,7) | 125 | (96,9) | |
| Sim | 23 | (4,9) | 0 | (0,0) | 7 | (7,0) | 11 | (6,1) | 1 | (2,3) | 4 | (3,1) | |

A análise do **padrão de utilização dos serviços de saúde** mostra que para os seus cuidados de saúde, a maioria dos inquiridos recorre com mais frequência aos Cuidados de Saúde Primários (Centro de Saúde) (52,5%). Na distribuição destes participantes pelos clusters, a sua proporção é superior no cluster 5 (58,9%), não sendo as diferenças estatisticamente significativas ($p=0,058$). Quando questionados sobre as consultas realizadas com o médico de família, os participantes afirmaram ter realizado a última consulta, em média, há 13 meses ($dp=15,0$) e não ter realizado consulta médica nas últimas 4 semanas que antecederam a resposta ao questionário. As diferenças observadas no período em que realizaram a última consulta são estatisticamente significativas ($p=0,006$) mas no número de consultas com o médico de família nas últimas 4 semanas não são ($p=0,443$). Das razões que motivaram a consulta médica destacam-se a vigilância do estado de saúde (45,3%) e a doença (21,9%). Esperaram, em média, desde a marcação até a consulta 11 dias ($dp=14,0$), não sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas em ambas as variáveis ($p=0,353$; $p=0,519$). Relativamente às consultas realizadas com o enfermeiro de família, os participantes afirmaram ter realizado a última consulta, em média, há 15 meses ($dp=16,0$) e também não ter realizado consultas nas últimas 4 semanas que antecederam a resposta ao questionário. As diferenças observadas não são estatisticamente significativas no período de realização da última consulta ($p=0,358$) nem no nº de consultas realizadas nas últimas 4 semanas ($p=0,907$). A consulta de rotina (25,6%), a vigilância da gravidez (12,8%) e o fornecimento de método contraceptivo (12,8%) foram as razões que mais motivaram a consulta de enfermagem. Esperaram, em média, desde a marcação até a consulta 7 dias ($dp=11,0$), não sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas ($p=0,915$). Em resposta à questão sobre o internamento hospitalar nos últimos 12 meses, 8,4% da amostra afirmou ter estado internado, sendo a prevalência desta declaração mais elevada nos indivíduos do cluster 3 (10,5%). As diferenças observadas nos grupos não são significativas ($p=0,565$). O número de internamentos nos últimos 12 meses variou entre 1 e 4, sendo o seu valor médio de 1 ($dp=1,0$) em todos os clusters pelo que as diferenças observadas não são estatisticamente significativas ($p=0,954$). A duração média do internamento foi 4 dias ($dp=3,0$) e a cirurgia (47,5%) e o parto (37,5%) os motivos do internamento mais frequentemente declarados. A diferença no número médio de dias de internamento não foi estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,753$). A cirurgia foi mais frequente nos indivíduos do cluster 5 (85,7%) e o parto nos do cluster 1 (100,0%). No âmbito da

utilização de outro serviço de saúde, nos últimos 12 meses, não referido anteriormente, 16,70% dos participantes afirmou a sua utilização. Os valores mais elevados desta utilização registaram-se nos indivíduos do cluster 3 (19,9%), contudo as diferenças observadas nos grupos não são estatisticamente significativas ($p=0,353$). A consulta de especialidade (54,4%) foi o serviço mais reportado, seguido da fisioterapia (32,9%). O motivo da consulta de especialidade foi mais frequente nos indivíduos do cluster 5 (65,0%) e a fisioterapia nos do cluster 1 (100,0%). A utilização de um serviço de medicina complementar, nos últimos 12 meses, foi reportada por 4,9% dos participantes, tendo sido os do cluster 2 (7,0%) os que mais o utilizaram. Os serviços mais frequentemente utilizados foram a osteopatia (34,8%) e a acupuntura (30,4%). Ambos os serviços foram mais utilizados pelos inquiridos do cluster 5 (50,0%).

No que se refere ao padrão de consumo de medicamentos, os dados são apresentados na tabela 16.

Tabela 16. Caracterização dos Clusters: Indicadores dos Determinantes da Saúde Biológicos e Comportamentais (padrão de consumo de medicamentos)

| | Total | | Cluster 1 | | Cluster 2 | | Cluster 3 | | Cluster 4 | | Cluster 5 | | p-value ² |
|--|-------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|----------------------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | |
| Utilização de medicamentos receitados | | | | | | | | | | | | | 0,220 |
| Não | 282 | (59,5) | 11 | (52,4) | 50 | (50,0) | 113 | (62,4) | 28 | (65,1) | 80 | (62,0) | |
| Sim | 192 | (40,5) | 10 | (47,6) | 50 | (50,0) | 68 | (37,6) | 15 | (34,9) | 49 | (38,0) | |
| Utilização de medicamentos receitados. Quais? | | | | | | | | | | | | | - |
| Terapêutica Hormonal | 7 | (3,6) | 1 | (10,0) | 4 | (8,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 2 | (4,1) | |
| Pílula Contracetiva | 96 | (50,0) | 5 | (50,0) | 23 | (46,0) | 34 | (50,0) | 10 | (66,7) | 24 | (49,0) | |
| Analgésico | 13 | (6,8) | 0 | (0,0) | 4 | (8,0) | 4 | (5,9) | 0 | (0,0) | 5 | (10,2) | |
| Utilização de medicamentos receitados. Quais? | | | | | | | | | | | | | 0,220 |
| Protetores gástricos | 4 | (2,1) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 2 | (2,9) | 1 | (6,7) | 1 | (2,0) | |
| Ansiolíticos | 4 | (2,1) | 0 | (0,0) | 1 | (2,0) | 3 | (4,4) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | |
| Pílula, Protetores gástricos e ansiolíticos | 2 | (1,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 2 | (2,9) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | |
| Anti-hipertensores | 3 | (1,6) | 1 | (10,0) | 0 | (0,0) | 1 | (1,5) | 0 | (0,0) | 1 | (2,0) | |
| Multivitamínicos | 3 | (1,6) | 0 | (0,0) | 1 | (2,0) | 1 | (1,5) | 0 | (0,0) | 1 | (2,0) | |
| Corticóides | 9 | (4,7) | 0 | (0,0) | 1 | (2,0) | 5 | (7,4) | 2 | (13,3) | 1 | (2,0) | |
| Antiepiléticos | 2 | (1,0) | 0 | (0,0) | 1 | (2,0) | 1 | (1,5) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | |
| Hipoglicemiantes | 2 | (1,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 2 | (4,1) | |
| Vacina | 6 | (3,1) | 0 | (0,0) | 3 | (6,0) | 2 | (2,9) | 1 | (6,7) | 0 | (0,0) | |
| Imunomodulador | 1 | (0,5) | 1 | (10,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | |
| Anti- | 3 | (1,6) | 0 | (0,0) | 2 | (4,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (2,0) | |

(Continuação da tabela 16)

| | Total | | Cluster 1 | | Cluster 2 | | Cluster 3 | | Cluster 4 | | Cluster 5 | | p-value ² |
|--|-------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|----------------------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | |
| inflatórios | | | | | | | | | | | | | |
| Antidepressivos | 9 | (4,7) | 0 | (0,0) | 3 | (6,0) | 2 | (2,9) | 1 | (6,7) | 3 | (6,1) | |
| Beta-bloqueador | 2 | (1,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (1,5) | 0 | (0,0) | 1 | (2,0) | |
| Broncodilatadores | 4 | (2,1) | 0 | (0,0) | 2 | (4,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 2 | (4,1) | |
| Hormonas da tiróide e antitiroideus | 12 | (6,3) | 0 | (0,0) | 2 | (4,0) | 6 | (8,8) | 0 | (0,0) | 4 | (8,2) | |
| Suplemento Vitamínico | 1 | (0,5) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (1,5) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | |
| Estatina | 1 | (0,5) | 1 | (10,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | |
| Terapia de Reposição Enzimática | 1 | (0,5) | 0 | (0,0) | 1 | (2,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | |
| Vacina COVID 19 | 3 | (1,6) | 1 | (10,0) | 0 | (0,0) | 2 | (2,9) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | |
| Antianémico | 1 | (0,5) | 0 | (0,0) | 1 | (2,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | |
| Anti-histamínico | 2 | (1,0) | 0 | (0,0) | 1 | (2,0) | 1 | (1,5) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | |
| Análogos da "LHRH" | 1 | (0,5) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (2,0) | |
| Utilização de medicamentos não receitados | | | | | | | | | | | | 0,400 | |
| Não | 378 | (79,7) | 17 | (81,0) | 76 | (76,0) | 140 | (77,3) | 35 | (81,4) | 110 | (85,3) | |
| Sim | 96 | (20,3) | 4 | (19,0) | 24 | (24,0) | 41 | (22,7) | 8 | (18,6) | 19 | (14,7) | |
| Utilização de medicamentos não receitados. Quais? | | | | | | | | | | | | - | |
| Analgésicos | 39 | (40,6) | 1 | (25,0) | 8 | (33,3) | 23 | (56,1) | 3 | (37,5) | 4 | (21,1) | |
| Multivitamínicos | 55 | (57,3) | 3 | (75,0) | 16 | (66,7) | 18 | (43,9) | 5 | (62,5) | 13 | (68,4) | |
| Anti-inflamatório | 2 | (2,1) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 2 | (10,5) | |

²Teste Qui quadrado

A nível do **padrão de consumo de medicamentos**, a percentagem de participantes que referiu consumir medicamentos receitados pelo médico foi de 40,5%. A prevalência de declaração deste consumo foi superior nos inquiridos do cluster 2 (50,0%) e inferior nos do cluster 4 (34,9%). Os medicamentos consumidos mais frequentemente declarados foram as pílulas contraceptivas (50,0%). O consumo deste medicamento foi mais elevado nas inquiridas do cluster 4 (66,7%). Já no que diz respeito à prevalência de declaração de consumo de medicamentos não receitados pelo médico, esta foi de 20,3%, sendo superior no cluster 2 (24,0%). Dos medicamentos não receitados pelo médico, os suplementos vitamínicos (57,3%) e os analgésicos (40,6%) foram os mais declarados. As diferenças observadas na utilização de medicamentos receitados e não receitados pelo médico não são estatisticamente significativas ($p=0,220$; $p=0,400$).

5.2.3 - Indicadores do Estado de Saúde

Relativamente aos indicadores do Estado de Saúde, são apresentados os dados sobre a autoperceção do estado de saúde atual, a saúde mental, a saúde do sono, a autoperceção do funcionamento da família e o funcionamento familiar.

A descrição destes dados inicia-se com a autoperceção do estado de saúde atual (tabela 17).

Tabela 17. Caraterização dos Clusters: Indicadores do Estado de Saúde (autoperceção da saúde atual)

| | Total | | Cluster 1 | | Cluster 2 | | Cluster 3 | | Cluster 4 | | Cluster 5 | | <i>p-value</i> ² |
|------------------------------------|-------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------------------------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | |
| Autoperceção da saúde atual | | | | | | | | | | | | | <0,001 |
| Fraca/razoável | 122 | (25,7) | 5 | (23,8) | 25 | (25,0) | 37 | (20,4) | 24 | (55,8) | 31 | (24,0) | |
| Boa | 214 | (45,1) | 8 | (38,1) | 40 | (40,0) | 91 | (50,3) | 14 | (32,6) | 61 | (47,3) | |
| Muito boa/ótima | 138 | (29,1) | 8 | (38,1) | 35 | (35,0) | 53 | (29,3) | 5 | (11,6) | 37 | (28,7) | |

²Teste Qui quadrado

A análise das declarações dos inquiridos sobre a **autoperceção da saúde atual** mostram que 45,10% destes percecionam a sua saúde atual como boa, seguidos dos que a percecionam muito boa/ótima (29,1%). Os inquiridos que a percecionam como razoável/fraca encontram-se em maior proporção no cluster 4 (55,8%). As diferenças observadas nos grupos, relativamente à autoperceção da sua saúde atual, são estatisticamente significativas ($p < 0,001$).

De seguida são apresentados os dados da saúde mental dos inquiridos (tabela 18).

Tabela 18. Caraterização dos Clusters: Indicadores do Estado de Saúde (saúde mental)

| | Total | Cluster 1 | Cluster 2 | Cluster 3 | Cluster 4 | Cluster 5 | <i>p-value</i> ³ |
|---------------------|--------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------------------------|
| Saúde mental | | | | | | | <0,001 |
| Média | 66,76 | 78,42 | 71,68 | 68,44 | 54,13 | 62,89 | |
| dp | 14,23 | 13,64 | 12,29 | 12,76 | 13,54 | 14,11 | |
| Min | 10,11 | 36,17 | 36,70 | 34,04 | 20,74 | 10,11 | |
| P 25 | 56,91 | 73,40 | 64,36 | 60,11 | 45,74 | 53,72 | |
| Mediana | 68,62 | 80,85 | 73,67 | 69,68 | 54,79 | 63,30 | |
| P75 | 77,13 | 84,57 | 78,99 | 78,19 | 61,70 | 73,94 | |
| Max | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 95,74 | 81,38 | 95,21 | |
| n | 474 | 21 | 100 | 181 | 43 | 129 | |

(Continuação da tabela 18)

| | Total | Cluster 1 | Cluster 2 | Cluster 3 | Cluster 4 | Cluster 5 | <i>p</i> - <i>value</i> ³ |
|---------------------------|--------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---|
| Bem-estar positivo | | | | | | | <0,001 |
| Média | 60,17 | 75,10 | 65,97 | 61,22 | 47,34 | 56,05 | |
| dp | 15,39 | 13,78 | 12,75 | 13,85 | 14,29 | 15,70 | |
| Min | 8,57 | 44,29 | 27,14 | 20,00 | 21,43 | 8,57 | |
| P 25 | 50,00 | 70,00 | 58,57 | 51,43 | 38,57 | 44,29 | |
| Mediana | 61,43 | 75,71 | 67,14 | 62,86 | 45,71 | 55,71 | |
| P75 | 71,43 | 78,57 | 74,29 | 70,00 | 58,57 | 67,14 | |
| Max | 100,00 | 98,57 | 100,00 | 95,71 | 74,29 | 92,86 | |
| n | 474 | 21 | 100 | 181 | 43 | 129 | |
| Distresse | | | | | | | <0,001 |
| Média | 70,67 | 80,39 | 75,07 | 72,72 | 58,16 | 66,96 | |
| dp | 15,12 | 14,75 | 13,58 | 13,62 | 15,51 | 15,00 | |
| Min | 11,02 | 31,36 | 29,66 | 27,97 | 19,49 | 11,02 | |
| P 25 | 61,86 | 76,27 | 67,80 | 64,41 | 46,61 | 59,32 | |
| Mediana | 72,88 | 83,05 | 77,54 | 75,42 | 56,78 | 68,64 | |
| P75 | 81,36 | 88,14 | 83,90 | 83,05 | 68,64 | 78,81 | |
| Max | 100,85 | 100,85 | 100,85 | 100,00 | 87,29 | 96,61 | |
| n | 474 | 21 | 100 | 181 | 43 | 129 | |

³Teste Kruskal-Wallis; dp – desvio padrão; P25- Percentil 25; P75 – Percentil 75; Min- Mínimo; Max- Máximo

No que diz respeito à **saúde mental** os participantes apresentaram, numa escala de 0 a 100, boas médias nas dimensões bem-estar positivo (\bar{X} =60,17; dp=16,27) e *distresse* (\bar{X} =70,67; dp=15,39), o que se refletiu nos valores globais de saúde mental (\bar{X} =66,76; dp=14,23). Estes resultados refletem bons valores de saúde mental, ou seja, na ansiedade (\bar{X} =66,54; dp=15,46), depressão (\bar{X} =71,85; dp=16,27) e perda de controlo emocional (\bar{X} =74,71; dp=15,46), e mais afeto positivo (\bar{X} =56,87; dp=15,87) e laços emocionais (\bar{X} =72,28; dp=19,63). Na dimensão bem-estar positivo os indivíduos do cluster 4 foram os que obtiveram valores mais baixos (\bar{X} =47,34; dp=14,29) em relação à média e os do cluster 1 (\bar{X} =75,10; dp=13,78) mais altos. Na dimensão *distresse* os indivíduos do cluster 4 e 5 destacam-se por apresentarem valores mais baixos (\bar{X} =58,16; dp=15,51; \bar{X} =66,96, dp=15,00) (inferiores à média) e os do cluster 1 (\bar{X} =80,39, dp=14,75) por apresentarem valores mais elevados. Consequentemente, foram os indivíduos do cluster 4 (\bar{X} =53,13; dp=13,54) que apresentaram pior saúde mental global e os do cluster 1 (\bar{X} =78,42; dp=13,64) melhor. Estas diferenças apresentam significância estatística para a dimensão do bem-estar positivo, *distresse* e saúde mental global ($p<0,001$).

No que se refere à saúde do sono os dados são apresentados na tabela 19.

Tabela 19. Caraterização dos Clusters: Indicadores do Estado de Saúde (saúde do sono)

| | Total | Cluster 1 | Cluster 2 | Cluster 3 | Cluster 4 | Cluster 5 | <i>p-value</i> ³ |
|----------------------|-------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------------------------|
| Saúde do sono | | | | | | | 0,029 |
| Média | 21,36 | 23,43 | 21,97 | 21,22 | 19,60 | 21,33 | |
| dp | 5,13 | 4,27 | 5,41 | 5,26 | 5,13 | 4,71 | |
| Min | 6,00 | 11,00 | 6,00 | 6,00 | 9,00 | 6,00 | |
| P 25 | 18,00 | 22,00 | 18,50 | 18,00 | 16,00 | 18,00 | |
| Mediana | 22,00 | 24,00 | 22,00 | 23,00 | 20,00 | 22,00 | |
| P 75 | 25,00 | 26,00 | 25,50 | 25,00 | 24,00 | 25,00 | |
| Max | 30,00 | 30,00 | 30,00 | 30,00 | 29,00 | 30,00 | |
| n | 474 | 21 | 100 | 181 | 43 | 129 | |

³Teste Kruskal-Wallis; dp – desvio padrão; P25- Percentil 25; P75 – Percentil 75; Min- Mínimo; Max- Máximo

Por sua vez, os resultados da escala de avaliação da **saúde do sono** refletem, numa variação entre 0 (má saúde do sono) e 30 (boa saúde do sono), uma boa saúde de sono dos participantes (\bar{X} =21,30%; dp=5,13), em concordância, 71,9% afirmam dormir entre 7 e 9 horas por dia e 61,9% estar satisfeitos com o seu sono. Os indivíduos do cluster 1 (\bar{X} =23,43; dp=4,27) são os que apresentam maiores valores de saúde do sono e os do cluster 4 menores valores (\bar{X} =19,60; dp=5,13). As diferenças dos valores médios de saúde do sono nos grupos são estatisticamente significativas (p =0,029).

Seguidamente apresentam-se os dados da autoperceção da funcionalidade da família (tabela 20).

Tabela 20. Caraterização dos Clusters: Indicadores do Estado de Saúde (autoperceção da funcionalidade da família)

| | Total | | Cluster 1 | | Cluster 2 | | Cluster 3 | | Cluster 4 | | Cluster 5 | | <i>p-value</i> ² |
|--|-------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------------------------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | |
| Autoperceção da funcionalidade da família | | | | | | | | | | | | | <0,001 |
| Família com disfunção | 61 | (12,9) | 1 | (4,8) | 3 | (3,0) | 11 | (6,1) | 21 | (48,8) | 25 | (19,4) | |
| Família altamente funcional | 413 | (87,1) | 20 | (95,2) | 97 | (97,0) | 170 | (93,9) | 22 | (51,2) | 104 | (80,6) | |

²Teste Qui quadrado

A análise da **autoperceção da funcionalidade da família** mostra que 87,1% dos inquiridos perceciona a sua família como altamente funcional e os restantes como

disfuncional (disfuncionalidade moderada e acentuada). Os participantes que percebem a sua família como disfuncional encontram-se distribuídos em maior proporção pelo cluster 4 (48,8%) e em menor pelo cluster 2 (3,0%). As diferenças de auto percepção da funcionalidade da família são estatisticamente significativas ($p < 0,001$).

Posteriormente à auto percepção da funcionalidade da família são apresentados, na tabela 21, os dados do funcionamento das famílias.

Tabela 21. Caracterização dos Clusters: Indicadores do Estado de Saúde (funcionamento familiar)

| | Total | Cluster 1 | Cluster 2 | Cluster 3 | Cluster 4 | Cluster 5 | <i>p-value</i> ³ |
|----------------------------------|-------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------------------------|
| Coesão equilibrada | | | | | | | <0,001 |
| Média | 29,32 | 33,19 | 31,82 | 29,92 | 24,02 | 27,67 | |
| dp | 3,46 | 2,14 | 2,29 | 2,10 | 4,53 | 2,54 | |
| Mín | 14,00 | 27,00 | 26,00 | 24,00 | 14,00 | 20,00 | |
| P25 | 28,00 | 33,00 | 30,50 | 28,00 | 21,00 | 26,00 | |
| Mediana | 29,00 | 34,00 | 32,00 | 30,00 | 25,00 | 28,00 | |
| P 75 | 32,00 | 35,00 | 34,00 | 32,00 | 27,00 | 29,00 | |
| Max | 35,00 | 35,00 | 35,00 | 35,00 | 35,00 | 34,00 | |
| n | 474 | 21 | 100 | 181 | 43 | 129 | |
| Flexibilidade equilibrada | | | | | | | <0,001 |
| Média | 27,67 | 31,52 | 30,09 | 27,99 | 22,35 | 26,50 | |
| dp | 3,44 | 2,20 | 2,54 | 2,24 | 4,41 | 2,56 | |
| Mín | 13,00 | 27,00 | 22,00 | 22,00 | 13,00 | 19,00 | |
| P25 | 26,00 | 30,00 | 28,00 | 27,00 | 20,00 | 25,00 | |
| Mediana | 28,00 | 33,00 | 30,00 | 28,00 | 22,00 | 27,00 | |
| P 75 | 30,00 | 33,00 | 32,00 | 29,00 | 25,00 | 28,00 | |
| Max | 35,00 | 34,00 | 35,00 | 35,00 | 35,00 | 34,00 | |
| n | 474 | 21 | 100 | 181 | 43 | 129 | |
| Desmembrada | | | | | | | <0,001 |
| Média | 13,90 | 9,71 | 10,82 | 13,06 | 20,86 | 15,84 | |
| dp | 4,04 | 2,08 | 2,24 | 2,52 | 4,74 | 2,83 | |
| Mín | 7,00 | 7,00 | 7,00 | 7,00 | 8,00 | 9,00 | |
| P25 | 11,00 | 8,00 | 9,00 | 11,00 | 18,00 | 14,00 | |
| Mediana | 14,00 | 9,00 | 10,00 | 13,00 | 21,00 | 16,00 | |
| P 75 | 16,00 | 10,00 | 12,00 | 15,00 | 23,00 | 17,00 | |
| Max | 35,00 | 15,00 | 17,00 | 20,00 | 35,00 | 31,00 | |
| n | 474 | 21 | 100 | 181 | 43 | 129 | |
| Emaranhada | | | | | | | <0,001 |
| Média | 20,34 | 16,86 | 19,28 | 20,41 | 21,51 | 21,26 | |
| dp | 3,17 | 1,82 | 2,65 | 2,87 | 4,47 | 2,99 | |
| Mín | 10,00 | 13,00 | 12,00 | 10,00 | 13,00 | 12,00 | |
| P25 | 18,00 | 15,00 | 17,00 | 18,00 | 18,00 | 20,00 | |
| Mediana | 20,00 | 17,00 | 19,00 | 20,00 | 22,00 | 21,00 | |
| P 75 | 22,00 | 18,00 | 21,00 | 22,00 | 25,00 | 23,00 | |
| Max | 35,00 | 20,00 | 29,00 | 29,00 | 35,00 | 31,00 | |
| n | 474 | 21 | 100 | 181 | 43 | 129 | |

(Continuação da tabela 21)

| | Total | Cluster 1 | Cluster 2 | Cluster 3 | Cluster 4 | Cluster 5 | <i>p-value</i> ³ |
|--------------------|-------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------------------------|
| Rígida | | | | | | | <0,001 |
| Média | 20,52 | 14,90 | 19,10 | 20,32 | 22,81 | 22,06 | |
| dp | 3,92 | 3,39 | 3,72 | 3,18 | 5,03 | 3,27 | |
| Mín | 8,00 | 8,00 | 10,00 | 12,00 | 10,00 | 15,00 | |
| P25 | 18,00 | 13,00 | 17,00 | 18,00 | 18,00 | 20,00 | |
| Mediana | 21,00 | 14,00 | 19,00 | 20,00 | 23,00 | 22,00 | |
| P 75 | 23,00 | 18,00 | 22,00 | 22,00 | 26,00 | 24,00 | |
| Max | 35,00 | 21,00 | 30,00 | 29,00 | 35,00 | 32,00 | |
| n | 474 | 21 | 100 | 181 | 43 | 129 | |
| Caótica | | | | | | | <0,001 |
| Média | 16,00 | 10,14 | 13,20 | 15,52 | 22,84 | 17,52 | |
| dp | 3,98 | 2,50 | 2,55 | 2,13 | 4,85 | 2,87 | |
| Mín | 7,00 | 7,00 | 7,00 | 8,00 | 15,00 | 11,00 | |
| P25 | 14,00 | 8,00 | 11,00 | 14,00 | 20,00 | 16,00 | |
| Mediana | 16,00 | 11,00 | 13,00 | 16,00 | 21,00 | 17,00 | |
| P 75 | 18,00 | 12,00 | 15,00 | 17,00 | 27,00 | 19,00 | |
| Max | 35,00 | 14,00 | 20,00 | 22,00 | 35,00 | 27,00 | |
| n | 474 | 21 | 100 | 181 | 43 | 129 | |
| Comunicação | | | | | | | <0,001 |
| Média | 40,52 | 46,19 | 44,05 | 40,62 | 34,42 | 38,75 | |
| dp | 5,36 | 2,71 | 4,42 | 4,29 | 6,73 | 4,29 | |
| Mín | 20,00 | 41,00 | 23,00 | 20,00 | 20,00 | 23,00 | |
| P25 | 38,00 | 44,00 | 41,00 | 39,00 | 29,00 | 37,00 | |
| Mediana | 40,00 | 47,00 | 44,50 | 40,00 | 35,00 | 39,00 | |
| P 75 | 44,00 | 49,00 | 47,00 | 43,00 | 40,00 | 40,00 | |
| Max | 50,00 | 50,00 | 50,00 | 50,00 | 48,00 | 50,00 | |
| n | 474 | 21 | 100 | 181 | 43 | 129 | |

No que diz respeito às pontuações obtidas pelos participantes nas subescalas da FACES IV, a maioria apresentou valores altos (numa escala de 7 a 35) nas subescalas equilibradas e valores baixos nas subescalas desequilibradas, refletindo-se estes resultados em rácios de Coesão e Flexibilidade elevados (superiores a 1). Estes resultados refletem uma perceção, da maioria dos inquiridos, das suas famílias como funcionais, ou seja, médias elevadas nas subescalas Coesão Equilibrada (\bar{X} =29,32; dp=3,46) e Flexibilidade Equilibrada (\bar{X} =26,67; dp=3,44) e médias mais baixas nas subescalas Desmembrada (\bar{X} =13,90; dp=4,04), Emaranhada (\bar{X} =20,34; dp=3,17), Rígida (\bar{X} =20,52; dp=3,92) e Caótica (\bar{X} =16,00; dp=3,98). Do total dos inquiridos, foram os do cluster 4 que percecionaram a sua família como menos coesa (\bar{X} =24,02; dp=4,53) e flexível (\bar{X} =22,35; dp=4,41) e mais desmembrada (\bar{X} =20,86; dp=4,74), emaranhada

(\bar{X} =21,51; dp=4,47), rígida (\bar{X} =22,81; dp=5,03) e caótica (\bar{X} =22,84; dp=4,85). Quanto às subescalas da Comunicação (numa escala de 10 a 50) e Satisfação (numa escala de 10 a 40), ambas registaram valores médios altos, \bar{X} =40,52; dp=5,36 e \bar{X} =29,55; dp=5,79, respetivamente. Os indivíduos menos satisfeitos com a sua família e com a comunicação na sua família voltam a ser os do cluster 4 com \bar{X} =23,49; dp=6,40 e \bar{X} =34,42; dp=6,73, respetivamente.

Estes resultados refletem-se em rácios elevados (superiores a 1) de Coesão (\bar{X} =1,76; dp=0,38) e Flexibilidade (\bar{X} =1,56; dp=0,36) das famílias, na sua generalidade. Já numa análise individualizada e concordante com os valores médios obtidos nas subescalas, são os inquiridos do cluster 4 que se destacam com valores de Rácio Coesão (\bar{X} =1,15; dp=0,21) e Flexibilidade (\bar{X} =0,98; dp=0,14) mais baixos, chegando os valores do segundo a ser mesmo inferiores a 1.

Entre os 5 clusters foram observadas diferenças estatisticamente significativas em todas as subescalas e rácios ($p < 0,001$).

5.3 - DESCRIÇÃO DAS NECESSIDADES EM CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Para identificar as áreas com maior necessidade de intervenção de enfermagem em cada um dos clusters, foram considerados os dados dos indicadores de saúde individual e familiar obtidos na primeira fase deste estudo.

Com o objetivo de facilitar este processo, foi elaborado um quadro que integra os grupos de indicadores, os indicadores, os focos/áreas de atenção e os clusters, bem como a ponderação atribuída. A atribuição da ponderação baseou-se no conceito de magnitude do diagnóstico, definido como a dimensão de um problema na população em análise, podendo esta ser mensurada em função do número de indivíduos afetados em relação à população total (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990).

Desta forma, a necessidade de intervenção em cada um dos grupos de indicadores foi classificada em cinco patamares de magnitude, numa escala de 0 a 5, em que 0 representa magnitude nula, 1 uma magnitude inferior e 5 uma magnitude superior. Para a classificação de cada patamar, foram utilizados os valores médios das variáveis

quantitativas, refletindo a centralidade dos dados da amostra, e a frequência absoluta das variáveis qualitativas, representando o *peso* de cada categoria no conjunto das respostas dos inquiridos (Negas, 2021). Nos casos em que a média era igual em dois ou mais clusters, recorreu-se aos dados dos percentis para desempate. Adicionalmente, em função da tipologia das variáveis, verificou-se a necessidade de inverter as ponderações em algumas delas.

Para melhor compreensão do processo de atribuição das ponderações, descreve-se, a seguir, a situação em que foi atribuída a ponderação máxima (5.) Na variável **idade**, 5=cluster com maior nº de inquiridos com média de idade superior; **sexo** 5=cluster com maior nº de inquiridos do sexo feminino; **nacionalidade** 5=cluster com maior nº de inquiridos de nacionalidade estrangeira; **local de residência** 5=cluster com maior nº de inquiridos residentes em meio rural; **habilitações académicas** 5=cluster com maior nº de inquiridos com habilitações académicas inferiores; **desemprego** 5=cluster com maior nº de inquiridos desempregados; **trabalho por conta de outrem** 5=cluster com maior nº de inquiridos que trabalham por conta de outrem; **vínculo laboral** 5=cluster com menor nº de inquiridos com contrato de trabalho por tempo indeterminado; **profissão** 5=cluster com maior nº de trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores; **prática religiosa** 5=cluster com maior nº de inquiridos não praticantes; **classe social** 5=cluster com maior nº de inquiridos pertencentes à classe média baixa; **tipologia familiar** 5=cluster com menor nº de inquiridos pertencentes a famílias nucleares; **composição familiar** 5=cluster com maior nº de inquiridos que pertencem a famílias com composição conjuge, filhos e outros; **suporte social** 5=cluster com maior nº de inquiridos que percecionam ter menor suporte social; **prevalência de hipertensão, diabetes e colesterol total elevado** 5=cluster com maior nº de inquiridos com hipertensão, diabetes e colesterol total elevado; **valor de PAS, PAD, glicémia e colesterol total** 5=cluster no qual os inquiridos apresentaram valor médio de PAS, PAD glicémia e colesterol total superior; **prevalência de doença crónica** 5=cluster com maior nº de inquiridos com doença crónica; **fumadores, ex-fumadores, exposição passiva ao fumo do tabaco, nº de cigarros diários e duração do consumo de tabaco** 5=cluster com maior nº de inquiridos fumadores, ex-fumadores, com exposição passiva ao fumo do tabaco, maior nº de cigarros diários e maior duração do consumo de tabaco; **idade de início de consumo de tabaco** 5=cluster no qual os inquiridos iniciaram o consumo de tabaco mais cedo; **anos de consumo de tabaco** 5=cluster no qual os

inquiridos durante um de tempo superior; **nº de tentativas para cessar o consumo** 5=cluster no qual os inquiridos apresentaram nº superior de tentativas para cessar o consumo; **nível de risco de consumo de álcool** 5= cluster no qual os inquiridos apresentam maior risco de consumo de álcool; **nº de dias de atividade física semanal e duração da atividade física** 5=cluster no qual os inquiridos apresentam nº de dias de atividade física semanal e duração da atividade física inferior; **nº de refeições diárias e consumo diário de fruta, sumo de fruta e/ou vegetais, sopa de legumes e vegetais** 5=cluster no qual os inquiridos fazem menos refeições diárias e com maior nº de inquiridos que não consomem diariamente fruta, sumo de fruta e/ou vegetais, sopa de legumes e vegetais; **hábito de adicionar sal e consumo de comida muito salgada** 5=cluster com maior nº de inquiridos com hábito de adicionar sal no prato e que consomem comida muita salgada; **não adesão à consulta de saúde oral** 5=cluster com maior nº de inquiridos que não aderem à consulta de saúde oral; **não adesão à consulta de saúde oral nos últimos 12 meses** 5=cluster com maior nº de inquiridos que não aderem à consulta de saúde oral nos últimos 12 meses; **presença de próteses e pivôs, não adesão à escovagem dos dentes** 5=cluster com maior nº de inquiridos com prótese e pivôs e que não aderem à escovagem dos dentes; **nº de escovagens dos dentes diárias** 5=cluster no qual os inquiridos apresentam menor nº de escovagens diárias; **não adesão à escovagem dos dentes à noite e não adesão ao uso de outro produto de higiene para além da pasta dentífrica** 5=cluster com maior nº de inquiridos que não aderem à escovagem dos dentes à noite e ao uso de outro produto de higiene dentária para além da pasta; **hábito de realização de análises para determinar o valor de colesterol e glicémia** 5=cluster com maior nº inquiridos que não por hábito realizar análises para determinar o valor de colesterol e glicémia; **hábito de avaliar a pressão sanguínea** 5=cluster com maior nº de inquiridos sem hábito de avaliar a pressão sanguínea; **hábito de realizar mamografia, colpocitologia, análises para determinação do valor de PSA, realizar pesquisa de sangue oculto nas fezes e colonoscopia** 5=cluster com maior nº de inquiridos sem hábito de realizar mamografia, colpocitologia, análises para determinação do valor de PSA, realizar pesquisa de sangue oculto nas fezes e colonoscopia; **adesão à vacinação difteria e tétano** 5=cluster com maior nº de inquiridos que não aderem à vacinação difteria e tétano; **cuidados de saúde no CS** 5=cluster com maior nº de inquiridos que não recorre ao CS para a prestação de serviços de saúde; **última consulta com médico e enfermeiro de família** 5=cluster com no qual os inquiridos realizaram a última consulta com médico enfermeiro de família há mais

tempo; **nº de consultas com médico e enfermeiro de família nas últimas 4 semanas** 5=cluster no qual os inquiridos realizaram um nº inferior de consultas médicas e de enfermagem nas últimas 4 semanas; **dias de espera para consulta médica e de enfermagem** 5=cluster no qual os inquiridos esperaram mais pelas consultas médicas e de enfermagem; **internamento hospitalar** 5=cluster com maior nº de inquiridos que já realizaram internamento hospitalar; **nº de dias de internamento hospitalar** 5=cluster no qual os inquiridos apresentaram mais dias de internamento; **utilização de medicamento receitados e não receitados** 5=cluster com maior nº de inquiridos que consomem medicamentos receitados e não receitados pelo médico; **autoperceção do estado de saúde** 5=cluster com maior nº de inquiridos que percebe o seu estado de saúde como razoável/fraco; **saúde mental, saúde do sono e funcionamento familiar** 5=cluster no qual os inquiridos apresentam menor saúde mental, saúde do sono e funcionamento familiar; **autoperceção da funcionalidade da família** 5=cluster com maior nº de inquiridos que autopercebem a funcionalidade da sua família com disfuncional.

No quadro 7 encontram representadas as ponderações atribuídas a cada cluster.

Quadro 7. Ponderação atribuída a cada cluster

| FOCO | INDICADOR / VARIÁVEL | Cluster | | | | |
|---|---|--|------------|------------|-----------|------------|
| | | 1 n=21 | 2 n=100 | 3 n=181 | 4 n=43 | 5 n=129 |
| Determinantes da Saúde Demográficos e Sociais | Idade (5 = média de idade superior) | 1 | 2 | 5 | 4 | 3 |
| | Sexo (5=feminino superior) | 5 | 4 | 3 | 1 | 2 |
| | Nacionalidade (5 = estrangeira superior) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Local residência (5 = rural superior) | 2 | 3 | 5 | 1 | 4 |
| | Habilitações académicas (5 = inferiores) | 1 | 2 | 3 | 5 | 4 |
| | Desemprego (5 = superior) | 4 | 2 | 1 | 5 | 3 |
| | Trabalho por conta de outrem (5 = superior) | 1 | 2 | 4 | 5 | 3 |
| | Vínculo laboral (5 = contrato de trabalho por tempo indeterminado inferior) | 4 | 1 | 2 | 5 | 3 |
| | Profissão (5= trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores superior) | 1 | 2 | 3 | 5 | 4 |
| | Prática religiosa (5= não praticantes superior) | 5 | 3 | 4 | 1 | 1 |
| | Classe social (5= média/baixa superior) | 5 | 3 | 4 | 2 | 1 |
| | Tipologia Familiar (5 = nuclear inferior) | 3 | 2 | 1 | 5 | 4 |
| | Composição familiar (5 = conjugue, filhos e outros superior) | 5 | 1 | 2 | 4 | 4 |
| | Suporte social (5= inferior) | 2 | 1 | 3 | 5 | 4 |
| | Determinantes da Saúde Biológicos | Prevalência HTA, Diabetes e Colesterol Total Elevado | 2 | 1 | 4 | 3 |
| Prevalência Diabetes (5 = superior) | | 0 | 3 | 2 | 5 | 4 |
| Prevalência de colesterol total elevado (5 = superior) | | 4 | 5 | 2 | 1 | 3 |
| Pressão | | 1 | 3 | 4 | 5 | 2 |
| Valor médio de PAS (5= superior) | | 1 | 3 | 4 | 2 | 5 |
| Processo do Sistema regulador | | 1 | 2 | 3 | 5 | 4 |
| Valor médio da glicémia (5 = superior) | | 4 | 5 | 3 | 1 | 2 |
| Valor médio do colesterol total (5 = superior) | | 4 | 5 | 2 | 4 | 1 |
| Prevalência doença crónica | | 5 | 2 | 4 | 1 | 3 |
| Autogestão da doença | | 1 | 4 | 3 | 5 | 2 |
| Fumadores (5 = superior) | | 5 | 2 | 3 | 4 | 1 |
| Ex-fumadores (5 = superior) | | 4 | 1 | 3 | 5 | 2 |
| Exposição passiva ao fumo tabaco (5 = superior) | | 5 | 1 | 3 | 2 | 4 |
| Número cigarros dia (5 = superior) | | 5 | 2 | 4 | 1 | 3 |
| Duração do consumo de tabaco (5 = superior) | | 5 | 3 | 2 | 1 | 4 |
| Idade de início de consumo de tabaco (5 = mais precoce) | 2 | 3 | 5 | 1 | 4 | |
| Anos de ex-consumo de tabaco (5 = superior) | 5 | 2 | 1 | 4 | 3 | |
| Número médio de tentativas para cessar consumo de tabaco (5 = superior) | 0 | 0 | 3 | 5 | 4 | |
| Nível de risco de consumo de álcool (5 = superior) | 4 | 4 | 5 | 4 | 5 | |
| Duração atividade física (5 = inferior) | 4 | 1 | 3 | 2 | 5 | |
| Nº médio de refeições diárias (5 = inferior) | 1 | 3 | 1 | 5 | 1 | |
| Consumo diário de fruta (5 = inferior) | 1 | 3 | 2 | 5 | 4 | |
| Consumo diário de sumo de fruta e/ou vegetais (5 = inferior) | 1 | 4 | 3 | 2 | 5 | |
| Consumo diário de sopa de legumes (5 = inferior) | 1 | 2 | 3 | 5 | 4 | |
| Consumo diário de vegetais (5 = inferior) | 1 | 2 | 3 | 5 | 4 | |
| Hábito de adicionar sal (5 = superior) | 0 | 3 | 2 | 5 | 4 | |
| Prevalência do consumo de comida muito salgada (5 = superior) | 0 | 2 | 3 | 5 | 4 | |
| Não adesão à consulta de saúde oral (5 = superior) | 0 | 2 | 3 | 5 | 4 | |
| Determinantes da Saúde Comportamentais | Comportamento de Procura de Saúde (consulta de saúde oral) | 1 | 4 | 3 | 5 | 2 |
| | Não adesão à consulta de saúde oral nos últimos 12 meses (5 = superior) | 5 | 2 | 4 | 3 | 1 |
| | Presença de próteses e pivôs (5 = superior) | 0 | 0 | 0 | 5 | 4 |
| | Não adesão à escovagem dos dentes (5 = superior) | 1 | 2 | 4 | 5 | 3 |
| | Número médio de escovagens diárias (5 = inferior) | 0 | 2 | 3 | 5 | 4 |
| | Não adesão à escovagem dos dentes à noite (5 = superior) | 1 | 2 | 3 | 5 | 4 |
| | Não adesão a outro produto para além da pasta (5 = superior) | 1 | 4 | 3 | 2 | 5 |
| | Hábito de realizar análises para determinar o valor do colesterol (5 = inferior) | 1 | 4 | 3 | 2 | 5 |
| | Hábito de realizar análises para determinar o valor do glicémia (5 = inferior) | 1 | 4 | 2 | 3 | 5 |
| | Hábito de avaliar pressão arterial (5 = inferior) | 0 | 5 | 0 | 5 | 4 |
| | Hábito de realizar mamografia (5 = inferior) | 1 | 2 | 3 | 5 | 4 |
| | Hábito de realizar colpocitologia (5 = inferior) | 0 | 3 | 5 | 4 | 3 |
| | Hábito de realizar PSA (5 = inferior) | 1 | 2 | 4 | 3 | 5 |
| | Hábito de realizar pesquisa de sangue oculto nas fezes (5 = inferior) | 1 | 4 | 5 | 3 | 2 |
| | Hábito de realizar colonoscopia (5 = inferior) | 0 | 4 | 2 | 5 | 3 |
| Adesão à vacinação difteria e tétano (5 = inferior) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| Prestação de cuidados no CS (5 = inferior) | 1 | 3 | 4 | 5 | 2 | |
| Período de realização da última consulta médica (5 = superior) | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | |
| Nº médio de consultas médicas realizadas nas últimas 4 semanas (5 = inferior) | 1 | 5 | 4 | 2 | 3 | |
| Nº médio de dias de espera para a consulta médica (5 = superior) | 3 | 2 | 4 | 5 | 1 | |
| Período de realização da última consulta de enfermagem (5 = superior) | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | |
| Nº médio de consultas de enfermagem realizadas nas últimas 4 semanas (5 = inferior) | 3 | 4 | 2 | 1 | 5 | |
| Nº médio de dias de espera para a consulta enfermagem (5 = superior) | 1 | 3 | 5 | 4 | 2 | |
| Internamento hospitalar sim (5 = superior) | 2 | 5 | 4 | 3 | 1 | |
| Nº médio de dias de Internamento hospitalar (5 = superior) | 4 | 5 | 2 | 1 | 3 | |
| Utilização de medicamentos prescritos (5 = superior) | 3 | 5 | 4 | 2 | 1 | |
| Utilização de medicamentos não prescritos (5 = superior) | 2 | 4 | 1 | 5 | 3 | |
| Autoperceção do estado de saúde (razoável/fraca) (5= superior) | 1 | 2 | 3 | 5 | 4 | |
| Saúde mental (5 = inferior) | 1 | 2 | 3 | 5 | 4 | |
| Sono | 1 | 2 | 4 | 5 | 3 | |
| Autoperceção funcionalidade (disfuncional) (5 = superior) | 2 | 1 | 3 | 5 | 4 | |
| Funcionamento familiar (5 = inferior) | 1 | 2 | 3 | 5 | 4 | |

Após a atribuição das ponderações, procedeu-se à identificação dos focos/áreas com maior necessidade de intervenção de enfermagem em cada cluster. Considerando que a magnitude deve ser interpretada de forma direta, ou seja, quanto maior a valorização do critério, maior é a prioridade conferida à intervenção (Ahumada et al., 1965), calculou-

se a média das ponderações atribuídas nos itens de cada foco. Foram identificados como focos/áreas de maior necessidade de intervenção aqueles cuja média das ponderações foi igual ou superior a 4.

Os focos/áreas de maior necessidade de intervenção de cada cluster encontram-se representadas no quadro que se segue.

Quadro 8. Identificação dos focos com maior necessidade de intervenção de enfermagem, por cluster

| FOCOS PRIORITÁRIOS | CLUSTERS | | | | |
|--|----------|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Rendimento familiar | ■ | | ■ | | |
| Autogestão da doença | ■ | | ■ | | |
| Abuso do tabaco | ■ | | | | |
| Abuso do álcool | | | | ■ | ■ |
| Padrão de exercício | ■ | | ■ | ■ | |
| Padrão alimentar | | | | ■ | ■ |
| Padrão de higiene oral | | | | ■ | ■ |
| Comportamento de procura de saúde (adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem) | | ■ | ■ | ■ | ■ |
| Comportamento de procura de saúde (adesão ao rastreio da doença oncológica) | | | | ■ | ■ |
| Comportamento de procura de saúde (adesão às análises) | | ■ | | ■ | |
| Comportamento de procura de saúde (adesão às consultas de saúde oral) | | | | ■ | ■ |
| Regime de imunização | | ■ | | ■ | |
| Regime medicamentoso | ■ | ■ | | | |
| Atitude face ao estado de saúde | | ■ | | ■ | |
| Sono | | | ■ | ■ | |
| Status psicológico | | | | ■ | ■ |
| Processo familiar | | | | ■ | ■ |
| Processo do sistema regulador | | | | ■ | ■ |
| Pressão | | | ■ | ■ | |

A informação apresentada no quadro 8 evidencia que, no **cluster 1**, os focos com maior necessidade de intervenção de enfermagem estão associados ao rendimento familiar, autogestão da doença, abuso do tabaco, padrão de exercício e regime medicamentoso.

Já no **cluster 2**, os focos que emergiram com maior necessidade de intervenção de enfermagem centram-se no comportamento de procura de saúde, tanto no que se refere à realização de consultas médicas e/ou de enfermagem como à adesão à realização de análises, no regime de imunização, no regime medicamentoso, abrangendo tantos os medicamentos prescritos como os não prescritos, e na atitude face ao estado de saúde.

O **cluster 3**, os focos identificados como tendo maior necessidade de intervenção de enfermagem incluem o rendimento familiar, a autogestão da doença, o padrão de exercício, o comportamento de procura de saúde, nomeadamente a realização de consultas médicas e/ou de enfermagem, assim como aspetos relacionados com sono e pressão.

No **cluster 4**, destacam-se como focos com maior necessidade de intervenção de enfermagem o abuso do álcool, o padrão alimentar, o padrão de higiene oral, o comportamento de procura de saúde, tanto no que respeita a consultas médicas e/ou de enfermagem como ao rastreio da doença oncológica (mama, colo do útero e próstata) e às consultas de saúde oral. Além disso, evidenciaram-se necessidades de intervenção no regime de imunização (difteria e tétano), na atitude face ao estado de saúde, no sono, no status psicológico, no processo familiar e no processo do sistema regulador.

Por fim, no **cluster 5**, os principais focos de intervenção incluem o abuso do álcool, o padrão de exercício, o padrão alimentar, o comportamento de procura de saúde, nomeadamente no rastreio da doença oncológica (mama, colo do útero e cólon e reto), a adesão à realização de análises, a realização de consultas de saúde oral, o status psicológico, o processo familiar, o processo do sistema regulador e a pressão.

5.4 - CONSENSUALIZAÇÃO DO CONTEÚDO E ESTRUTURA DA MATRIZ DE APOIO À TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Neste subcapítulo são apresentados os dados obtidos a partir do Painel Delphi. A organização dos resultados está estruturada em três partes principais: a constituição e caracterização do painel de peritos, o consenso alcançado em relação aos Critérios de Diagnóstico para os diagnósticos propostos para os três grupos de indicadores e, por último, o consenso obtido relativamente às Intervenções de Enfermagem enunciadas para dar resposta aos diagnósticos.

5.4.1 - Constituição e caracterização do painel de peritos

Para contextualizar a amostra de peritos que participou no Painel Delphi foram recolhidos dados de variáveis socioprofissionais os quais são descritos de seguida.

Tabela 22. Caracterização socioprofissional dos peritos

| | 1ª Ronda | | 2ª Ronda | |
|---|----------|---------|----------|---------|
| | n | (%) | n | (%) |
| Sexo | | | | |
| Feminino | 11 | (91,7) | 16 | (88,9) |
| Masculino | 1 | (8,3) | 2 | (11,1) |
| Idade | | | | |
| Média | 44,9 | | 43,5 | |
| dp | 4,6 | | 5,1 | |
| Min | 38,0 | | 38,0 | |
| P25 | 40,3 | | 39,0 | |
| Mediana | 45,5 | | 41,5 | |
| P 75 | 49,3 | | 47,8 | |
| Max | 52,0 | | 52,0 | |
| n | 12 | | 18 | |
| Unidade territorial de exercício profissional | | | | |
| Centro | 3 | (25,0) | 4 | (22,2) |
| Norte | 6 | (50,0) | 11 | (61,1) |
| Área Metro, de Lisboa | 2 | (16,7) | 2 | (11,1) |
| Região Autónoma, dos Açores | 1 | (8,3) | 1 | (5,6) |
| Contexto de exercício profissional | | | | |
| USF | 6 | (50,0) | 10 | (55,6) |
| UCSP | 3 | (25,0) | 4 | (22,2) |
| Instituição de Ensino Superior | 3 | (25,0) | 4 | (22,2) |
| Tempo de exercício profissional na área dos Cuidados de Saúde Primários | | | | |
| Média | 14,8 | | 16,9 | |
| dp | 7,0 | | 4,5 | |
| Min | 5,0 | | 6,0 | |
| P25 | 8,5 | | 15,0 | |
| Mediana | 15,5 | | 16,0 | |
| P 75 | 20,5 | | 19,0 | |
| Max | 26,0 | | 26,0 | |
| n | 12 | | 18 | |
| Especialidade em Enfermagem de Saúde Familiar | | | | |
| Sim | 7 | (58,3) | 7 | (38,9) |
| Não | 5 | (41,7) | 11 | (61,1) |
| Pós-Graduação e/ou Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar | | | | |
| Sim | 12 | (100,0) | 18 | (100,0) |
| Não | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) |
| Investigação na área da Saúde Familiar | | | | |
| Sim | 10 | (83,3) | 13 | (72,2) |
| Não | 2 | (16,7) | 5 | (27,8) |
| Doutoramento em Enfermagem ou Doutoramento em curso com Mestrado concluído | | | | |
| Sim | 5 | (41,7) | 8 | (44,4) |
| Não | 7 | (58,3) | 10 | (55,6) |

dp – desvio padrão; P25- Percentil 25; P75 – Percentil 75; Min- Mínimo; Max- Máximo

Analisando as características socioprofissionais dos participantes distribuídos por duas rondas, verifica-se que, relativamente ao sexo e à idade, a representatividade masculina é reduzida (apenas 1 participante na ronda 1 e 2 na ronda 2), sendo a grande maioria do

sexo feminino (11 na ronda 1 e 16 na ronda 2). A idade dos participantes varia entre os 38 e 52 anos, com uma média de 44,9 (dp=4,6) na ronda 1 e de 43,5 (dp=5,1) anos na ronda 2.

Do total dos peritos, 41,7% (ronda 1) e 44,4% (ronda 2) relataram possuir o doutoramento em enfermagem ou estarem a concluir o doutoramento com mestrado terminado, enquanto os restantes apresentaram o grau académico de licenciatura.

A maior percentagem dos peritos exerce funções na região Norte de Portugal (50,0% ronda 1 e 61,1% ronda 2), seguida da região Centro (25,0% ronda 1 e 22,2% ronda 2), da Área Metropolitana de Lisboa (16,7% ronda 1 e 11,1% ronda 2) e, por último, da Região Autónoma dos Açores (8,3% ronda 1 e 5,6% ronda 2).

No que respeita ao contexto de exercício profissional, a maioria dos peritos desenvolve a sua atividade na prestação de cuidados, nomeadamente em Unidades de Saúde Familiar (50,0% ronda 1 e 55,6% ronda 2) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (25,0% ronda 1 e 25,0% ronda 2). Apenas 25,0% (ronda 1) e 22,2% (ronda 2) dos peritos indicaram exercer funções numa Instituição de Ensino Superior.

Relativamente à formação e ao título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar, todos os peritos relataram possuir a Pós-Graduação ou o Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, sendo que 58,3% (ronda 1) e 38,9% (ronda 2) são detentores do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, atribuído pela Ordem dos Enfermeiros.

Importa salientar que os peritos possuem, em média, uma experiência clínica em Cuidados de Saúde Primários de 14,8 (dp=7,0) na ronda 1 e de 16,9 (dp=4,5) anos na ronda 2, com um intervalo entre os 5 e os 26 anos de exercício. Esses dados, juntamente com as informações previamente referidas. Sublinham o elevado nível de expertise dos participantes.

No que se refere à prática de investigação na área da Enfermagem de Saúde Familiar, verifica-se que a maioria dos peritos está envolvida nesta atividade, com 83,3% dos participantes na ronda 1 e 72,2% na ronda 2.

5.4.2 - Consenso face aos critérios diagnósticos

Seguidamente, será realizada uma análise do consenso em relação aos critérios de diagnóstico propostos para os diagnósticos de enfermagem em ambas as rondas. Para cada item avaliado, será apresentada uma tabela com a distribuição das frequências relativas, os níveis de concordância expressos de acordo com a escala de *Likert*. Em seguida, será apresentada outra tabela com os resultados das medidas de tendência central e de dispersão, sendo estes analisados conforme os critérios de inclusão e exclusão, bem como as definições de consenso previamente estabelecidas.

5.4.2.1 – Ronda 1

Na tabela 23, pode-se observar a distribuição percentual do grau de concordância face aos critérios diagnósticos propostos para os focos de enfermagem familiares.

Tabela 23. Distribuição do grau de concordância face aos critérios diagnósticos propostos para os focos de enfermagem familiares

| | Discordo totalmente | | Discordo | | Nem concordo nem discordo | | Concordo | | Concordo totalmente | |
|---------------------|---------------------|-------|----------|-------|---------------------------|--------|----------|--------|---------------------|--------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| Rendimento Familiar | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 2 | (16,7) | 5 | (41,7) | 4 | (33,3) |
| Processo Familiar | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 0 | (0,0) | 7 | (58,3) | 4 | (33,3) |

Em relação aos critérios diagnósticos para o foco *rendimento familiar* foi obtido um consenso de concordância 75,0% (41,7% concordam (*score* 4) e 33,3% concordam totalmente (*score* 5)). Dos participantes, 16,7% nem concordam nem discordam (*score* 3) e 8,3% discordam (*score* 2).

Nos critérios diagnósticos do foco *processo familiar*, pode observar-se um consenso de concordância de 91,6% (8,3% discordam (*score* 2), 58,3% concordam (*score* 4) e 33,3% concordam totalmente (*score* 5)).

Depois de apresentada a distribuição percentual do grau de concordância face aos critérios diagnósticos propostos para os focos de enfermagem familiares, segue-se o resumo estatísticos dos consensos (tabela 24).

Tabela 24. Resumo estatístico dos consensos face aos critérios diagnósticos propostos para os focos de enfermagem familiares

| | Concordância ¹ | Média | Mediana | Moda | dp | CV | aQ | Decisão |
|---------------------|---------------------------|-------|---------|------|-----|------|-----|----------|
| Rendimento Familiar | 75,0 | 4,0 | 4,0 | 4,0 | 1,0 | 23,1 | 1,8 | Incluído |
| Processo Familiar | 91,6 | 4,2 | 4,0 | 4,0 | 0,8 | 20,9 | 1,0 | Incluído |

¹Somatório das percentagens de peritos que atribuíram scores 4 e 5 (“Concordo” e “Concordo Totalmente”); dp – desvio padrão; CV – Coeficiente de variação; aQ – Intervalo interquartil

Os critérios diagnósticos para os focos de enfermagem familiares, propostos na Matriz de Apoio à Tomada de Decisão Clínica, obtiveram consenso entre os peritos. Segundo os critérios definidos para o consenso de inclusão, apresentaram uma mediana igual a 4 e 75,0% ou mais, dos membros do painel de peritos, níveis de concordância entre os *scores* 4 e 5, pelo que foram incluídos na matriz proposta.

Nos critérios diagnósticos para o foco *rendimento familiar*, o nível de consenso é moderado (desvio padrão igual a 1 e amplitude interquartil superior a 1) e para o foco *processo familiar* é elevado (desvio padrão inferior a 1 e uma amplitude interquartil igual a 1). Os coeficientes de variação apresentam-se entre os 20,9% e os 23,1%, sendo por isso a dispersão média.

Face aos resultados obtidos, os critérios diagnósticos para os focos de enfermagem familiares não exigiram segunda ronda no Painel Delphi.

Seguidamente apresenta-se a distribuição do grau de concordância face aos critérios diagnósticos propostos para os focos de enfermagem individuais.

Tabela 25. Distribuição do grau de concordância face aos critérios diagnósticos propostos para os focos de enfermagem individuais

| | Discordo totalmente | | Discordo | | Nem concordo nem discordo | | Concordo | | Concordo totalmente | |
|--|---------------------|-------|----------|--------|---------------------------|--------|----------|--------|---------------------|--------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| Pressão | 0 | (0,0) | 2 | (16,7) | 0 | (0,0) | 6 | (50,0) | 4 | (33,3) |
| Processo do sistema regulador | 1 | (8,3) | 2 | (16,7) | 2 | (16,7) | 4 | (33,3) | 3 | (25,0) |
| Autogestão da doença | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 7 | (58,3) | 5 | (41,7) |
| Abuso do tabaco | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 7 | (58,3) | 4 | (33,3) |
| Abuso do álcool | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 1 | (8,3) | 6 | (50,0) | 4 | (33,3) |
| Padrão de exercício | 0 | (0,0) | 2 | (16,7) | 0 | (0,0) | 6 | (50,0) | 4 | (33,3) |
| Padrão alimentar | 0 | (0,0) | 2 | (16,7) | 0 | (0,0) | 6 | (50,0) | 4 | (33,3) |
| Padrão de higiene oral | 0 | (0,0) | 2 | (16,7) | 1 | (8,3) | 5 | (41,7) | 4 | (33,3) |
| Comportamento de procura de saúde (análises) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 3 | (25,0) | 5 | (41,7) |
| Comportamento de procura de saúde (consultas de s. oral) | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 1 | (8,3) | 6 | (50,0) | 4 | (33,3) |
| Comportamento de procura de saúde (consultas médicas/enfermagem) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 7 | (58,3) | 5 | (41,7) |
| Comportamento de procura de saúde (rastreo da doença oncológica) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 8 | (66,7) | 4 | (33,3) |
| Regime de imunização | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 8 | (66,7) | 4 | (33,3) |
| Regime medicamentoso | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 8 | (66,7) | 4 | (33,3) |
| Atitude face ao estado de saúde | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 0 | (0,0) | 7 | (58,3) | 4 | (33,3) |
| Status psicológico | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 5 | (41,7) | 3 | (25,0) |
| Sono | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 6 | (50,0) | 3 | (25,0) |

No que diz respeito aos critérios diagnósticos apresentados na Matriz de Apoio à Tomada de Decisão Clínica para os focos de enfermagem individuais, foram obtidos os seguintes consensos de concordância: nos critérios diagnósticos para o foco *pressão* 83,3% (50,0% concordam (*score* 4) e 33,3% concordam totalmente (*score* 5)); para o foco *processo do sistema regulador* 58,3% (33,3% concordam (*score* 4) e 25,0% concordam totalmente (*score* 5)); para o foco *autogestão da doença* 100,0% (58,3% concordam (*score* 4) e 41,7% concordam totalmente (*score* 5)); para o foco *abuso do tabaco* 91,6% (58,3% concordam (*score* 4) e 33,3% concordam totalmente (*score* 5)); para o foco *abuso do álcool* 83,3% (50,0% concordam (*score* 4) e 33,3% concordam totalmente (*score* 5)); para o foco *padrão de exercício* 83,3% (50,0% concordam (*score* 4) e 33,3% concordam totalmente (*score* 5)); para o foco *padrão alimentar* 83,3% (50,0% concordam (*score* 4) e 33,3% concordam totalmente (*score* 5)); para o foco *padrão de higiene oral* 75,0% (41,7% concordam (*score* 4) e 33,3% concordam totalmente (*score* 5)); para o foco *comportamento de procura de saúde (adesão às análises)* 66,7% (25,0% concordam (*score* 4) e 41,7% concordam totalmente (*score* 5));

para o foco *comportamento de procura de saúde (consultas de saúde oral)* 83,3% (50,0% concordam (*score* 4) e 33,3% concordam totalmente (*score* 5)); para o foco *comportamento de procura de saúde (consultas médicas/enfermagem)* 100,0% (58,3% concordam (*score* 4) e 41,7% concordam totalmente (*score* 5)); para o foco *comportamento de procura de saúde (rastreamento da doença oncológica)* 100,0% (66,7% concordam (*score* 4) e 33,3% concordam totalmente (*score* 5)); para o foco *regime de imunização* 100,0% (66,7% concordam (*score* 4) e 33,3% concordam totalmente (*score* 5)); para o foco *regime medicamentoso* 100,0% (66,7% concordam (*score* 4) e 33,3% concordam totalmente (*score* 5)); para o foco *atitude face ao estado de saúde* 91,6% (58,3% concordam (*score* 4) e 33,3% concordam totalmente (*score* 5)); para o foco *status psicológico* 66,7% (41,7% concordam (*score* 4) e 25,0% concordam totalmente (*score* 5)) e para o foco *sono* 75,0% (50,0% concordam (*score* 4) e 25,0% concordam totalmente (*score* 5)).

Relativamente aos consensos obtidos face aos critérios diagnósticos propostos para os focos de enfermagem individuais, estes são apresentados na tabela (tabela 26) que se segue.

Tabela 26. Resumo estatístico dos consensos face aos critérios diagnósticos propostos para os focos de enfermagem individuais

| | Concordância ¹ | Média | Mediana | Moda | dp | CV | aQ | Decisão |
|---|---------------------------|-------|---------|------|-----|------|-----|----------|
| Pressão | 83,3 | 4,0 | 4,0 | 4,0 | 1,0 | 27,4 | 1,0 | Incluído |
| Processo do sistema regulador | 58,3 | 3,5 | 4,0 | 4,0 | 1,3 | 39,6 | 2,5 | 2ª ronda |
| Autogestão da doença | 100,0 | 4,4 | 4,0 | 4,0 | 0,5 | 11,7 | 1,0 | Incluído |
| Abuso do tabaco | 91,6 | 4,3 | 4,0 | 4,0 | 0,6 | 15,1 | 1,0 | Incluído |
| Abuso do álcool | 83,3 | 4,1 | 4,0 | 4,0 | 0,9 | 23,1 | 1,0 | Incluído |
| Padrão de exercício | 83,3 | 4,0 | 4,0 | 4,0 | 1,0 | 27,4 | 1,0 | Incluído |
| Padrão alimentar | 83,3 | 4,0 | 4,0 | 4,0 | 1,0 | 27,4 | 1,0 | Incluído |
| Padrão de higiene oral | 75,0 | 3,9 | 4,0 | 4,0 | 1,1 | 29,1 | 1,8 | Incluído |
| Comportamento de procura de saúde (análises) | 66,7 | 4,1 | 4,0 | 5,0 | 0,9 | 20,9 | 2,0 | 2ª ronda |
| Comportamento de procura de saúde (consultas de s. oral) | 83,3 | 4,1 | 4,0 | 4,0 | 0,9 | 15,1 | 1,0 | Incluído |
| Comportamento de procura de saúde (consultas médicas/enfermagem) | 100,0 | 4,4 | 4,0 | 4,0 | 0,5 | 11,6 | 1,0 | Incluído |
| Comportamento de procura de saúde (rastreamento da doença oncológica) | 100,0 | 4,3 | 4,0 | 4,0 | 0,5 | 11,6 | 1,0 | Incluído |
| Regime de imunização | 100,0 | 4,3 | 4,0 | 4,0 | 0,5 | 11,6 | 1,0 | Incluído |
| Regime medicamentoso | 100,0 | 4,3 | 4,0 | 4,0 | 0,5 | 11,6 | 1,0 | Incluído |
| Atitude face ao estado de saúde | 91,6 | 4,2 | 4,0 | 4,0 | 0,8 | 20,9 | 1,0 | Incluído |
| | 66,7 | 3,9 | 4,0 | 4,0 | 0,8 | 19,4 | 1,8 | 2ª ronda |

(Continuação da tabela 26)

| | Concordância ¹ | Média | Mediana | Moda | dp | CV | aQ | Decisão |
|--------------------|---------------------------|-------|---------|------|-----|------|-----|----------|
| Status psicológico | | | | | | | | |
| Sono | 75,0 | 4,0 | 4,0 | 4,0 | 0,7 | 19,4 | 1,5 | Incluído |

¹Somatório das percentagens de peritos que atribuíram scores 4 e 5 (“Concordo” e “Concordo Totalmente”); dp – desvio padrão; CV – Coeficiente de variação; aQ – Intervalo interquartil

Nos critérios diagnósticos para os focos *pressão, autogestão da doença, abuso do tabaco, abuso do álcool, padrão de exercício, padrão alimentar, padrão de higiene oral, comportamento de procura de saúde (consultas de saúde oral), comportamento de procura de saúde (consultas médicas/enfermagem), comportamento de procura de saúde (rastreamento da doença oncológica), regime de imunização, regime medicamentoso, atitude face ao estado de saúde e sono*, o nível de consenso é elevado (desvio padrão igual ou inferior a 1 e uma amplitude interquartil igual ou inferior a 1). Já nos focos *comportamento de procura de saúde (adesão às análises), status psicológico e sono* é moderado (desvio padrão inferior a 1 e uma amplitude interquartil superior a 1). No foco *processo do sistema regulador* o nível de consenso é moderado (desvio padrão e amplitude interquartil superior a 1).

No que respeita à dispersão, nos critérios diagnósticos para os focos *autogestão da doença, comportamento de procura de saúde (consultas médicas/enfermagem), comportamento de procura de saúde (rastreamento da doença oncológica), regime de imunização, regime medicamentoso*, a mesma é baixa pois os coeficientes de variação apresentam-se entre os 11,6% e 11,7%. Já nos critérios diagnósticos para os focos *pressão, abuso do tabaco, abuso do álcool, padrão de exercício, padrão alimentar, padrão de higiene oral, comportamento de procura de saúde (adesão às análises), comportamento de procura de saúde (consultas de saúde oral), atitude face ao estado de saúde, status psicológico e sono*, como os coeficientes de variação se apresentam entre os 15,1% e 29,1% a dispersão é média. Nos critérios diagnósticos para o foco *processo do sistema regulador*, a dispersão é elevada uma vez que apresenta valores de coeficientes de variação superiores a 30,0% (39,6%).

Embora o consenso entre peritos tenha sido alcançado nos critérios diagnósticos para todos os focos de enfermagem individuais, os focos *processo do sistema regulador, comportamento de procura de saúde (adesão às análises) e status psicológico* exigiram segunda ronda no Painel Delphi pois, conforme critérios definidos para o consenso de

inclusão, embora apresentem uma mediana igual a 4 o consenso de concordância foi inferior a 75,0%.

5.4.2.2 – Ronda 2

Depois de apresentados os dados obtidos na ronda 1, segue-se a apresentação dos dados obtidos na ronda 2.

Na tabela 27 pode ser observada a distribuição percentual do grau de concordância, obtido, face aos critérios diagnósticos propostos para os focos de enfermagem *processo do sistema regulador, comportamento de procura de saúde (adesão às análises) e status psicológico*.

Tabela 27. Distribuição do grau de concordância face aos critérios diagnósticos propostos para o foco de enfermagem processo do sistema regulador

| | Discordo totalmente | | Discordo | | Nem concordo nem discordo | | Concordo | | Concordo totalmente | |
|---|---------------------|-------|----------|--------|---------------------------|--------|----------|--------|---------------------|--------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| Diabetes presente | 0 | (0,0) | 3 | (16,7) | 0 | (0,0) | 8 | (44,4) | 7 | (38,9) |
| Risco de diabetes presente | 0 | (0,0) | 3 | (16,7) | 2 | (11,1) | 7 | (38,9) | 6 | (33,3) |
| Hiperglicemia presente | 0 | (0,0) | 2 | (11,1) | 0 | (0,0) | 10 | (55,6) | 6 | (33,3) |
| Diabetes presente e/ou hiperglicemia presente | 0 | (0,0) | 1 | (5,6) | 0 | (0,0) | 8 | (44,4) | 9 | (50,0) |

Em relação aos critérios diagnósticos para o foco *processo do sistema regulador*, no critério *diabetes presente* foi obtido um consenso de concordância de 83,3% (44,4% concordam (*score* 4) e 38,9% concordam totalmente (*score* 5)); no critério *risco de diabetes presente* de 72,2% (16,7% discordam (*score* 2), 11,1% nem concordam nem discordam (*score* 3), 38,9% concordam (*score* 4) e 33,3% concordam totalmente (*score* 5)); no critério *hiperglicemia presente* 88,9% (11,1% discordam (*score* 2), 55,6% concordam (*score* 4) e 33,3% concordam totalmente (*score* 5)) e no critério *diabetes presente e/ou hiperglicemia presente* 94,4% (5,6% discordam (*score* 2), 44,4% concordam (*score* 4) e 50,0% concordam totalmente (*score* 5)).

No que diz respeito ao resumo estatístico dos consensos face aos critérios diagnósticos propostos para o foco de enfermagem *processo do sistema regulador*, este é apresentado na tabela 28.

Tabela 28. Resumo estatístico dos consensos face aos critérios diagnósticos propostos para o foco de enfermagem processo do sistema regulador

| | Concordância ¹ | Média | Mediana | Moda | dp | CV | aQ | Decisão |
|---|---------------------------|-------|---------|------|-----|------|-----|----------|
| Diabetes presente | 83,3 | 4,1 | 4,0 | 4,0 | 1,1 | 26,0 | 1,0 | Incluído |
| Risco de diabetes presente | 72,2 | 3,9 | 4,0 | 4,0 | 1,1 | 27,7 | 2,0 | Excluído |
| Hiperglicémia presente | 88,9 | 4,1 | 4,0 | 4,0 | 0,9 | 21,9 | 1,0 | Incluído |
| Diabetes presente e/ou hiperglicemia presente | 94,4 | 4,4 | 4,5 | 5,0 | 0,8 | 17,7 | 1,0 | Incluído |

¹Somatório das percentagens de peritos que atribuíram scores 4 e 5 (“Concordo” e “Concordo Totalmente”); dp – desvio padrão; CV – Coeficiente de variação; aQ – Intervalo interquartil

Os critérios diagnósticos para o foco *processo do sistema regulador*, propostos na Matriz de Apoio à Tomada de Decisão Clínica, obtiveram consenso entre os peritos, com exceção do critério *risco de diabetes*. Segundo os critérios definidos para o consenso de inclusão, a maioria dos critérios apresentaram uma mediana igual ou superior a 4 e 75,0% ou mais, dos membros do painel de peritos, níveis de concordância entre os scores 4 e 5, pelo que foram incluídos na matriz proposta. O critério *risco de diabetes* foi excluído por apresentar menos de 75,0% dos membros do painel de peritos com níveis de concordância entre os scores 4 e 5, nas duas rondas consecutivas.

Nos critérios diagnósticos *diabetes presente e risco de diabetes*, o nível de consenso é moderado (desvio padrão superior a 1 e amplitude interquartil igual ou superior a 1) e nos restantes é elevado (desvio padrão inferior a 1 e amplitude interquartil igual a 1). Os coeficientes de variação apresentam-se entre os 17,7% e os 27,7%, sendo por isso a dispersão média.

Face aos resultados obtidos, os critérios diagnósticos propostos para o foco de enfermagem *processo do sistema regulador* não exigiram terceira ronda no Painel Delphi.

Seguidamente, na tabela 29, é apresentada a distribuição do grau de concordância face aos critérios diagnósticos propostos para o foco de enfermagem *comportamento de procura de saúde (adesão às análises)*.

Tabela 29. Distribuição do grau de concordância face aos critérios diagnósticos propostos para o foco de enfermagem comportamento de procura de saúde (adesão às análises)

| | Discordo totalmente | | Discordo | | Nem concordo nem discordo | | Concordo | | Concordo totalmente | |
|--|---------------------|-------|----------|-------|---------------------------|-------|----------|--------|---------------------|--------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| Adesão às análises não demonstrada | 1 | (5,6) | 0 | (0,0) | 1 | (5,6) | 9 | (50,0) | 7 | (38,9) |
| Conhecimento sobre a importância de adesão às análises não demonstrado | 1 | (5,6) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 10 | (55,6) | 7 | (38,9) |
| Adesão às análises não demonstrada e/ou Conhecimento sobre a importância de adesão às análises não demonstrado | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 9 | (50,0) | 9 | (50,0) |

No critério diagnóstico *adesão às análises não demonstrada* foi obtido um consenso de concordância de 88,9% (50,0% concordam (*score* 4) e 38,9% concordam totalmente (*score* 5)). No critério diagnóstico *conhecimento sobre a importância de adesão às análises não demonstrado* foi obtido um consenso de concordância de 94,5%, sendo que 5,6% dos peritos discordo totalmente (*score* 1), 55,6% concordam (*score* 4) e 38,9% concordam totalmente (*score* 5). Por sua vez, no critério diagnóstico *adesão às análises não demonstrada e/ou conhecimento sobre a importância de adesão às análises não demonstrado* foi alcançada uma concordância de 100,0%, distribuindo-se as opiniões dos peritos, em igual valor percentual, pelo *score* 4 (concordo, 50,0%) e *score* 5 (concordo totalmente, 50,0%).

Na tabela 30 apresenta-se o resumo estatístico dos consensos face aos critérios diagnósticos propostos para o mesmo foco.

Tabela 30. Resumo estatístico dos consensos face aos critérios diagnósticos propostos para o foco de enfermagem comportamento de procura de saúde (adesão às análises)

| | Concordância ¹ | Média | Mediana | Moda | dp | CV | aQ | Decisão |
|--|---------------------------|-------|---------|------|-----|------|-----|----------|
| Adesão às análises não demonstrada | 88,9 | 4,2 | 4,0 | 4,0 | 1,0 | 23,6 | 1,0 | Incluído |
| Conhecimento sobre a importância de adesão às análises não demonstrado | 94,5 | 4,2 | 4,0 | 4,0 | 0,9 | 22,3 | 1,0 | Incluído |
| Adesão às análises não demonstrada e/ou Conhecimento sobre a importância de adesão às análises não demonstrado | 100,0 | 4,5 | 4,5 | 4,0 | 0,5 | 11,4 | 1,0 | Incluído |

¹Somatório das percentagens de peritos que atribuíram scores 4 e 5 (“Concordo” e “Concordo Totalmente”); dp – desvio padrão; CV – Coeficiente de variação; aQ – Intervalo interquartil

Os critérios diagnósticos para o foco de enfermagem *comportamento de procura de saúde (adesão às análises)*, propostos na Matriz de Apoio à Tomada de Decisão Clínica, obtiveram consenso entre os peritos. Segundo os critérios definidos para o consenso de inclusão, apresentaram uma mediana igual ou superior a 4 e 75,0% ou mais, dos membros do painel de peritos, níveis de concordância entre os scores 4 e 5, pelo que foram incluídos na matriz proposta.

Em todos os critérios diagnósticos o nível de consenso é elevado (desvio padrão igual ou inferior a 1 e amplitude interquartil igual a 1).

No que diz respeito à dispersão das respostas, os coeficientes de variação apresentam-se entre os 11,4% e os 23,6%, sendo por isso a dispersão média nos critérios *adesão às análises não demonstrada e conhecimento sobre a importância de adesão às análises não demonstrado* e baixa no critério *adesão às análises não demonstrada e/ou conhecimento sobre a importância de adesão às análises não demonstrado*.

Perante os resultados obtidos, os critérios diagnósticos para o foco de enfermagem *comportamento de procura de saúde (adesão às análises)* não exigiram terceira ronda no Painel Delphi.

De seguida é apresentada a distribuição do grau de concordância face aos critérios diagnósticos propostos para o foco de enfermagem *status psicológico* (tabela 31).

Tabela 31. Distribuição do grau de concordância face aos critérios diagnósticos propostos para o foco de enfermagem status psicológico

| | Discordo totalmente | | Discordo | | Nem concordo nem discordo | | Concordo | | Concordo totalmente | |
|--|---------------------|-------|----------|-------|---------------------------|--------|----------|--------|---------------------|--------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| Valores baixos na subescala Distresse Psicológico (24 - 142 pontos), do Inventário de Saúde Mental | 0 | (0,0) | 1 | (5,6) | 3 | (16,7) | 7 | (38,9) | 7 | (38,9) |
| Valores baixos na subescala Bem-estar Psicológico (4 - 84 pontos), do Inventário de Saúde Mental | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 2 | (11,1) | 10 | (55,6) | 6 | (33,3) |
| Valores baixos nas subescalas Distresse Psicológico (24 - 142 pontos) e/ou de Bem-estar Psicológico (4 - 84 pontos), do Inventário de Saúde Mental | 0 | (0,0) | 1 | (5,6) | 1 | (5,6) | 9 | (50,0) | 7 | (38,9) |

Relativamente à concordância dos peritos, o critério diagnóstico *valores baixos na subescala Distresse Psicológico (24 - 142 pontos), do Inventário de Saúde Mental* alcançou um consenso de concordância de 77,8% e os restantes critérios 88,9%.

No critério diagnóstico *valores baixos na subescala Distresse Psicológico (24 - 142 pontos), do Inventário de Saúde Mental*, 5,6% discordam (*score 2*), 16,7% nem concordam nem discordam (*score 3*) e 38,9% concordam (*score 4*) e concordam totalmente (*score 5*). Já no critério diagnóstico *valores baixos na subescala Bem-estar Psicológico (4 - 84 pontos), do Inventário de Saúde Mental*, são 11,1% os peritos que nem discordam nem discordam (*score 3*), 55,6% os que concordam (*score 4*) e 33,3% os que concordam totalmente (*score 5*). Por fim, no critério diagnóstico *valores baixos nas subescalas Distresse Psicológico (24 - 142 pontos) e/ou de Bem-estar Psicológico (4 - 84 pontos), do Inventário de Saúde Mental*, 5,6% dos peritos afirmaram discordar (*score 2*) e nem concordar nem discordar (*score 3*), 50,0% concordar (*score 4*) e 38,9% concordar totalmente (*score 5*).

Na tabela 32, apresenta-se o resumo estatístico dos consensos face aos critérios diagnósticos propostos para o foco de enfermagem *status psicológico*.

Tabela 32. Resumo estatístico dos consensos face aos critérios diagnósticos propostos para o foco de enfermagem status psicológico

| | Concordância ¹ | Média | Mediana | Moda | dp | CV | aQ | Decisão |
|--|---------------------------|-------|---------|------|-----|------|------|----------|
| Valores baixos na subescala Distresse Psicológico (24 - 142 pontos), do Inventário de Saúde Mental | 77,8 | 4,1 | 4,0 | 4,0 | 0,9 | 21,9 | 1,25 | Incluído |
| Valores baixos na subescala Bem-estar Psicológico (4 - 84 pontos), do Inventário de Saúde Mental | 88,9 | 4,2 | 4,0 | 4,0 | 0,9 | 15,3 | 1,0 | Incluído |
| Valores baixos nas subescalas Distresse Psicológico (24 - 142 pontos) e/ou de Bem-estar Psicológico (4 - 84 pontos), do Inventário de Saúde Mental | 88,9 | 4,2 | 4,0 | 4,0 | 0,8 | 19,1 | 1,0 | Incluído |

¹Somatório das percentagens de peritos que atribuíram scores 4 e 5 (“Concordo” e “Concordo Totalmente”); dp – desvio padrão; CV – Coeficiente de variação; aQ – Intervalo interquartil

Os critérios diagnósticos para o foco de enfermagem *status psicológico*, propostos na Matriz de Apoio à Tomada de Decisão Clínica, obtiveram consenso entre os peritos. Face aos critérios definidos para o consenso de inclusão, apresentaram uma mediana

igual a 4 e 75,0% ou mais, dos membros do painel de peritos, níveis de concordância entre os scores 4 e 5, pelo que foram incluídos na matriz proposta.

No critério diagnóstico *valores baixos na subescala Bem-estar Psicológico (4 - 84 pontos), do Inventário de Saúde Mental*, o nível de consenso é moderado (desvio-padrão inferior a 1 e amplitude interquartil superior a 1). Já nos restantes critérios é elevado, sendo o desvio padrão inferior a 1 e a amplitude interquartil igual a 1.

No que diz respeito à dispersão das respostas, os coeficientes de variação apresentam-se entre os 15,3% e os 21,9%, sendo por isso o nível de dispersão médio.

Face aos resultados obtidos, os critérios diagnósticos para o foco de enfermagem *status psicológico* não exigiram terceira ronda no Painel Delphi.

5.4.3 - Consenso face às intervenções de enfermagem

De seguida, são apresentados os consensos dos peritos face às intervenções de enfermagem, propostas na Matriz de Apoio à Tomada de Decisão Clínica, para dar resposta aos diagnósticos de enfermagem propostos.

Esta apresentação e análise inicia-se com os diagnósticos de enfermagem familiar pelo que na tabela 33 pode ser observada a distribuição do grau de concordância face às intervenções de enfermagem enunciadas para os diagnósticos de enfermagem *rendimento familiar comprometido e processo familiar comprometido*.

Tabela 33. Distribuição do grau de concordância face às intervenções de enfermagem propostas para os diagnósticos de enfermagem familiares

| | Discordo totalmente | | Discordo | | Nem concordo nem discordo | | Concordo | | Concordo totalmente | |
|--|---------------------|-------|----------|-------|---------------------------|--------|----------|--------|---------------------|--------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| Rendimento familiar comprometido | | | | | | | | | | |
| Ensinar sobre gestão do rendimento familiar | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Informar sobre gestão do rendimento familiar | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Promover a gestão do rendimento familiar | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 3 | (25,0) | 8 | (66,7) |
| Orientar para serviços sociais | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 3 | (25,0) | 8 | (66,7) |
| Requerer serviços sociais | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 2 | (16,7) | 2 | (16,7) | 8 | (66,7) |
| Processo familiar comprometido | | | | | | | | | | |
| Avaliar funcionamento familiar | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Negociar o processo familiar | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Otimizar o processo familiar | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Apoiar a família na identificação de estratégias de <i>coping</i> eficazes | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Incentivar o apoio/suporte da família | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Incentivar o envolvimento da família | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Facilitar capacidade para comunicar sentimentos | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Identificar obstáculos à comunicação | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Otimizar comunicação | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 5 | (41,7) | 7 | (58,3) |
| Promover o envolvimento da família | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Otimizar o padrão de ligação | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 5 | (41,7) | 7 | (58,3) |
| Referenciar para terapia familiar | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 6 | (50,0) | 6 | (50,0) |

Conforme observado na tabela 33, as primeiras cinco intervenções de enfermagem permitem responder ao diagnóstico de enfermagem *rendimento familiar comprometido* e as restantes ao *processo familiar comprometido*.

A intervenção *ensinar sobre gestão do rendimento familiar* obteve um consenso de concordância de 100,0% (33,3% concordam (*score* 4) e 66,7% concordam totalmente (*score* 5)).

A intervenção *informar sobre gestão do rendimento familiar* obteve um consenso de concordância de 100,0%, sendo que 25,0% concordam (*score* 4) e 75,0% concordam totalmente (*score* 5).

A intervenção *promover a gestão do rendimento familiar* obteve um consenso de concordância de 91,7% (8,3% nem concordam nem discordam (*score* 3), 25,0% concordam (*score* 4) e 66,7% concordam totalmente (*score* 5)).

A intervenção *orientar para serviços sociais* obteve um consenso de concordância de 91,7%, sendo que 8,3% nem concordam nem discordam (*score* 3), 25,0% concordam (*score* 4) e 66,7% referem concordar totalmente (*score* 5).

Na intervenção *requerer serviços sociais* foi obtido um consenso de concordância de 83,4%. Do total, 16,7% relataram não concordar nem discordar, 16,7% concordar e 66,7% concordar totalmente.

Para o diagnóstico de enfermagem *processo familiar comprometido*, todas as intervenções de enfermagem propostas registaram um consenso de concordância de 100,0%.

Nas intervenções *avaliar o funcionamento familiar, negociar o processo familiar, otimizar o processo familiar, incentivar o apoio/suporte da família, incentivar o envolvimento da família, facilitar a capacidade para comunicar os sentimentos, identificar obstáculos à comunicação e promover o envolvimento da família* as respostas de concordância distribuíram-se 33,3% pelo *score* 4 (Concordo) e 66,7% pelo *score* 5 (Concordo totalmente).

Já nas intervenções *otimizar comunicação e otimizar o padrão de ligação*, 41,7% dos peritos referem concordar (*score* 4) e 58,3% concordar totalmente (*score* 5).

Por último, na intervenção *apoiar a família na identificação de estratégias de coping eficazes*, 25,0% dos peritos concordam (*score* 4) e 75,0% concordam totalmente (*score* 5). Na intervenção *referenciar para terapia familiar* as opiniões distribuem-se de igual forma percentual pelo *score* 4 (50,0%) e pelo *score* 5 (50,0%), concordo e concordo totalmente, respetivamente.

Seguidamente, pode ser observado o resumo estatístico dos consensos face às intervenções de enfermagem propostas para os diagnósticos de enfermagem familiares (tabela 34).

Tabela 34. Resumo estatístico dos consensos face às intervenções de enfermagem propostas para os diagnósticos de enfermagem familiares

| | Concordância ¹ | Média | Mediana | Moda | dp | CV | aQ | Decisão |
|--|---------------------------|-------|---------|------|-----|------|-----|----------|
| Rendimento familiar comprometido | | | | | | | | |
| Ensinar sobre gestão do rendimento familiar | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Informar sobre gestão do rendimento familiar | 100,0 | 4,75 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Promover a gestão do rendimento familiar | 91,7 | 4,6 | 5,0 | 5,0 | 0,7 | 15,1 | 1,0 | Incluído |
| Orientar para serviços sociais | 91,7 | 4,6 | 5,0 | 5,0 | 0,7 | 9,9 | 1,0 | Incluído |
| Requerer serviços sociais | 83,4 | 4,5 | 5,0 | 5,0 | 0,8 | 14,5 | 1,0 | Incluído |
| Processo familiar comprometido | | | | | | | | |
| Avaliar funcionamento familiar | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Negociar o processo familiar | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Otimizar o processo familiar | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Apoiar a família na identificação de estratégias de <i>coping</i> eficazes | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Incentivar o apoio/suporte da família | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Incentivar o envolvimento da família | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Facilitar capacidade para comunicar sentimentos | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Identificar obstáculos à comunicação | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Otimizar comunicação | 100,0 | 4,6 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 11,5 | 1,0 | Incluído |
| Promover o envolvimento da família | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Otimizar o padrão de ligação | 100,0 | 4,6 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 11,5 | 1,0 | Incluído |
| Referenciar para terapia familiar | 100,0 | 4,5 | 4,5 | 4,0 | 0,5 | 11,5 | 1,0 | Incluído |

¹Somatório das percentagens de peritos que atribuíram scores 4 e 5 (“Concordo” e “Concordo Totalmente”); dp – desvio padrão; CV – Coeficiente de variação; aQ – Intervalo interquartil

As intervenções de enfermagem para os diagnósticos familiares, propostas na Matriz de Apoio à Tomada de Decisão Clínica, obtiveram consenso entre os peritos. Tendo como referência os critérios definidos para o consenso de inclusão, todas as intervenções foram incluídas na matriz por apresentarem uma mediana superior a 4 e 75,0% ou mais, dos membros do painel de peritos, com níveis de concordância entre os *scores* 4 e 5.

Relativamente ao nível de consenso, este é elevado em todas as intervenções pois o desvio-padrão é inferior a 1 e a amplitude interquartil igual ou inferior a 1.

No que à dispersão das respostas diz respeito, só na intervenção *promover a gestão do rendimento familiar* é que se regista uma dispersão média pois o coeficiente de variação

assume valores superiores a 15,0% (15,1%). Nas restantes intervenções a dispersão é baixa uma vez que apresentam valores de coeficientes de variação entre 9,9% e 14,5%.

Pelos resultados obtidos as intervenções de enfermagem enunciadas para dar resposta aos diagnósticos de enfermagem familiares não requereram segunda ronda no Painel Delphi.

Na tabela que segue (tabela 35) observa-se a distribuição do grau de concordância face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem *pressão elevada*.

Tabela 35. Distribuição do grau de concordância face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem pressão elevada

| | Discordo totalmente | | Discordo | | Nem concordo nem discordo | | Concordo | | Concordo totalmente | |
|---|---------------------|-------|----------|-------|---------------------------|-------|----------|--------|---------------------|--------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| Pressão elevada | | | | | | | | | | |
| Monitorizar pressão sanguínea | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Monitorizar IMC | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Monitorizar uso do tabaco | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Monitorizar uso do álcool | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 4 | (33,3) | 7 | (58,3) |
| Monitorizar glicémia | 1 | (8,3) | 1 | (8,3) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 6 | (50,0) |
| Avaliar risco de diabetes tipo 2 (Ficha de avaliação do risco de diabetes tipo 2 - PNPCD) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 5 | (41,7) | 7 | (58,3) |
| Avaliar risco cardiovascular (SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation)) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 5 | (41,7) | 7 | (58,3) |
| Avaliar adesão ao regime terapêutico | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Avaliar conhecimentos sobre prevenção de hipertensão | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 2 | (16,7) | 10 | (83,3) |
| Avaliar gestão do regime terapêutico | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 2 | (16,7) | 10 | (83,3) |
| Avaliar adesão ao regime terapêutico | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 2 | (16,7) | 10 | (83,3) |
| Motivar para adesão a uma monitorização regular da pressão sanguínea | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Assistir a pessoa a identificar razões da não adesão a uma monitorização regular da pressão sanguínea | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Informar sobre o regime terapêutico (nutricional, exercício físico ou medicamentoso) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 2 | (16,7) | 10 | (83,3) |
| Ensinar sobre o regime terapêutico (nutricional, exercício físico ou medicamentoso) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 2 | (16,7) | 10 | (83,3) |
| Orientar para serviços de saúde (consulta de risco cardiovascular) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Requerer serviços de saúde (consulta risco cardiovascular) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |

As intervenções *monitorizar pressão sanguínea, avaliar adesão ao regime terapêutico, motivar para adesão a uma monitorização regular da pressão sanguínea e assistir a pessoa a identificar razões da não adesão a uma monitorização regular da pressão sanguínea* obtiveram um consenso de concordância de 100,0%. Dos participantes, 25,0% concordam (*score* 4) e 75,0% concordam totalmente (*score* 5).

As intervenções *monitorizar índice de massa corporal (IMC), monitorizar uso do tabaco, orientar para serviços de saúde (consulta de risco cardiovascular) e requerer serviços de saúde (consulta risco cardiovascular)* obtiveram um consenso de concordância de 100,0%, sendo eu 33,3% dos peritos concordam (*score* 4) e 66,7% concordam totalmente (*score* 5) com estas intervenções.

Já a intervenção *monitorizar uso do álcool* obteve um consenso de concordância de 91,6%. Dos peritos que participaram, 8,3% nem concordam nem discordam (*score* 3), 33,3% concordam (*score* 4) e 58,3% concordam totalmente (*score* 5) com a proposta desta intervenção.

Na intervenção *monitorizar glicémia*, o consenso de concordância dos peritos é de 83,3%, no entanto, 8,3% referem discordar totalmente (*score* 1) e discordar (*score* 2), 33,3% concordar (*score* 4) e 50,0% concordar totalmente (*score* 5) com esta intervenção.

Relativamente às intervenções *avaliar risco de diabetes tipo 2 (Ficha de avaliação do risco de diabetes tipo 2 – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (PNPCD)) e avaliar risco cardiovascular (Systematic Coronary Risk Evaluation (SCORE))* o consenso de concordância é de 100,0%, distribuindo-se 41,7% dos peritos pelo *score* 4 (concordo) e 58,3% pelo *score* 5 (concordo totalmente).

As intervenções *avaliar conhecimentos sobre prevenção de hipertensão, avaliar gestão do regime terapêutico, avaliar adesão ao regime terapêutico, informar sobre o regime terapêutico (nutricional, exercício físico ou medicamentoso) e ensinar sobre o regime terapêutico (nutricional, exercício físico ou medicamentoso)* registaram um consenso de concordância de 100,0%. Dos peritos que participaram, 16,7% concordam (*score* 4) e 83,3% concordam totalmente (*score* 5) com a proposta destas intervenções.

Depois de apresentados os dados do grau de concordância, segue-se a apresentação do resumo estatístico dos consensos face às intervenções de enfermagem propostas para o mesmo diagnóstico (tabela 36).

Tabela 36. Resumo estatístico dos consensos face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem pressão elevada

| | Concordância ¹ | Média | Mediana | Moda | dp | CV | aQ | Decisão |
|---|---------------------------|-------|---------|------|-----|------|-----|----------|
| Pressão elevada | | | | | | | | |
| Monitorizar pressão sanguínea | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 8,4 | 0,8 | Incluído |
| Monitorizar IMC | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 1,0 | Incluído |
| Monitorizar uso do tabaco | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 1,0 | Incluído |
| Monitorizar uso do álcool | 91,6 | 4,5 | 5,0 | 5,0 | 0,7 | 15,1 | 1,0 | Incluído |
| Monitorizar glicemia | 83,3 | 4,1 | 4,5 | 5,0 | 1,3 | 33,6 | 1,0 | Incluído |
| Avaliar risco de diabetes tipo 2 (Ficha de avaliação do risco de diabetes tipo 2 - PNPCD) | 100,0 | 4,6 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Avaliar o risco cardiovascular (SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation)) | 100,0 | 4,6 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Avaliar adesão ao regime terapêutico | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Avaliar conhecimentos sobre prevenção de hipertensão | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,4 | 8,4 | 0,0 | Incluído |
| Avaliar gestão do regime terapêutico | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,4 | 8,4 | 0,0 | Incluído |
| Avaliar adesão ao regime terapêutico | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,4 | 8,4 | 0,0 | Incluído |
| Motivar para adesão a uma monitorização regular da pressão sanguínea | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 8,4 | 0,8 | Incluído |
| Assistir a pessoa a identificar razões da não adesão a uma monitorização regular da pressão sanguínea | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Informar sobre o regime terapêutico (nutricional, exercício físico ou medicamentoso) | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,4 | 8,4 | 0,0 | Incluído |
| Ensinar sobre o regime terapêutico (nutricional, exercício físico ou medicamentoso) | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,4 | 8,4 | 0,0 | Incluído |
| Orientar para serviços de saúde (consulta de risco cardiovascular) | 100,0 | 4,6 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 1,0 | Incluído |
| Requerer serviços de saúde (consulta risco cardiovascular) | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 1,0 | Incluído |

¹Somatório das percentagens de peritos que atribuíram scores 4 e 5 (“Concordo” e “Concordo Totalmente”); dp – desvio padrão; CV – Coeficiente de variação; aQ – Intervalo interquartil

As intervenções de enfermagem enunciadas para dar resposta ao diagnóstico de enfermagem *pressão elevada*, obtiveram consenso entre os peritos. Uma vez que, e tendo como referência os critérios definidos para o consenso de inclusão, todas as intervenções foram incluídas na matriz por apresentaram uma mediana superior a 4 e

75,0% ou mais, dos membros do painel de peritos, com níveis de concordância entre os *scores* 4 e 5.

Relativamente ao nível de consenso, com exceção da intervenção *monitorizar glicémia* onde este é moderado (desvio-padrão superior a 1 e amplitude interquartil igual a 1), o consenso é elevado em todas as intervenções, pois o desvio-padrão é inferior a 1 e a amplitude interquartil igual ou inferior a 1.

Relativamente à dispersão das respostas, nas intervenções *monitorizar uso do álcool e monitorizar glicémia* observa-se uma dispersão média e alta, pois o coeficiente de variação assume valores de 15,1% e 33,6%, respetivamente. Nas restantes intervenções a dispersão é baixa uma vez que apresentam valores de coeficientes de variação entre 8,4% e 10,9%.

Face aos resultados obtidos as intervenções de enfermagem enunciadas para dar resposta ao diagnóstico de enfermagem não requereram segunda ronda no Painel Delphi.

Seguidamente é apresentada a distribuição do grau de concordância face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem *processo do sistema regulador comprometido* (tabela 37).

Tabela 37. Distribuição do grau de concordância face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem processo do sistema regulador comprometido

| | Discordo totalmente | | Discordo | | Nem concordo nem discordo | | Concordo | | Concordo totalmente | |
|---|---------------------|-------|----------|-------|---------------------------|--------|----------|--------|---------------------|--------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| Processo do sistema regulador comprometido | | | | | | | | | | |
| Monitorizar a glicémia, em jejum | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 4 | (33,3) | 7 | (58,3) |
| Avaliar a presença de sintomas clássicos de diabetes | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Monitorizar glicémia ocasionalmente | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 1 | (8,3) | 3 | (25,0) | 7 | (58,3) |
| Monitorizar hemoglobina glicada | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Monitorizar perímetro abdominal | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Monitorizar pressão arterial | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 7 | (58,3) |
| Monitorizar glicémia às 2 horas, na prova de tolerância à glicose oral | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 2 | (16,7) | 4 | (33,3) | 5 | (41,7) |
| Avaliar o risco de diabetes tipo 2 (Ficha de avaliação do risco de diabetes tipo 2 - PNPCD) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Avaliar o risco cardiovascular (SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation)) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 5 | (41,7) | 7 | (58,3) |
| Monitorizar o IMC | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |

(Continuação da tabela 37)

| | Discordo totalmente | | Discordo | | Nem concordo nem discordo | | Concordo | | Concordo totalmente | |
|--|---------------------|-------|----------|-------|---------------------------|--------|----------|--------|---------------------|--------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| Avaliar conhecimento sobre autovigilância da glicemia capilar | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 1 | (8,3) | 10 | (83,3) |
| Avaliar conhecimento sobre autovigilância dos pés | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 2 | (16,7) | 9 | (75,0) |
| Avaliar conhecimento sobre autovigilância da pressão sanguínea | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 1 | (8,3) | 1 | (8,3) | 9 | (75,0) |
| Motivar para autovigilância da glicemia | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 2 | (16,7) | 9 | (75,0) |
| Avaliar visão | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 2 | (16,7) | 9 | (75,0) |
| Avaliar risco de úlcera do pé diabético | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 1 | (8,3) | 10 | (83,3) |
| Assistir a pessoa a identificar razões da não adesão a uma monitorização regular da glicemia | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 2 | (16,7) | 9 | (75,0) |
| Avaliar a gestão do regime terapêutico | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Processo do sistema regulador comprometido | | | | | | | | | | |
| Informar sobre o regime terapêutico (nutricional, exercício físico ou medicamentoso) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Ensinar sobre o regime terapêutico (nutricional, exercício físico ou medicamentoso) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Motivar para adesão a uma monitorização regular da glicemia | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 2 | (16,7) | 3 | (25,0) | 7 | (58,3) |
| Orientar para serviços de saúde (consulta de especialidade) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Orientar para serviços de saúde (consulta de nutrição) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 6 | (50,0) | 6 | (50,0) |
| Requerer serviços de saúde (consulta de especialidade) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 6 | (50,0) | 6 | (50,0) |
| Requerer serviços de saúde (consulta de nutrição) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 5 | (41,7) | 7 | (58,3) |

A intervenção *monitorizar a glicemia, em jejum* obteve um consenso de concordância de 91,6% (8,3% nem concordam nem discordam (*score* 3), 33,3% concordam (*score* 4) e 58,3% concordam totalmente (*score* 5)).

As intervenções *avaliar a presença de sintomas clássicos de diabetes, monitorizar perímetro abdominal, avaliar o risco de diabetes tipo 2 (Ficha de avaliação do risco de diabetes tipo 2 - PNPCD), monitorizar o IMC, informar sobre o regime terapêutico (nutricional, exercício físico ou medicamentoso)* registaram um consenso de concordância de 100,0% pois, 33,3% dos peritos concordaram (*score* 4) e 66,7% concordam totalmente (*score* 5) com estas intervenções.

Já as intervenções *monitorizar glicemia ocasionalmente e motivar para adesão a uma monitorização regular da glicemia* obtiveram um consenso de concordância de 83,3%. Do total de peritos, 8,3% discordam (*score* 2) e nem concordam nem discordam (*score* 3), 25,0% concordam e 58,3% concordam totalmente (*score* 5), com a primeira

intervenção e 16,7% nem concordam nem discordam (*score* 3), 25,0% concordam e 58,3% concordam totalmente (*score* 5), com a segunda intervenção.

As intervenções *monitorizar hemoglobina glicada e avaliar a gestão do regime terapêutico* alcançaram um consenso de concordância de 100,0%, encontrando-se as opiniões dos peritos distribuídas pelos *score* 4 (concordo) e 5 (concordo totalmente), 25,0% e 75,0%, respetivamente.

A intervenção *monitorizar pressão sanguínea* registou um consenso de concordância de 91,6%, pois 8,3% dos peritos discordam (*score* 2), 33,3% concordam (*score* 4) e 58,3% concorda totalmente com a intervenção.

Por sua vez, a intervenção *monitorizar glicémia às 2 horas, na prova de tolerância à glicose oral* alcança um nível de consenso de 75,0%, distribuindo-se as respostas dos peritos pelos *score* 2 (discordo) 8,3%, *score* 3 (nem concordo nem discordo) 16,7%, *score* 4 (concordo) 33,3% e *score* 5 (concordo totalmente) 41,7%.

As intervenções *avaliar o risco cardiovascular (SCORE) e requerer serviços de saúde (consulta de nutrição)* conseguiram obter um consenso de concordância de 100,0%, encontrando-se as opiniões dos peritos divididas pelos *score* 4 (concordo, 41,7%) e 5 (concordo totalmente, 58,3%).

Relativamente à intervenção *avaliar conhecimento sobre autovigilância da glicémia capilar*, o consenso de concordância obtido foi de 91,7%, sendo que 8,3% dos peritos nem concordam nem discordam, 8,3% concordam e 83,3% concordam totalmente com a intervenção proposta.

As intervenções *avaliar conhecimento sobre autovigilância dos pés, motivar para autovigilância da glicémia, avaliar visão e assistir a pessoa a identificar razões da não adesão a uma monitorização regular da glicémia* alcançaram um consenso de concordância de 91,7%. Do total dos peritos, 8,3% nem concordam nem discordam (*score* 3), 16,7% concordam (*score* 4) e 75,0% concordam totalmente (*score* 5) com estas intervenções.

A intervenção *avaliar conhecimento sobre autovigilância da pressão sanguínea* obteve um consenso de concordância de 83,3% (8,3% discordam (*score* 2), 8,3% nem

concordam nem discordam (*score* 3), 8,3% concordam (*score* 4) e 75,0% concordam totalmente (*score* 5)).

A intervenção *avaliar risco de úlcera do pé diabético* registou um consenso de concordância de 91,6%, em que 8,3% dos participantes nem concordam nem discordam (*score* 3), 8,3% concordam (*score* 4) e 83,3% concordam totalmente (*score* 5) com esta intervenção.

As intervenções *ensinar sobre o regime terapêutico (nutricional, exercício físico ou medicamentoso)* e *orientar para serviços de saúde (consulta de especialidade)* conseguiram um consenso de concordância de 100,0%. As respostas dos peritos distribuíram-se pelos *score* 4 (concordo, 25,0%) e 5 (concordo totalmente, 75,0%).

Por fim, as intervenções *orientar para serviços de saúde (consulta de nutrição)* e *requerer serviços de saúde (consulta de especialidade)*, à semelhança das anteriores, obtiveram um consenso de concordância de 100,0%, contudo, as opiniões dos peritos distribuíram-se de igual forma percentual (50,0%), pelos *score* 4 (concordo) e 5 (concordo totalmente).

A apresentação dos dados segue-se com o resumo estatístico dos consensos face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem *processo do sistema regulador comprometido* (tabela 38).

Tabela 38. Resumo estatístico dos consensos face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem processo do sistema regulador comprometido

| | Concordância ¹ | Média | Mediana | Moda | dp | CV | aQ | Decisão |
|---|---------------------------|-------|---------|------|-----|------|-----|----------|
| Processo do sistema regulador comprometido | | | | | | | | |
| Monitorizar a glicemia, em jejum | 91,6 | 4,4 | 5,0 | 5,0 | 0,9 | 21,2 | 1,0 | Incluído |
| Avaliar a presença de sintomas clássicos de diabetes | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Monitorizar glicemia ocasionalmente | 83,3 | 4,3 | 5,0 | 5,0 | 1,0 | 23,6 | 1,0 | Incluído |
| Monitorizar hemoglobina glicada | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Monitorizar perímetro abdominal | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Monitorizar pressão arterial | 91,6 | 4,4 | 5,0 | 5,0 | 1,0 | 21,0 | 1,0 | Incluído |
| Monitorizar glicemia às 2 horas, na prova de tolerância à glicose oral | 75,0 | 4,1 | 4,0 | 5,0 | 1,0 | 25,5 | 1,8 | Incluído |
| Avaliar o risco de diabetes tipo 2 (Ficha de avaliação do risco de diabetes tipo 2 - PNPCD) | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 1,0 | Incluído |

(Continuação da tabela 38)

| | Concordância ¹ | Média | Mediana | Moda | dp | CV | aQ | Decisão |
|--|---------------------------|-------|---------|------|-----|------|-----|----------|
| Avaliar o risco cardiovascular (SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation)) | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Monitorizar o IMC | 100,0 | 4,6 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Avaliar conhecimento sobre autovigilância da glicemia capilar | 91,7 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 13,7 | 0,0 | Incluído |
| Avaliar conhecimento sobre autovigilância dos pés | 91,7 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,6 | 14,5 | 0,8 | Incluído |
| Avaliar conhecimento sobre autovigilância da pressão sanguínea | 83,3 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,7 | 23,3 | 0,8 | Incluído |
| Motivar para autovigilância da glicemia | 91,7 | 4,5 | 5,0 | 5,0 | 1,0 | 14,5 | 0,8 | Incluído |
| Avaliar visão | 91,7 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,7 | 14,5 | 0,8 | Incluído |
| Avaliar risco de úlcera do pé diabético | 91,6 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,7 | 13,7 | 0,0 | Incluído |
| Assistir a pessoa a identificar razões da não adesão a uma monitorização regular da glicemia | 91,7 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,6 | 14,5 | 0,8 | Incluído |
| Processo do sistema regulador comprometido | | | | | | | | |
| Avaliar a gestão do regime terapêutico | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,7 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Informar sobre o regime terapêutico (nutricional, exercício físico ou medicamentoso) | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Ensinar sobre o regime terapêutico (nutricional, exercício físico ou medicamentoso) | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Motivar para adesão a uma monitorização regular glicemia | 83,3 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 15,1 | 1,0 | Incluído |
| Orientar para serviços de saúde (consulta de especialidade) | 100,0 | 4,4 | 5,0 | 5,0 | 0,8 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Orientar para serviços de saúde (consulta de nutrição) | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 11,5 | 1,0 | Incluído |
| Requerer serviços de saúde (consulta de especialidade) | 100,0 | 4,5 | 4,5 | 4,0 | 0,5 | 11,5 | 1,0 | Incluído |
| Requerer serviços de saúde (consulta de nutrição) | 100,0 | 4,5 | 4,5 | 4,0 | 1,0 | 10,9 | 1,0 | Incluído |

¹Somatório das percentagens de peritos que atribuíram scores 4 e 5 (“Concordo” e “Concordo Totalmente”); dp – desvio padrão; CV – Coeficiente de variação; aQ – Intervalo interquartil

As intervenções de enfermagem enunciadas para dar resposta ao diagnóstico de enfermagem *processo do sistema regulador comprometido*, conquistaram o consenso entre os peritos. Assim, tendo como referência os critérios definidos para o consenso de inclusão, todas as intervenções foram incluídas na matriz por registarem uma mediana igual ou superior a 4 e 75,0% ou mais, dos membros do painel de peritos, com níveis de concordância entre os *scores* 4 e 5.

No que respeita ao nível de consenso, com exceção da intervenção *monitorizar glicemia às 2 horas, na prova de tolerância à glicose oral* onde este é moderado (desvio padrão igual 1, mas a amplitude interquartil superior a 1), o consenso é elevado em todas as intervenções, pois o desvio padrão é inferior a 1 e a amplitude interquartil igual ou inferior a 1.

Relativamente à dispersão, nas intervenções *monitorizar a glicémia, em jejum, monitorizar glicémia ocasionalmente, monitorizar pressão sanguínea e monitorizar glicémia às 2 horas, na prova de tolerância à glicose* esta é média, pois o coeficiente de variação assume valores entre 15,1% e 25,5%. Nas restantes intervenções a dispersão é baixa porque apresentam valores de coeficientes de variação inferiores a 15,0% (9,9% e 14,5%).

Mediante os resultados obtidos, as intervenções de enfermagem enunciadas para dar resposta ao diagnóstico de enfermagem *processo do sistema regulador comprometido* não integraram a segunda ronda do Painel Delphi.

Na tabela 39 pode ser observada a distribuição do grau de concordância face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem *autogestão da doença comprometida*.

Tabela 39. Distribuição do grau de concordância face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem autogestão da doença comprometida

| | Discordo totalmente | | Discordo | | Nem concordo nem discordo | | Concordo | | Concordo totalmente | |
|--|---------------------|-------|----------|-------|---------------------------|-------|----------|--------|---------------------|--------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| Autogestão da doença comprometida | | | | | | | | | | |
| Avaliar adesão aos vários domínios do regime terapêutico | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 2 | (16,7) | 10 | (83,3) |
| Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão ao regime terapêutico | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Ensinar sobre comportamento de adesão ao regime terapêutico | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Ensinar sobre complicações da não adesão ao regime terapêutico | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Incentivar adesão ao regime terapêutico | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Negociar adesão ao regime terapêutico | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Supervisionar a autoadministração de medicamentos | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Promover a adesão ao regime terapêutico | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Otimizar o regime terapêutico | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Assistir a pessoa a identificar razões da não adesão ao regime terapêutico | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Orientar para serviços de saúde | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 4 | (33,3) | 7 | (58,3) |
| Requerer serviços de saúde | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 4 | (33,3) | 7 | (58,3) |

A intervenção *avaliar adesão aos vários domínios do regime terapêutico* obteve um consenso de concordância de 100,0% (16,7% concordam (*score* 4), 83,3% concordam totalmente (*score* 5)).

À semelhança da anterior, as intervenções *encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão ao regime terapêutico, ensinar sobre comportamento de adesão ao regime terapêutico, ensinar sobre complicações da não adesão ao regime terapêutico, incentivar adesão ao regime terapêutico, negociar adesão ao regime terapêutico, promover a adesão ao regime terapêutico e otimizar o regime terapêutico* registaram um consenso de concordância de 100,0%. As opiniões dos peritos distribuíram-se pelo *score* 4 (concordaram) e *score* 5 (concordam totalmente), 25,0% e 75,0%, respetivamente.

As intervenções *supervisionar a autoadministração de medicamentos e assistir a pessoa a identificar razões da não adesão ao regime terapêutico* também obtiveram um consenso de concordância de 100,0%, sendo que 33,3% dos peritos concordaram e 66,7% concordaram totalmente com a proposta destas intervenções.

As intervenções *orientar para serviços de saúde e requerer serviços de saúde* obtiveram um consenso de concordância de 91,6%. Dos peritos que participaram, 8,3% não concordam nem discordam (*score* 3), 33,3% concordam (*score* 4) e 58,3% concordam totalmente (*score* 5) com estas intervenções.

Depois de apresentados os resultados do grau de concordância dos peritos face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem *autogestão da doença comprometida*, segue o resumo estatístico dos consensos face às intervenções de enfermagem propostas para o mesmo diagnóstico (tabela 40).

Tabela 40. Resumo estatístico dos consensos face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem autogestão da doença comprometida

| | Concordância ¹ | Média | Mediana | Moda | dp | CV | aQ | Decisão |
|--|---------------------------|-------|---------|------|-----|------|-----|----------|
| Autogestão da doença comprometida | | | | | | | | |
| Avaliar adesão aos vários domínios do regime terapêutico | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,4 | 8,4 | 0,0 | Incluído |
| Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão ao regime terapêutico | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Ensinar sobre comportamento de adesão ao regime terapêutico | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Ensinar sobre complicações da não adesão ao regime terapêutico | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Incentivar adesão ao regime terapêutico | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Negociar adesão ao regime terapêutico | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Supervisionar a autoadministração de medicamentos | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Promover a adesão ao regime terapêutico | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Otimizar o regime terapêutico | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Assistir a pessoa a identificar razões da não adesão ao regime terapêutico | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Orientar para serviços de saúde | 91,6 | 4,5 | 5,0 | 5,0 | 0,7 | 15,1 | 1,0 | Incluído |
| Requerer serviços de saúde | 91,6 | 4,5 | 5,0 | 5,0 | 0,7 | 15,1 | 1,0 | Incluído |

¹Somatório das percentagens de peritos que atribuíram scores 4 e 5 (“Concordo” e “Concordo Totalmente”); dp – desvio padrão; CV – Coeficiente de variação; aQ – Intervalo interquartil

As intervenções de enfermagem enunciadas para dar resposta ao diagnóstico de enfermagem *autogestão da doença comprometida*, conquistaram consenso entre os peritos. Tendo como referência os critérios definidos para o consenso de inclusão, todas as intervenções foram incluídas na matriz por registarem uma mediana igual a 5 e 75,0% ou mais, dos membros do painel, com níveis de concordância entre os *scores* 4 e 5.

O nível de consenso é elevado (desvio padrão inferior 1 e amplitude interquartil igual ou inferior a 1) em todas as intervenções propostas.

Com exceção das intervenções *orientar para serviços de saúde e requerer serviços de saúde*, nas quais o nível de dispersão é médio (coeficientes de variação superiores a 15,00%), todas as restantes intervenções registam uma dispersão baixa, com coeficientes de variação entre 9,9% e 10,9%.

Assim, face aos resultados obtidos, as intervenções de enfermagem enunciadas para dar resposta ao diagnóstico de enfermagem *autogestão da doença comprometida* não requereram segunda ronda do Painel Delphi.

Depois das intervenções de enfermagem enunciadas para dar resposta ao diagnóstico de enfermagem *autogestão da doença*, segue-se a apresentação dos dados relacionados com o grau de concordância face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem *abuso do tabaco presente* (tabela 41).

Tabela 41. Distribuição do grau de concordância face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem abuso do tabaco presente

| | Discordo totalmente | | Discordo | | Nem concordo nem discordo | | Concordo | | Concordo totalmente | |
|---|---------------------|-------|----------|-------|---------------------------|-------|----------|--------|---------------------|--------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| Abuso do tabaco presente | | | | | | | | | | |
| Monitorizar uso do tabaco (início do consumo, o tipo de tabaco consumido, o número de cigarros /dia, a carga tabágica, as tentativas anteriores para deixar de fumar (métodos utilizados, data da última tentativa, o tempo de abstinência, motivos de reinício e dificuldades sentidas)) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Avaliar o grau de dependência à nicotina (teste de Fagerström) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Avaliar a motivação para parar de fumar (teste de Richmond) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Encorajar a diminuir o uso do tabaco | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Aconselhar sobre uso do tabaco | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Avaliar as razões que levam ao tabagismo | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Caraterizar o perfil do fumador (Porque acha que fuma?) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 5 | (41,7) | 7 | (58,3) |
| Abuso do tabaco presente | | | | | | | | | | |
| Dosear o monóxido de carbono no ar expirado | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 5 | (41,7) | 7 | (58,3) |
| Encorajar a cessação tabágica | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Promover estratégias motivacionais | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Avaliar as resistências à cessação tabágica | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Informar sobre os malefícios do tabaco e os benefícios da cessação tabágica | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Informar sobre os riscos e recompensas potenciais associados à cessação tabágica | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Incentivar atividades que estimulem o bem-estar psicológico e estilos de vida saudáveis | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Propor meios para modificação do comportamento, técnicas de <i>coping</i> e materiais de autoajuda | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Orientar para serviços de saúde (cessação tabágica) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Orientar para serviços de saúde (psicologia) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Requerer serviços de saúde (cessação tabágica) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Requerer serviços de saúde (psicologia) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |

Relativamente às intervenções propostas para dar resposta ao diagnóstico de enfermagem *abuso do tabaco presente*, todas obtiveram um consenso de concordância de 100,0%. Nas intervenções *monitorizar uso do tabaco (início do consumo, o tipo de tabaco consumido, o número de cigarros /dia, a carga tabágica, as tentativas anteriores para deixar de fumar, avaliar o grau de dependência à nicotina (teste de Fagerström), avaliar a motivação para parar de fumar (teste de Richmond), avaliar as razões que levam ao tabagismo, incentivar atividades que estimulem o bem-estar psicológico e estilos de vida saudáveis, propor meios para modificação do comportamento, técnicas de coping e materiais de autoajuda, orientar para serviços de saúde (psicologia) e requerer serviços de saúde (psicologia)* 33,3% dos peritos concordam (*score* 4) e 66,7% concordam totalmente (*score* 5).

Já nas intervenções *encorajar a diminuir o uso do tabaco, aconselhar sobre uso do tabaco, encorajar a cessação tabágica, promover estratégias motivacionais, avaliar as resistências à cessação tabágica, informar sobre os malefícios do tabaco e os benefícios da cessação tabágica, informar sobre os riscos e recompensas potenciais associados à cessação tabágica, orientar para serviços de saúde (cessação tabágica) e requerer serviços de saúde (cessação tabágica)*, 25,0% das opiniões distribuíram-se pelo *score* 4 (concordo) e 75,0% pelo *score* 5 (concordo totalmente).

As intervenções *caraterizar o perfil do fumador (Porque acha que fuma?) e dosear o monóxido de carbono no ar expirado* registaram uma opinião diferente das anteriores, 41,8% (concordo – *score* 4) e 58,3% (concordo totalmente – *score* 5).

O resumo estatístico dos consensos face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem *abuso do tabaco presente* encontram-se descritos na tabela 42.

Tabela 42. Resumo estatístico dos consensos face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem abuso do tabaco presente

| | Concordância ¹ | Média | Mediana | Moda | dp | CV | aQ | Decisão |
|---|---------------------------|-------|---------|------|-----|------|-----|----------|
| Abuso do tabaco presente | | | | | | | | |
| Monitorizar uso do tabaco (início do consumo, o tipo de tabaco consumido, o número de cigarros /dia, a carga tabágica, as tentativas anteriores para deixar de fumar (métodos utilizados, data da última tentativa, o tempo de abstinência, motivos de reinício e dificuldades sentidas)) | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Avaliar o grau de dependência à nicotina (teste de Fagerström) | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Avaliar a motivação para parar de fumar (teste de Richmond) | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Encorajar a diminuir o uso do tabaco | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 1,0 | Incluído |
| Aconselhar sobre uso do tabaco | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Avaliar as razões que levam ao tabagismo | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 0,8 | Incluído |
| Caraterizar o perfil do fumador (Porque acha que fuma?) | 100,0 | 4,6 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 11,5 | 1,0 | Incluído |
| Dosear o monóxido de carbono no ar expirado | 100,0 | 4,4 | 4,0 | 4,0 | 0,5 | 11,7 | 1,0 | Incluído |
| Encorajar a cessação tabágica | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 1,0 | Incluído |
| Promover estratégias motivacionais | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Avaliar as resistências à cessação tabágica | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Informar sobre os malefícios do tabaco e os benefícios da cessação tabágica | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Informar sobre os riscos e recompensas potenciais associados à cessação tabágica | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Incentivar atividades que estimulem o bem-estar psicológico e estilos de vida saudáveis | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 0,8 | Incluído |
| Propor meios para modificação do comportamento, técnicas de <i>coping</i> e materiais de autoajuda | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Orientar para serviços de saúde (cessação tabágica) | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Orientar para serviços de saúde (psicologia) | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Requerer serviços de saúde (cessação tabágica) | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Requerer serviços de saúde (psicologia) | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |

¹Somatório das percentagens de peritos que atribuíram scores 4 e 5 ("Concordo" e "Concordo Totalmente"); dp – desvio padrão; CV – Coeficiente de variação; aQ – Intervalo interquartil

As intervenções de enfermagem enunciadas para dar resposta ao diagnóstico de enfermagem *abuso do tabaco presente*, alcançaram o consenso entre os peritos, pelo que e tendo como referência os critérios definidos para o consenso de inclusão, todas as intervenções foram incluídas na matriz por registarem uma mediana igual a 5 e 75,0% ou mais, dos membros do painel de peritos, com níveis de concordância entre os *scores* 4 e 5. O nível de consenso é elevado (desvio padrão inferior 1 e amplitude interquartil igual ou inferior a 1) em todas as intervenções propostas.

No que diz respeito à dispersão das respostas, esta é baixa pois registam-se coeficientes de variação entre os 10,0% e 11,7%.

Face aos resultados obtidos, as intervenções de enfermagem enunciadas para dar resposta ao diagnóstico de enfermagem *abuso do tabaco presente* não requereram segunda ronda do Painel Delphi.

Em relação às intervenções de enfermagem sugeridas para dar resposta ao diagnóstico de enfermagem *abuso de álcool presente*, os dados do grau de concordância são apresentados na tabela 43.

Tabela 43. Distribuição do grau de concordância face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem abuso do álcool presente

| | Discordo totalmente | | Discordo | | Nem concordo nem discordo | | Concordo | | Concordo totalmente | |
|--|---------------------|-------|----------|-------|---------------------------|-------|----------|--------|---------------------|--------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| Abuso do álcool presente | | | | | | | | | | |
| Monitorizar uso do álcool (quantidade (nº copos por semana), frequência e duração dos consumos) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Avaliar o risco do consumo de álcool (AUDIT) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Avaliar o grau de dependência do álcool (Critérios da CIDI) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Encorajar a suspensão do consumo de álcool | | | | | | | | | | |
| Promover estratégias motivacionais | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Avaliar as resistências à abstinência | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Informar sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e os benefícios da abstinência | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Incentivar atividades que estimulem o bem-estar psicológico e estilos de vida saudáveis | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Orientar no sentido da redução ou da abstinência | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Estabelecer os objetivos em relação às bebidas e estabelecer um compromisso com a pessoa | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 5 | (41,7) | 7 | (58,3) |
| Rever os níveis de consumo com a pessoa | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Propor meios para modificação do comportamento, técnicas de <i>coping</i> e materiais de autoajuda | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 5 | (41,7) | 7 | (58,3) |
| Propor um diário dos consumos | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Encorajar auto motivação e otimismo | | | | | | | | | | |
| Orientar para serviços de saúde (consulta especializada) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Orientar para serviços de saúde (psicologia) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Requerer serviços de saúde (consulta especializada) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Requerer serviços de saúde (psicologia) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |

No que diz respeito às intervenções propostas para dar resposta ao diagnóstico de enfermagem *abuso do álcool presente*, todas obtiveram um consenso de concordância de 100%.

Nas intervenções *monitorizar uso do álcool (quantidade (nº copos por semana), frequência e duração dos consumos), avaliar o risco do consumo de álcool (AUDIT), avaliar o grau de dependência do álcool (Critérios da CIDI), encorajar a suspensão do consumo de álcool, promover estratégias motivacionais, avaliar as resistências à abstinência, incentivar atividades que estimulem o bem-estar psicológico e estilos de vida saudáveis, rever os níveis de consumo com a pessoa, encorajar auto motivação e otimismo, orientar para serviços de saúde (psicologia), requerer serviços de saúde (psicologia)*, 33,3% dos peritos manifestaram concordar (*score 4*) e 66,7% concordar totalmente (*score 5*).

Já nas intervenções *informar sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e os benefícios da abstinência, orientar no sentido da redução ou da abstinência, propor um diário dos consumos, orientar para serviços de saúde (consulta especializada), requerer serviços de saúde (consulta especializada)*, do total de peritos, 25,0% concordam (*score 4*) e 75,0% concordam totalmente (*score 5*) com as intervenções propostas.

Relativamente às intervenções *estabelecer os objetivos em relação às bebidas e estabelecer um compromisso com a pessoa e propor meios para modificação do comportamento, técnicas de coping e materiais de autoajuda*, referem concordar (*score 4*) 41,7% e concordar totalmente 58,3% dos peritos.

Posteriormente ao grau de concordância, na tabela 44, apresenta-se o resumo estatístico dos consensos face às mesmas intervenções.

Tabela 44. Resumo estatístico dos consensos face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem abuso do álcool presente

| | Concordância ¹ | Média | Mediana | Moda | dp | CV | aQ | Decisão |
|--|---------------------------|-------|---------|------|-----|------|-----|----------|
| Abuso do álcool presente | | | | | | | | |
| Monitorizar uso do álcool (quantidade (nº copos por semana), frequência e duração dos consumos) | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Avaliar o risco do consumo de álcool (AUDIT) | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Avaliar o grau de dependência do álcool (Critérios da CIDI) | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Encorajar a suspensão do consumo de álcool | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 1,0 | Incluído |
| Promover estratégias motivacionais | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Avaliar as resistências à abstinência | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Informar sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e os benefícios da abstinência | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Incentivar atividades que estimulem o bem-estar psicológico e estilos de vida saudáveis | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Orientar no sentido da redução ou da abstinência | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Estabelecer os objetivos em relação às bebidas e estabelecer um compromisso com a pessoa | 100,0 | 4,6 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 11,5 | 1,0 | Incluído |
| Rever os níveis de consumo com a pessoa | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Propor meios para modificação do comportamento, técnicas de <i>coping</i> e materiais de autoajuda | 100,0 | 4,6 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 11,5 | 0,8 | Incluído |
| Propor um diário dos consumos | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 1,0 | Incluído |
| Encorajar auto motivação e otimismo | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Orientar para serviços de saúde (consulta especializada) | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Orientar para serviços de saúde (psicologia) | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Requerer serviços de saúde (consulta especializada) | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Requerer serviços de saúde (psicologia) | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |

¹Somatório das percentagens de peritos que atribuíram scores 4 e 5 (“Concordo” e “Concordo Totalmente”); dp – desvio padrão; CV – Coeficiente de variação; aQ – Intervalo interquartil

As intervenções de enfermagem enunciadas para dar resposta ao diagnóstico de enfermagem *abuso do álcool presente*, obtiveram o consenso entre os peritos. Pelos critérios definidos para o consenso de inclusão, todas as intervenções foram incluídas na matriz por registarem uma mediana igual a 5 e 75,0% ou mais, dos membros do painel de peritos, com níveis de concordância entre os *scores* 4 e 5.

No que diz respeito ao nível de consenso, este é elevado (desvio padrão inferior 1 e amplitude interquartil igual ou inferior a 1) em todas as intervenções propostas. O nível de dispersão é baixo, com coeficientes de variação entre 9,9% e 11,6%.

Assim, as intervenções de enfermagem enunciadas para dar resposta ao diagnóstico de enfermagem *autogestão da doença comprometida* não requereram segunda ronda do Painel Delphi.

Seguem-se os dados obtidos para as intervenções propostas para o diagnóstico de enfermagem *padrão de exercício físico inadequado* (tabela 45).

Tabela 45. Distribuição do grau de concordância face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem padrão de exercício físico inadequado

| | Discordo totalmente | | Discordo | | Nem concordo nem discordo | | Concordo | | Concordo totalmente | |
|--|---------------------|-------|----------|-------|---------------------------|--------|----------|--------|---------------------|--------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| Padrão de exercício físico inadequado | | | | | | | | | | |
| Avaliar adesão a um padrão de exercício adequado | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 3 | (25,0) | 8 | (66,7) |
| Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão a um padrão de exercício adequado | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Ensinar sobre comportamento de adesão a um padrão de exercício adequado | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Incentivar comportamento de adesão a um padrão de exercício adequado | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Avaliar IMC | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Reforçar adesão a um padrão de exercício adequado | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Advogar adesão a um padrão de exercício adequado | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Otimizar o padrão de exercício | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Assistir a pessoa a identificar razões da não adesão a um padrão de exercício adequado | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Orientar para serviços de saúde (psicologia) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 4 | (33,3) | 7 | (58,3) |
| Requerer serviços de saúde (psicologia) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 2 | (16,7) | 3 | (25,0) | 7 | (58,3) |
| Ensinar sobre padrão de exercício adequado | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Ensinar sobre a importância da adesão a um padrão de exercício adequado | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Informar sobre os benefícios da adesão a um padrão de exercício adequado | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Providenciar material educativo | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Avaliar a crença da família sobre exercício | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Encorajar expressão de crenças | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 5 | (41,7) | 7 | (58,3) |

A intervenção *avaliar adesão a um padrão de exercício adequado* obteve um consenso de concordância de 91,7% (8,3% nem concordam nem discordam (*score* 3), 25,0% concordam (*score* 4) e 66,7% concordam totalmente (*score* 5).

Já nas intervenções *encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão a um padrão de exercício adequado*, *ensinar sobre comportamento de adesão a um padrão de exercício adequado*, *incentivar comportamento de adesão a um padrão de exercício*

adequado, avaliar IMC, reforçar adesão a um padrão de exercício adequado, otimizar o padrão de exercício, ensinar sobre padrão de exercício adequado, ensinar sobre a importância da adesão a um padrão de exercício adequado, informar sobre os benefícios da adesão a um padrão de exercício adequado e avaliar a crença da família sobre exercício, obteve-se um consenso de concordância de 100,0%. Dos peritos que participaram, 25,0% relataram concordar e 75,0% concordar totalmente com estas intervenções.

Nas intervenções *advogar adesão a um padrão de exercício adequado, assistir a pessoa a identificar razões da não adesão a um padrão de exercício adequado e providenciar material educativo* também foi obtido um consenso de concordância de 100,0%, sendo que 33,3% dos peritos referiram concordar (*score 4*) e 66,7% concordar totalmente (*score 5*).

A intervenção *orientar para serviços de saúde (psicologia)* obteve um consenso de concordância de 91,7% (8,3% nem concordam nem discordam (*score 3*), 33,3% concordam (*score 4*) e 58,3% concordam totalmente (*score 5*)).

Por sua vez, a intervenção *requerer serviços de saúde (psicologia)* obteve um consenso de concordância de 83,3%. As respostas dos peritos distribuíram-se pelos *score 3* (nem concordo nem discordo, 16,7%) *score 4* (concordo, 25,0%) e *score 5* (concordo totalmente, 58,3%).

Na intervenção *encorajar expressão de crenças* alcançou-se um consenso de concordância de 100,0%. Declaram concordar 41,7% (*score 4*) e concordar totalmente 58,3% (*score 5*) dos peritos.

Na tabela 46 apresenta-se o resumo estatístico dos consensos face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem *padrão de exercício físico inadequado*.

Tabela 46. Resumo estatístico dos consensos face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem padrão de exercício físico inadequado

| | Concordância ¹ | Média | Mediana | Moda | dp | CV | aQ | Decisão |
|--|---------------------------|-------|---------|------|-----|------|------|----------|
| Padrão de exercício físico inadequado | | | | | | | | |
| Avaliar adesão a um padrão de exercício adequado | 91,7 | 4,6 | 5,0 | 5,0 | 0,7 | 15,1 | 1,00 | Incluído |
| Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão a um padrão de exercício adequado | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 1,00 | Incluído |
| Ensinar sobre comportamento de adesão a um padrão de exercício adequado | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 1,00 | Incluído |
| Incentivar comportamento de adesão a um padrão de exercício adequado | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 1,00 | Incluído |
| Avaliar IMC | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 1,00 | Incluído |
| Reforçar adesão a um padrão de exercício adequado | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 1,00 | Incluído |
| Advogar adesão a um padrão de exercício adequado | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 1,00 | Incluído |
| Otimizar o padrão de exercício | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 1,00 | Incluído |
| Assistir a pessoa a identificar razões da não adesão a um padrão de exercício adequado | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,00 | Incluído |
| Orientar para serviços de saúde (psicologia) | 91,7 | 4,5 | 5,0 | 5,0 | 0,7 | 15,4 | 1,00 | Incluído |
| Requerer serviços de saúde (psicologia) | 83,3 | 4,4 | 5,0 | 5,0 | 0,8 | 18,5 | 1,00 | Incluído |
| Ensinar sobre padrão de exercício adequado | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 1,00 | Incluído |
| Ensinar sobre a importância da adesão a um padrão de exercício adequado | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 1,00 | Incluído |
| Informar sobre os benefícios da adesão a um padrão de exercício adequado | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,3 | 1,00 | Incluído |
| Providenciar material educativo | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 1,00 | Incluído |
| Avaliar a crença da família sobre exercício | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 1,00 | Incluído |
| Encorajar expressão de crenças | 100,0 | 4,6 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 11,5 | 1,00 | Incluído |

¹Somatório das percentagens de peritos que atribuíram scores 4 e 5 (“Concordo” e “Concordo Totalmente”); dp – desvio padrão; CV – Coeficiente de variação; aQ – Intervalo interquartil

As intervenções de enfermagem enunciadas para dar resposta ao diagnóstico de enfermagem *padrão de exercício físico inadequado* também obtiveram o consenso entre os peritos. Pelos critérios definidos para o consenso de inclusão, todas as intervenções foram incluídas na matriz por registarem uma mediana igual a 5 e 75,0% ou mais, dos membros do painel de peritos, com níveis de concordância entre os *scores* 4 e 5.

No que diz respeito ao nível de consenso, este é elevado (desvio padrão inferior 1 e amplitude interquartil igual ou inferior a 1) em todas as intervenções propostas. Nas intervenções *avaliar adesão a um padrão de exercício adequado*, *orientar para serviços de saúde (psicologia)* e *requerer serviços de saúde (psicologia)* o nível de dispersão é médio, com coeficientes de variação entre 15,1% e 18,5% e nas restantes intervenções é baixo (coeficiente de variação entre os 9,9% e 11,5%).

Assim, as intervenções de enfermagem enunciadas para dar resposta ao diagnóstico de enfermagem *padrão de exercício físico inadequado* não requereram segunda ronda do Painel Delphi.

Depois do padrão de *exercício físico inadequado* é apresentado o grau de concordância face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem *padrão alimentar inadequado* (tabela 47).

Tabela 47. Distribuição do grau de concordância face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem padrão alimentar inadequado

| | Discordo totalmente | | Discordo | | Nem concordo nem discordo | | Concordo | | Concordo totalmente | |
|---|---------------------|-------|----------|-------|---------------------------|-------|----------|--------|---------------------|--------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| Padrão alimentar inadequado | | | | | | | | | | |
| Avaliar adesão a um padrão alimentar adequado | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 3 | (25,0) | 8 | (66,7) |
| Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão a um padrão alimentar adequado | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Ensinar sobre comportamento de adesão a um padrão alimentar adequado | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Incentivar comportamento de adesão a um padrão alimentar adequado | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Avaliar IMC | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Reforçar adesão a um padrão alimentar adequado | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Advogar adesão a um padrão alimentar adequado | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Otimizar o padrão alimentar | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 3 | (25,0) | 8 | (66,7) |
| Assistir a pessoa a identificar razões da não adesão a um padrão alimentar adequado | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 4 | (33,3) | 7 | (58,3) |
| Orientar para serviços de saúde (nutrição) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Requerer serviços de saúde (nutrição) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Avaliar conhecimento para promover comportamento de adesão a um padrão alimentar adequado | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Avaliar potencial para melhorar o conhecimento sobre padrão alimentar adequado | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Ensinar sobre padrão alimentar adequado | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 3 | (25,0) | 8 | (66,7) |
| Ensinar sobre a importância da adesão a um padrão alimentar adequado | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 3 | (25,0) | 8 | (66,7) |
| Informar sobre os benefícios da adesão a um padrão alimentar adequado | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Providenciar material educativo | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 5 | (41,7) | 7 | (58,3) |
| Avaliar a crença da família sobre alimentação | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Encorajar expressão de crenças | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 5 | (41,7) | 7 | (58,3) |

As intervenções *avaliar adesão a um padrão alimentar adequado, otimizar o padrão alimentar, ensinar sobre padrão alimentar adequado e ensinar sobre a importância da adesão a um padrão alimentar adequado* obtiveram um consenso de concordância de

91,7% (8,3% nem concordam nem discordam (*score* 3), 25,0% concordam (*score* 4) e 66,7% concordam totalmente (*score* 5)).

Já as intervenções *encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão a um padrão alimentar adequado, ensinar sobre comportamento de adesão a um padrão alimentar adequado, incentivar comportamento de adesão a um padrão alimentar adequado, avaliar conhecimento para promover comportamento de adesão a um padrão alimentar adequado, avaliar potencial para melhorar o conhecimento sobre padrão alimentar adequado, informar sobre os benefícios da adesão a um padrão alimentar adequado e avaliar a crença da família sobre alimentação* obtiveram um consenso de concordância de 100,0%. As opiniões dos peritos distribuíram-se pelos scores 4 (concordo) 25,0% e 5 (concordo totalmente) 75,0%.

À semelhança das anteriores, também as intervenções *avaliar IMC, reforçar adesão a um padrão alimentar adequado, advogar adesão a um padrão alimentar adequado, orientar para serviços de saúde (nutrição) e requerer serviços de saúde (nutrição)* foram 100,0% consensuais nos peritos, sendo que 33,3% concordam (*score* 4) e 66,7% concordam totalmente (*score* 5) com as mesmas.

A intervenção *assistir a pessoa a identificar razões da não adesão a um padrão alimentar adequado* obteve um consenso de concordância de 91,7%, encontrando-se as opiniões dos peritos distribuídas pelos scores 3 (nem concordo nem discordo) 8,3%, 4 (concordo) 25,0% e 5 (concordo totalmente) 75,0%.

As intervenções *providenciar material educativo e encorajar expressão de crenças* também alcançaram um consenso de concordância de 100,0%, encontrando-se as opiniões dos peritos distribuídas muito equitativamente pelos *scores* 4 (concordo) 41,7% e *score* 5 (concordo totalmente) 58,3%.

Seguidamente apresenta-se o resumo estatístico dos consensos face às mesmas intervenções (tabela 48).

Tabela 48. Resumo estatístico dos consensos face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem padrão alimentar inadequado

| | Concordância ¹ | Média | Mediana | Moda | dp | CV | aQ | Decisão |
|---|---------------------------|-------|---------|------|-----|------|------|----------|
| Padrão alimentar inadequado | | | | | | | | |
| Avaliar adesão a um padrão alimentar adequado | 91,7 | 4,6 | 5,0 | 5,0 | 0,7 | 15,1 | 1,0 | Incluído |
| Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão a um padrão alimentar adequado | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,75 | Incluído |
| Ensinar sobre comportamento de adesão a um padrão alimentar adequado | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,75 | Incluído |
| Incentivar comportamento de adesão a um padrão alimentar adequado | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,75 | Incluído |
| Avaliar IMC | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Reforçar adesão a um padrão alimentar adequado | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Advogar adesão a um padrão alimentar adequado | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Otimizar o padrão alimentar | 91,7 | 4,6 | 5,0 | 5,0 | 0,7 | 15,1 | 1,0 | Incluído |
| Assistir a pessoa a identificar razões da não adesão a um padrão alimentar adequado | 91,7 | 4,5 | 5,0 | 5,0 | 0,7 | 15,4 | 1,0 | Incluído |
| Orientar para serviços de saúde (nutrição) | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Requerer serviços de saúde (nutrição) | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Avaliar conhecimento para promover comportamento de adesão a um padrão alimentar adequado | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,75 | Incluído |
| Avaliar potencial para melhorar o conhecimento sobre padrão alimentar adequado | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,75 | Incluído |
| Ensinar sobre padrão alimentar adequado | 91,7 | 4,6 | 5,0 | 5,0 | 0,7 | 15,1 | 1,0 | Incluído |
| Ensinar sobre a importância da adesão a um padrão alimentar adequado | 91,7 | 4,6 | 5,0 | 5,0 | 0,7 | 15,1 | 1,0 | Incluído |
| Informar sobre os benefícios da adesão a um padrão alimentar adequado | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,75 | Incluído |
| Providenciar material educativo | 100,0 | 4,6 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Avaliar a crença da família sobre alimentação | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,75 | Incluído |
| Encorajar expressão de crenças | 100,0 | 4,6 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 11,5 | 1,0 | Incluído |

¹Somatório das percentagens de peritos que atribuíram scores 4 e 5 (“Concordo” e “Concordo Totalmente”); dp – desvio padrão; CV – Coeficiente de variação; aQ – Intervalo interquartil

As intervenções de enfermagem enunciadas para dar resposta ao diagnóstico de enfermagem *padrão alimentar inadequado*, à semelhança das anteriores também obtiveram o consenso entre os peritos. Assim, pelos critérios definidos para o consenso de inclusão, todas as intervenções foram incluídas na matriz por registarem uma mediana igual a 5 e 75,0% ou mais, dos membros do painel de peritos, com níveis de concordância entre os *scores* 4 e 5.

Relativamente ao nível de consenso, este é elevado (desvio padrão inferior 1 e amplitude interquartil igual ou inferior a 1) em todas as intervenções propostas.

No que diz respeito aos coeficientes de variação, estes apresentam-se entre os 9,90% e os 15,40%, pelo que nas intervenções *avaliar adesão a um padrão alimentar adequado, otimizar o padrão alimentar, assistir a pessoa a identificar razões da não adesão a um padrão alimentar adequado, ensinar sobre padrão alimentar adequado e ensinar sobre a importância da adesão a um padrão alimentar adequado* a dispersão é média e nas restantes intervenções baixa.

Assim, as intervenções de enfermagem enunciadas para dar resposta ao diagnóstico de enfermagem *padrão alimentar inadequado* não requereram segunda ronda do Painel Delphi.

A distribuição do grau de concordância face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem padrão de higiene oral inadequado pode ser observada na tabela 49.

Tabela 49. Distribuição do grau de concordância face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem padrão de higiene oral inadequado

| | Discordo totalmente | | Discordo | | Nem concordo nem discordo | | Concordo | | Concordo totalmente | |
|---|---------------------|-------|----------|-------|---------------------------|-------|----------|--------|---------------------|--------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| Padrão de Higiene Oral Inadequado | | | | | | | | | | |
| Avaliar a adesão a um padrão de higiene oral adequado | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 3 | (25,0) | 8 | (66,7) |
| Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão a um padrão de higiene oral adequado | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Ensinar sobre comportamento de adesão a um padrão de higiene oral adequado | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Incentivar comportamento de adesão a um padrão de higiene oral adequado | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 3 | (25,0) | 8 | (66,7) |
| Reforçar adesão a um padrão de higiene oral adequado | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Advogar adesão a um padrão de higiene oral adequado | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Otimizar o padrão de higiene oral | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 3 | (25,0) | 8 | (66,7) |
| Assistir a pessoa a identificar razões da não adesão a um padrão de higiene oral adequado | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Orientar para serviços de saúde (saúde oral) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Requerer serviços de saúde (saúde oral) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 5 | (41,7) | 7 | (58,3) |
| Ensinar sobre padrão de higiene oral adequado | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Ensinar sobre a importância da adesão a um padrão de higiene oral adequado | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Informar sobre os benefícios da adesão a um padrão de higiene oral adequado | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Providenciar material educativo | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |

As intervenções *avaliar a adesão a um padrão de higiene oral adequado, incentivar comportamento de adesão a um padrão de higiene oral adequado e otimizar o padrão de higiene oral* alcançaram um consenso de concordância de 91,7%, pois 8,3% dos peritos discordam (*score 2*), 25,0% concordam (*score 4*) e 66,7% concordam totalmente com a intervenção.

Relativamente às intervenções *encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão a um padrão de higiene oral adequado, ensinar sobre comportamento de adesão a um padrão de higiene oral adequado, reforçar adesão a um padrão de higiene oral adequado, advogar adesão a um padrão de higiene oral adequado, ensinar sobre padrão de higiene oral adequado, informar sobre os benefícios da adesão a um padrão de higiene oral adequado e providenciar material educativo* conquistaram um consenso de concordância de 100,0%. Do total de peritos, 25,0% concordaram (*score 4*) e 75,0% concordaram totalmente (*score 5*) com a proposta destas intervenções.

As intervenções *assistir a pessoa a identificar razões da não adesão a um padrão de higiene oral adequado, orientar para serviços de saúde (saúde oral) e ensinar sobre a importância da adesão a um padrão de higiene oral adequado* também conseguiram um consenso de concordância de 100,0%, pois 33,3% dos peritos relataram concordar (*score 4*) e 66,7% concordar totalmente (*score 5*) com estas intervenções.

A intervenção *requerer serviços de saúde (saúde oral)* alcançou um consenso de concordância de 100,0%, tendo 41,7% concordado (*score 4*) e 58,3% concordado totalmente (*score 5*) com esta intervenção. O resumo estatístico dos consensos face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem *padrão de higiene oral inadequado* pode ser observado na tabela 50.

Tabela 50. Resumo estatístico dos consensos face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem padrão de higiene oral inadequado

| | Concordância ¹ | Média | Mediana | Moda | dp | CV | aQ | Decisão |
|---|---------------------------|-------|---------|------|-----|------|-----|----------|
| Padrão de Higiene Oral Inadequado | | | | | | | | |
| Avaliar a adesão a um padrão de higiene oral adequado | 91,7 | 4,6 | 5,0 | 5,0 | 0,7 | 15,1 | 1,0 | Incluído |
| Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão a um padrão de higiene oral adequado | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,6 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Ensinar sobre comportamento de adesão a um padrão de higiene oral adequado | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Incentivar comportamento de adesão a um padrão de higiene oral adequado | 91,7 | 4,6 | 5,0 | 5,0 | 0,7 | 15,1 | 1,0 | Incluído |
| Reforçar adesão a um padrão de higiene oral adequado | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Advogar adesão a um padrão de higiene oral adequado | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Otimizar o padrão de higiene oral | 91,7 | 4,6 | 5,0 | 5,0 | 0,7 | 15,1 | 1,0 | Incluído |
| Assistir a pessoa a identificar razões da não adesão a um padrão de higiene oral adequado | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Orientar para serviços de saúde (saúde oral) | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Requerer serviços de saúde (saúde oral) | 100,0 | 4,6 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 11,5 | 1,0 | Incluído |
| Ensinar sobre padrão de higiene oral adequado | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Ensinar sobre a importância da adesão a um padrão de higiene oral adequado | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Informar sobre os benefícios da adesão a um padrão de higiene oral adequado | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Providenciar material educativo | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |

¹Somatório das percentagens de peritos que atribuíram scores 4 e 5 (“Concordo” e “Concordo Totalmente”); dp – desvio padrão; CV – Coeficiente de variação; aQ – Intervalo interquartil

As intervenções de enfermagem enunciadas para dar resposta ao diagnóstico de enfermagem *padrão de higiene oral inadequado*, também alcançaram o consenso entre os peritos. Tendo como referência os critérios definidos para o consenso de inclusão, todas as intervenções foram incluídas na matriz por registarem uma mediana igual a 5 e 75,0% ou mais, dos membros do painel de peritos, com níveis de concordância entre os *scores* 4 e 5.

O nível de consenso é elevado (desvio padrão inferior 1 e amplitude interquartil igual ou inferior a 1) em todas as intervenções.

Relativamente aos coeficientes de variação estes variam entre os 9,9% e os 15,1%. Assim, com a exceção das intervenções *avaliar a adesão a um padrão de higiene oral adequado*, *incentivar comportamento de adesão a um padrão de higiene oral adequado*

e otimizar o padrão de higiene oral onde a dispersão é baixa, todas as outras intervenções apresentam uma média dispersão nas respostas.

Perante os resultados obtidos, as intervenções de enfermagem enunciadas para dar resposta ao diagnóstico de enfermagem *padrão de higiene oral inadequado* não mereceram segunda ronda do Painel Delphi.

De seguida é apresentada (tabela 51) a distribuição do grau de concordância face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem *comportamento de procura de saúde não demonstrado (adesão às análises)*.

Tabela 51. Distribuição do grau de concordância face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem *comportamento de procura de saúde não demonstrado (adesão às análises)*

| | Discordo totalmente | | Discordo | | Nem concordo nem discordo | | Concordo | | Concordo totalmente | |
|---|---------------------|-------|----------|-------|---------------------------|-------|----------|--------|---------------------|--------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| Comportamento de procura de saúde não demonstrado (adesão às análises) | | | | | | | | | | |
| Avaliar a adesão às análises | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 5 | (41,7) | 6 | (50,0) |
| Promover a adesão às análises | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 4 | (33,3) | 7 | (58,3) |
| Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão às análises | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 3 | (25,0) | 8 | (66,7) |
| Ensinar sobre comportamento de adesão às análises | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 4 | (33,3) | 7 | (58,3) |
| Incentivar comportamento de adesão às análises | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 3 | (25,0) | 8 | (66,7) |
| Assistir a pessoa a identificar razões da não adesão às análises | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 4 | (33,3) | 7 | (58,3) |
| Advogar a adesão às análises | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 4 | (33,3) | 7 | (58,3) |
| Ensinar sobre a importância da adesão às análises para vigilância regular da saúde, conforme recomendado | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 4 | (33,3) | 7 | (58,3) |
| Informar sobre a importância da adesão às análises para vigilância regular da saúde, conforme recomendado | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 3 | (25,0) | 8 | (66,7) |

Todas as intervenções enunciadas para dar resposta ao diagnóstico de enfermagem *comportamento de procura de saúde não demonstrado (adesão às análises)* alcançaram um consenso de concordância de 91,7%. Porém, na intervenção *avaliar a adesão às análises*, 8,3% dos peritos afirmaram nem concordar nem discordar (*score* 3), 41,7% concordar (*score* 4) e 50,0% concordar totalmente (*score* 5).

Nas intervenções *promover a adesão às análises*, *ensinar sobre comportamento de adesão às análises*, *assistir a pessoa a identificar razões da não adesão às análises*, *advogar a adesão às análises* e *ensinar sobre a importância da adesão às análises para*

vigilância regular da saúde, conforme recomendado, 8,3% declararam nem concordar nem discordar (*score* 3), 33,3% concordar (*score* 4) e 58,3% concordar totalmente (*score* 5).

E nas intervenções *encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão às análises, incentivar comportamento de adesão às análises e informar sobre a importância da adesão às análises para vigilância regular da saúde, conforme recomendado*, 8,3% declararam nem concordar nem discordar (*score* 3), 25,0% concordar (*score* 4) e 66,7% concordar totalmente (*score* 5).

O resumo estatístico dos consensos é apresentado na tabela 52.

Tabela 52. Resumo estatístico dos consensos face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem comportamento de procura de saúde não demonstrado (adesão às análises)

| | Concordância ¹ | Média | Mediana | Moda | dp | CV | aQ | Decisão |
|---|---------------------------|-------|---------|------|-----|------|-----|----------|
| Comportamento de procura de saúde não demonstrado (adesão às análises) | | | | | | | | |
| Avaliar a adesão às análises | 91,7 | 4,4 | 4,5 | 5,0 | 0,7 | 15,5 | 1,0 | Incluído |
| Promover a adesão às análises | 91,7 | 4,5 | 5,0 | 5,0 | 0,7 | 15,4 | 1,0 | Incluído |
| Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão às análises | 91,7 | 4,6 | 5,0 | 5,0 | 0,7 | 15,1 | 1,0 | Incluído |
| Ensinar sobre comportamento de adesão às análises | 91,7 | 4,5 | 5,0 | 5,0 | 0,7 | 15,4 | 1,0 | Incluído |
| Incentivar comportamento de adesão às análises | 91,7 | 4,5 | 5,0 | 5,0 | 0,7 | 15,1 | 1,0 | Incluído |
| Assistir a pessoa a identificar razões da não adesão às análises | 91,7 | 4,5 | 5,0 | 5,0 | 0,7 | 15,4 | 1,0 | Incluído |
| Advogar a adesão às análises | 91,7 | 4,5 | 5,0 | 5,0 | 0,7 | 15,4 | 1,0 | Incluído |
| Ensinar sobre a importância da adesão às análises para vigilância regular da saúde, conforme recomendado | 91,7 | 4,5 | 5,0 | 5,0 | 0,7 | 15,4 | 1,0 | Incluído |
| Informar sobre a importância da adesão às análises para vigilância regular da saúde, conforme recomendado | 91,7 | 4,6 | 5,0 | 5,0 | 0,7 | 15,1 | 1,0 | Incluído |

¹Somatório das percentagens de peritos que atribuíram scores 4 e 5 (“Concordo” e “Concordo Totalmente”); dp – desvio padrão; CV – Coeficiente de variação; aQ – Intervalo interquartil

As intervenções de enfermagem enunciadas para dar resposta ao diagnóstico de enfermagem *comportamento de procura de saúde não demonstrado (adesão às análises)*, obtiveram consenso entre os peritos. Segundo os critérios definidos para o consenso de inclusão, apresentaram uma mediana superior a 4 e 75,0% ou mais, dos membros do painel de peritos, níveis de concordância entre os *scores* 4 e 5, pelo que foram incluídas na matriz proposta.

Em todas as intervenções propostas, o nível de consenso é elevado, pois apresentam um desvio padrão inferior a 1 e uma amplitude interquartil igual a 1. Os coeficientes de variação apresentam-se entre os 15,1% e os 15,5%, sendo por isso a dispersão média.

Face aos resultados obtidos, as intervenções de enfermagem enunciadas para dar resposta ao diagnóstico de enfermagem *comportamento de procura de saúde não demonstrado (adesão às análises)* não exigiram segunda ronda no Painel Delphi.

Em relação às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem *comportamento de procura de saúde não demonstrado (rastreamento da doença oncológica)* a distribuição do grau de concordância pode ser observado na tabela 53.

Tabela 53. Distribuição do grau de concordância face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem *comportamento de procura de saúde não demonstrado (rastreamento da doença oncológica)*

| | Discordo totalmente | | Discordo | | Nem concordo nem discordo | | Concordo | | Concordo totalmente | |
|--|---------------------|-------|----------|-------|---------------------------|-------|----------|--------|---------------------|--------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| Comportamento de procura de saúde não demonstrado (rastreamento da doença oncológica) | | | | | | | | | | |
| Avaliar a adesão aos vários rastreios da doença oncológica, conforme recomendado | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão ao rastreio da doença oncológica | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Ensinar sobre comportamento de adesão ao rastreio da doença oncológica | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Incentivar comportamento de adesão ao rastreio da doença oncológica | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Promover a adesão ao rastreio da doença oncológica, conforme recomendado | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Assistir a pessoa a identificar razões da não adesão ao rastreio da doença oncológica | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Advogar a adesão ao rastreio da doença oncológica | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Ensinar sobre o rastreio da doença oncológica | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Informar sobre o rastreio da doença oncológica | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Providenciar material educativo | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Avaliar a crença da família sobre rastreio da doença oncológica | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Encorajar expressão de crenças | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |

Relativamente às intervenções enunciadas para dar resposta ao diagnóstico de enfermagem *comportamento de procura de saúde não demonstrado (rastreamento da doença oncológica)*, todas as intervenções alcançaram um consenso de concordância de 100,0%. Na intervenção *encorajar expressão de crenças*, 33,3% dos peritos afirmaram concordar (*score* 4) e 66,7% concordar totalmente (*score* 5) e nas restantes 25,0% concordar (*score* 4) e 75,0% concordar totalmente (*score* 5).

Seguidamente é apresentado o resumo estatístico dos consensos dos peritos obtidos face às intervenções mencionadas anteriormente (tabela 54).

Tabela 54. Resumo estatístico dos consensos face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem *comportamento de procura de saúde não demonstrado (rastreamento da doença oncológica)*

| | Concordância ¹ | Média | Mediana | Moda | dp | CV | aQ | Decisão |
|--|---------------------------|-------|---------|------|-----|------|-----|----------|
| Comportamento de procura de saúde não demonstrado (rastreamento da doença oncológica) | | | | | | | | |
| Avaliar a adesão aos vários rastreios da doença oncológica, conforme recomendado | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão ao rastreio da doença oncológica | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Ensinar sobre comportamento de adesão ao rastreio da doença oncológica | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Incentivar comportamento de adesão ao rastreio da doença oncológica | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Promover a adesão ao rastreio da doença oncológica, conforme recomendado | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Assistir a pessoa a identificar razões da não adesão ao rastreio da doença oncológica | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Advogar a adesão ao rastreio da doença oncológica | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Ensinar sobre o rastreio da doença oncológica | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Informar sobre o rastreio da doença oncológica | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Providenciar material educativo | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Avaliar a crença da família sobre rastreio da doença oncológica | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Encorajar expressão de crenças | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |

¹Somatório das percentagens de peritos que atribuíram scores 4 e 5 (“Concordo” e “Concordo Totalmente”); dp – desvio padrão; CV – Coeficiente de variação; aQ – Intervalo interquartil

No que diz respeito ao consenso entre peritos, foi obtido o consenso em todas as intervenções de enfermagem enunciadas para dar resposta ao diagnóstico de enfermagem *comportamento de procura de saúde não demonstrado (rastreamento da doença*

oncológica). Segundo os critérios definidos para o consenso de inclusão, apresentaram uma mediana superior a 4 e 75,0% ou mais, dos membros do painel de peritos, níveis de concordância entre os *scores* 4 e 5, pelo que foram incluídas na matriz proposta.

Em todas as intervenções propostas, o nível de consenso é elevado, pois apresentam um desvio padrão inferior a 1 e uma amplitude interquartil igual ou inferior a 1. Os coeficientes de variação apresentam-se entre os 9,9% e os 10,9%, sendo por isso a dispersão baixa.

Face aos resultados obtidos, as intervenções de enfermagem enunciadas para dar resposta ao diagnóstico de enfermagem *comportamento de procura de saúde não demonstrado (rastreamento da doença oncológica)* não careceram de segunda ronda no Painel Delphi.

Os dados obtidos sobre o grau de concordância face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem *comportamento de procura de saúde não demonstrado (consultas médicas e/ou de enfermagem)* podem ser observados na tabela seguinte.

Tabela 55. Distribuição do grau de concordância face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem *comportamento de procura de saúde não demonstrado (consultas médicas e/ou de enfermagem)*

| | Discordo totalmente | | Discordo | | Nem concordo nem discordo | | Concordo | | Concordo totalmente | |
|--|---------------------|-------|----------|-------|---------------------------|-------|----------|--------|---------------------|--------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| Comportamento de procura de saúde não demonstrado (consultas médicas e/ou de enfermagem) | | | | | | | | | | |
| Avaliar a adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Promover a adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Ensinar sobre comportamento de adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Incentivar comportamento de adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Assistir a pessoa a identificar razões da não adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Advogar a adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |

(Continuação da tabela 55)

| | Discordo totalmente | | Discordo | | Nem concordo nem discordo | | Concordo | | Concordo totalmente | |
|---|---------------------|-------|----------|-------|---------------------------|-------|----------|--------|---------------------|--------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| Ensinar sobre a importância da adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem para vigilância da saúde, conforme recomendado | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Informar sobre a importância da adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem para vigilância da saúde, conforme recomendado | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Avaliar a crença da família sobre consultas médicas e/ou de enfermagem | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Encorajar expressão de crenças | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 5 | (41,7) | 7 | (58,3) |

Relativamente às intervenções propostas para dar resposta ao diagnóstico de enfermagem *comportamento de procura de saúde não demonstrado (consultas médicas e/ou de enfermagem)*, todas obtiveram um consenso de concordância de 100,0%. Nas intervenções *avaliar a adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem, promover a adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem, encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem, incentivar comportamento de adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem, informar sobre a importância da adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem para vigilância da saúde, conforme recomendado e avaliar a crença da família sobre consultas médicas e/ou de enfermagem*, 33,3% dos peritos concordam (*score* 4) e 66,7% concordam totalmente (*score* 5) com estas intervenções.

As intervenções *ensinar sobre comportamento de adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem, assistir a pessoa a identificar razões da não adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem, advogar a adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem e ensinar sobre a importância da adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem para vigilância da saúde, conforme recomendado* obtiveram 33,3% de concordância (*score* 4) e 66,7% de concordância total (*score* 5) dos peritos.

Na intervenção *encorajar expressão de crenças* 41,7% dos peritos declararam concordar (*score* 4) e 58,3% concordar totalmente com esta intervenção.

Na tabela 56 pode ser consultado o resumo estatístico dos consensos face às mesmas intervenções de enfermagem.

Tabela 56. Resumo estatístico dos consensos face às Intervenções de Enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem comportamento de procura de saúde não demonstrado (consultas médicas e/ou de enfermagem)

| | Concordância ¹ | Média | Mediana | Moda | dp | CV | aQ | Decisão |
|---|---------------------------|-------|---------|------|-----|------|-----|----------|
| Comportamento de procura de saúde não demonstrado (consultas médicas e/ou de enfermagem) | | | | | | | | |
| Avaliar a adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Promover a adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Ensinar sobre comportamento de adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Incentivar comportamento de adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Assistir a pessoa a identificar razões da não adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 0,8 | Incluído |
| Advogar a adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 0,8 | Incluído |
| Ensinar sobre a importância da adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem para vigilância da saúde, conforme recomendado | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Informar sobre a importância da adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem para vigilância da saúde, conforme recomendado | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Avaliar a crença da família sobre consultas médicas e/ou de enfermagem | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Encorajar expressão de crenças | 100,0 | 4,6 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 11,5 | 1,0 | Incluído |

¹Somatório das percentagens de peritos que atribuíram scores 4 e 5 (“Concordo” e “Concordo Totalmente”); dp – desvio padrão; CV – Coeficiente de variação; aQ – Intervalo interquartil

As intervenções de enfermagem enunciadas para dar resposta ao diagnóstico de enfermagem *comportamento de procura de saúde não demonstrado (consultas médicas e/ou de enfermagem)*, à semelhança das anteriores, também obtiveram o consenso entre os peritos. Assim, pelos critérios definidos para o consenso de inclusão, todas as intervenções foram incluídas na matriz por apresentarem uma mediana igual a 5 e 75,0% ou mais, dos membros do painel de peritos, com níveis de concordância entre os scores 4 e 5. Relativamente ao nível de consenso, este é elevado (desvio padrão inferior 1 e amplitude interquartil igual ou inferior a 1) em todas as intervenções propostas.

Depois de apresentados os dados relativamente às intervenções de enfermagem enunciadas para dar resposta ao diagnóstico de enfermagem *comportamento de procura de saúde não demonstrado (consultas médicas e/ou de enfermagem)*, seguem-se os dados do grau de concordância face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem *regime de imunização comprometido* (tabela 57).

Tabela 57. Distribuição do grau de concordância face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem regime de imunização comprometido

| | Discordo totalmente | | Discordo | | Nem concordo nem discordo | | Concordo | | Concordo totalmente | |
|--|---------------------|-------|----------|-------|---------------------------|-------|----------|--------|---------------------|--------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| Regime de imunização comprometido | | | | | | | | | | |
| Avaliar adesão ao regime de imunização | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 3 | (25,0) | 8 | (66,7) |
| Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão ao regime de imunização | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Ensinar sobre comportamento de adesão ao regime de imunização | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 5 | (41,7) | 7 | (58,3) |
| Incentivar comportamento de adesão ao regime de imunização | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Ensinar sobre complicações da não adesão ao regime de imunização | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Ensinar sobre resposta/reação à vacina | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Ensinar sobre sistema imunitária (resposta imunitária) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Incentivar tomada de decisão | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Planear vacinação | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Administrar vacina | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 4 | (33,3) | 7 | (58,3) |
| Vigiar resposta/reação à vacina | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Promover a adesão ao regime de imunização | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Assistir a pessoa a identificar razões da não adesão ao regime de imunização | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 5 | (41,7) | 7 | (58,3) |
| Advogar regime de imunização | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 6 | (50,0) | 6 | (50,0) |
| Orientar para serviço de saúde (saúde pública) | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 0 | (0,0) | 5 | (41,7) | 6 | (50,0) |
| Avaliar conhecimento sobre regime de imunização | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Avaliar conhecimento do pai/mãe sobre regime de imunização | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre regime de imunização | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Avaliar potencial para melhorar o conhecimento sobre regime de imunização | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 5 | (41,7) | 7 | (58,3) |
| Informar sobre esquema vacinal recomendado pelo PNV | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Informar sobre potenciais reações e os cuidados a ter com as vacinas | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Ensinar sobre esquema vacinal recomendado pelo PNV | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Ensinar sobre potenciais reações e os cuidados a ter com as vacinas | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |

(Continuação da tabela 57)

| | Discordo totalmente | | Discordo | | Nem concordo nem discordo | | Concordo | | Concordo totalmente | |
|--|---------------------|-------|----------|-------|---------------------------|-------|----------|--------|---------------------|--------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| Providenciar material educativo | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Avaliar a crença da família sobre regime de imunização | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Encorajar expressão de crenças | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |

As intervenções *avaliar adesão ao regime de imunização, administrar vacina e orientar para serviço de saúde (saúde pública)* alcançaram um consenso de concordância de 91,7%, sendo que na primeira intervenção, 8,3% dos peritos nem concordam nem discordam (*score* 3), 25,0% concordam (*score* 4) e 66,7% concordam totalmente (*score* 5) e na segunda intervenção 8,3% nem concordam nem discordam (*score* 3), 33,3% concordam (*score* 4) e 58,3% concordam totalmente (*score* 5). Na terceira, 8,3% discordam (*score* 2), 41,7% concordam (*score* 4) e 50,0% concordam totalmente (*score* 5).

Nas restantes intervenções foi atingido um consenso de concordância de 100,0%, mas com valores percentuais diferentes nos *scores* de concordância. Assim, nas intervenções *assistir a pessoa a identificar razões da não adesão ao regime de imunização, ensinar sobre comportamento de adesão ao regime de imunização e avaliar potencial para melhorar o conhecimento sobre regime de imunização*, 41,7% dos peritos concordam (*score* 4) e 58,3% concordam totalmente (*score* 5). Na intervenção *advogar regime de imunização*, as opiniões dos peritos dividem-se de igual forma percentual pelo *score* 4 (concordo, 50,0%) e *score* 5 (concordo totalmente, 50,0%).

Nas restantes intervenções, 33,3% dos peritos declararam concordar (*score* 4) e 66,7% concordar totalmente (*score* 5) com as mesmas.

Na tabela 58 pode ser consultado o resumo estatístico dos consensos obtidos face às Intervenções de Enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem apresentado anteriormente.

Tabela 58. Resumo estatístico dos consensos face às Intervenções de Enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem regime de imunização comprometido

| | Concordância ¹ | Média | Mediana | Moda | dp | CV | aQ | Decisão |
|--|---------------------------|-------|---------|------|-----|------|-----|----------|
| Regime de imunização comprometido | | | | | | | | |
| Avaliar adesão ao regime de imunização | 91,7 | 4,6 | 5,0 | 5,0 | 0,7 | 15,1 | 1,0 | Incluído |
| Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão ao regime de imunização | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Ensinar sobre comportamento de adesão ao regime de imunização | 100,0 | 4,6 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 11,5 | 1,0 | Incluído |
| Incentivar comportamento de adesão ao regime de imunização | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Regime de imunização comprometido | | | | | | | | |
| Ensinar sobre complicações da não adesão ao regime de imunização | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Ensinar sobre resposta/reacção à vacina | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Ensinar sobre sistema imunitária (resposta imunitária) | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Incentivar tomada de decisão | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Planear vacinação | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Administrar vacina | 91,7 | 4,5 | 5,0 | 5,0 | 0,7 | 15,4 | 1,0 | Incluído |
| Vigiar resposta/reacção à vacina | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Promover a adesão ao regime de imunização | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Assistir a pessoa a identificar razões da não adesão ao regime de imunização | 100,0 | 4,6 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 11,5 | 1,0 | Incluído |
| Advogar regime de imunização | 100,0 | 4,5 | 4,5 | 4,0 | 0,5 | 11,7 | 1,0 | Incluído |
| Orientar para serviço de saúde (saúde pública) | 91,7 | 4,3 | 4,5 | 5,0 | 0,9 | 21,2 | 1,0 | Incluído |
| Avaliar conhecimento sobre regime de imunização | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Avaliar conhecimento do pai/mãe sobre regime de imunização | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre regime de imunização | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Avaliar potencial para melhorar o conhecimento sobre regime de imunização | 100,0 | 4,6 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 11,5 | 1,0 | Incluído |
| Informar sobre esquema vacinal recomendado pelo PNV | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Informar sobre potenciais reacções e os cuidados a ter com as vacinas | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Ensinar sobre esquema vacinal recomendado pelo PNV | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Ensinar sobre potenciais reacções e os cuidados a ter com as vacinas | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Providenciar material educativo | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Avaliar a crença da família sobre regime de imunização | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Encorajar expressão de crenças | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |

¹Somatório das percentagens de peritos que atribuíram scores 4 e 5 (“Concordo” e “Concordo Totalmente”); dp – desvio padrão; CV – Coeficiente de variação; aQ – Intervalo interquartil

As intervenções de enfermagem enunciadas para dar resposta ao diagnóstico de enfermagem *regime de imunização comprometido*, obtiveram consenso entre os peritos. Segundo os critérios definidos para o consenso de inclusão, apresentaram uma mediana superior a 4 e 75,0% ou mais, dos membros do painel de peritos, níveis de concordância entre os *scores* 4 e 5, pelo que foram incluídas na matriz proposta.

Em todas as intervenções propostas, o nível de consenso é elevado, pois apresentam um desvio padrão inferior a 1 e uma amplitude interquartil igual a 1.

No que diz respeito à dispersão das respostas, excetuando-se nas intervenções *avaliar adesão ao regime de imunização e orientar para serviço de saúde* (saúde pública) (QV= 15,1% e QV= 21,2%) onde esta é média, em todas as outras intervenções é fraca, pois os coeficientes de variação registam valores entre os 10,9% e os 11,7%.

Face aos resultados obtidos, as intervenções de enfermagem enunciadas para dar resposta ao diagnóstico de enfermagem *regime de imunização comprometido* não exigiram segunda ronda no Painel Delphi.

Seguem-se os dados relacionados com o grau de concordância face às Intervenções de Enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem *regime medicamentoso comprometido* (tabela 59).

Tabela 59. Distribuição do grau de concordância face às Intervenções de Enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem regime medicamentoso comprometido

| | Discordo totalmente | | Discordo | | Nem concordo nem discordo | | Concordo | | Concordo totalmente | |
|--|---------------------|-------|----------|-------|---------------------------|-------|----------|--------|---------------------|--------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| Regime de medicamentoso comprometido | | | | | | | | | | |
| Avaliar a adesão ao regime medicamentoso | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Promover a adesão ao regime medicamentoso | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão ao regime medicamentoso | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Ensinar sobre comportamento de adesão ao regime medicamentoso | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Incentivar comportamento de adesão ao regime medicamentoso | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Otimizar o regime medicamentoso | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Assistir a pessoa a identificar razões da não adesão ao regime medicamentoso | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Ensinar sobre regime medicamentoso | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |

(Continuação da tabela 59)

| | Discordo totalmente | | Discordo | | Nem concordo nem discordo | | Concordo | | Concordo totalmente | |
|--|---------------------|-------|----------|-------|---------------------------|-------|----------|--------|---------------------|--------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| Ensinar sobre gestão do regime medicamentoso | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Ensinar sobre a importância da gestão do regime medicamentoso | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Informar sobre regime medicamentoso | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Informar sobre gestão do regime medicamentoso | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Informar sobre a importância da gestão do regime medicamentoso | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Providenciar material educativo | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Avaliar a crença da família sobre regime medicamentoso | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Encorajar expressão de crenças | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |

No que respeita ao consenso de concordância, este foi atingido na totalidade (100,0%) em todas as Intervenções de Enfermagem enunciadas para dar resposta ao diagnóstico de enfermagem *regime medicamentoso comprometido*.

Nas intervenções *ensinar sobre comportamento de adesão ao regime medicamentoso, otimizar o regime medicamentoso, assistir a pessoa a identificar razões da não adesão ao regime medicamentoso, providenciar material educativo e encorajar expressão de crenças*, 33,3% dos peritos concordam (*score 4*) e 66,8 concordam totalmente (*score 5*) com estas intervenções. Nas restantes intervenções enunciadas, 25,0% dos peritos declararam concordar (*score 4*) e 75,0% concordar totalmente (*score 5*) com as intervenções.

Na tabela 60 encontra-se apresentado o resumo estatístico dos consensos face às intervenções de enfermagem referidas anteriormente.

Tabela 60. Resumo estatístico dos consensos face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem regime medicamentoso comprometido

| | Concordância ¹ | Média | Mediana | Moda | dp | CV | aQ | Decisão |
|--|---------------------------|-------|---------|------|-----|------|-----|----------|
| Regime de medicamentoso comprometido | | | | | | | | |
| Avaliar a adesão ao regime medicamentoso | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Promover a adesão ao regime medicamentoso | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão ao regime medicamentoso | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Ensinar sobre comportamento de adesão ao regime medicamentoso | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |

(Continuação da tabela 60)

| | Concordância ¹ | Média | Mediana | Moda | dp | CV | aQ | Decisão |
|--|---------------------------|-------|---------|------|-----|------|-----|----------|
| Incentivar comportamento de adesão ao regime medicamentoso | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Otimizar o regime medicamentoso | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Assistir a pessoa a identificar razões da não adesão ao regime medicamentoso | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Ensinar sobre regime medicamentoso | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Ensinar sobre gestão do regime medicamentoso | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Ensinar sobre a importância da gestão do regime medicamentoso | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Informar sobre regime medicamentoso | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Regime de medicamentoso comprometido | | | | | | | | |
| Informar sobre gestão do regime medicamentoso | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Informar sobre a importância da gestão do regime medicamentoso | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Providenciar material educativo | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Avaliar a crença da família sobre regime medicamentoso | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Encorajar expressão de crenças | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |

¹Somatório das percentagens de peritos que atribuíram scores 4 e 5 (“Concordo” e “Concordo Totalmente”); dp – desvio padrão; CV – Coeficiente de variação; aQ – Intervalo interquartil

As intervenções de enfermagem enunciadas para dar resposta ao diagnóstico de enfermagem *regime medicamentoso comprometido*, à semelhança das anteriores também obtiveram o consenso entre os peritos. Assim, pelos critérios definidos para o consenso de inclusão, todas as intervenções foram incluídas na matriz por registarem uma mediana igual a 5 e 75,0% ou mais, dos membros do painel de peritos, com níveis de concordância entre os *scores* 4 e 5.

Relativamente ao nível de consenso, este é elevado (desvio padrão inferior 1 e amplitude interquartil igual ou inferior a 1) em todas as intervenções propostas.

No que diz respeito aos coeficientes de variação, estes apresentam-se entre os 9,9% e os 10,9%, sendo por isso a dispersão baixa.

Assim, as intervenções de enfermagem enunciadas para dar resposta ao diagnóstico de enfermagem *regime medicamentoso comprometido* não necessitaram de segunda ronda do Painel de Delphi.

De seguida são apresentados os dados obtidos face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem *atitude face ao estado de saúde comprometida* (tabela 61).

Tabela 61. Distribuição do grau de concordância face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem *atitude face ao estado de saúde comprometida*

| | Discordo totalmente | | Discordo | | Nem concordo nem discordo | | Concordo | | Concordo totalmente | |
|--|---------------------|-------|----------|-------|---------------------------|-------|----------|--------|---------------------|--------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| Atitude face ao estado de saúde comprometida | | | | | | | | | | |
| Avaliar a autoperceção do estado de saúde | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Vigiar outros indicadores de saúde (funcionamento familiar, status psicológico, risco cardiovascular, literacia em saúde, etc.) se autoperceção de saúde fraca ou razoável | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 5 | (41,7) | 7 | (58,3) |

Também nas intervenções enunciadas para dar resposta ao diagnóstico de enfermagem *atitude face ao estado de saúde comprometida* foi conseguido um consenso de concordância de 100,0%. Na intervenção *avaliar a autoperceção do estado de saúde*, 33,3% dos peritos concordaram (*score* 4) com a intervenção e 66,7% concordam totalmente (*score* 5). Por sua vez, na intervenção *vigiar outros indicadores de saúde (funcionamento familiar, status psicológico, risco cardiovascular, literacia em saúde, etc.) se autoperceção de saúde fraca ou razoável*, 41,7% concordam (*score* 4) e 58,3% concordam totalmente (*score* 5).

Posteriormente ao grau de concordância é apresentado o resumo estatístico dos consensos face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem *atitude face ao estado de saúde comprometida* (tabela 62).

Tabela 62. Resumo estatístico dos consensos face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem *atitude face ao estado de saúde comprometida*

| | Concordância ¹ | Média | Mediana | Moda | dp | CV | aQ | Decisão |
|--|---------------------------|-------|---------|------|-----|------|-----|----------|
| Atitude face ao estado de saúde comprometida | | | | | | | | |
| Avaliar a autoperceção do estado de saúde | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Vigiar outros indicadores de saúde (funcionamento familiar, status psicológico, risco cardiovascular, literacia em saúde, etc.) se autoperceção de saúde fraca ou razoável | 100,0 | 4,6 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 11,5 | 1,0 | Incluído |

¹Somatório das percentagens de peritos que atribuíram scores 4 e 5 (“Concordo” e “Concordo Totalmente”); dp – desvio padrão; CV – Coeficiente de variação; aQ – Intervalo interquartil

As intervenções de enfermagem enunciadas para dar resposta ao diagnóstico de enfermagem *atitude face ao estado de saúde comprometida*, também obtiveram o consenso entre os peritos, pelo que e segundo os critérios definidos para o consenso de inclusão, foram incluídas na matriz por registarem uma mediana igual a 5 e 75,0% ou mais, dos membros do painel de peritos, com níveis de concordância entre os *scores* 4 e 5.

Relativamente ao nível de consenso, este é elevado (desvio padrão inferior 1 e amplitude interquartil igual a 1) nas duas intervenções propostas.

No que diz respeito aos coeficientes de variação, estes apresentam-se entre os 10,9% e os 11,5%, pelo que a dispersão é baixa.

Assim, as intervenções de enfermagem enunciadas para dar resposta ao diagnóstico de enfermagem *atitude face ao estado de saúde comprometida* não necessitaram de segunda ronda do Painel Delphi.

Em relação ao grau de concordância face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem *status psicológico negativo*, os dados podem ser consultados na tabela 63.

Tabela 63. Distribuição do grau de concordância face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem status psicológico negativo

| | Discordo totalmente | | Discordo | | Nem concordo nem discordo | | Concordo | | Concordo totalmente | |
|---|---------------------|-------|----------|-------|---------------------------|--------|----------|--------|---------------------|--------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| Status psicológico negativo | | | | | | | | | | |
| Avaliar o status psicológico | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 5 | (41,7) | 6 | (50,0) |
| Apoiar o status psicológico | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 6 | (50,0) | 5 | (41,7) |
| Encorajar afirmações positivas | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 4 | (33,3) | 7 | (58,3) |
| Orientar para uso de técnicas de relaxamento | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 1 | (8,3) | 4 | (33,3) | 6 | (50,0) |
| Executar técnica de relaxamento | 1 | (8,3) | 1 | (8,3) | 1 | (8,3) | 5 | (41,7) | 4 | (33,3) |
| Ensinar técnica de relaxamento | 1 | (8,3) | 1 | (8,3) | 1 | (8,3) | 6 | (50,0) | 3 | (25,0) |
| Planear técnica de relaxamento | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 1 | (8,3) | 7 | (58,3) | 3 | (25,0) |
| Demonstrar técnicas de relaxamento e gestão do <i>stress</i> | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 2 | (16,7) | 6 | (50,0) | 3 | (25,0) |
| Orientar para serviços de saúde (psicologia e/ou psiquiatria) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 5 | (41,7) | 6 | (50,0) |
| Requerer serviços de saúde (psicologia e/ou psiquiatria) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 5 | (41,7) | 6 | (50,0) |
| Providenciar material educativo | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 4 | (33,3) | 7 | (58,3) |

No que diz respeito às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem *status psicológico negativo*, foram obtidos os seguintes consensos de concordância: nas intervenções *orientar para uso de técnicas de relaxamento e planear técnica de relaxamento* 83,3%, nas intervenções *executar técnica de relaxamento, ensinar técnica de relaxamento e demonstrar técnicas de relaxamento e gestão do stress* 75,0%, na intervenção *providenciar material educativo e encorajar afirmações positivas* 91,6% e nas restantes intervenções 91,7%.

Na intervenção *orientar para uso de técnicas de relaxamento*, 8,3% dos peritos discordam (*score* 2), 8,3% nem concordam nem discordam (*score* 3), 33,3% concordam (*score* 4) e 50,0% concordam totalmente (*score* 5) e na intervenção *planear técnica de relaxamento* 8,3% discordam (*score* 2), 8,3% nem concordam nem discordam (*score* 3), 58,3% concordam (*score* 4) e 25,0% concordam totalmente (*score* 5).

Por sua vez, na intervenção *executar técnica de relaxamento*, 8,3% discordam totalmente (*score* 1), 8,3% discordam (*score* 2), 8,3% nem concordam nem discordam (*score* 3), 41,7% concordam (*score* 4) e 33,3% concordam totalmente (*score* 5). Na intervenção *ensinar técnica de relaxamento*, 8,3% discordam totalmente (*score* 1), 8,3%

discordam (*score* 2), 16,7% nem concordam nem discordam (*score* 3), 50,0% concordam (*score* 4) e 25,0% concordam totalmente (*score* 5). Por fim, na intervenção *demonstrar técnicas de relaxamento e gestão do stresse*, 8,3% discordam (*score* 2), 16,7% nem concordam nem discordam (*score* 3), 50,0% concordam (*score* 4) e 25,0% concordam totalmente (*score* 5).

Já nas intervenções *encorajar afirmações positivas e providenciar material educativo*, 8,3% nem concordam nem discordam (*score* 3), 33,3% concordam (*score* 4) e 58,3% concordam totalmente (*score* 5).

Nas intervenções *avaliar o status psicológico, orientar para serviços de saúde (psicologia e/ou psiquiatria) e requerer serviços de saúde (psicologia e/ou psiquiatria)*, do total de peritos, 8,3% afirmaram nem concordar nem discordar (*score* 3), 41,7% concordar (*score* 4) e 50,0% concordar totalmente (*score* 5).

Na intervenção *apoiar o status psicológico*, 8,3% dos peritos declaram nem concordar nem discordar (*score* 3), 50,0% concordar (*score* 4) e 41,7% concordar totalmente (*score* 5).

Na tabela 64 é apresentado o resumo estatístico dos consensos face às intervenções de enfermagem apresentadas anteriormente.

Tabela 64. Resumo estatístico dos consensos face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem status psicológico negativo

| | Concordância ¹ | Média | Mediana | Moda | dp | CV | aQ | Decisão |
|---|---------------------------|-------|---------|------|-----|------|-----|----------|
| Status psicológico negativo | | | | | | | | |
| Avaliar o status psicológico | 91,7 | 4,4 | 4,5 | 5,0 | 0,7 | 15,5 | 1,0 | Incluído |
| Apoiar o status psicológico | 91,7 | 4,3 | 4,0 | 4,0 | 0,7 | 15,5 | 1,0 | Incluído |
| Encorajar afirmações positivas | 91,6 | 4,5 | 5,0 | 5,0 | 0,7 | 15,4 | 1,0 | Incluído |
| Orientar para uso de técnicas de relaxamento | 83,3 | 4,3 | 4,5 | 5,0 | 0,9 | 23,5 | 1,0 | Incluído |
| Executar técnica de relaxamento | 75,0 | 3,8 | 4,0 | 4,0 | 1,3 | 34,1 | 1,8 | Incluído |
| Ensinar técnica de relaxamento | 75,0 | 3,8 | 4,0 | 4,0 | 1,2 | 33,2 | 1,5 | Incluído |
| Planear técnica de relaxamento | 83,3 | 4,0 | 4,0 | 4,0 | 0,9 | 21,3 | 0,8 | Incluído |
| Demonstrar técnicas de relaxamento e gestão do <i>stresse</i> | 75,0 | 3,9 | 4,0 | 4,0 | 0,9 | 22,9 | 1,5 | Incluído |
| Orientar para serviços de saúde (psicologia e/ou psiquiatria) | 91,7 | 4,4 | 4,5 | 5,0 | 0,7 | 15,5 | 1,0 | Incluído |
| Requerer serviços de saúde (psicologia e/ou psiquiatria) | 91,7 | 4,4 | 4,5 | 5,0 | 0,7 | 15,5 | 1,0 | Incluído |

(Continuação da tabela 64)

| | Concordância ¹ | Média | Mediana | Moda | dp | CV | aQ | Decisão |
|---------------------------------|---------------------------|-------|---------|------|-----|------|-----|----------|
| Providenciar material educativo | 91,6 | 4,5 | 5,0 | 5,0 | 0,7 | 15,4 | 1,0 | Incluído |

¹Somatório das percentagens de peritos que atribuíram scores 4 e 5 (“Concordo” e “Concordo Totalmente”); dp – desvio padrão; CV – Coeficiente de variação; aQ – Intervalo interquartil

As intervenções de enfermagem enunciadas para dar resposta ao diagnóstico de enfermagem *status psicológico negativo*, conquistaram o consenso entre os peritos, pelo que e segundo os critérios definidos para o consenso de inclusão, foram incluídas na matriz por registarem uma mediana igual ou superior a 4 e 75,0% ou mais, dos membros do painel de peritos, com níveis de concordância entre os *scores* 4 e 5.

Relativamente ao nível de consenso, nas intervenções *executar técnica de relaxamento e ensinar técnica de relaxamento* este é moderado (desvio padrão superior a 1 e amplitude interquartil superior a 1). Na intervenção *demonstrar técnicas de relaxamento e gestão do stresse* o consenso é igualmente moderado pois, embora registe valores de desvio padrão inferiores a 1, a amplitude interquartil é superior a 1. Nas restantes intervenções é elevado (desvio padrão inferior a 1 e amplitude interquartil igual ou inferior a 1).

No que diz respeito aos coeficientes de variação, estes apresentam-se entre os 15,4% e os 34,1%, pelo que a dispersão, nas intervenções *executar técnica de relaxamento e ensinar sobre técnica de relaxamento* é alta e nas restantes intervenções média.

Face aos resultados obtidos, as intervenções de enfermagem enunciadas para dar resposta ao diagnóstico de enfermagem *status psicológico negativo* não necessitaram de segunda ronda do Painel Delphi.

Seguidamente são apresentados os dados do grau de concordância face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem *sono comprometido* (tabela 65).

Tabela 65. Distribuição do grau de concordância face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem sono comprometido

| | Discordo totalmente | | Discordo | | Nem concordo nem discordo | | Concordo | | Concordo totalmente | |
|---|---------------------|-------|----------|-------|---------------------------|-------|----------|--------|---------------------|--------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| Sono comprometido | | | | | | | | | | |
| Avaliar a qualidade do sono (Índice de qualidade do sono de Pittsburgh) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Avaliar os hábitos de sono | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Avaliar conhecimento para promover o sono | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Ensinar sobre medidas para uma boa higiene do sono | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 5 | (41,7) | 7 | (58,3) |
| Informar sobre medidas para uma boa higiene do sono | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Ensinar sobre autocuidado: comportamento de sono-reposo | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Incentivar eliminação urinária antes do sono | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Ensinar sobre a importância do sono como um dos pilares para uma vida saudável | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 5 | (41,7) | 7 | (58,3) |
| Informar sobre a importância do sono como um dos pilares para uma vida saudável | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Executar técnica de relaxamento | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 1 | (8,3) | 6 | (50,0) | 4 | (33,3) |
| Orientar para uso de técnicas de relaxamento | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 1 | (8,3) | 6 | (50,0) | 4 | (33,3) |
| Planear o sono | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 5 | (41,7) | 6 | (50,0) |
| Planear técnica de relaxamento | 0 | (0,0) | 1 | (8,3) | 1 | (8,3) | 5 | (41,7) | 5 | (41,7) |
| Orientar para serviços de saúde (consulta especializada) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 5 | (41,7) | 7 | (58,3) |
| Requerer serviços de saúde (consulta especializada) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 5 | (41,7) | 7 | (58,3) |
| Providenciar material educativo | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 5 | (41,7) | 7 | (58,3) |

Nas intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem *sono comprometido*, foi obtido um consenso de concordância de 83,3% nas intervenções *executar técnica de relaxamento e orientar para uso de técnicas de relaxamento*, 91,7% na intervenção *planear técnica de relaxamento* e nas restantes intervenções 100,0%.

Nas intervenções *ensinar sobre medidas para uma boa higiene do sono, ensinar sobre a importância do sono como um dos pilares para uma vida saudável, orientar para serviços de saúde (consulta especializada), requerer serviços de saúde (consulta especializada) e providenciar material educativo*, 41,7% dos peritos apresentam opinião concordante (*score 4*) e 58,3% totalmente concordante (*score 5*).

Do total de peritos, 8,3% discordam (*score* 2), 8,3% nem concordam nem discordam (*score* 3), 50,0% concordam (*score* 4) e 33,3% concordam totalmente (*score* 5) com as intervenções *executar técnica de relaxamento e orientar para uso de técnicas de relaxamento*.

Na intervenção *planear técnica de relaxamento*, 8,3% dos peritos afirmaram discordar (*score* 2), 8,3% nem concordar nem discordar (*score* 3) e 41,7% concordar (*score* 4) e concordar totalmente (*score* 5). Já na intervenção *planear sono*, 8,3% declararam nem concordar nem discordar (*score* 3), 41,7% concordar (*score* 4) e 50,0% concordar totalmente (*score* 5). Nas restantes intervenções, 33,4% dos participantes afirmaram concordar (*score* 4) e 66,7% concordar totalmente com as intervenções propostas.

Na tabela 66 é apresentado um resumo estatístico dos consensos face às intervenções de enfermagem enunciadas anteriormente.

Tabela 66. Resumo estatístico dos consensos face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem sono comprometido

| | Concordância ¹ | Média | Mediana | Moda | dp | CV | aQ | Decisão |
|---|---------------------------|-------|---------|------|-----|------|-----|----------|
| Sono comprometido | | | | | | | | |
| Avaliar a qualidade do sono (Índice de qualidade do sono de Pittsburgh) | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Avaliar os hábitos de sono | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Avaliar conhecimento para promover o sono | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Sono comprometido | | | | | | | | |
| Ensinar sobre medidas para uma boa higiene do sono | 100,0 | 4,6 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 11,5 | 1,0 | Incluído |
| Informar sobre medidas para uma boa higiene do sono | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Ensinar sobre autocuidado: comportamento de sono-reposo | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Incentivar eliminação urinária antes do sono | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Ensinar sobre a importância do sono como um dos pilares para uma vida saudável | 100,0 | 4,6 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 11,5 | 1,0 | Incluído |
| Informar sobre a importância do sono como um dos pilares para uma vida saudável | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Executar técnica de relaxamento | 83,3 | 3,9 | 4,0 | 4,0 | 1,2 | 32,7 | 1,0 | Incluído |
| Orientar para uso de técnicas de relaxamento | 83,3 | 3,9 | 4,0 | 4,0 | 1,2 | 32,7 | 1,0 | Incluído |
| Planear o sono | 91,7 | 4,4 | 4,5 | 5,0 | 0,7 | 15,5 | 1,0 | Incluído |

(Continuação da tabela 66)

| | Concordância ¹ | Média | Mediana | Moda | dp | CV | aQ | Decisão |
|--|---------------------------|-------|---------|------|-----|------|-----|----------|
| Planear técnica de relaxamento | 91,7 | 4,1 | 4,0 | 4,0 | 0,9 | 23,1 | 1,0 | Incluído |
| Orientar para serviços de saúde (consulta especializada) | 100,0 | 4,6 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 11,5 | 1,0 | Incluído |
| Requerer serviços de saúde (consulta especializada) | 100,0 | 4,6 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 11,5 | 1,0 | Incluído |
| Providenciar material educativo | 100,0 | 4,6 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 11,5 | 1,0 | Incluído |

¹Somatório das percentagens de peritos que atribuíram scores 4 e 5 (“Concordo” e “Concordo Totalmente”); dp – desvio padrão; CV – Coeficiente de variação; aQ – Intervalo interquartil

As intervenções de enfermagem enunciadas para dar resposta ao diagnóstico de enfermagem *sono comprometido*, alcançaram o consenso entre os peritos. Tendo como referência os critérios definidos para o consenso de inclusão, todas as intervenções foram incluídas na matriz por registarem uma mediana igual a 5 e 75,0% ou mais, dos membros do painel de peritos, com níveis de concordância entre os *scores* 4 e 5.

O nível de consenso, é elevado (desvio padrão inferior 1 e amplitude interquartil igual a 1) nas intervenções enunciadas, há exceção das intervenções *executar técnica de relaxamento e orientar para uso de técnicas de relaxamento* onde este é moderado por apresentar valores de desvio padrão superior a 1.

Relativamente à dispersão das respostas, os coeficientes de variação variam entre os 10,9% e os 32,7%. Assim, nas intervenções *planear o sono e planear técnica de relaxamento* a dispersão é média (coeficiente de variação igual a 15,5% e 23,1%, respetivamente) e nas intervenções *executar técnica de relaxamento e orientar para uso de técnicas de relaxamento* é alta (coeficiente de variação igual a 32,7%). Nas restantes intervenções a dispersão é baixa pois registam-se valores de coeficiente de variação inferiores a 15,0%.

Perante os resultados obtidos, as intervenções de enfermagem enunciadas para dar resposta ao diagnóstico de enfermagem *sono comprometido* não mereceram segunda ronda do Painel Delphi.

Por fim, são apresentados os resultados obtidos do grau de concordância face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem

comportamento de procura de saúde não demonstrado (consultas de saúde oral) (tabela 67).

Tabela 67. Distribuição do grau de concordância face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem comportamento de procura de saúde não demonstrado (consultas de saúde oral)

| | Discordo totalmente | | Discordo | | Nem concordo nem discordo | | Concordo | | Concordo totalmente | |
|---|---------------------|-------|----------|-------|---------------------------|-------|----------|--------|---------------------|--------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| Comportamento de procura de saúde não demonstrado (consultas de saúde oral) | | | | | | | | | | |
| Avaliar a adesão às consultas de saúde oral | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Promover a adesão às consultas de saúde oral | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão às consultas de saúde oral | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Ensinar sobre comportamento de adesão às consultas de saúde oral | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Incentivar comportamento de adesão às consultas de saúde oral | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Assistir a pessoa a identificar razões da não adesão às consultas de saúde oral | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Advogar a adesão às consultas de saúde oral | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Ensinar sobre a importância da adesão às consultas de saúde oral, conforme recomendado | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Informar sobre a importância da adesão às consultas de saúde oral, conforme recomendado | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 3 | (25,0) | 9 | (75,0) |
| Avaliar a crença da família sobre consultas saúde oral | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 4 | (33,3) | 8 | (66,7) |
| Encorajar expressão de crenças | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 0 | (0,0) | 5 | (41,7) | 7 | (58,3) |

No que às intervenções de enfermagem propostas para o *comportamento de procura de saúde não demonstrado (consultas de saúde oral)* diz respeito, foi obtido um consenso de concordância de 100,0%.

Relativamente às intervenções *promover a adesão às consultas de saúde oral, encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão às consultas de saúde oral, incentivar comportamento de adesão às consultas de saúde oral, informar sobre a importância da adesão às consultas de saúde oral, conforme recomendado*, 25,0% dos peritos concordam (*score* 4) e 75,0% concordam totalmente com as mesmas.

Com a intervenção *encorajar expressão de crenças* concordam (*score* 4) 41,7% e concordam totalmente (*score* 5) 58,3% dos peritos.

Nas restantes intervenções, 33,3% dos peritos registaram opinião concordante (*score* 4) e 66,7% totalmente concordante.

Relativamente aos dados dos consensos obtidos face às intervenções de enfermagem propostas para o mesmo diagnóstico comportamento de procura de saúde não demonstrado (consultas de saúde oral), estes são apresentados na tabela 68.

Tabela 68. Resumo estatístico dos consensos face às intervenções de enfermagem propostas para o diagnóstico de enfermagem comportamento de procura de saúde não demonstrado (consultas de saúde oral)

| | Concordância ¹ | Média | Mediana | Moda | dp | CV | aQ | Decisão |
|---|---------------------------|-------|---------|------|-----|------|-----|----------|
| Comportamento de procura de saúde não demonstrado (consultas de saúde oral) | | | | | | | | |
| Avaliar a adesão às consultas de saúde oral | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Promover a adesão às consultas de saúde oral | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão às consultas de saúde oral | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Ensinar sobre comportamento de adesão às consultas de saúde oral | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Incentivar comportamento de adesão às consultas de saúde oral | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Assistir a pessoa a identificar razões da não adesão às consultas de saúde oral | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Advogar a adesão às consultas de saúde oral | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Ensinar sobre a importância da adesão às consultas de saúde oral, conforme recomendado | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Informar sobre a importância da adesão às consultas de saúde oral, conforme recomendado | 100,0 | 4,8 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 9,9 | 0,8 | Incluído |
| Avaliar as crenças da família sobre consultas saúde oral | 100,0 | 4,7 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 10,9 | 1,0 | Incluído |
| Encorajar expressão de crenças | 100,0 | 4,6 | 5,0 | 5,0 | 0,5 | 11,5 | 1,0 | Incluído |

¹Somatório das percentagens de peritos que atribuíram scores 4 e 5 (“Concordo” e “Concordo Totalmente”); dp – desvio padrão; CV – Coeficiente de variação; aQ – Intervalo interquartil

As intervenções de enfermagem enunciadas para dar resposta ao diagnóstico de enfermagem *comportamento de procura de saúde não demonstrado (consultas de saúde oral)*, obtiveram o consenso entre os peritos. Assim, e tendo como referência os critérios definidos para o consenso de inclusão, todas as intervenções foram incluídas na matriz por registarem uma mediana superior a 4 e 75,0% ou mais, dos membros do painel de peritos, com níveis de concordância entre os *scores* 4 e 5.

O nível de consenso é elevado em todas as intervenções (desvio padrão inferior 1 e amplitude interquartil igual ou inferior a 1).

Relativamente à dispersão das respostas, os coeficientes de variação apresentam valores entre os 9,9% e os 11,5% pelo que a dispersão é baixa.

Perante os resultados obtidos, as intervenções de enfermagem enunciadas para dar resposta ao diagnóstico de enfermagem comportamento de procura de saúde não demonstrado (consultas de saúde oral) não mereceram segunda ronda do Painel Delphi.

CAPÍTULO VI

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, é apresentada a discussão em torno dos principais resultados.

No que respeita aos resultados obtidos para os **Indicadores dos Determinantes da Saúde Demográficos e Sociais**, no que toca às **habilitações académicas**, os indivíduos com licenciatura representavam 43,9% da amostra e mestrado e/ou doutoramento (12,7%). O cluster que integra mais indivíduos com habilitações académicas superiores é o cluster 1 (76,2%) e com menos (44,2%) o cluster 4. Maior escolaridade leva a uma maior preocupação em relação aos cuidados de saúde e consecutivamente a menos problemas de saúde (Campos-Matos et al., 2016; Loureiro, 2010; Monteiro & Peixoto, 2020).

A alfabetização tem implicações importantes para a saúde e qualidade de vida da família. Pais com baixa alfabetização em saúde adotam comportamentos menos positivos para a saúde de seus filhos, levando a piores resultados ao nível da saúde infantil (DeWal & Hink, 2009; Feinberget al., 2022;), uma vez que a escolaridade dos pais tem influência no estado de saúde dos seus filhos (Macedo, 2017). Os resultados do estudo desenvolvido por Lima-Rodríguez et al. (2022) revelaram que níveis mais baixos de escolaridade no sistema conjugal foram associados negativamente com a saúde da família. Estes resultados mostram que uma melhor educação promove melhores empregos e recursos para as famílias, enquanto uma educação mais pobre pode estar associada à instabilidade no emprego, tornando as famílias mais vulneráveis. Também neste estudo se comprovou que o cluster que apresenta menores habilitações literárias, também é o que tem maior percentagem de desempregados (cluster 4), confirmando que o nível de educação está associado ao emprego.

Relativamente à **condição perante o trabalho** evidencia-se o predomínio do número de empregados (93,7%). Este resultado vai ao encontro do que é referido por Cancian e Haskins (2014) quando defendem que as alterações ocorridas no trabalho e nos rendimentos auferidos por homens e mulheres podem refletir mudanças na estrutura familiar, a saber: as famílias são menores e há mais mulheres que trabalham. Em

Portugal a taxa de desemprego é inferior à da União Europeia, apresentando 6,9 em Portugal e 7,1 na União Europeia (OECD, 2021). No que respeita à distribuição dos resultados obtidos acerca da “condição perante o trabalho” pelos clusters, tal como referido anteriormente, foi o cluster 4 que registou maior percentagem de desempregados e o cluster 3 a menor.

Quanto à **notação social** das famílias às quais pertenciam as figuras parentais inquiridas, evidencia um predomínio da classe média, seguida das classes baixa e média baixa. De acordo com dados da OECD (2021) o poder de compra em Portugal, era em 2019 de 23 062, encontrando-se abaixo da União Europeia e a taxa de pobreza relativa era de 17,2, um pouco superior à da União Europeia. Estes dados evidenciam que Portugal apresenta menor poder de compra e maior taxa de pobreza em comparação com a União Europeia, o que justifica o predomínio da classe média e média baixa encontradas neste estudo.

Os indivíduos pertencentes às classes sociais mais baixas encontram-se representados com maior expressão no cluster 1 e os das classes sociais mais altas no cluster 2. A classe social média encontra-se representada de forma mais significativa no cluster 4.

A **tipologia de família** distribui-se, maioritariamente pela tipologia nuclear e monoparental, sendo mais prevalente a primeira (67,7%). A distribuição pelos clusters revela maior representação dos inquiridos pertencentes a famílias nucleares no cluster 3 e das monoparentais no cluster 4. Na **composição familiar** assumem destaque as famílias compostas pelo inquirido(a), cônjuge e filho(s) e as compostas pelo inquirido(a) e o(s) filho(s), sendo as últimas mais frequentes no cluster 4. As diferenças da composição familiar nos grupos são estatisticamente significativas. Estes resultados corroboram aquilo que é descrito na literatura sobre a atualidade que é caracterizada por novos cenários familiares, onde se verifica o aumento das uniões de facto, do número das famílias monoparentais, das famílias reconstituídas, bem como o aumento das famílias unipessoais (Guimarães & Cafeiro, 2018; Pocar & Ronfani, 2008). A análise e reflexão sobre a família tem de contemplar uma diversidade de tipos de família, socialmente aceites e presentes no tecido social, de que são exemplos as famílias nuclear, alargada, monoparental e reconstituída (Baliana, 2013; Figueiredo, 2012). Também Cancian e Haskins (2014) consideram que vivemos numa época de mudanças na composição familiar em que as taxas de casamento estão a diminuir e as taxas de

nascimentos fora do casamento têm vindo a aumentar. A percentagem de mulheres que casaram e moram com os filhos tem vindo a diminuir e todas as outras formas familiares têm aumentado: solteiros com filhos, casados sem filhos e solteiros sem filhos. Ainda segundo os autores anteriores, crianças nascidas de pais solteiros têm substancialmente menos probabilidade de viver em lares estáveis do que com os dois pais. Essa instabilidade relacional contribui para altos níveis de complexidade familiar. Mães e pais que têm filhos fora do casamento estão mais propensos do que os casais que têm filhos com os seus parceiros. Algumas estimativas sugerem que mais de duas em cada três crianças nascidas de pais solteiros farão parte de famílias complexas. Outros autores corroboram estas informações, considerando que as famílias monoparentais estão associadas a uma pior saúde familiar e disfuncionalidade (Ordóñez et al., 2020). Contrariamente, Lima-Rodríguez et al. (2022) defendem que famílias monoparentais promovem melhor integridade familiar do que as famílias nucleares. Segundo estes autores, as famílias monoparentais também apresentam melhor funcionamento e resiliência.

O **número de filhos** variou entre 1 e 5, sendo que 75,0% da amostra declarou ter dois ou menos filhos. A distribuição pelos clusters mostra que o 1 e o 4 são onde se encontram os inquiridos com menos filhos. Estes resultados corroboram a situação vivenciada em Portugal, onde o número de filhos por mulher com idade entre os 15 e os 49 anos, em 2019, era de 1,4, em concordância com o que defende Cancian e Haskins (2014) o número de mulheres que têm filhos tem vindo a diminuir, bem como o número médio de filhos por mulher.

Quanto ao **suporte social percebido** o resultado traduz uma tendência para um elevado suporte social. Os participantes percecionam que são altamente apoiados pelo seu ambiente social. Os dados registados nos clusters revelam que os indivíduos que pertencem ao cluster 2, são os que percecionam ter maior suporte social e os do cluster 4 menor. A média mais elevada de suporte social encontra-se na Família, seguida de Outros Significativos e por fim nos Amigos. A distribuição por clusters, revela que nos clusters 1, 2, 3 e 5 a principal fonte de Suporte Social percecionada é a Família e no cluster 4 são os Outros Significativos. O estudo desenvolvido por Lima-Rodríguez et al. (2022) forneceu informações sobre a saúde familiar e os principais fatores familiares e sociais associados, tendo revelado que o suporte social percebido e o tamanho da rede

social, em termos de amigos próximos e parentes, foram associados positivamente com a saúde da família. Assim, a provisão de suporte social através das redes pessoais desempenha um papel crucial no que diz respeito à disponibilização de recursos e ao gerar de oportunidades na partilha de soluções para a resolução de problemas, bem como auxiliar na preparação para lidar com o dia-a-dia. Do ponto de vista da saúde, o valor económico dos cuidados que as famílias prestam aos seus membros com doenças crónicas, é duas a seis vezes maior do que os prestados pelo sistema de saúde (Arno et al., 1999; Leiter et al., 2004).

Refletindo sobre os resultados obtidos para os **Indicadores dos Determinantes da Saúde Demográficos e Sociais**, observa-se que é no cluster 4 que se encontram as seguintes características:

- A maior proporção de inquiridos de nacionalidade estrangeira;
- A maior proporção de inquiridos com habilitações académicas inferiores;
- A maior proporção de trabalhadores nos serviços pessoais de proteção e segurança e vendedores;
- A maior proporção de trabalhadores do setor privado por conta de outrem;
- A maior proporção de desempregados;
- A menor proporção de inquiridos contratados por tempo indeterminado;
- O menor número de famílias de tipologia nuclear;
- Um suporte social inferior.

Adicionalmente, observam-se diferenças estatisticamente significativas entre clusters nas variáveis nacionalidade, habilitações académicas, tipologia familiar, composição familiar e suporte social. Estes resultados indicam a presença de desigualdades sociais em saúde significativas. Ao analisar os dados da primeira fase, destaca-se a origem e/ou o agravamento das desigualdades em saúde, tanto a nível dos problemas de saúde, como dos seus determinantes sociais. Populações ou grupos populacionais social e economicamente mais desfavorecidos apresentam piores resultados de saúde (vidas menos longas e menos saudáveis) em comparação com os grupos mais favorecidos (DGS, 2021).

A última versão do Índice de Privação Europeu adaptado para Portugal (Ribeiro et al., 2018) inclui oito indicadores: proporção de residentes: em habitação arrendada, em

habitação sem retrete interior, em habitação com cinco ou menos divisões, trabalhadores manuais, com baixo nível educacional (inferior ou igual a seis anos de escolaridade), trabalhadores por conta de outrem, desempregados à procura de emprego e estrangeiros. Assim, destaca-se a relevância do enfermeiro, ao abordar a família, reconhecer as desigualdades sociais como determinantes de saúde. Este reconhecimento é essencial, uma vez que as desigualdades sociais são complexas e multifatoriais. O papel do enfermeiro é fundamental para a compreensão do universo multidimensional onde os problemas de saúde, as necessidades de saúde e os determinantes de saúde se desenvolvem, interagem e se potenciam (Marmot et al., 2020; Marmot et al., 2012).

No que respeita aos resultados obtidos para os **Indicadores dos Determinantes da Saúde Biológicos e Comportamentais**, relativamente à **prevalência de hipertensão, diabetes, colesterol total elevado e doença crónica** as diferenças encontradas entre os grupos não foram estatisticamente significativas. Relativamente à prevalência da **hipertensão**, o valor mais elevado foi registado nos indivíduos do cluster 4 e o valor mais baixo nos do cluster 1. Em relação à **prevalência de diabetes** foi mais alta no cluster 4 e mais baixa no cluster 3. O valor médio registado de glicémia mais elevado foi relatado pelos inquiridos do cluster 4 e o mais baixo pelos do cluster 1. Quanto à **prevalência de colesterol total elevado**, o cluster que registou maior prevalência foi o 2 e menor o 4. No que respeita à **prevalência de doença crónica autodeclarada**, destacam-se os inquiridos do cluster 1 com maior prevalência e os do cluster 4 com menor. Através da análise destes resultados podemos constatar que o cluster 4 apresenta maior prevalência de pessoas hipertensas e diabéticas, ao passo que a prevalência de colesterol elevado e doença crónica é superior no cluster 1, levando a acreditar que no que diz respeito às doenças crónicas, comportamentos de procura de saúde e adesão ao regime terapêutico a literacia em saúde do cliente e família assume um papel de extrema importância. A família constitui o contexto mais natural e eficaz para o desenvolvimento da criança. O contacto precoce da criança com atividades de literacia no ambiente familiar favorece as competências que sustentam a literacia ao longo do ciclo de vida (Resende, 2019).

Feinberg et al. (2022) confirmam este pressuposto e defendem que a família, tem vindo a ser reconhecida como o principal contexto para o desenvolvimento da saúde e da literacia em saúde. Especificamente, os domicílios familiares, conceituados como

entidades relacionais e espaciais, semipermeáveis e dinâmicas, são os locais primários onde as famílias constroem, desconstróem e reconstróem rituais e rotinas. O contexto familiar influencia a quantidade e a qualidade das oportunidades de desenvolvimento e estimulação oferecidas às crianças, a estrutura das rotinas diárias, os recursos materiais, o ambiente físico doméstico e uma série de outros fatores relacionados com a saúde (Feinberg et al., 2022; Lima-Rodríguez et al., 2022).

Relativamente aos **hábitos tabágicos**, prevalecem na amostra os inquiridos sem consumo atual de tabaco, sendo que os inquiridos fumadores e ex-fumadores integram maioritariamente os clusters 4 e 1. Relativamente à duração do consumo, os inquiridos que apresentam maior duração de consumo, encontram-se no cluster 1 e menor no cluster 4. Na duração do consumo foram observadas diferenças estatisticamente significativas em pelo menos dois dos cinco clusters. Estes resultados estão de acordo com a literatura consultada, que evidencia que as taxas de tabagismo têm diminuído (OECD, 2021). Também Feinberg et al. (2022) consideram que tem havido grandes reduções na prevalência do uso de substâncias nas últimas décadas e que este está reciprocamente ligado à dinâmica familiar.

No que diz respeito ao consumo de **álcool**, a maioria da amostra (62,5%) declarou nunca ter consumido bebidas alcoólicas ou referiu consumir 1 vez por mês ou menos. No cluster 4 é onde se encontram os indivíduos com médias superiores de nível de risco de consumo de álcool. As diferenças do nível de risco de consumo de álcool observadas entre os clusters revelaram ser estatisticamente significativas. A baixa frequência de consumo de álcool encontrada contraria os dados registados a nível nacional que apontam que o consumo de álcool em idade adulta em Portugal continua acima da média da União Europeia (OECD, 2021). Feinberget al. (2022) revelam que a permissividade dos pais em relação ao consumo do álcool pelos filhos está associada a taxas mais altas de consumo, ao passo que a monitorização dos pais e o estabelecimento de expectativas claras minimizam os comportamentos de consumo de álcool dos adolescentes.

Em relação à **atividade física** semanal, os inquiridos declararam praticar, em média, 2 dias por semana durante 44 minutos. Os inquiridos dos clusters 3 e 5 são os que praticam menos dias de atividade física numa semana. Estes resultados encontram-se abaixo do recomendado pela OMS: os adultos devem realizar pelo menos 150 a 300

minutos de atividade física aeróbia de intensidade moderada; ou pelo menos 75 a 150 minutos de atividade física aeróbia de intensidade vigorosa ao longo da semana (OMS, 2020). Estes resultados corroboram os dados da OECD (2021) que revelam que em Portugal a prática de exercício físico nos adultos e adolescentes está entre as mais baixas dos países da União Europeia, com apenas 57,0% dos adultos portugueses a declararem fazer exercício físico semanal moderado (a média da UE foi de 64,0%).

A análise do **padrão alimentar** mostra que os inquiridos fazem, em média, 4 refeições diárias. A prevalência de declaração de consumo diário de fruta foi superior no cluster 1 e inferior no cluster 4, tendo 4,7% dos indivíduos deste cluster relatado nunca o fazer. Foram os inquiridos do cluster 4 que mais declararam consumir sumos de fruta e/ou vegetais e os do cluster 1 nunca consumir. No que respeita à prevalência de declaração de consumo diário de sopa de legumes, a mesma foi de 53,1%, tendo sido também superior no cluster 1 e inferior no cluster 4. A prevalência de indivíduos que referiram consumir vegetais às refeições, uma vez ou mais por dia, foi de 60,8%. Foi no cluster 1 que se verificou a maior prevalência, ao passo que a menor foi observada no cluster 4. Já o hábito de adicionar sal no prato foi reportado por 4,9% dos inquiridos, sendo os indivíduos do cluster 4 os que apresentaram a maior prevalência e os do cluster 3 a menor. Apesar de as diferenças não serem estatisticamente significativas, percebe-se através dos resultados obtidos que, em relação aos hábitos alimentares, são os mesmos clusters a evidenciar os melhores (cluster 1) e piores resultados (cluster 4). Estes resultados vão ao encontro do que referem Feinberg et al. (2022), que consideram as questões de acesso críticas para a escolha de alimentos saudáveis e nutritivos, sendo dentro do contexto local de cada família limitado aos seus recursos económicos. Além da qualidade da nutrição, as rotinas sociais das refeições familiares são importantes influências no desenvolvimento dos hábitos alimentares, obesidade e saúde em geral. O estilo de vida social de hoje conduz a uma falta e/ou gestão ineficaz de tempo. Como resultado, várias famílias relatam que a falta de tempo dificulta as interações favoráveis à saúde entre os membros da família, como por exemplo, falar sobre alimentação saudável ou discutir a próxima refeição da família. Valores relacionados com alimentação saudável e alimentação em família estão menos estáveis, o que pode resultar em refeições familiares menos frequentes ou rotinas alimentares pouco saudáveis, com impacto negativo no comportamento de saúde dos indivíduos (Wäsche et al., 2021). No seu estudo, os autores enfatizam a importância do quotidiano familiar

para a saúde de todos os membros da família. As interações familiares e o tempo em família, são fatores-chave para a saúde das famílias no que diz respeito aos hábitos associados à nutrição e à atividade física.

Os fatores de risco comportamentais, nomeadamente o consumo de álcool, a obesidade e a falta de exercício físico, são os principais fatores que contribuem para os problemas de saúde e para a mortalidade em Portugal (OECD, 2021). De acordo a mesma fonte, cerca de um terço (30%) de todas as mortes registadas em Portugal em 2019 podem ser atribuídas ao tabagismo, erros alimentares, ao consumo de álcool e ao baixo nível de exercício físico.

No âmbito dos **comportamentos preventivos de saúde oral**, observou-se que a maioria dos inquiridos declararam já ter consultado um estomatologista, dentista, higienista ou outro técnico de saúde dentária, destacando-se os inquiridos do cluster 4 os que mais referiram não ter consultado. Também em relação à prevalência de declaração de escovagem dos dentes, os indivíduos que menos vezes escovam os dentes por dia, destacam-se no cluster 4, com diferenças significativas entre os clusters no número de escovagens diárias. A não escovagem antes de deitar foi igualmente mais prevalente nos inquiridos do cluster 4. No que respeita ao uso de outro produto na higiene oral para além da pasta dentífrica e escova, observou-se que a maioria não usa outro produto na higiene oral, destacando-se os clusters 4 com mais inquiridos e o cluster 2 com menos, com diferenças estatisticamente significativas. No que toca à saúde oral, os piores resultados perante os aspetos que avaliam a saúde oral são apresentados pelo mesmo grupo (cluster 4). A família constitui-se o contexto mais próximo para o desenvolvimento de atitudes positivas, podendo influenciar a adoção de comportamentos preventivos de saúde junto das crianças e adolescentes, como escovar os dentes, utilizar cinto de segurança ou capacete para andar de bicicleta (Feinberg et al., 2022; Wäsche et al., 2021).

Quanto aos **comportamentos de vigilância da saúde geral**, assumiu particular destaque o hábito de realização de análises clínicas para determinação dos valores de glicémia e colesterol total e de avaliação da pressão sanguínea, nos últimos 12 meses, a saber: 49,60% da amostra declarou não ter o hábito de realizar análises para determinar o valor do colesterol total, 54,4% da glicémia e 51,3% para avaliar a pressão sanguínea. Este reporte foi mais frequente no cluster 5 (55,8%) para a determinação do colesterol,

no cluster 4 (58,1%) para a determinação da glicemia e no cluster 5 (58,6%) para a avaliação da pressão sanguínea.

Em relação aos **comportamentos de adesão ao rastreio da doença oncológica**, a **maioria** das inquiridas com idade igual ou superior a 50 anos declararam possuir o hábito de realizar mamografia, tendo sido o hábito de não realização mais frequente nas declarantes dos clusters 2 e 4. A percentagem mais elevada das inquiridas que referiram não realizar citologia cervico-vaginal observou-se no cluster 4, sendo as diferenças observadas nos grupos, estatisticamente significativas. O hábito de efetuar pesquisa de sangue oculto nas fezes foi mais frequente no cluster 1 assim como o de realização de colonoscopia.

Relativamente aos **comportamentos de adesão à vacinação** observa-se que 89,5% dos participantes aderem à recomendação de vacinação contra o tétano, registando-se a maior percentagem de indivíduos que não adere, no cluster 4. As diferenças encontradas foram estatisticamente significativas.

O padrão de utilização dos serviços de saúde mostra que para os seus cuidados de saúde, a maioria dos inquiridos recorre com mais frequência aos Cuidados de Saúde Primários (52,5%). Em relação ao **padrão de consumo de medicamentos**, a percentagem de participantes que referiu consumir medicamentos prescritos pelo médico foi de 40,5%. A prevalência de declaração deste consumo foi superior nos inquiridos do cluster 2 e inferior nos inquiridos do cluster 4. Os medicamentos consumidos mais frequentemente declarados foram as pílulas contraceptivas (50,0%), tendo o consumo deste medicamento sido mais elevado nas inquiridas do cluster 4.

Face aos resultados reportados anteriormente, no que toca aos que evidenciam a promoção da saúde, verificou-se que são os mesmos grupos a apresentarem os piores resultados em todos os parâmetros avaliados (cluster 2 e 4), pelo que se depreende que as famílias poderão ter impacto na promoção da saúde dos seus membros, o que é confirmado por vários autores (Bronfenbrenner & Morris, 2007; Haskins et al., 2014). A OMS remete a definição de família para a promoção da saúde e redução da doença dos seus membros desde a fase inicial da existência humana, quando são assimiladas crenças e comportamentos de saúde por parte do indivíduo, que vão evoluindo gradualmente no decurso do seu ciclo vital (OMS, 2002). Os ambientes familiares são o

contexto mais próximo para a promoção da saúde e desenvolvimento dos indivíduos ao longo do ciclo vital e das gerações futuras (Bronfenbrenner & Morris, 2007; Haskins et al., 2014). Denham (2003) acrescenta que a promoção da saúde da família causa um grande impacto nos resultados em saúde dos vários membros sob uma perspectiva individual.

Loureiro (2010) refere que as pessoas com escolaridade mais baixa são as que mais fumam, consomem mais bebidas alcoólicas e substâncias ilícitas, praticam menos atividade física, são mais obesas e acedem menos a cuidados preventivos de saúde. Feinberg et al. (2022) também defendem que o nível cognitivo dos membros da família são componentes integrais da saúde familiar. A perceção dos membros da família sobre implicações importantes para a saúde da família, estão ligadas a comportamentos de promoção da saúde e são alvos importantes para intervenções focadas na prevenção a longo prazo.

Relativamente aos resultados obtidos para **os Indicadores do Estado de Saúde**, na **autoperceção da saúde atual**, 45,1% dos inquiridos percecionam a sua saúde atual como boa, 29,1% percecionam como ótima e 29,7% como fraca ou razoável, encontrando-se os últimos em maior proporção no cluster 4, com diferenças estatisticamente significativas entre os clusters. Estes resultados contrariam o estudo de Lindemann et al. (2019) em relação à autoperceção, onde a prevalência da autoperceção negativa da saúde foi referida por 41,60% dos entrevistados. Contudo, os resultados aproximam-se no que respeita às características dos participantes, uma maior autoperceção negativa é encontrada em mulheres desempregadas e uma maior autoperceção positiva nos indivíduos com maior escolaridade e pertencentes a famílias com mais elementos. Também nesta investigação, estas características estão presentes nos indivíduos do cluster com autoperceção mais negativa (cluster 4) onde predominam as famílias monoparentais constituídas pelos inquiridos e filhos, com maior percentagem de desempregados, com menos habilitações literárias e com piores hábitos alimentares. Contudo, a autoperceção da saúde reflete a visão do ser humano quanto ao seu estado de saúde e de doença podendo ser descrita de forma subjetiva (Figueiredo, 2015).

No que diz respeito à **saúde mental**, os participantes apresentaram boas médias nas dimensões bem-estar positivo e distresse, o que se refletiu nos valores globais de saúde

mental. Na dimensão bem-estar positivo os indivíduos do cluster 4 foram os que obtiveram valores mais baixos e os do cluster 1 valores mais altos. Também na dimensão distresse os indivíduos do cluster 4 e 5 se destacam por apresentarem valores mais baixos e os do cluster 1 por apresentarem valores mais elevados. Consequentemente, foram os indivíduos do cluster 4 que apresentaram pior saúde mental global e os do cluster 1 melhor, com significância estatística ($p < 0,005$).

Através da análise dos resultados anteriores, podemos verificar que os indivíduos com valores mais baixos de bem-estar positivo e valores mais altos de distresse, apresentam pior saúde mental (cluster 4), ao passo que valores mais elevados de bem-estar positivo e valores mais baixos de distresse conduzem a melhor saúde mental (cluster 1). Vários autores corroboram esta perspectiva, referindo que na idade adulta, processos sociais e emocionais familiares saudáveis estão associados a uma melhor saúde mental, saúde física e bem-estar geral, como redução dos níveis de ansiedade, *stresse* e depressão (Manczak et al., 2018; Woods et al., 2019).

Existem autores que vão mais longe e relacionam a saúde mental com outros fatores familiares, considerando a negligência dos pais e o *stresse* familiar estão associados a resultados de saúde infantil mais precários, incluindo parto prematuro, redução do desenvolvimento cognitivo e aumento da morbidade infantil (Britto et al., 2017; Repetti et al., 2002). Além dos recursos internos de uma família, está o acesso a recursos de saúde e apoios externos. Os baixos recursos familiares aumentam a probabilidade de problemas de saúde mental e *stresse* nas crianças e adolescentes (Reis et al., 2019). Também a privação de cuidados de saúde, alimentos e roupas está associada a uma pior saúde física e mental das crianças (Chung, et al., 2018). Por sua vez, suportes sociais familiares externos promovem a resiliência entre as crianças e reduzem o sofrimento psicológico nos jovens (Novak & Kawachi, 2015; Wu et al., 2014).

Em relação à saúde do sono reflete-se uma boa saúde de sono nos participantes. Os indivíduos do cluster 1 são os que apresentam maiores valores de saúde do sono e os do cluster 4 valores inferiores, sendo as diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,005$). É possível encontrar resultados que relacionam a saúde do sono com as características da família. O estudo de Lima-Rodríguez et al. (2022) mostrou que eventos *stressantes* de vida foram negativamente associados à saúde da família. Maior coesão

familiar foi significativamente associada a níveis mais baixos de sintomas de ansiedade, a níveis mais baixos de sintomas depressivos e a níveis mais baixos de distúrbios do sono. Também em famílias com maior existência de conflitos, foi associado níveis mais altos de distúrbios do sono, que por sua vez, foram associados a níveis mais altos de sintomas de ansiedade. Consistente com a literatura anterior, os resultados do estudo de Palimaru et al. (2022), indicaram que um maior funcionamento familiar se encontra associado a uma melhor saúde mental através de níveis mais baixos de distúrbios do sono. Segundo Feinberg et al. (2022), a saúde do sono pode ser promovida pela família, dado que os cuidadores geralmente orientam os comportamentos iniciais de sono das crianças e, ao longo dos estádios de desenvolvimento, fornecem um contexto contínuo de rotina que molda os padrões do sono. Os cuidadores continuam a influenciar o sono das crianças através da criação de um ambiente familiar calmo e de rotinas regulares à noite e na hora de dormir.

A autopercepção da funcionalidade da família mostra que a maioria (87,1%) dos inquiridos percebe a sua família como altamente funcional e os restantes como disfuncional. Os participantes que percebem a sua família como disfuncional encontram-se distribuídos em maior proporção no cluster 4 e em menor no cluster 2. As diferenças de autopercepção da funcionalidade da família são estatisticamente significativas ($p < 0,005$). Ramaswami et al. (2022) referem que as medidas comumente aplicadas do funcionamento familiar são, em graus variados, capazes de obter informações sobre os sistemas de crenças, padrões organizacionais e processos de comunicação das famílias. Também o modelo apresentado por Olsen e Gorall (2003), parte da hipótese que um bom equilíbrio entre a coesão e flexibilidade se traduz numa família mais funcional e que níveis desequilibrados entre estas duas dimensões estão associados a problemas verificáveis no funcionamento familiar. No que diz respeito à coesão, existem cinco níveis que variam desde família desmembrada (extremamente baixo), de algum modo conectada (baixo a moderado), conectada (moderado), muito conectada (moderado a alto) e emaranhada (extremamente elevado). Neste modelo os autores consideram que três níveis centrais supõem equilíbrio e os dois níveis extremos desequilíbrio. Os níveis centrais são característicos de famílias saudáveis e os dois níveis de coesão extremos são considerados problemáticos para o funcionamento familiar (Olson & Gorall, 2003). Alarcão (2000) acrescenta que uma família desmembrada (nível de coesão extremamente baixo) é pautada por uma separação

emocional extrema entre os elementos, as suas fronteiras são difusas com o exterior e rígidas no seu interior, as funções de proteção da família estão diminuídas e os intercâmbios comunicacionais entre os elementos tornam-se difíceis.

A reflexão sobre os resultados obtidos entre os clusters nos indicadores estudados permite afirmar que o cluster 4 é o que apresenta os piores resultados em saúde, seguido do cluster 5., enquanto o cluster 1 apresenta os melhores resultados. Observa-se, ainda, que o aumento das necessidades em saúde é inversamente proporcional ao *score* do funcionamento familiar, parecendo encontrar-se valores inferiores deste, associados a piores resultados em saúde. Estes resultados corroboram o que Figueiredo (2012) defende ao afirmar que os determinantes da saúde familiar envolvem a reciprocidade entre o estado de saúde dos membros, o estado de saúde das comunidades e os fatores que promovem a adaptação da família como unidade funcional.

Neste sentido, ao considerar que qualquer alteração afetará tanto as partes como o todo, pode-se concluir que a saúde de cada membro afeta o funcionamento familiar, que, por sua vez, influencia a saúde de cada elemento (Anderson & Tomlinson, 1992; Figueiredo, 2012; Kaakinen & Hanson, 2015; Kaakinen, 2018). Assim, a otimização da saúde e do bem-estar físico, está intrinsecamente ligada a mutualidade entre as práticas de saúde de cada elemento e a saúde da família. A **saúde familiar** é determinada por um conjunto de particularidades associadas à maximização do potencial de saúde da família e deve ser compreendida na sua multidimensionalidade, como um processo de co-construção contínuo (Figueiredo, 2012). Os cuidados de enfermagem à família devem focar-se no fortalecimento da mesma, mobilizando recursos internos e externos que promovam a autonomia e a saúde da família. Feinberg et al. (2022) também argumentam que a coesão familiar tende a melhorar a saúde de todos os membros da família. Os membros da família oferecem apoio específico e individualizado, como cuidados emocionais e físicos, educação e incentivo a comportamentos saudáveis, além de facilitar acesso a cuidados e serviços de saúde.

Depois de identificadas as áreas de maior necessidade de intervenção de enfermagem, foi elaborada uma Matriz de Apoio à Tomada de Decisão Clínica em Enfermagem de Saúde Familiar (Parte IV). No processo de cuidar da família, o enfermeiro promove a capacitação da família, maximizando o seu potencial de saúde. Este processo de cuidados é desenvolvido de forma colaborativa com a família, sendo centrado nas suas

forças, recursos e competências. Tal como refere Figueiredo (2012), os **cuidados de enfermagem à família** devem ser entendidos como cuidados de saúde centrados na interação entre o enfermeiro e a família.

Para se conseguir uma melhor afirmação dos dados, recorreu-se à técnica de Delphi para recolher os consensos de peritos. No que respeita aos resultados obtidos acerca do consenso com os **critérios de diagnóstico**, para os diagnósticos propostos para os três grupos de indicadores, apenas os focos *processo do sistema regulador*, *comportamento de procura de saúde (adesão às análises)* e *status psicológico* exigiram a realização de uma segunda ronda no Painel Delphi por consenso de concordância inferior a 75,00%. De salientar que nenhum destes focos exigiu a realização de terceira ronda e apenas ficou excluído o critério risco de diabetes presente do foco processo do sistema regulador. No que respeita ao consenso com as **intervenções de enfermagem** enunciadas para dar resposta aos diagnósticos de enfermagem identificados, é de salientar o facto de nenhuma intervenção ter merecido a realização de uma segunda ronda do Painel Delphi. Estes resultados remetem para a existência de uniformização de conceitos e asseguram que a construção do instrumento foi realizada de forma eficaz. Acredita-se que a seleção dos profissionais para a integração do Painel de peritos tenha sido crucial para a obtenção destes resultados. A inclusão, no grupo de peritos, de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Familiar ou possuir a pós-graduação/mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar permitiu alcançar uma perspetiva mais clínica, pois estes são de facto os profissionais mais indicados para darem contributos acerca da prestação de cuidados às famílias. O Enfermeiro de Família, fundamentado no conceito da OMS, é o profissional que assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias (OE, 2011b). O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar e presta cuidados de enfermagem de saúde familiar de acordo com os padrões preconizados (OE, 2018).

Também o facto de terem integrado o painel de peritos, Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Familiar, detentores do grau de Doutor em Enfermagem ou Doutoramento em curso com mestrado incluído e que realizaram investigação ou têm mais de 5 anos de experiência clínica em Cuidados de Saúde Primários/Enfermagem de

Saúde Familiar, contribuiu para o sucesso da técnica de Delphi, uma vez que estes profissionais detêm as competências necessárias para a concretização deste processo. Teixeira et al. (2021) corroboram esta ideia e defendem que a integração das diferentes tipologias de conhecimento (o proveniente da investigação e o obtido com experiência prática) é fundamental. De acordo com o regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar (OE, 2018) fazem parte do perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar a utilização de um pensamento sistemático e crítico, facilitador de um entendimento mais abrangente quer da família quer dos focos de intervenções da enfermagem de saúde familiar. A integração dos resultados de investigação e a divulgação da evidência clínica no planeamento dos cuidados de Enfermagem de Saúde Familiar é meritório e necessário. Também Silva et al. (2021) defendem que os enfermeiros reconhecem o benefício de alterar a sua prática, baseando-a na investigação científica e admitem que a incorporação da evidência na prática clínica é benéfica para o seu desenvolvimento profissional. Teixeira et al. (2021) acreditam que existe maior desempenho na utilização da prática clínica baseada em evidência entre enfermeiros com maior nível de especialização.

No final deste processo, foi possível obter uma Matriz de Apoio à Tomada de Decisão Clínica em Enfermagem de Saúde Familiar. Este pretende ser um instrumento de enorme importância para a prática clínica do Enfermeiro de Família, construído com base em evidência científica, capaz de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e da melhoria do processo de tomada de decisão, na medida em que pode minimizar o erro pela disponibilização de dados que informam o enfermeiro da resposta mais adequada e orientada a uma determinada necessidade das famílias com filhos menores a seu cargo. Esta proposta é reforçada pelos estudos de Silva et al. (2016) e Vieira (2018), que afirmam que a utilização de ferramentas como esta serve de suporte teórico para a prática informada na evidência. Elas orientam, instruem e proporcionam o conhecimento necessário ao enfermeiro, capacitando-o para desenvolver uma atividade específica ou para tomar decisões ajustadas a um determinado contexto. Concorda-se ainda com Melnyk et al. (2018), que afirmam que, atualmente, é exigido aos profissionais de saúde um desempenho de elevado nível de qualidade e eficiência. Neste sentido, o recurso a uma prática clínica informada em

evidência é imprescindível, ao promover a segurança, a eficácia e a qualidade dos mesmos.

PARTE IV

MATRIZ DE APOIO À TOMADA DE DECISÃO
CLÍNICA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
FAMILIAR

A construção da Matriz apresentada teve como ponto de partida uma análise abrangente da saúde das famílias com filhos menores a seu cargo e dos seus determinantes, permitindo a identificação das principais necessidades em saúde dessas famílias. Após essa identificação, foi desenvolvida uma primeira versão da Matriz, a qual foi posteriormente submetida ao consenso de um grupo de peritos. Uma vez obtido o consenso, foi elaborada a versão final da Matriz, que se apresenta neste trabalho.

Esta Matriz, norteadora da tomada de decisão clínica em Enfermagem de Saúde Familiar, sintetiza, de forma objetiva e estruturada, orientações que apoiam o processo decisório dos enfermeiros de família, cujo foco de atuação são as famílias com filhos menores a seu cargo.

Os focos de enfermagem traduzem-se em áreas de atenção relevantes para a prática da enfermagem, enquanto os dados avaliativos em itens que possibilitam uma avaliação integrada, permitindo uma compreensão mais aprofundada da família e dos seus elementos. Os dados associados a cada área de atenção fornecem uma orientação, de acordo com os critérios definidos, para a formulação do diagnóstico e das intervenções de enfermagem.

Os critérios diagnósticos arbitram sobre cada um dos grupos de indicadores relativos à saúde individual e familiar, com base na informação obtida junto da família. As intervenções de enfermagem, por sua vez, centram-se na concretização da mudança alinhada com os objetivos negociados com a família e na maximização do seu potencial de saúde, através da promoção, manutenção e restauração da mesma. Em complementaridade, todos estes elementos estruturam a Matriz, conforme ilustrado no quadro exemplificativo.

Quadro 9. Diagnósticos, dados avaliativos, subconjuntos diagnósticos, critérios diagnóstico e intervenções de enfermagem propostas para o foco comportamento de procura da saúde (rastreamento da doença oncológica)

| FOCO | Rendimento Familiar | | | |
|---|--|--|---|--|
| JUÍZO | Não insuficiente / Insuficiente | | | |
| CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO | Rendimento familiar insuficiente se notação social (Escala de Graffard) se situar no grau 4 ou 5 e/ou Conhecimento e capacidade de gestão do rendimento familiar não demonstrado | | | |
| DIMENSÕES | DADOS DE CARACTERIZAÇÃO | DIAGNÓSTICO | CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO | INTERVENÇÕES SUGERIDAS |
| Conhecimento e capacidade de gestão do rendimento familiar | Avaliação do conhecimento e capacidade de gestão do rendimento familiar | Conhecimento e capacidade de gestão do rendimento familiar demonstrado Conhecimento e capacidade de gestão do rendimento familiar não demonstrado | Conhecimento e capacidade de gestão do rendimento familiar não demonstrado se não conhecer o necessário ou não for capaz de garantir a gestão do rendimento familiar de acordo com as despesas familiares | Ensinar sobre gestão do rendimento familiar Informar sobre gestão do rendimento familiar Promover a gestão do rendimento familiar Orientar para serviços sociais Requerer serviços sociais |

O foco de atenção *rendimento familiar* definido como “relação entre os recursos económicos previsíveis e a capacidade para assegurar a segurança e a satisfação das necessidades básicas dos membros da família” (Figueiredo, 2012, p.75), integra o conhecimento e a capacidade de gestão do rendimento familiar enquanto dimensão operativa. Como item avaliativo inclui-se o conhecimento e a capacidade de gestão do rendimento familiar.

A avaliação do *processo familiar* definido como “padrão transacional que decorre das interações contínuas que se vão desenvolvendo entre os membros da família” (Figueiredo, 2012, p.95), integra itens avaliativos que se referem à relação dinâmica em diversas áreas as quais, no seu conjunto, permitem uma avaliação integrativa (coesão, adaptabilidade, comunicação e da autoperceção da funcionalidade da família).

Para o foco *pressão*, definido com “força do sangue circulante sobre a parede dos vasos sanguíneos” (CIE, 2019), foram definidas como dimensões operativas a pressão sanguínea e o conhecimento. Para a pressão sanguínea introduziu-se a avaliação da pressão sanguínea sistólica e diastólica como item avaliativo. No conhecimento introduziu-se na sua avaliação aspetos relacionados com a importância da manutenção da pressão não elevada.

No que se refere ao foco de atenção *processo do sistema regulador*, definido como “processo corporal” (CIE, 2019), optou-se por integrar duas dimensões operativas: a diabetes e a hiperglicémia. Para a diabetes definiram-se como categorias avaliativas a avaliação da glicémia e do risco cardiovascular. A avaliação da glicémia é um item avaliativo comum às duas dimensões.

Para o foco de atenção *autogestão da doença*, aqui definido como “atividade executada pelo próprio” (CIE, 2019), foram definidas três dimensões operativas as quais, no seu conjunto, avaliam a área de atenção central, autogestão da doença: adesão; conhecimento e crença. A dimensão adesão inclui a avaliação da adesão a comportamentos relacionados com os vários domínios do regime terapêutico: dietético, exercício físico e medicamentoso. Já a dimensão conhecimento inclui dados avaliativos como o conhecimento sobre o regime terapêutico nos seus diversos domínios (regime dietético, exercício físico e medicamentoso). A dimensão crença contempla a avaliação da crença sobre o regime terapêutico.

Para o foco *abuso do tabaco*, definido como “abuso de substâncias: uso inadequado do tabaco” (CIE, 2019), foram considerados como elementos centrais na avaliação as categorias avaliativas abuso do tabaco, grau de dependência à nicotina, motivação para parar de fumar e risco cardiovascular.

Já o foco de atenção *abuso de álcool*, definido como “abuso de substâncias: uso inadequado do álcool” (CIE, 2019)” integra a avaliação do risco do consumo de álcool, do grau de dependência do álcool e a motivação para a redução do consumo ou abstinência.

A área de atenção *padrão de exercício*, definida como “comportamento” (CIE, 2019) engloba um conjunto de categorias: adesão; conhecimento e a crença. Os dados de caracterização relativos à adesão reportam-se à avaliação da adesão a um padrão exercício adequado e à avaliação do índice de massa corporal; do conhecimento à avaliação do conhecimento sobre padrão de exercício adequado e à crença à avaliação da crença sobre exercício.

O foco *padrão alimentar* (“padrão alimentar ou de ingestão de líquidos” (CIE, 2019)), integra as mesmas dimensões e itens avaliativos que o padrão de exercício com a devida adaptação para o padrão alimentar.

Como dimensões fundamentais na avaliação do *padrão de higiene oral* (“padrão de higiene” (CIE, 2019)) abrange-se a adesão e o conhecimento. Tanto a adesão como o conhecimento integram um item avaliativo que se refere à adesão a um padrão de higiene oral adequado e ao conhecimento sobre padrão de higiene oral adequado, respetivamente.

Relativamente ao *foco comportamentos e procura de saúde* (“comportamento: forma previsível de identificar, usar, gerir e assegurar recursos de cuidados de saúde, expectativas relacionadas com formas aceitáveis de requerer e conseguir assistência de outros” (CIE, 2019) (adesão às análises, consulta de saúde oral, consultas médica e/ou enfermagem e rastreio da doença oncológica) a maioria das suas dimensões são comuns (adesão, conhecimento e crença), pelo que de seguida são apenas apresentados os itens avaliativos de cada dimensão. Para o foco *comportamento de procura de saúde (adesão às análises)* foram definidas como categorias avaliativas a adesão periódica às análises

para vigilância regular da saúde, conforme recomendado e o conhecimento sobre a importância da adesão às análises para vigilância regular da saúde, conforme recomendado; para o foco *comportamento de procura de saúde (consultas de saúde oral)* a adesão às consultas de saúde oral, conforme recomendado, o conhecimento sobre a importância da adesão às consultas de saúde oral, conforme recomendado e a crença sobre consultas de saúde oral. Para o foco *comportamento de procura de saúde (consultas médicas e/ou de enfermagem)* propõem-se como dados de caracterização a avaliação da adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem, conforme recomendado; a avaliação do conhecimento sobre a importância da adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem, conforme recomendado e a avaliação da crença sobre consultas médicas e/ou de enfermagem. Por fim, a avaliação das dimensões operativas do foco *comportamento de procura de saúde (rastreamento da doença oncológica)* integra itens avaliativos que se referem à adesão ao rastreamento da doença oncológica (mamografia, teste de pesquisa de sangue oculto nas fezes, colonoscopia, citologia cervical e determinação do Antígeno Específico da Próstata), conforme recomendado; ao conhecimento sobre rastreamento da doença oncológica e à crença sobre rastreamento da doença oncológica.

À semelhança dos focos anteriores, para o *regime de imunização* (“regime medicamentoso” (CIE, 2019)) também são sugeridas as dimensões operativas adesão, conhecimento e crença sendo propostas as categorias avaliativas adesão ao regime de imunização, o conhecimento sobre regime de imunização e a crença sobre regime de imunização.

Integrando as dimensões operativas adesão, conhecimento e crença, o foco *regime medicamentoso* (“regime: plano” (CIE, 2019)) apresenta como itens avaliativos a adesão ao regime medicamentoso, o conhecimento sobre regime medicamentoso e a crença sobre o regime medicamentoso.

No que diz respeito à área de *atenção atitude face ao estado de saúde*, definida pelo CIE (2019) como “atitude: processo psicológico: modelos mentais e opiniões”, integra a avaliação da autopercepção do estado de saúde (fraca, razoável, boa, muito boa, ótima).

Por fim, nos focos *status psicológico* (“status: característica: condição da pessoa relativamente a outras; posição relativa de uma pessoa” (CIE, 2019)) e *sono* (“processo corporal: diminuição recorrente da atividade corporal evidenciada pela diminuição de

consciência; não acordado acompanhado de; não consciente; diminuição do metabolismo; postura imóvel; atividade corporal diminuída; sensibilidade a estímulos externos” (CIE, 2019)) é proposto como dado de caracterização a avaliação do *status* psicológico e da qualidade do sono/hábitos de sono, respetivamente.

Para a formulação dos enunciados diagnósticos e das intervenções, foi utilizada a linguagem classificada para a prática de enfermagem (CIPE) (CIE, 2019), referente aos eixos do foco, juízo e intervenções. Adicionalmente, integraram-se alguns diagnósticos e intervenções propostos pelo Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (Figueiredo, 2012).

O exercício teórico desenvolvido, ao possibilitar a interligação entre as etapas do processo de enfermagem, configura-se como um instrumento orientador da prática de enfermagem às famílias. Embora se perspetive como um contributo para o referencial de cuidados de enfermagem à família, a sua aplicabilidade exige uma adequação contextual, de modo a garantir que as intervenções sejam abrangentes e promovam ganhos em saúde sensíveis a estes cuidados.

Neste sentido, salienta-se a importância do julgamento clínico do enfermeiro de família, que deve enfatizar a multidimensionalidade da saúde familiar, permitindo a identificação tanto das necessidades de saúde individuais como familiares. Após a validação dos diagnósticos com a família, o planeamento das intervenções deve considerar as forças familiares, de forma a garantir que a mudança seja percebida como viável e que a família se comprometa com o plano de cuidados proposto.

O quadro seguinte (quadro 10) apresenta os diagnósticos e subconjuntos diagnósticos que podem instigar a implementação de intervenções de enfermagem, no sentido de dar resposta às necessidades identificadas no contexto de cada grupo de indicadores.

Quadro 10. Diagnósticos e subconjuntos diagnósticos por grupo de indicadores

| | |
|---|--|
| <p style="text-align: center;">INDICADORES DOS DETERMINANTES DA SAÚDE</p> | <p style="text-align: center;">Biológico e Comportamentais</p> <p>Pressão não elevada/elevada</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento sobre a importância da manutenção de uma pressão não elevada demonstrado/não demonstrado - Pressão sanguínea elevada/não elevada <p>Processo do sistema regulador não comprometido/comprometido</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diabetes ausente/presente - Hiperglicemia ausente/presente <p>Autogestão da doença não comprometida/comprometida</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adesão ao regime terapêutico demonstrada/não demonstrada - Conhecimento sobre regime terapêutico demonstrado/não demonstrado - Crença sobre regime terapêutico não comprometida/comprometida |
| <p style="text-align: center;">INDICADORES DOS DETERMINANTES DA SAÚDE</p> | <p style="text-align: center;">Biológico e Comportamentais</p> <p>Abuso do tabaco ausente/presente</p> <p>Abuso do álcool ausente/presente</p> <p>Padrão de exercício físico adequado/não adequado</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adesão a um padrão de exercício adequado demonstrada - Conhecimento sobre padrão de exercício adequado demonstrado/não demonstrado - Crença sobre exercício não comprometida/comprometida <p>Padrão alimentar adequado/não adequado</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adesão a um padrão alimentar adequado demonstrada/não demonstrada - Conhecimento sobre padrão alimentar adequado demonstrado/não demonstrado - Crença sobre alimentação não comprometida/não comprometida <p>Padrão de higiene oral adequado/não adequado</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adesão a um padrão de higiene oral adequado demonstrada/não demonstrada - Conhecimento sobre padrão de higiene oral adequado demonstrado/não demonstrado <p>Comportamento de procura de saúde (análises) demonstrado/não demonstrado</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adesão às análises demonstrada/não demonstrada - Conhecimento sobre a importância da adesão às análises demonstrado/não demonstrado <p>Comportamento de procura de saúde (rastreamento da doença oncológica) demonstrado/não demonstrado</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adesão ao rastreio da doença oncológica demonstrada/não demonstrada - Conhecimento sobre rastreio da doença oncológica demonstrado/não demonstrado - Crença sobre rastreio da doença oncológica não comprometida/não comprometida <p>Comportamento de procura de saúde (consultas médicas/enfermagem) demonstrado/não demonstrado</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adesão às consultas médica e/ou de enfermagem demonstrada/não demonstrada - Conhecimento sobre a importância da adesão às consultas médica e/ou de enfermagem demonstrado/não demonstrado - Crença sobre consultas médica e/ou de enfermagem não comprometida/não comprometida <p>Comportamento de procura de saúde (adesão às consultas de saúde oral) demonstrado/não demonstrado</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adesão às consultas de saúde oral demonstrada/não demonstrada - Conhecimento sobre a importância da adesão às consultas de saúde oral demonstrado/não demonstrado - Crença sobre consultas de saúde oral não comprometida/não comprometida <p>Regime de imunização não comprometido/comprometido</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adesão ao regime de imunização demonstrada/não demonstrada - Conhecimento sobre regime de imunização demonstrado/não demonstrado - Crença sobre consultas de saúde oral não comprometida/comprometida <p>Regime medicamentoso comprometido/não comprometido</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adesão ao regime medicamentoso demonstrada/não demonstrado - Conhecimento sobre regime medicamentoso demonstrado/não demonstrado - Crença sobre regime medicamentoso não comprometida/comprometida |

(Continuação do quadro 10)

| | |
|--|--|
| INDICADORES DOS DETERMINANTES DA SAÚDE | Demográficos e Sociais Rendimento familiar suficiente/não suficiente |
| INDICADORES DO ESTADO DE SAÚDE | Atitude face ao estado de saúde não comprometida/não comprometida Status psicológico positivo/negativo Sono não comprometido/comprometido Processo familiar não comprometido/comprometido - Relação dinâmica não disfuncional/disfuncional |

CONCLUSÕES

Nesta secção, destacam-se as principais conclusões deste estudo, realçando-se a importância do Enfermeiro de Família na promoção da saúde familiar.

Relativamente aos objetivos desta investigação, considera-se que foram alcançados, uma vez que se identificou a existência de diferentes perfis de saúde das famílias com filhos menores a seu cargo, assim como as suas necessidades em Cuidados de Enfermagem. Além disso, foi determinada a relação entre os perfis de saúde das famílias e as variáveis de caracterização da saúde individual e familiar. Por fim, foi construída uma Matriz de Apoio à Tomada de Decisão Clínica em Enfermagem de Saúde Familiar, tendo como foco as famílias com filhos menores a seu cargo.

Foi possível a **identificação de 5 perfis de saúde (clusters) das famílias** com filhos menores a seu cargo. A partir dos dados dos indicadores de saúde individual e familiar, foram **caraterizados os clusters, e identificadas as áreas de maior necessidade de intervenção de enfermagem.**

No **cluster 1**, os focos de maior necessidade de intervenção de enfermagem foram: rendimento familiar, autogestão da doença, abuso do tabaco, padrão de exercício e o regime medicamentoso.

No **cluster 2**, os focos com maior necessidade de intervenção de enfermagem foram: comportamento de procura de saúde (consultas médicas e/ou de enfermagem), comportamento de procura de saúde (adesão às análises), regime de imunização, regime medicamentoso e atitude face ao estado de saúde.

No **cluster 3**, as principais necessidades em saúde identificadas incluíram: rendimento familiar, padrão de exercício, comportamento de procura de saúde (consultas médicas e/ou de enfermagem), sono e pressão.

No **cluster 4**, foram identificados como focos de maior necessidade de intervenção de enfermagem os seguintes: abuso do álcool, padrão alimentar, padrão de higiene oral, comportamento de procura de saúde (consultas médicas e /ou de enfermagem), comportamento de procura de saúde (rastreamento da doença oncológica - mama, colo do útero e próstata), comportamento de procura de saúde (consultas de saúde oral), regime

de imunização (difteria e tétano), atitude face ao estado de saúde, sono, status psicológico, processo familiar e o processo do sistema regulador.

No **cluster 5**, destacam-se os seguintes focos: abuso do álcool, padrão de exercício, padrão alimentar, comportamento de procura de saúde (rastreamento da doença oncológica - mama, colo do útero e cólon e reto), comportamento de procura de saúde (adesão às análises), comportamento de procura de saúde (consultas de saúde oral), status psicológico, processo familiar, processo do sistema regulador e a pressão.

Foi igualmente possível **determinar a relação entre os perfis de saúde das famílias com filhos menores a seu cargo e as variáveis de caracterização da saúde individual e familiar**. A análise dos resultados obtidos entre os clusters nas diferentes dimensões estudadas permitiu concluir que o cluster 4 é o que apresenta piores resultados em saúde, seguido pelo cluster 5, enquanto o cluster 1 revelou os melhores resultados.

Ficou comprovado que o cluster que integra os indivíduos com menores habilitações literárias, também é o que apresenta maior percentagem de desempregados (cluster 4), pelo que podemos considerar que as habilitações académicas podem ter implicações importantes no emprego.

A composição familiar parece estar associada ao funcionamento e saúde da família. No nosso estudo foi o cluster com maior número de famílias compostas pelo inquirido(a) e o(s) filho(s) que apresentou piores resultados em saúde, demonstrando que as famílias monoparentais estão associadas a uma pior saúde familiar e disfuncionalidade. Foram também os indivíduos deste cluster os que percecionam ter menor suporte social, pelo que se depreende que o suporte social percebido e o tamanho da rede social podem influenciar a saúde da família.

O cluster que apresentou maiores desigualdades em saúde (quer ao nível dos problemas de saúde e seus determinantes, habilitações académicas, tipologia familiar, desigualdades sociais e económicas) também apresentou piores resultados de saúde, sugerindo uma influência das desigualdades em saúde nos resultados em saúde.

O facto da prevalência de doenças crónicas incidir nos mesmos grupos leva-nos a constatar que, no que diz respeito aos comportamentos de procura de saúde e adesão ao

regime terapêutico, a literacia em saúde, do cliente e família, assume um papel de extrema importância.

O contexto familiar assume extrema importância no desenvolvimento dos hábitos alimentares, tendo-se constatado que foram os mesmos clusters a evidenciar os melhores (cluster 1) e piores resultados (cluster 4), levando a acreditar que as questões de acesso são críticas para a escolha de alimentos saudáveis. Também nos aspetos que avaliam a saúde oral os piores resultados são apresentados pelo mesmo grupo (cluster 4), o que leva a crer que a família pode influenciar a adoção de comportamentos preventivos de saúde.

Na promoção da saúde, os mesmos clusters apresentaram os piores resultados em todos os parâmetros avaliados, levando a acreditar que a família tem impacto na promoção da saúde dos seus membros.

A autopercepção em saúde mais negativa foi encontrada no grupo onde predominam as famílias monoparentais constituídas pelos inquiridos e filhos, com maior percentagem de desempregados, com menos habilitações literárias e com piores hábitos alimentares. Estes fatores parecem influenciar a autopercepção pelo que devem ser considerados na avaliação da mesma.

Em relação à saúde mental constatou-se que os indivíduos com valores mais baixos de bem-estar positivo e valores mais altos de distresse apresentaram pior saúde mental. O contexto familiar parece ter impacto na saúde mental dos indivíduos e ambientes familiares saudáveis estão associados a uma melhor saúde mental.

O contexto familiar parece influenciar o sono dos seus membros, pois no que respeita à saúde do sono foram os indivíduos do cluster 1 que apresentaram maiores valores e os do cluster 4 menores.

Este estudo permitiu ainda **descrever as necessidades em Cuidados de Enfermagem que integram cada perfil de saúde**, tendo-se concluído que a necessidade em cuidados de enfermagem é inversamente proporcional ao score do funcionamento familiar. Tal facto é indicativo de que as famílias com melhor funcionamento apresentam menos necessidades em saúde e valores mais baixos de funcionamento familiar parecem estar associados a piores resultados em saúde.

A identificação das áreas de maior necessidade de intervenção de Enfermagem permitiu **identificar o conteúdo e a estrutura da Matriz de Apoio à Tomada de Decisão Clínica em Enfermagem de Saúde Familiar**, consensualizada posteriormente através de um Painel Delphi. Depois de consensualizada foi possível elaborar uma versão final da Matriz contendo os diagnósticos, dimensões operativas, dados de caracterização, subconjuntos diagnósticos, critérios diagnósticos e as intervenções de enfermagem por cada grupo de indicadores. Destaca-se o facto de a referida Matriz não ser uma ferramenta estática, mas sim um instrumento dinâmico e adaptável que deve ser ajustado às necessidades específicas de cada família e contexto de cuidados. Por considerar diversas variáveis familiares e individuais, permite uma avaliação abrangente e uma tomada de decisão mais informada. Além disso, ao envolver os enfermeiros no desenvolvimento e na utilização da Matriz, é possível promover uma prática baseada em evidência, onde o conhecimento é compartilhado e aprimorado de forma coletiva.

Desta forma, o trabalho realizado permitiu fornecer evidência científica capaz de suportar a tomada de decisão e por conseguinte dar resposta às questões de investigação do estudo. Foram identificados os perfis das famílias com filhos menores a seu cargo; explorada a relação entre os perfis de saúde da família e as variáveis de caracterização da saúde individual e familiar; identificadas as necessidades em Cuidados de Enfermagem que emergiram em cada perfil de saúde bem como as áreas de atenção, diagnósticos e intervenções de Enfermagem de Saúde Familiar que permitem dar resposta às necessidades identificadas.

O reconhecimento do benefício da investigação científica e a sua incorporação na prática clínica é cada vez maior por parte dos enfermeiros, principalmente para aqueles com maior nível de especialização. A prática clínica baseada em evidência promove a segurança, a eficácia e a qualidade dos cuidados em saúde, pelo que a sua incorporação nas práticas dos enfermeiros é imprescindível.

Limitações do estudo

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser tidas em conta na sua análise. Uma das limitações prende-se com a constituição da amostra. Participaram neste estudo famílias com filhos menores a seu cargo que frequentaram as Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil, de três Unidades Funcionais dos CSP, integradas numa

Unidade Local de Saúde da região centro de Portugal. Desta forma, a amostra incluiu apenas elementos de uma zona do país, o que pode evidenciar as características de pessoas dessa região. Aconselha-se a realização futura de estudos alargados a outras regiões do país para garantir maior diversidade de características dos participantes.

O processo de amostragem adotado, método não probabilístico com uma técnica de amostragem por conveniência também se constituiu uma limitação. O método não probabilístico produz amostras menos precisas e representativas, uma vez que nem todos os elementos da população têm a mesma probabilidade de serem selecionados, o que torna os resultados não generalizáveis. Por sua vez, a amostragem por conveniência utilizada no estudo tem alguns inconvenientes que se prendem com o facto de os sujeitos disponíveis poderem ser atípicos da população, no que diz respeito às variáveis que estão a ser mensuradas, havendo o risco de tendências e descobertas erradas. O viés da amostra não pode ser medido e portanto, as inferências baseadas neste tipo de amostras devem ser feitas apenas sobre a própria amostra.

Também o número de indivíduos que integraram cada cluster (n=21; n=100; n=181, n=43 e n= 129) pode ser considerada uma limitação. Por ser bastante díspar, condiciona uma análise estatística mais robusta, limita a exploração dos dados e influencia os resultados.

Apesar da atenção dispensada a estes aspetos, não foi possível ultrapassá-los. No entanto, estes deverão ser tidos em conta e a transcender em investigações futuras.

Implicações futuras do estudo

Apesar das limitações apontadas, emergiram neste estudo, algumas considerações, que podem constituir potenciais contributos no âmbito da prática de cuidados, formação e investigação em Enfermagem, formação e investigação. Pode-se afirmar que esta investigação trouxe **contributos positivos para a prática clínica da Enfermagem**, ao evidenciar as competências e intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Contribui também para a **disciplina e profissão de Enfermagem**, ao acrescentar contributos que apoiam a tomada de decisão clínica do enfermeiro na avaliação e no cuidado às famílias. E por último, contribui ainda para o campo da **formação e investigação em enfermagem**,

através da concepção de um instrumento que pode ser utilizado na prática clínica, evidenciando assim que os Enfermeiros são profissionais capazes de contribuir para a produção de evidência científica. Este trabalho poderá ainda acarretar potenciais contributos para projetos de investigação futuros.

Acredita-se que este é o caminho para a prestação de mais e melhores cuidados, com a qualidade atualmente exigida e que o cidadão merece.

Sugestões de pesquisas futuras

Tal como já foi referido, esta investigação permitiu determinar a relação entre os perfis de saúde das famílias com filhos menores a seu cargo e as variáveis de caracterização da saúde individual e familiar pelo que, em algumas variáveis, foram identificadas diferenças estatisticamente significativas em pelo menos dois dos cinco grupos. Neste sentido, destaca-se a pertinência de, em investigações futuras, serem exploradas as diferenças encontradas, nomeadamente em que grupos se localizam essas diferenças.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aboim, S. (2006). *Conjugalidades em mudança: Percursos e dinâmicas da vida a dois*. ICS/Imprensa de Ciências Sociais.

Acuña, M. & Kataoka, S. (2017). Family Communication Styles and Resilience among Adolescents. *Social Work*, 62(3), 261–269. <https://doi.org/10.1093/sw/swx017>.

Agostinho, M. & Rebelo, L. (1988). Família: do conceito aos meios de comunicação. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 5(32), 18-21.

Aguiar, P. (2007). *Guia Prático de Estatística em Investigação Epidemiológica: SPSS*. CLIMEPSI Editores.

Ahumada, J., Testa, M., Pizzi, M., Sarué, E., Guzmán, AA. & Durán, H. (1965). *Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud*. Centro de Estudios del Desarrollo de la Universidad Central de Venezuela/Organización Panamericana de la Salud.

Alarcão, M. (2000). *(Des)Equilíbrios familiares: uma visão sistémica*. Quarteto.

Amaro, F. (1990). *Classificação das famílias segundo a escala de Graffar*. Lisboa, Fundação N.S. Bom Sucesso.

Amaro, F. (2001). *A classificação das famílias segundo a escala de graffar*. Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso.

Anderson, K. H., & Tomlinson, P. S. (1992). The family health system as an emerging paradigmatic view for nursing. *Image: the journal of nursing scholarship*, 24(1), 57–63. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1992.tb00700.x>

Anderson, P., Gual, A., Colom, J. (2005). *Alcohol and primary health care: clinical guidelines on identification and brief interventions*. Department of Health of the Government of Catalonia.

Anon (2014). *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO)*. <https://www.saudeoral.min-saude.pt>.

Araújo, C. (2014). *Perceção dos Utentes de uma unidade de Saúde Familiar dos Cuidados do Enfermeiro de Família* [Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto].

Arno, P., Levine, C. & Memmott, M. (1999). The economic value of informal caregiving. *Health affairs (Project Hope)*, 18(2), 182–188. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.18.2.182>.

Awan, S. & Sitwat, A. (2014). Workplace Spirituality, Self-esteem, and Psychological Well-being Among Mental Health Professionals. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 29, 125.

Balaj, M., Henson, C., Aronsson, A., Aravkin, A., Beck, K., Degail, C., Donadello, L., Eikemo, K., Friedman, J., Giouleka, A., Gradeci, I., Hay, S. I., Jensen, M., Mclaughlin, S. A., Mullany, E. R., O'connell, E. M., Sripada, K., Stonkute, D., Sorensen, R. J. D., ... Gakidou, E. (2024). Effects of education on adult mortality: a global systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Public health*, 9(3), e155–e165. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(23\)00306-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00306-7).

Baliana, L. (2013). *Monoparentalidade feminina e seus desafios: um estudo exploratório*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa].

Beavers, R. & Hampson, R. (2000). The Beavers Systems Model of Family Functioning. *Journal of Family Therapy*, 22(2), 128–143. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00143>.

Becker, N., Martins, R., Jesus, S., Chioldelli, R. & Rieber, M. (2018). Sleep health assessment: a scale validation. *Psychiatry Research*, 259, 51–55. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.10.014>.

Bendel, R. B., Higgins, S. S., Teberg, J. E., & Pyke, D. A. (1989). Comparison of skewness coefficient, coefficient of variation, and Gini coefficient as inequality measures within populations. *Oecologia*, 78(3), 394–400. <https://doi.org/10.1007/BF00379115>

Benítez, I. (2000). Reflexiones acerca de la salud familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(5), 508-512. <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v16n5/mgi15500.pdf>.

Benner, P., Tanner, C. & Chesla, A. (2009). *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment & ethics*. Springer Publishing Company.

Berge, J., Wall, M., Larson, N., Loth, K. & Neumark-Sztainer, D. (2013). Family functioning: associations with weight status, eating behaviors, and physical

activity in adolescents. *The Journal of Adolescent Health*, 52(3), 351–357. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.07.006>.

Berkman, L. & Glass, T. (2000) Social integration, social networks, social support and health. In L. Berkman & I. Kawachi (Eds.), *Social Epidemiology* (pp. 158-162). Oxford University Press.

Berman, P., Kendall, C. & Bhattacharyya, K. (1994). The household production of health: integrating social science perspectives on micro-level health determinants. *Social science & medicine*, 38(2), 205–215. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90390-5](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90390-5).

Bertalanffy, L. (1972) *General System Theory – Foundations, Development, Applications*. George Braziller.

Britto, P. et al. (2017). Nurturing care: Promoting early childhood development. *The Lancet*, 389(10064), 91-102. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31390-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31390-3).

Bronfenbrenner, U. & Morris, P. (2007). The Bioecological Model of Human Development. In Lerner & Damon (Eds.), *Handbook of Child Psychology: Theoretical Models of Human Development* (pp. 793–828). Wiley.

Brook, R., Ware, J., Davies-Avery, A., Stewart, A., Donald, C., Rogers, W., Williams, K., & Johnston, S. (1979). Overview of adults health status measures fielded in Rand's health insurance study. *Medical Care*, 17(7), 1-131.

Buysse, D. (2014). Sleep health: can we define it? Does it matter? *Sleep*, 37(1), 9–17. <http://dx.doi.org/10.5665/sleep.3298>

Cabrera, N., Scott, M., Fagan, J., Steward-Streng, N. & Chien, N. (2012). Coparenting and children's school readiness: a mediational model. *Family process*, 51(3), 307–324. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2012.01408.x>.

Calheiros, M., Paulino, A. (2007). Construção e determinação das qualidades psicométricas do Questionário de Suporte Social Institucional na Saúde (QSSIS), *Laboratório de Psicologia*, 5(1), 17-32. <https://doi.org/10.14417/lp.755>

Campos-Matos I, Russo G, Perelman J. (2016). Connecting the dots on health inequalities – a systematic review on the social determinants of health in Portugal. *International Journal for Equity in Health*. 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0314-z>.

Cancian, M. & Haskins, R. (2014). Changes in Family Composition: Implications for Income, Poverty, and Public Policy. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 654(1), 31–47. <https://doi.org/10.1177/0002716214525322>.

Cardozo, B., Crawford, C., Eriksson, C., Zhu, J., Sabin, M., Ager, A., Foy, D., Snider, L., Scholte, W., Kaiser, R., Olf, M., Rijnen, B. & Simon, W. (2012). Psychological distress, depression, anxiety, and burnout among international humanitarian aid workers: a longitudinal study. *PloS one*, 7(9), e44948. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0044948>

Caron, J. & Liu, A. (2010). A descriptive study of the prevalence of psychological distress and mental disorders in the Canadian population: comparison between low-income and non-low-income populations. *Chronic Diseases and Injuries in Canada*, 30(3), 84-94.

Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., Pimentel, P., Maia, D. & Mota-Pereira, J. (2011). Características psicométricas da versão portuguesa da Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (Multidimensional Scale of Perceived Social Support – MSPSS). *Psychologica*, 54, 331-357.

Cassiani, S. & Rodrigues, L. (1996). A Técnica de Delphi e a Técnica de Grupo Nominal como estratégias de coleta de dados das pesquisas em enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 9(3), 76-83.

Chew, J., Carpenter, J. & Haase, A. (2018). Young people's experiences of living with epilepsy: The significance of family resilience. *Social work in health care*, 57(5), 332–354. <https://doi.org/10.1080/00981389.2018.1443195>.

Chung, R., Chung, G., Gordon, D., Wong, S., Chan, D., Lau, M., Tang, V. & Wong, H. (2018). Deprivation is associated with worse physical and mental health beyond income poverty: a population-based household survey among Chinese adults. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 27(8), 2127–2135. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1863-y>.

Clibbens, N., Walters, S. & Baird, W. (2012). Delphi research: issues raised by a pilot study. *Nurse researcher*, 19(2), 37–44. <https://doi.org/10.7748/cnp.v1.i7.pg21>.

Cochran, M. & Brassard, J. (1979). Child development and personal social networks. *Child Development*, 50, 601-616.

Cohen, S., & Lemay, E. (2007). Why would social networks be linked to affect and health practices? *Health Psychology*, 26(4), 410–417. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.26.4.410>.

Cohen, S. & Syme, S. (1985). Issues in the study and application of social support. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social Support and Health* (pp. 3-22). Academic Press.

Cohen, S. & Wills, T. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.

Conselho Internacional de Enfermeiros (2019). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Disponível em <https://www.icn.ch/icnp-browser>.

Coutinho, P. (2023). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática*. Almedina.

Crandall, A. & Barlow, M. (2022). Validation of the family health scale among heterosexual couples: a dyadic analysis. *BMC public health*, 22(1), 84. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12499-0>.

Crandall, A., Weiss-Laxer, N., Broadbent, E., Holmes, E., Magnusson, B., Okano, L., Berge, J., Barnes, M., Hanson, C., Jones, B & Novilla, L. (2020). The Family Health Scale: Reliability and Validity of a Short-and Long-Form. *Frontiers in public health*, 8, 587125. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.587125>.

Decreto-Lei n.º 118/2014, do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República: I Série A, n.º 149/ 2014. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/118-2014-55076561>.

Decreto-Lei n.º 496/77, do Ministério da Justiça. (1977). Diário da República: I Serie, n.º 273/1977. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/496-1977-300030>.

Denham, S. A. (2002). *The Family Health Model: A Framework for Nursing*. FA Davis.

Denham, S. A. (2003). *Family health: A framework for nursing*. : F. A. Davis.

DeWall, A., Hink, A. (2009). Health literacy and child health outcomes: a systematic review of the literature. *Pediatrics*, 124, Suppl 3:S265-74.

Dias, I. (2015). *Sociologia da família e do género*. PACTOR-Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.

Dias, M. (2011). Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica: o processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*, 19, 139-156.

Diong, S., Bishop, D., Enkelmann, H., Tong, E., Why, Y., Ang, J. & Khader, M. (2005). Anger, stress, coping, social support and health: Modelling the relationships. *Psychology & Health*, 20(4), 467-495. <https://doi.org/10.1080/0887044040512331333960>.

Direção-Geral da Saúde. (2011). Norma nº 002/2011. Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus. Lisboa.

Direção-Geral da Saúde. (2013). Norma nº 020/2011 atualizada a 19/03/2013. Hipertensão Arterial: definição e classificação. Lisboa.

Direção-Geral da Saúde. (2014). Norma nº 030/2012 atualizada a 18/12/2014, Detecção precoce e intervenção breve no consumo excessivo do álcool no adulto. Lisboa.

Direção-Geral da Saúde (2021). Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s. Lisboa.

Doubeni, C., Schootman, M., Major, J., Stone, R., Laiyemo, A., Park, Y., Lian, M., Messer, L., Graubard, B., Sinha, R., Hollenbeck, A. & Schatzkin, A. (2012). Health status, neighborhood socioeconomic context, and premature mortality in the United States: The National Institutes of Health-AARP Diet and Health Study. *American Journal of Public Health*, 102(4), 680–688. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300158>.

Duhamel, F. (1995). *La Santé et la famille, une approche systémique en soins infirmiers*. Gaetan Morin éditeur.

Dunbar, M., Ford, G. & Hunt, K. (1998). Why is the receipt of social support associated with increased psychological distress? An examination of three hypotheses. *Psychology & Health*, 13(3), 527-544, <https://doi.org/10.1080/08870449808407308>.

Esteves, I., Bica, I., Cunha, M., Aparício, G., Ferreira, M., & Martins, M. H. (2018). A importância da resiliência e de um suporte social efetivo na vivência da gravidez e maternidade precoces. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Especial*, 6.

Évora, A. & Fortes, I. (2013). *A importância da educação para a saúde oral nos adolescentes nas escolas secundárias do conselho de São Vicente*. [Dissertação de Bacharelato]

Feinberg, M., Hotez, E., Roy, K., Ledford, C., Lewin, A., Perez-Brena, N., Childress, S. & Berge, J. (2022). Family Health Development: A Theoretical Framework. *Pediatrics*, 149(Supplement 5). <https://doi.org/10.1542/peds.2021-053509I>.

Ferreira, L. (2017). *Avaliação da implementação do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar num agrupamento de centros de saúde da região norte*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. <http://hdl.handle.net/10400.26/20905>.

Figueiredo, J. (2015). *Comportamentos de saúde, costumes e estilos de vida indicadores de risco epidemiológico avaliação de estados de saúde e doença*. [Dissertação de Doutoramento Universidade de Coimbra]. https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/29621/1/Comportamentos%20de%20saúde_e_costumes%20e%20estilos%20de%20vida.pdf.

Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de família: um contexto do Cuidar*. [Dissertação de Doutoramento, Universidade do Porto].

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Lusociência.

Friedli, L. & World Health Organization. (2009). *Mental health, resilience and inequalities* (No. EU/08/5087203). WHO Regional Office for Europe.

Geens, N. & Vandebroek, M. (2014). The (ab)sense of a concept of social support in parenting research: a social work perspective. *Child & Family Social Work*, 19(4), 491-500.

Goossen, W. (2000). Uso de registos electrónicos dos pacientes para colher conjuntos mínimos de dados baseados numa terminologia unificada de Enfermagem. *Revista Enfermagem*, 18, 5-22.

Gottlieb, B. (1985). Social Networks and Social Support: An Overview of Research, Practice, and Policy Implications. *Health Education Quarterly*. 12(1), 5-22. <https://doi.org/10.1177/109019818501200102>.

Graffar, M. (1956). Une Méthode de Classification Sociale D'échantillons de Population. *Courrier*, VI (8), 5.

Grav, S., Hellzèn, O., Romild, U. & Stordal, E. (2011). Association between social support and depression in the general population: the HUNT study, a cross-sectional survey. *Journal of clinical nursing*, 21(1-2), 111-120. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03868.x>

Gual, A., Segura, L., Contel, M., Heather, N., & Colom, J. (2002). Audit-3 and audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol and alcoholism*, 37(6), 591-596.

Guerreiro, M. (2018). Estruturas familiares e contextos sociais. In L. Rebelo (Coord.), *A família em medicina geral e familiar: conceitos e práticas* (pp.21-39). Edições Almedina S.A.

Guimarães, T. & Caféiro, M. (2018). As novas configurações familiares sob o olhar dos filhos destes sistemas. *Revista Brasileira de Ciências da Vida*, 6(2), 1-19. <http://jornalold.faculdadecienciasdavidacom.br/index.php/RBCV/article/view/709/283>

Hanson, S. (2005). Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Uma Introdução. In S. M. H. Hanson, (Ed.), *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação* (2ª ed., pp. 3-38). Lusociência.

Harris, T., Brown, G. & Robinson, R. (1999). Befriending as an intervention for chronic depression among women in an inner city: a randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 174(3), 219-224.

Haskins, R., Garfinkel, I. & McLanahan, S. (2014). Introduction: Two-generation mechanisms of child development. *The Future of Children*, 24(1), 3–12. <https://doi.org/10.1353/foc.2014.0001>.

Heather, N., Raistrick, D. & Godfrey, C. (2006). *A summary of the review of the effectiveness of treatment for alcohol problems*. National Treatment Agency for Substance Misuse.

Hoffmann, J. & Warnick, E. (2013). Do family dinners reduce the risk for early adolescent substance use? A propensity score analysis. *Journal of Health and Social Behavior*, 54(3), 335–352. <https://doi.org/10.1177/0022146513497035>.

Imperatori, E. & Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Escola Nacional de Saúde Pública, Edições de Saúde.

Instituto Nacional de Estatística. (2011). Classificação Portuguesa das Profissões: 2010. <https://www.ine.pt/xurl/pub/107961853>.

Instituto Nacional de Estatística. (2024a). Casamentos celebrados. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0007287&contexto=pi&selTab=tab0.

Instituto Nacional de Estatística. (2024b). Taxa bruta de divórcios. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008300&contexto=pi&selTab=tab0.

Instituto Nacional de Estatística. (2024c). Taxa de desemprego. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0007976&contexto=pi&selTab=tab0.

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2016a). 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): relatório metodológico. INSA IP.

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2016b). 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Estado de Saúde. INSA IP.

Justo, C. (2005). *A técnica de delphi de formação de consensos*. Observatório Português dos Sistemas de Saúde.

Kaakinen, J. (2018). *Family health Care Nursing: Theory, Practice, and Research* (6th ed). F.A. Davis Company.

Kaakinen, J. & Hanson, S. (2015). Family health care nursing: An introduction. In Kaakinen, J., Coehlo, P., Steele, R., Tabacco, A. & Hanson, S. (Eds.), *Family health care nursing: theory, practice and research* (5th ed., pp.33-32). F.A. Davis Company.

Kaakinen, J., Hanson, S. & Denham, S. (2010). Family Health Care Nursing: An Introduction. In Kaakinen, J., Gedaly-Duff, D., Coehlo, P. & Hanson, S. (Eds.), *Family health care nursing: theory, practice, and research* (4th ed., pp. 3-33). F.A. Davis Company.

Kahneman, D. & Krueger, A. (2006). Developments in the measurement of subjective well-being. *Journal of Economic perspectives*, 20(1), 3-24.

Khan, M., Hanif, R. & Tariq, N. (2015). Translation and Validation of Mental Health Inventory. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 30(1), 65-79.

Leandro, M. (2006). Transformações da família na história do Ocidente. *Theologica*, 41(1), 51-74. <https://doi.org/10.34632/theologica.2006.1186>.

Lee, E., Song, M., Lee, I., Park, Y. & Kim, H. (2002). Family functioning in the context of chronic illness in women: A Korean study. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 705-711.

Leiter, V., Krauss, M., Anderson, B. & Wells, N. (2004). The Consequences of Caring: Effects of Mothering a Child with Special Needs. *Journal of Family Issues*, 25(3), 379-403. <https://doi.org/10.1177/0192513X03257415>.

Lima-Rodríguez, J., Domínguez-Sánchez, I., Lima-Serrano, M. (2022). Family and Social Variables Associated with Family Health. *Western Journal of Nursing Research*, 44(10):920-931. <https://doi.org/10.1177/01939459211026384>.

Lindemann, I. L., Reis, N. R., Mintem, G. C., & Mendoza-Sassi, R. A. (2019). Autopercepção da saúde entre adultos e idosos usuários da Atenção Básica de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(1), 45-52. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.34932016>

Lopes, P. (2012). *Estilos de vida e prevenção primária de saúde oral em ambiente escolar*. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra]

Lopes, C., Torres, D., Oliveira, A., Severo, M., Alarcão, V., Guiomar, S., Mota, J., Teixeira, P., Rodrigues, S., Lobato, L., Magalhães, V., Correia, D., Carvalho, C., Pizarro, A., Marques, A., Vilela, S., Oliveira, L., Nicola, P., Soares, S. & Ramos, E. (2017). Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, IAN-AF 2015-2016: Relatório de resultados. Universidade do Porto.

Lopes, M., Silva, V. & Araujo, T. (2012). Methods for Establishing the Accuracy of Clinical Indicators in Predicting Nursing Diagnoses. *International Journal of Nursing Knowledge*, 23(3), 134-139. <https://doi.org/10.1111/j.2047-3095.2012.01213.x>.

- Loureiro, I. (2010). *Promover a Saúde - Dos fundamentos à ação*. Almedina.
- Macedo, M. (2017). *A influência da escolaridade e etnia parental na saúde das crianças e adolescentes*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10362/31039>.
- Manczak, E., Skerrett, K., Gabriel, L, Ryan, K. & Langenecker, S. (2018). Family support: A possible buffer against disruptive events for individuals with and without remitted depression. *Journal of family psychology*: 32(7), 926–935. <https://doi.org/10.1037/fam0000451>.
- Manizade, A. & Mason, M. (2010). Using Delphi methodology to design assessments of teachers' pedagogical content knowledge. *Educational Studies in Mathematics*, 76, 183-207. <https://doi.org/10.1007/s10649-010-9276-z>.
- Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E. & Goldblatt, P. (2012). WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet*, 380, 1011-29. [https://doi:10.1016/S0140-6736\(12\)61228-8](https://doi:10.1016/S0140-6736(12)61228-8).
- Marmot, M., Allen, J., Boyce T & Goldblatt, P. (2020). *Health equity in England: The Marmot Review 10 years on*. Institute of Health Equity.
- Marques, J. & Freitas, D. (2018). Método DELPHI: Caracterização e potencialidades na pesquisa em educação. *Pro-Posições*, 29(2), 389-415. <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2015-0140>.
- Melnyk, B., Gallagher-Ford, L., Zellefrow, C., Tucker, S., Thomas, B., Sinnott, L. & Tan, A. (2018). The First U.S. Study on Nurses' EvidenceBased Practice Competencies Indicates Major Deficits That Threaten Healthcare Quality, Safety, and Patient Outcomes. *Worldviews Evid Based Nurs*, 15(1), 16-25.
- Miranda, G., Nova, S. & Junior, E. (2012). Dimensões da qualificação docente em contabilidade: um estudo por meio da técnica Delphi. In *Incentivando a conversão dos trabalhos em publicações definitivas*. EAC/FEA/USP.
- Moak, Z. & Agrawal, A. (2009). The association between perceived interpersonal social support and physical and mental health: results from the national epidemiological surveys on the alcohol and related conditions. *Journal of Public Health*, 32(2), 191- 201.

Monteiro, M. A., & Peixoto, J. P. (2020). A influência da educação na saúde: da antiga à nova geração. *EduSer*, 11(2), 77–91. <https://doi.org/10.34620/eduser.v11i2.126>.

Musick, K. & Meier, A. (2012). Assessing causality and persistence in associations between family dinners and adolescent well-being. *Journal of Marriage and the Family*, 74(3), 476-493.

Myers, D. & Diener, E. (1995). Who is happy? *Psychological Science*, 6(1), 10–19. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1995.tb00298.x>.

Naing, L., Winn, T. B. N. R., & Rusli, B. N. (2006). Practical issues in calculating the sample size for prevalence studies. *Archives of orofacial Sciences*, 1, 9-14.

Negas, E. (2021). *Estatística Descritiva Explicação Teórica, Casos de Aplicações e Exercícios Resolvidos* (2ª edição). Sílabo.

Neves, S. (2015). *Funcionamento Familiar e Autoconceito do Adolescente*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Miguel Torga].

Novak, D., & Kawachi, I. (2015). Influence of different domains of social capital on psychological distress among Croatian high school students. *International Journal of Mental Health Systems*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/s13033-015-0010-1>

Novilla, M., Barnes, M., De La Cruz, N., Williams, P. & Rogers, J. (2006). Public health perspectives on the family: an ecological approach to promoting health in the family and community. *Family & community health*, 29(1), 28–42. <https://doi.org/10.1097/00003727-200601000-00005>.

Nworie, J. (2011). Using the Delphi Technique in Educational Technology Research. *TechTrends*, 55(24), 24-30. <https://doi.org/10.1007/s11528-011-0524-6>.

OCDE/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde (OECD). (2021). Estado da Saúde na EU: Portugal. Perfil de Saúde do País 2021. Bruxelas: OCDE, Paris/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde.

Oliveira, P., Figueiredo, H., Leite, C., & Apóstolo, J. (2017). *As práticas dos enfermeiros de cuidados de saúde primários na avaliação familiar: contributos do processo formativo sobre o MDAIF*. Jornadas Internacionais de Enfermagem Comunitária 2016: Livro de Comunicações, pp. 50–54.

Olson, D. (2000), Circumplex Model of Marital and Family Systems. *Journal of Family Therapy*, 22, 144-167.

Olson, D. (2011). FACES IV and the Circumplex Model: Validation Study. *Journal of Marital & Family Therapy*, 3(1), 64-80.

Olson, D. & Gorall, D. (2003). Circumplex Model of Marital and Family Systems. In F. Walsh, F. (Ed.) *Normal Family Processes* (3a ed., 514-547). Guilford.

Olson, D., Russell, C., & Sprenkle, D. (1983). Circumplex model of marital and family systems: VI. Theoretical update. *Family Process*, 22, 69-83.

Olson, D., Russell, C., & Sprenkle, D. (1989). *Circumplex Model: Systemic assessment and treatment of families*. Haworth.

Olson, D., Sprenkle, D., & Russell, C. (1979). Circumplex model of marital and family systems: I. Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. *Family Process*, 18, 3-15.

Ordem dos Enfermeiros (2011a). *Relatório de Atividades 2011*. p.9. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/ordem/Documents/RelatorioAtividades_2011_AG24Mar2012.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (2011b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar*. OE.

Ordem dos Enfermeiros (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*. OE.

Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. OE.

Ordóñez, Y. G. A., Herrera, R. F. G., Espinoza, E. M., Álvarez-Villalobos, N. A., Mata, D. L., & De La Cruz, C. (2020). Asociación de tipología familiar y disfuncionalidad en familias con adolescentes de una población mexicana. *Atención Primaria*, 52(10), 680–689. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.02.011>

Organização Mundial de Saúde. (2001). *Strengthening mental health promotion*. WHO.

Organização Mundial de Saúde. (2002). *Saúde 21 – Uma Introdução ao Enquadramento Político da Saúde para todos na Região Europeia da OMS*. Lusociência.

Organização Mundial de Saúde. (2020). *Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour: at a glance* (electronic version). <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/336656/9789240015128-eng.pdf?sequence=1>.

Osborne, J., Collins, S., Ratcliffe, M., Millar, R. & Duschl, R. (2003). What ideas about science should be taught in school science? A Delphi study of the expert community. *Journal of Research in Science Teaching*, 40(7), 692-720. <https://doi.org/10.1002/tea.10105>.

Ostroff, J., Woolverton, K., Berry, C. & Lesko, L. (1996). Use of the Mental Health Inventory with adolescents: A secondary analysis of the Rand Health Insurance Study. *Psychological Assessment*, 8(1), 105-107.

Palimaru, A., Dong, L., Brown, R., D'Amico, E., Dickerson, D., Johnson, C. & Troxel, W. (2022). Mental health, family functioning, and sleep in cultural context among American Indian/Alaska Native urban youth: A mixed methods analysis. *Social Science & Medicine*, 292, 114582. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114582>.

Pedroso, J., & Branco, P. (2008). Mudam-se os tempos, muda-se a família. As mudanças do acesso ao direito e à justiça. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 82, 53-83. <https://doi.org/10.4000/rccs.619>.

Peixoto, T., Peixoto, N., Pinto, C. & Santos, C. (2022). Validação de uma intervenção educacional em enfermagem para promover a adaptação dos sobreviventes de cancro. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), e21052. <https://doi.org/10.12707/RV21052>.

Pestana, H., & Gageiro, N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. 6ª edição. Edições Silabo.

Pinho, J., Viseu, I., Carvalho, D., Sousa, S., Figueiredo, M. H., & Vilar, A. (2022). Aplicação do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar aos cuidados continuados. *Revista De Investigação & Inovação Em Saúde*, 5(2), 9–19. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i2.182>.

- Pocar, V. & Ronfani, P. (2008). *La famiglia e il diritto*. Editori Laterza.
- Powell, C. (2003). The Delphi technique: myths and realities. *Journal of Advanced Nursing*, 41(4), 376-382.
- Pratta, E. & Santos, A. (2007). Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. *Psicologia em Estudo*, 12(2), 247-256. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722007000200005>.
- Ramaswami, S., Jensen, T., Berghaus, M., De-Oliveira, S., Russ, S., Weiss-Laxer, N., Verbiest, S. & Barkin, S. (2022). Family Health Development in Life Course Research: A Scoping Review of Family Functioning Measures. *Pediatrics*, 1(149), Suppl 5:e2021053509J. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-053509J>.
- Rebello, J. (2008). *Relações Familiares e Toxicodependência* [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra].
- Regulamento nº 367/2015 da Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República: Série II, nº 124/2015. <https://files.dre.pt/2s/2015/06/124000000/1738417391.pdf>.
- Reis, F., Meyrose, A., Otto, C., Lampert, T., Klasen, F. & Ravens-Sieberer, U. (2019). Socioeconomic status, stressful life situations and mental health problems in children and adolescents: Results of the German BELLA cohort-study. *PloS one*, 14(3), e0213700. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213700>.
- Relvas, A. (2000). *O ciclo vital da família, perspectiva sistémica*. Edições Afrontamento.
- Relvas, A. P. (1999). *Conversas com famílias. Discursos e perspectivas em terapia familiar*. Edições Afrontamento.
- Repetti, R., Taylor, S. & Seeman, T. (2002). Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological bulletin*, 128(2), 330–366. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.2.330>.
- Resende, A. (2019). Promoção de práticas de literacia familiar para o desenvolvimento da criança. [Dissertação de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. <http://hdl.handle.net/10400.14/32136>.

Ribeiro, A., Launay, L., Guillaume, E., Launoy, G. & Barros, H. (2018) The Portuguese version of the European Deprivation Index: Development and association with all-cause mortality. *PLoS ONE*, 13(12): e0208320. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208320>.

Ribeiro, D., Melo, A., Choupina, A., Pinto, M., Figueiredo, M. (2021). Aplicação do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar na prática clínica de uma família na transição para a parentalidade. *Pensar Enfermagem*, 25(1).

Ribeiro, J. (2001). Mental Health Inventory: um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(1), 77-99.

Rodríguez, L., Serrano, L., Picón, J. & Sánchez, D. (2012). Consistencia interna y validez de un cuestionario para medir la autopercepción del estado de salud familiar. *Revista española Salud Pública*, 5(86), 509-521.

Rodríguez-Sánchez, E., Pérez-Peñaranda, A., Losada-Baltar, A., Pérez-Arechaederra, D., Gómez-Marcos, M., Patino-Alonso, M. & García-Ortiz, L. (2011). Relationships between quality of life and family function in caregiver. *BMC family practice*, 12, 19. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-12-19>.

Rohlfs, I., Borrell, C., Anitua, C., Artazcoz, L., Colomer, C., Escribá, V., García-Calvente, M., Llacer, A., Mazarrasa, L., Pasarín, M., Peiró, R. & Valls-Llobet, C. (2000). La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. *Gaceta Sanitaria*, 14(2), 146-155.

Roland M. (1986). The family doctor: myth or reality? *Family practice*, 3(3), 199–204. <https://doi.org/10.1093/fampra/3.3.199>.

Rousou, E., Kouta, C., Middleton, N. & Karanikola, M. (2013). Single mothers' health. *International Nursing Review*, 60(4): 425-434. <https://doi.org/10.1111/inr.12044>.

Sampaio, D. & Dantas, A. (1990). Alguns instrumentos para avaliação da família: sua aplicação em clínica geral e medicina familiar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 7(7), 263-6.

Santos, R. & Pereira, J. (2008). O peso da obesidade: avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde em utentes de farmácias. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 26(1): 25- 37.

Saunders, J., Aasland, O., Babor, T., de la Fuente, J. & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption. *Addiction*, 88, 791-804.

Scarparo, A., Laus, A., Azevedo, A., Freitas, M., Gabriel, C. & Chaves, L. (2012). Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 13(1), 242-251.

Schor, E., Starfield, B., Stidley, C. & Hankin, J. (1987). Family health. Utilization and Effects of Family Membership. *Medical Care*, 25(7), 616–626.

Schulz, U. & Schwarzer, R. (2004). Long-term effects of spousal support on coping with cancer after surgery. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(5), 716-732.

Schwarzer, R. & Knoll, N. (2007). Functional roles of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview. *International Journal of Psychology*, 42(4), 243-252.

Sequeira, J., Cerveira, C., Silva, M., Neves, S., Vicente, H., Espírito-Santo, H. & Guadalupe, S. (2015). *Validation of FACES IV for the Portuguese Population*. Instituto Superior Miguel Torga – Escola Superior de Altos Estudos: Departamento de Investigação e Desenvolvimento.

Shonkoff, J. (2012). Leveraging the biology of adversity to address the roots of disparities in health and development. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 109(Supplement 2), 17302–17307. <https://doi.org/10.1073/pnas.1121259109>.

Silva, A. R., Oliveira, T. M., Lima, C. F., Rodrigues, L.B., Bellucci, J. N., & Carvalho, M. G. O. (2016). Information systems as a tool for decision making in health care: an integrative review. *Journal of Nursing* 10(9), 3455–3462. <https://doi.org/10.5205/reuol.9571-83638-1-SM1009201634>.

Silva, J. (2017). A residência alternada: o direito das crianças à sua família no processo de regulação das responsabilidades parentais. In S. Marinho & S. Correia (Eds), *Uma família parental, duas casas: dinâmicas e práticas sociais* (1ª ed., p.176). Edições Sílabo, Lda.

Silva, J., Santos, L., Menezes, A., Neto, A., Melo, L. & Silva, F. (2021). Utilização Da Prática Baseada Em Evidências Por Enfermeiros No Serviço Hospitalar. *Revista Cogitare Enfermagem*, 26.

Silva, M. (2015). *Validação da FACES IV. O funcionamento da Família em Diferentes Etapas do Ciclo Vital* [Tese de Mestrado, Instituto Superior Miguel Torga]. Coimbra.

Sluzki, C. (1996). *La red social: Frontera de la practica sistémica*. Gedisa Editorial.

Smilkstein, G. (1978). The Family APGAR: A proposal for family function test and its use by physicians. *The Journal of Family Practice*, 6(6), 1231–1239.

Sousa, P. (2006). *Sistema de Partilha de Informação de Enfermagem entre contextos de cuidados de saúde*. Formasau.

Sroufe, L., Coffino, B. & Carlson, E. (2010). Conceptualizing the Role of Early Experience: Lessons from the Minnesota Longitudinal Study. *Developmental review*, 30(1), 36–51. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2009.12.002>.

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde - Departamento de Recursos Humanos da Saúde - Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.

Teixeira, L., Pinto, C., Carvalho, A., Teixeira, A. & Augusto, M. (2021). Indicadores de supervisão clínica: a prática baseada na evidência no contexto do paciente cirúrgico. *RevSALUS - Revista Científica Internacional Da Rede Académica Das Ciências Da Saúde Da Lusofonia*, 3(2), 2021.

Veit, C. & Ware, J. (1983). Mental health inventory. *Psychological Assessment*.

Vieira, S. M. C. (2018). *Utilização e evolução dos sistemas de informação em enfermagem: Influência na tomada de decisão e na qualidade dos cuidados de enfermagem* [Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho]. Repositório científico de acesso aberto de Portugal.

Vilelas, J. (2017). *Investigação: O Processo de Construção do conhecimento* (2ª edição). Edições Silabo Lda.

Vikram K, Vanneman R. (2020). Maternal education and the multidimensionality of child health outcomes in India. *Journal of Biosocial Science*, 52(1), 57-77. <https://doi.org/10.1017/S0021932019000245>.

Walsh, F. (2016). *Strengthening Family Resilience* (3th edition). The Guilford Press.

Ware, J., Manning, W., Duan, N., Wells, K. & Newhouse, J. (1984). Health status and the use of outpatient mental health services. *American Psychologist*, 39(10),1090-1100.

Wäsche, H., Niermann, C., Bezold, J. & Woll, A. (2021). Clima de saúde familiar: uma exploração qualitativa da vida cotidiana e da saúde familiar. *BMC Public Health*, 21(1261). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11297-4>.

Weiss-Laxer, N., Crandall, A., Okano, L. & Riley, A. (2020). Building a Foundation for Family Health Measurement in National Surveys: A Modified Delphi Expert Process. *Maternal and child health journal*, 24(3), 259–266. <https://doi.org/10.1007/s10995-019-02870-w>.

Winefield, H., Gill, T., Taylor, A. & Pilkington, R. (2012). Psychological well-being and psychological distress: is it necessary to measure both? *Psych Well-Being*, 2(3). <https://doi.org/10.1186/2211-1522-2-3>.

Woods, S., Priest, J., Kuhn, V. & Signs, T. (2019). Close relationships as a contributor to chronic pain pathogenesis: Predicting pain etiology and persistence. *Social Science & Medicine*, 237, 112452. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112452>.

Wright, J. & Giovinazzo, R. (2000). Delphi, uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. *Caderno de Pesquisas em Administração*, 1(12), 54-65.

Wright, L. & Leahey, M. (2008). *Enfermeiras e Famílias: um guia para avaliação e intervenção na família* (4ª Edição). Roca.

Wu, Q., Tsang, B. & Ming, H. (2014). Social Capital, Family Support, Resilience and Educational Outcomes of Chinese Migrant Children. *The British Journal of Social Work*, 44 (3), 636–656. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcs139>.

Zimet, G., Dahlem, N., Zimet, S. & Farley, G. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30–41.

ANEXOS

**ANEXO I – AUTORIZAÇÕES DOS AUTORES DOS
INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS**



Inês Alexandra Dias Fonseca <ines.fonseca@ipg.pt>

Solicitação de autorização para utilização de escala

Saul Neves de Jesus <snjesus@ualg.pt>

11 de outubro de 2019 às 10:05

Para: Inês Alexandra Dias Fonseca <ines.fonseca@ipg.pt>

Cara Inês,
Agradeço o interesse e o claro que podem usar o instrumento.
Atenciosamente,

Saúl Neves de Jesus
Vice-reitor
Professor Catedrático



De: Inês Alexandra Dias Fonseca <ines.fonseca@ipg.pt>

Enviado: 11 de outubro de 2019 13:21

Para: Saul Neves de Jesus <snjesus@ualg.pt>

Assunto: Solicitação de autorização para utilização de escala

[Citação ocultada]



Inês Alexandra Dias Fonseca <ines.fonseca@ipg.pt>

Solicitação de autorização para utilização de instrumento

José Gouveia <jpgouveia@fpce.uc.pt>
Para: Inês Alexandra Dias Fonseca <ines.fonseca@ipg.pt>

13 de outubro de 2019 às 11:49

Cara Inês

Tem a minha autorização para utilizar a versão portuguesa da escala que me pede.

cumpriments

JPG

[Citação ocultada]

--

José Pinto Gouveia, MD, Ph.D.
Psychiatrist
Retired Full Professor of Clinical Psychology
Integrated Member of the CINEICC Research Group: Cognitive and Behavioural
Processes and Change
President of the Portuguese Association for Mindfulness (APM)
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de
Coimbra
Rua do Colégio Novo, 3000-115 Coimbra
Tel: 0351 239851464/50
[Email: jpgouveia@fpce.uc.pt](mailto:jpgouveia@fpce.uc.pt)
[Email: cineicc@fpce.uc.pt](mailto:cineicc@fpce.uc.pt)



Inês Alexandra Dias Fonseca <ines.fonseca@ipg.pt>

Pedido de autorização para utilização de instrumento

José Luis Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt>

10 de outubro de 2019 às 09:27

Para: Inês Alexandra Dias Fonseca <ines.fonseca@ipg.pt>

Cara colega

Autorizamos o uso da versão da Inventário de Saúde Mental que estudámos para uso com a população portuguesa.

No meu site, na secção "books" encontra o manual do inventário.

Cordialmente

José Luís Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>

ResearchGate- https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications

Publons- <https://publons.com/researcher/1653344/jose-luis-pais-ribeiro/>

De: Inês Alexandra Dias Fonseca [ines.fonseca@ipg.pt]

Enviado: quarta-feira, 9 de Outubro de 2019 16:43

Para: José Luis Pais Ribeiro

Assunto: Pedido de autorização para utilização de instrumento

[Citação ocultada]



Inês Alexandra Dias Fonseca <ines.fonseca@ipg.pt>

Solicitação de autorização para aplicação de instrumento

Joana Sequeira <joanasequeira@ismt.pt>

9 de outubro de 2019 às 19:18

Para: Inês Alexandra Dias Fonseca <ines.fonseca@ipg.pt>

Boa tarde

Autorizo a aplicação da tradução da FACES IV tal como solicitado.

Pedia se poderia no final do trabalho enviar a sua base de dados e os resultados do seu estudo.

Estamos a desenvolver estudos com populações clínicas para aperfeiçoamento da escala, sendo que os seus dados podem constituir um importante contributo para este trabalho.

Sugiro que analise com o seu orientador a pertinência de usar os resultados brutos de cada sub escala ou os percentis (tal como sugerido no estudo original da escala pelos autores), pois na nossa população temos encontrado maior pertinência na utilização dos resultados brutos.

poderei ajudar nesta questão depois de ter aplicado o instrumento e já com os dados na base.

Disponha


Joana Sequeira

[Citação ocultada]

Joana Sequeira, PhD Clinical Psychology

Assistant Professor, ISMT

www.ismt.ptjoanasequeira@ismt.pt

 **part1.6E68A536.35F426A2**
25K

**ANEXO II – AUTORIZAÇÕES FORMAIS DAS UNIDADES
FUNCIONAIS**

Exmª Senhora Coordenadora da Unidade de
Saúde Familiar "A Ribeirinha"

Inês Alexandra Dias Fonseca inscrita na Ordem dos Enfermeiros com o nº 55599, com o Cartão de Cidadão nº 12524982 9ZX6, a exercer funções na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda, vem por este meio solicitar a V. Ex.a se digne autorizar a realização da investigação com a aplicação de um questionário de saúde às famílias, com a finalidade de contribuir para alargar o corpo de conhecimentos de enfermagem na área de enfermagem de família e aumentar o potencial do exercício profissional das famílias, através da integração de estratégias assistenciais de enfermagem mais ajustadas às necessidades e promotoras da capacitação, orientadas para a vigilância, planeamento e implementação de medidas de prevenção e controle da doença.


Junto para o efeito, em anexo ao requerimento, o Instrumento de Recolha dos Dados a ser aplicado.

Pede deferimento

Guarda, 24 de setembro de 2020.



(Inês Alexandra Dias Fonseca)

Autuizo a realizacao do Trabalho na USF.
A Coordenadora


Autorizo
a realização do
estudo de
prevalência
N.º 25/19/2020

Exmª Senhora Coordenadora da Unidade de
Cuidados de Saúde Personalizados da Guarda

Inês Alexandra Dias Fonseca inscrita na Ordem dos Enfermeiros com o n.º 55599, com o Cartão de Cidadão n.º 12524982 9ZX6, a exercer funções na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda, vem por este meio solicitar a V. Ex.a se digne autorizar a realização da investigação com a aplicação de um questionário de saúde às famílias, com a finalidade de contribuir para alargar o corpo de conhecimentos de enfermagem na área de enfermagem de família e aumentar o potencial do exercício profissional das famílias, através da integração de estratégias assistenciais de enfermagem mais ajustadas às necessidades e promotoras da capacitação, orientadas para a vigilância, planeamento e implementação de medidas de prevenção e controle da doença.

Junto para o efeito, em anexo ao requerimento, o Instrumento de Recolha dos Dados a ser aplicado.

Pede deferimento

Guarda, 24 de setembro de 2020.



(Inês Alexandra Dias Fonseca)

Exmº Senhor Coordenador da Unidade de
Cuidados de Saúde Personalizados de [REDACTED]

Inês Alexandra Dias Fonseca inscrita na Ordem dos Enfermeiros com o nº 55599, com o Cartão de Cidadão nº 12524982 9ZX6, a exercer funções na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda, vem por este meio solicitar a V. Ex.a se digne autorizar a realização da investigação com a aplicação de um questionário de saúde às famílias, com a finalidade de contribuir para alargar o corpo de conhecimentos de enfermagem na área de enfermagem de família e aumentar o potencial do exercício profissional das famílias, através da integração de estratégias assistenciais de enfermagem mais ajustadas às necessidades e promotoras da capacitação, orientadas para a vigilância, planeamento e implementação de medidas de prevenção e controle da doença.

Junto para o efeito, em anexo ao requerimento, o Instrumento de Recolha dos Dados a ser aplicado.

Pede deferimento

Guarda, 23 de setembro de 2020.

Autoriza
[REDACTED]
ULS GUARDA, E.P.E.

Inês Alexandra Dias Fonseca

(Inês Alexandra Dias Fonseca)

ANEXO III – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA



Exmo. Senhor
Prof.^a Inês Alexandra Dias Fonseca

Instituto Politécnico da Guarda
Avenida Rainha D. Amélia, s/n
6300-749 Guarda

04/12/2020

| SUA REFERÊNCIA | SUA COMUNICAÇÃO DE | NOSSA REFERÊNCIA | DATA: |
|----------------|--------------------|--------------------|------------|
| | | N.º: PROC. N.º: | 04/12/2020 |

Assunto: Pedido de autorização para a realização de estudo subordinado ao tema “A saúde das famílias e os seus determinantes”

Em referência ao assunto mencionado em epígrafe e conforme solicitado por V/Exa., vimos informar que, de acordo com o parecer da Comissão de Ética para a Saúde, da ULS da Guarda, E.P.E., nada temos a opor à realização do estudo e que o mesmo se encontra autorizado.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração
Presidente do Conselho de Administração
ULS da Guarda, E.P.E.
(Eng.º João Pedro Barranca)

JPB/IM

**ANEXO IV – TABELAS DE CONVERSÃO DE PERCENTIS DA
ESCALA FACES IV**

Percentile Conversion Chart – Balanced Scales

| A. COHESION Raw Score | COHESION Percentile Score | COHESION Level | B. FLEXIBILITY Raw Score | FLEXIBILITY Percentile Score | FLEXIBILITY Level |
|-----------------------------|---------------------------------|--------------------|--------------------------------|------------------------------------|-------------------|
| 7 | 16 | Somewhat Connected | 7 | 16 | Somewhat Flexible |
| 8 | 18 | Somewhat Connected | 8 | 18 | Somewhat Flexible |
| 9 | 20 | Somewhat Connected | 9 | 20 | Somewhat Flexible |
| 10 | 22 | Somewhat Connected | 10 | 22 | Somewhat Flexible |
| 11 | 24 | Somewhat Connected | 11 | 24 | Somewhat Flexible |
| 12 | 25 | Somewhat Connected | 12 | 25 | Somewhat Flexible |
| 13 | 26 | Somewhat Connected | 13 | 26 | Somewhat Flexible |
| 14 | 27 | Somewhat Connected | 14 | 27 | Somewhat Flexible |
| 15 | 28 | Somewhat Connected | 15 | 28 | Somewhat Flexible |
| 16 | 30 | Somewhat Connected | 16 | 30 | Somewhat Flexible |
| 17 | 32 | Somewhat Connected | 17 | 32 | Somewhat Flexible |
| 18 | 35 | Somewhat Connected | 18 | 35 | Somewhat Flexible |
| 19 | 36 | Connected | 19 | 36 | Flexible |
| 20 | 38 | Connected | 20 | 38 | Flexible |
| 21 | 40 | Connected | 21 | 40 | Flexible |
| 22 | 45 | Connected | 22 | 45 | Flexible |
| 23 | 50 | Connected | 23 | 50 | Flexible |
| 24 | 55 | Connected | 24 | 55 | Flexible |
| 25 | 58 | Connected | 25 | 58 | Flexible |
| 26 | 60 | Connected | 26 | 60 | Flexible |
| 27 | 62 | Connected | 27 | 62 | Flexible |
| 28 | 65 | Connected | 28 | 65 | Flexible |
| 29 | 68 | Very Connected | 29 | 68 | Very Flexible |
| 30 | 70 | Very Connected | 30 | 70 | Very Flexible |
| 31 | 75 | Very Connected | 31 | 75 | Very Flexible |
| 32 | 80 | Very Connected | 32 | 80 | Very Flexible |
| 33 | 82 | Very Connected | 33 | 82 | Very Flexible |
| 34 | 84 | Very Connected | 34 | 84 | Very Flexible |
| 35 | 85 | Very Connected | 35 | 85 | Very Flexible |

Percentile Conversion Chart – Unbalanced Scales

| Unbalanced Raw Scores | C. DISENGAGED Percentile Score | D. ENMESHED Percentile Score | E. RIGID Percentile Score | F. CHAOTIC Percentile Score | Unbalanced Levels |
|--------------------------|---|---------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|----------------------|
| 7 | 10 | 10 | 10 | 10 | Very Low |
| 8 | 12 | 12 | 12 | 12 | Very Low |
| 9 | 13 | 13 | 13 | 13 | Very Low |
| 10 | 14 | 14 | 14 | 14 | Very Low |
| 11 | 15 | 15 | 15 | 15 | Very Low |
| 12 | 16 | 16 | 16 | 16 | Very Low |
| 13 | 18 | 18 | 18 | 18 | Very Low |
| 14 | 20 | 20 | 20 | 20 | Very Low |
| 15 | 24 | 24 | 24 | 24 | Very Low |
| 16 | 26 | 26 | 26 | 26 | Very Low |
| 17 | 30 | 30 | 30 | 30 | Low |
| 18 | 32 | 32 | 32 | 32 | Low |
| 19 | 34 | 34 | 34 | 34 | Low |
| 20 | 36 | 36 | 36 | 36 | Low |
| 21 | 40 | 40 | 40 | 40 | Low |
| 22 | 45 | 45 | 45 | 45 | Moderate |
| 23 | 50 | 50 | 50 | 50 | Moderate |
| 24 | 55 | 55 | 55 | 55 | Moderate |
| 25 | 60 | 60 | 60 | 60 | Moderate |
| 26 | 64 | 64 | 64 | 64 | High |
| 27 | 68 | 68 | 68 | 68 | High |
| 28 | 70 | 70 | 70 | 70 | High |
| 29 | 75 | 75 | 75 | 75 | High |
| 30 | 80 | 80 | 80 | 80 | Very High |
| 31 | 85 | 85 | 85 | 85 | Very High |
| 32 | 90 | 90 | 90 | 90 | Very High |
| 33 | 95 | 95 | 95 | 95 | Very High |
| 34 | 98 | 98 | 98 | 98 | Very High |
| 35 | 99 | 99 | 99 | 99 | Very High |

APÊNDICES

**APÊNDICE I – TERMO DE CONSENTIMENTO
INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO**

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO^[1]_[SEP]

De acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações à investigadora se não estiver completamente esclarecido(a). Verifique se todas as informações estão corretas. Se entender que tudo está em conformidade e se estiver de acordo com a proposta que lhe é feita, então poderá assinar este documento.

Este documento é feito em duplicado, sendo que uma das cópias ficará com o participante e outra com a equipa de investigação.

Título do estudo: O estudo que se pretende realizar trata-se de um estudo epidemiológico, sobre o tema “O perfil de saúde das famílias e suas necessidades em Cuidados de Enfermagem: contributos para a tomada de decisão clínica”.

Enquadramento: Este estudo está inserido no âmbito de um trabalho de investigação de Doutoramento em Enfermagem, desenvolvido na Universidade Católica Portuguesa, Porto, e integrado no projeto MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, uma ação transformativa para os Cuidados de Saúde Primários, sediado no Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS). Constitui a equipa de investigação a investigadora Inês Alexandra Dias Fonseca, as orientadoras Professora Doutora Maria Henriqueta Figueiredo e Professora Doutora Zaida Charepe.

As mudanças de âmbito social, económico e cultural, ocorridas nas últimas décadas, têm vindo a provocar graduais processos de transformação no seio familiar e a originar diversas formas de convivência familiar.

Explicação do estudo: Os objetivos deste estudo são identificar a existência de diferentes perfis de saúde das famílias com filhos menores a seu cargo e as suas necessidades em Cuidados de Enfermagem e construir uma Matriz de Apoio à Tomada de Decisão Clínica em Enfermagem de Saúde Familiar. Para alcançar os objetivos propostos, é necessário que responda a um questionário com vista à recolha de informação.

Todas as respostas serão analisadas no sentido de discutir estratégias que possam contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde às famílias, através da minimização/satisfação das dificuldades e necessidades encontradas. Não estão previstos prejuízos para os participantes.

Condições e financiamento: Todos os custos relacionados com o estudo serão suportados pela investigadora. Este estudo mereceu o parecer favorável da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde da Guarda

Confidencialidade e anonimato: Todos os dados pessoais e a informação recolhida são confidenciais e serão apenas utilizados de acordo com os objetivos do estudo e não serão identificados em nenhuma publicação dos resultados. A sua participação é voluntária e é livre de recusar ou abandonar o estudo, quando desejar.

Sempre que desejar qualquer esclarecimento, dúvida ou informação terá à disposição os seguintes contatos: Telefone – 925753929 e E-mail – inalexandra@gmail.com.

Agradeço a sua colaboração

A responsável pela investigação

Ass _____ Data _____

Inês Alexandra Dias Fonseca (Doutoranda)

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que abaixo assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: ___/___/___

APÊNDICE II– QUESTIONÁRIO DE SAÚDE

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE

Solicitamos a V. Exa. a colaboração no preenchimento deste questionário de saúde. A sua participação é fundamental para que possamos avaliar a Saúde Atual das Famílias. Este estudo é realizado no âmbito do Doutoramento em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, Porto, da autoria de Inês Alexandra Dias Fonseca, sob a orientação da Professora Doutora Maria Henriqueta Figueiredo e da Professora Doutora Zaida Charepe.

Asseguraremos o anonimato e a confidencialidade de todas as respostas. Porém, é dada a liberdade de a qualquer momento o inquirido desistir ou anular a sua colaboração sem qualquer tipo de prejuízo para o próprio. Os dados recolhidos serão utilizados para fins de investigação epidemiológica.

Certos da melhor atenção por parte de V. Exa., agradecemos, desde já, toda a colaboração prestada.

A Equipa de Investigação:

Investigadora Principal: Inês Alexandra Dias Fonseca

Orientadoras: Professora Doutora Maria Henriqueta Figueiredo

Professora Doutora Zaida Charepe

A Saúde das Famílias e Seus Determinantes

Nº Questionário: _____

PARTE I - INDICADORES DE DETERMINANTES DA SAÚDE DEMOGRÁFICOS E SOCIAI

1. **IDADE:** _____ anos

2. **NACIONALIDADE:** _____

3. **SEXO:** Feminino ₁ Masculino ₂

4. **LOCAL DE RESIDÊNCIA:**

▪ Rural ₁

▪ Urbano ₂

5. **HABILITAÇÕES ACADÉMICAS:**

▪ Ensino básico 1º ciclo ₁

▪ Ensino básico 2º ciclo ₂

▪ Ensino básico 3º ciclo ₃

▪ Ensino secundário ₄

▪ Licenciatura ₅

▪ Mestrado ₆

▪ Doutorado ₇

6. **SITUAÇÃO RELIGIOSA:**

▪ Praticante ₁

▪ Não praticante ₂

7. **CONDIÇÃO PERANTE O TRABALHO:** Se escolher a opção de **desempregado** passe, por favor, para a pergunta 8.

Empregado ₁ Desempregado ₀

7.1. ENQUANTO TRABALHADOR, QUAL(AIS) O(S) SETOR (ES) ONDE EXERCE ATIVIDADE PROFISSIONAL?

▪ Administração Pública ₁

▪ Setor Empresarial Público ₂

▪ Setor Privado por Conta de Outrem ₃

▪ Setor Privado por Conta Própria ₄

7.2. QUAL O SEU TIPO DE VÍNCULO LABORAL (ATUAL)?

▪ Contrato de Trabalho por tempo Indeterminado ₁

▪ Contrato de Trabalho a Termo ₂

▪ Contrato em Comissão de Serviço ₃

▪ Outro ₄

7.3. QUAL A SUA PROFISSÃO ATUAL?

8. RELATIVAMENTE À CLASSE SOCIAL DA SUA FAMÍLIA, RESPONDA ÀS QUESTÕES QUE SE SEGUEM.

8.1 NO QUE DIZ RESPEITO AO TIPO DA SUA HABITAÇÃO COMO A CLASSIFICARIA? (POR FAVOR ESCOLHA APENAS UMA OPÇÃO)

- | | |
|---|----------------------------|
| ▪ Casa ou andar luxuoso, espaçoso com máximo de conforto | <input type="checkbox"/> 1 |
| ▪ Casa ou andar bastante espaçoso e confortável | <input type="checkbox"/> 2 |
| ▪ Casa ou andar em bom estado de conservação, com cozinha, casa de banho e eletrodomésticos essenciais | <input type="checkbox"/> 3 |
| ▪ Casa ou andar modesto com cozinha, casa de banho e eletrodomésticos de menor nível | <input type="checkbox"/> 4 |
| ▪ Alojamento impróprio (barraca, andar ou outro) e coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade | <input type="checkbox"/> 5 |

8.2. QUAL O ASPETO DO LOCAL/BAIRRO ONDE HABITA? COMO O CLASSIFICARIA? (POR FAVOR ESCOLHA APENAS UMA OPÇÃO)

- | | |
|---------------------------------|----------------------------|
| ▪ Zona residencial elegante | <input type="checkbox"/> 1 |
| ▪ Bom local residencial | <input type="checkbox"/> 2 |
| ▪ Zona residencial intermédia | <input type="checkbox"/> 3 |
| ▪ Bairro social / operário | <input type="checkbox"/> 4 |
| ▪ Bairro da lata ou equivalente | <input type="checkbox"/> 5 |

8.3. NO QUE DIZ RESPEITO AOS RENDIMENTOS FAMILIARES E CONSIDERANDO O RENDIMENTO DO MEMBRO DA FAMÍLIA MAIS ELEVADO, SELECIONE, POR FAVOR, UMA DAS CINCO OPÇÕES SEGUINTE:

- | | |
|---|----------------------------|
| ▪ Lucros de empresas, de propriedades; Heranças; Rendimentos profissionais de elevado nível | <input type="checkbox"/> 1 |
| ▪ Altos vencimentos e honorários igual ou superior a 10 vezes o salário mínimo nacional | <input type="checkbox"/> 2 |
| ▪ Vencimentos certos | <input type="checkbox"/> 3 |
| ▪ Remunerações iguais ou inferiores ao salário mínimo nacional; Pensionistas ou Reformados; Vencimentos incerto | <input type="checkbox"/> 4 |
| ▪ Assistência (subsídios); Rendimento mínimo garantido | <input type="checkbox"/> 5 |

9. RELATIVAMENTE AO TIPO DE FAMÍLIA, A SUA FAMÍLIA É:

- | | |
|--|----------------------------|
| ▪ Nuclear (constituída por homem e mulher com um ou mais filhos biológicos ou adotados e podendo ser ou não legalmente casados, ou constituída por um casal do mesmo sexo, com um ou mais filhos adotados, podendo ser ou não adotados) | <input type="checkbox"/> 1 |
| ▪ Reconstruída (constituída por um casal em que pelo menos um dos elementos tenha uma relação marital anterior e um filho decorrente desse relacionamento) | <input type="checkbox"/> 2 |
| ▪ Monoparental (constituída por figura parental única e presença de uma ou mais crianças, podendo a figura parental ser do sexo feminino ou masculino) | <input type="checkbox"/> 3 |
| ▪ Alargada (constituída por três gerações ou casal ou família nuclear e outros parentes ou pessoas com outros vínculos afetivos que não os de parentesco) | <input type="checkbox"/> 4 |

10. RELATIVAMENTE AO SEU AGREGADO FAMILIAR, DESCREVA QUEM VIVE NA SUA CASA.

| GRAU DE PARENTESCO | IDADE |
|--------------------|-------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

11. ATENDENDO AO APOIO QUE RECEBE DA SUA FAMÍLIA, AMIGOS E VIZINHOS, RESPONDA ÀS QUESTÕES QUE SE SEGUEM.

Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido, adaptada e validada para a população portuguesa, por Carvalho, Pinto-Gouveia, Pimentel, Maia, & Mota-Pereira (2011)

| | DISCORDO COMPLETAMENTE | DISCORDO FORTEMENTE | DISCORDO PARCIALMENTE | NÃO TENHO OPINIÃO | CONCORDO PARCIALMENTE | CONCORDO FORTEMENTE | CONCORDO COMPLETAMENTE |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Há uma pessoa especial que se encontra próximo quando necessito. | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ |
| 2. Há uma pessoa especial com quem posso partilhar as minhas alegrias e tristezas. | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ |
| 3. A minha família tenta ajudar-me verdadeiramente | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ |
| 4. Tenho a ajuda emocional e o apoio que necessito da minha família | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ |
| 5. Tenho uma pessoa que é verdadeiramente uma fonte de conforto para mim | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ |
| 6. Os meus amigos procuram realmente ajudar-me | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ |
| 7. Posso contar com os meus amigos quando algo corre verdadeiramente mal | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ |
| 8. Posso falar dos meus problemas com a minha família | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ |
| 9. Tenho amigos com quem posso partilhar as minhas alegrias e tristezas | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ |
| 10. Há uma pessoa especial na minha vida que se preocupa com os meus sentimentos | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ |
| 11. A minha família está disponível para me ajudar a tomar decisões | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ |
| 12. Posso falar dos meus problemas com os meus amigos | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ |

PARTE II - INDICADORES DE DETERMINANTES DA SAÚDE
BIOLÓGICOS E COMPORTAMENTAIS

12. RELATIVAMENTE AOS HÁBITOS TABÁGICOS, ATUALMENTE É: Se escolher a opção não fumador passe, por favor para a pergunta 32. Se escolher a opção ex-fumador passe, por favor, para a pergunta 31.

▪ Fumador ₁ Não Fumador ₂ Ex-fumador ₃

13. AS PERGUNTAS QUE SE SEGUEM DEVEM SER RESPONDIDAS ENQUANTO FUMADOR:

14.1. QUANTOS CIGARROS FUMA POR DIA, EM MÉDIA? _____ (cigarros)

14.2. INDIQUE HÁ QUANTOS ANOS FUMA? _____ (anos)

14. AS PERGUNTAS QUE SE SEGUEM DEVEM SER RESPONDIDAS ENQUANTO EX-FUMADOR:

15.1. COM QUE IDADE COMEÇOU A FUMAR? _____ (anos)

15.2. INDIQUE, QUANTOS ANOS FUMOU? _____ (anos)

15.3. QUANTAS VEZES TENTOU DEIXAR DE FUMAR? _____ (vezes)

15. HABITUALMENTE, ESTÁ EXPOSTO (A) AO FUMO PASSIVO, EM LOCAIS FECHADOS?

▪ Sim ₁ Não ₀

16. TENDO EM CONTA O SEU DIA A DIA (ATUALMENTE), QUANTAS REFEIÇÕES FAZ, POR DIA? _____ (refeições)

17. COM QUE FREQUÊNCIA DIRIA QUE COMEU / BEBEU OS SEGUINTE ALIMENTOS, NUMA SEMANA TÍPICA, NOS ÚLTIMOS 12 MESES?

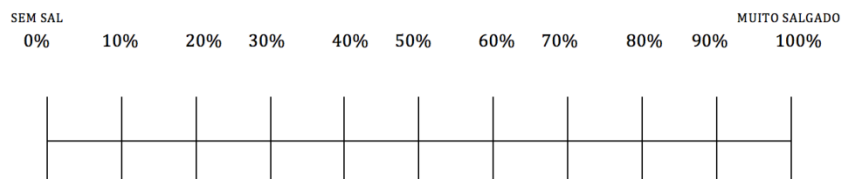
| | NUNCA | <1 VEZ MÊS | 1-3 VEZES MÊS | 1 VEZ SEMANA | 2-3 VEZES SEMANA | 4-6 VEZES SEMANA | 1 VEZ DIA | 2 VEZES DIA | ≥ 3 VEZES DIA | NÃO RESPONDO |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--|
| 1. Fruta (excluindo sumos de fruta e bebidas frutadas) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ | <input type="checkbox"/> ₈ | <input type="checkbox"/> ₉ | <input type="checkbox"/> ₁₀ |
| 2. Sumo de fruta e/ou vegetais (naturais ou produtos com 100% sumo) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ | <input type="checkbox"/> ₈ | <input type="checkbox"/> ₉ | <input type="checkbox"/> ₁₀ |
| 3. Sopa de Legumes | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ | <input type="checkbox"/> ₈ | <input type="checkbox"/> ₉ | <input type="checkbox"/> ₁₀ |
| 4. Vegetais no prato (cozinhados ou em cru) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ | <input type="checkbox"/> ₈ | <input type="checkbox"/> ₉ | <input type="checkbox"/> ₁₀ |

18. TEM POR HÁBITO ADICIONAR MAIS SAL NO PRATO, PARA LÉM DAQUELE QUE É UTILIZADO NA CONFEÇÃO DOS ALIMENTOS?

Sim ₁ Não ₀

19. RELATIVAMENTE AO SEU CONSUMO DE SAL, COMO O CLASSIFICA NUMA ESCALA DE 0 A 100%?

POR FAVOR ASSINALE NA RÉGUA REPRESENTADA, COMO COME NA MAIORIA DAS VEZES (EM QUE O 0% REPRESENTA UMA COMIDA SEM SAL E 100% UMA COMIDA MUITO SALGADA).



20. RELATIVAMENTE AOS SEUS CONSUMOS DE ÁLCOOL, RESPONDA ÀS SEGUINTESS QUESTÕES. PARA CADA QUESTÃO ASSINALE A RESPOSTA QUE MAIS SE ADEQUA À SUA SITUAÇÃO.

Escala AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

| | NUNCA | 1 VEZ POR MÊS OU MENOS | 2 A 4 VEZES MÊS | 2 A 3 VEZES SEMANA | 4 OU MAIS VEZES SEMANA |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool? | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |

| | 1 OU 2 | 3 OU 4 | 5 OU 6 | 7 A 9 | 10 OU MAIS |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal? | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |

| | NUNCA | MENOS DE 1 VEZ MÊS | PELO MENOS 1 VEZ MÊS | PELO MENOS 1 VEZ SEMANA | DIARIAMENTE OU QUASE DIARIAMENTE |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--|
| 3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião? | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |

| | NUNCA | MENOS DE 1 VEZ MÊS | PELO MENOS 1 VEZ MÊS | PELO MENOS 1 VEZ SEMANA | DIARIAMENTE OU QUASE DIARIAMENTE |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--|
| 4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar? | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |

| | NUNCA | MENOS DE 1 VEZ MÊS | PELO MENOS 1 VEZ MÊS | PELO MENOS 1 VEZ SEMANA | DIARIAMENTE OU QUASE DIARIAMENTE |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------------|
| 5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exige, por ter bebido? | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

| | NUNCA | 1 VEZ POR MÊS OU MENOS | 2 A 4 VEZES MÊS | 2 A 3 VEZES SEMANA | 4 OU MAIS VEZES SEMANA |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca? | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

| | NUNCA | 1 VEZ POR MÊS OU MENOS | 2 A 4 VEZES MÊS | 2 A 3 VEZES SEMANA | 4 OU MAIS VEZES SEMANA |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido? | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

| | NUNCA | 1 VEZ POR MÊS OU MENOS | 2 A 4 VEZES MÊS | 2 A 3 VEZES SEMANA | 4 OU MAIS VEZES SEMANA |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por ter bebido? | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

| | NÃO | SIM, MAS NÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES | SIM, ACONTECEU NOS ÚLTIMOS 12 MESES |
|---|----------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| 9. Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido? | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 4 |

| | NÃO | SIM, MAS NÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES | SIM, ACONTECEU NOS ÚLTIMOS 12 MESES |
|---|----------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| 10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber? | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 4 |

21. NUMA SEMANA TÍPICA, QUANTOS DIAS POR SEMANA FAZ ATIVIDADE REGULAR (COMO CORRER, ANDAR DE BICILCETA OU OUTRAS), DE FORMA A SENTIR-SE CANSADA(O)? _____ (dias)

22. EM MÉDIA, QUANTOS MINUTOS DURA ESSA ATIVIDADE FÍSICA? _____ (minutos)

23. JÁ CONSULTOU ALGUMA VEZ UM ESTOMATOLOGISTA, DENTISTA, HIGIENISTA OU OUTRO TÉCNICO DE SAÚDE DENTÁRIA? (Se responder Não, passe, por favor, para a Pergunta 23.1.2).

Sim 1 Não 0

23.1. SE “SIM”, CONSULTOU-O(S) NOS ÚLTIMOS 12 MESES?

Sim 1 Não 0

23.1.1. SE “SIM”, QUAL(AIS) A(S) RAZÃO(ÕES) DA ÚLTIMA CONSULTA?

23.1.2. SE “NÃO”, QUAL A RAZÃO PRINCIPAL PORQUE NÃO CONSULTOU? _____

24. POSSUI PRÓTESE DENTÁRIA (PLACA), PIVÔ FIXOS OU IMPLANTES?

Sim 1 Não 0

25. TEM POR HÁBITO ESCOVAR OS DENTES?

Sim 1 Não 0

25.1. SE “SIM”, QUANTAS VEZES AO DIA? _____ (vezes)

26. TEM POR HÁBITO ESCOVAR OS DENTES ANTES DE DEITAR?

Sim 1 Não 0

27. ALÉM DA PASTA DENTÍFRICA E DA ESCOVA USA MAIS ALGUM PRODUTO PARA A SUA HIGIENE ORAL?

Sim 1 Não 0

27.1. SE “SIM”, IDENTIFIQUE O QUE MAIS UTILIZA. _____

28. NOS ÚLTIMOS 12 MESES AVALIOU A SUA PRESSÃO ARTERIAL, COLESTEROL TOTAL E GLICÊMIA? (Se responder Não, passe, por favor, para a Pergunta 29).

Sim 1 Não 0

28.1. SE SIM, QUAL O ÚLTIMO VALOR REGISTRADO DA SUA PRESSÃO ARTERIAL, COLESTEROL TOTAL E GLICÊMIA? Só são validados os resultados registrados por um profissional de saúde, até aos últimos 12 meses anteriores à consulta.

▪ Pressão Arterial: _____ ▪ Colesterol Total: _____ ▪ Glicémia: _____

29. A QUESTÃO QUE SE SEGUE É APENAS DIRIGIDA AOS PROGENITORES DO SEXO FEMININO, COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 50 ANOS. SE É DO SEXO MASCULINO, PASSE, POR FAVOR, PARA A PERGUNTA 31. SE TEM IDADE INFERIOR A 50 ANOS, PASSE POR FAVOR, PARA A PERGUNTA 34.

SEGUNDO A RECOMENDAÇÃO CLÍNICA E CIENTÍFICA ATUAL, REALIZA MAMOGRAFIA? Sim 1 Não 0

29.1. SE SIM, QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ QUE A FEZ? _____ (ano)

30. A QUESTÃO QUE SE SEGUE É APENAS DIRIGIDA AOS PROGENITORES DO SEXO FEMININO. SE É DO SEXO MASCULINO, PASSE POR FAVOR, PARA A PERGUNTA 31. SE É ISTERECTOMIZADA (JÁ NÃO TEM ÚTERO), PASSE POR FAVOR PARA A PERGUNTA 32.

TEM POR HÁBITO REALIZAR CITOLOGIA (ESFREGAÇO VAGINAL/ TESTE DE PAPANICOLAU)?

▪ Sim 1 Não 0

30.1. SE SIM, QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ QUE A FEZ? _____ (ano)

31. AS QUESTÕES QUE SE SEGUEM SÃO APENAS DIRIGIDAS AOS PROGENITORES DO SEXO MASCULINO, COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 50 ANOS. SE É DO SEXO FEMININO, PASSE POR FAVOR, PARA A PERGUNTA 32. SE TEM MENOS DE 50 ANOS PASSE, POR FAVOR, PARA A PERGUNTA 34.

SEGUNDO A RECOMENDAÇÃO CLÍNICA E CIENTÍFICA ATUAL, TEM POR HÁBITO FAZER ANÁLISES PARA VERIFICAR OS VALORES DO PSA?

Sim 1 Não 0

31.1. SE SIM, QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ QUE O FEZ? _____ (ano)

32. AS QUESTÕES QUE SE SEGUEM SÃO DIRIGIDAS AOS PROGENITORES DE AMBOS OS SEXOS, COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 50 ANOS. SE TEM MENOS DE 50 ANOS, PASSE, POR FAVOR, PARA A PERGUNTA 34.

SEGUNDO A RECOMENDAÇÃO CLÍNICA E CIENTÍFICA ATUAL, TEM POR HÁBITO FAZER PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES?

Sim 1 Não 0

32.1. SE SIM, QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ QUE O FEZ? _____ (ano)

33. SEGUNDO A RECOMENDAÇÃO CLÍNICA E CIENTÍFICA ATUAL, TEM POR HÁBITO FAZER COLONOSCOPIA?

Sim 1 Não 0

33.1. SE SIM, QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ QUE O FEZ? _____ (ano)

34. TEM POR HÁBITO FAZER A VACINA DO TÉTANO?

Sim 1 Não 0

34.1. SE SIM, QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ QUE A FEZ? _____ (ano)

35. A PERGUNTA QUE SE SEGUE REFERE-SE À EXISTÊNCIA NO PROGENITOR, DE DOENÇAS CRÓNICAS HÁ MAIS DE SEIS MESES (OU QUE SE PREVEJA VIR A DURAR MAIS DE SEIS MESES). SE NÃO SOFRE OU SOFREU DE NENHUMA DOENÇA COM DURAÇÃO IGUAL OU SUPERIOR A SEIS MESES, PASSE, POR FAVOR, PARA A PERGUNTA SEGUINTE.

35.1. SE SOFRE OU SOFREU DE ALGUMA DOENÇA POR UM PERÍODO IGUAL OU SUPERIOR A SEIS MESES OU QUE SE PREVEJA UMA DURAÇÃO SUPERIOR A SEIS MESES, DIGA QUAL? _____

36. TOMOU MEDICAMENTOS RECEITADOS (PÍLULAS CONTRACEPTIVAS OU OUTRAS HORMONAS, POMADAS, CREMES, INJEÇÕES, VACINAS), NESTAS DUAS SEMANAS:

Sim ₁ Não ₀

36.1. SE SIM, PARA QUE EFEITO (OS) FOI (ORAM?)

37. TOMOU MEDICAMENTOS NÃO RECEITADOS POR UM MÉDICO (INCLUINDO VITAMINAS E MINERAIS), NESTAS DUAS SEMANAS?

Sim ₁ Não ₀

37.1. SE SIM PARA QUE EFEITO (OS) FOI (ORAM?)

38. PARA OS SEUS CUIDADOS DE SAÚDE, A QUAL DOS SERVIÇOS RECORRE COM MAIOR FREQUÊNCIA?

▪ Centro de Saúde ₁

▪ Hospital ₂

▪ Consultório Particular ₃

▪ Outro ₄

▪ Qual? _____

39. QUANDO FOI A ÚLTIMA CONSULTA QUE REALIZOU COM O MÉDICO DE FAMÍLIA, NO CENTRO DE SAÚDE OU USF? _____ (meses).

40. QUANTAS VEZES CONSULTOU O SEU MÉDICO DE FAMÍLIA, NAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS? _____ (vezes)

40.1. QUAL A RAZÃO PRINCIPAL DA CONSULTA? _____

40.2. QUANTOS DIAS ESPEROU ENTRE A MARCAÇÃO E A CONSULTA MÉDICA? _____ (dias)

41. QUANDO FOI A ÚLTIMA CONSULTA QUE REALIZOU COM O SEU ENFERMEIRO DE FAMÍLIA, NO CENTRO DE SAÚDE OU USF? _____ (meses).

42. QUANTAS VEZES CONSULTOU O SEU ENFERMEIRO DE FAMÍLIA, NAS ÚLTIMA 4 SEMANAS? _____(vezes)

42.1. QUAL A RAZÃO PRINCIPAL DA CONSULTA? _____

42.2. QUANTOS DIAS ESPEROU ENTRE A MARCAÇÃO E A CONSULTA DE ENFERMAGEM? _____(dias)

43. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, UTILIZOU ALGUM OUTRO SERVIÇO DE SAÚDE NÃO DESCRITO ANTERIORMENTE?

Sim 1 Não 0

43.1. SE SIM, QUAL?

• Fisioterapia 1

• Nutrição 2

• Terapia da Fala 3

• Psicologia 4

• Outro 5

Qual? _____

44. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, UTILIZOU ALGUM SERVIÇO DE MEDICINA COMPLEMENTAR?

Sim 1 Não 0

44.1. SE SIM, QUAL? _____

PARTE III - INDICADORES DO ESTADO DE SAÚDE

45. LEIA CUIDADOSAMENTE CADA AFIRMAÇÃO E ASSINALE A OPÇÃO QUE ESTÁ MAIS DE ACORDO COM A PERCEÇÃO QUE TEM DA SUA FAMÍLIA. NÃO HÁ RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS. POR FAVOR, NÃO DEIXE NENHUMA QUESTÃO EM BRANCO.

Escala de Avaliação da Flexibilidade e Coesão Familiar (FACES IV), validada e adaptada para a população portuguesa por Sequeira, Cerveira, Neves, Silva Espírito-Santo, Guadalupe, & Vicente (2015).

| EM QUE MEDIDA ESTÁ DE ACORDO COM AS SEGUINTE INFORMAÇÕES? | DISCORDO TOTALMENTE | DISCORDO | INDECISO | CONCORDO | CONCORDO TOTALMENTE |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. Os elementos da família envolvem-se na vida uns dos outros | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 2. A nossa família procura novas maneiras de lidar com os problemas. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 3. Damo-nos melhor com pessoas fora da família do que entre nós. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 4. Passamos muito tempo juntos. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 5. Quando se quebram as regras da família há consequências graves. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 6. Na nossa família parece que nunca nos organizamos. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 7. Os elementos da família sentem-se muito próximos uns dos outros. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 8. Na nossa família os pais partilham a liderança de um modo equilibrado. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 9. Quando estão em casa, os membros da família parecem evitar o contato uns com os outros. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 10. Os elementos da família sentem-se pressionados para passar a maioria do tempo livre juntos. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 11. Existem consequências claras quando um elemento da família faz algo de errado. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 12. É difícil perceber quem é o líder na nossa família. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 13. Nos momentos difíceis os elementos da família apoiam-se uns aos outros. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 14. As regras são justas na nossa família. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 15. Na nossa família sabe-se muito pouco acerca dos amigos uns dos outros. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 16. Na nossa família somos muito dependentes uns dos outros. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 17. A nossa família tem uma regra para quase tudo. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

| | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 18. Na nossa família não conseguimos concretizar as coisas. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Os elementos da família consultam-se sobre decisões importantes. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. A minha família é capaz de se ajustar às mudanças quando é necessário. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Quando há um problema para ser resolvido cada um este por sua conta. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Os elementos da família têm pouca necessidade de ter amigos fora da família. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. A nossa família é extremamente organizada. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. É pouco claro quem é responsável pelas tarefas e atividades na nossa família. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Os elementos da família gostam de passar parte do seu tempo livre juntos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Alternamos entre nós as responsabilidades domésticas. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Na nossa família raramente fazemos coisas em conjunto. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Sentimo-nos muito ligados uns aos outros. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Na nossa família ficamos frustrados quando há uma alteração nos planos ou rotinas estabelecidas. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Não há diferença na nossa família. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Apesar dos elementos da família terem interesses individuais, continuam a participar nas atividades familiares. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Na nossa família temos regras e papéis claros. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Os elementos da família raramente dependem uns dos outros. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Ressentimo-nos quando alguém faz coisas fora da família. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. É importante sentir as regras na nossa família. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Na nossa família temos dificuldades em saber quem faz o quê nas tarefas de casa. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Na nossa família existe um bom equilíbrio entre a separação e a proximidade. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Quando os problemas surgem nós comprometemo-nos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. Geralmente os elementos da família agem de forma independente. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Sentimo-nos culpados quando queremos passar algum tempo longe da família. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. Uma vez tomada uma decisão, é muito difícil alterá-la. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. A nossa família sente-se caótica e desorganizada. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. Na nossa família sentimo-nos satisfeitos com a forma como comunicamos uns com os outros. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. Os elementos da família são muito bons ouvintes. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. Na nossa família expressamos afeto uns pelos outros. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 46. Os elementos da família são capazes de pedir uns aos outros o que querem. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 47. Na nossa família podemos discutir calmamente os nossos problemas. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 48. Os elementos da família debatem as suas ideias e convicções. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 49. Quando colocamos questões uns aos outros recebemos respostas honestas. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 50. Os elementos da família tentam compreender os sentimentos uns dos outros. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 51. Quando nos zangamos raramente dizemos coisas negativas uns aos outros. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 52. Os elementos da família expressam os seus verdadeiros sentimentos uns aos outros. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

| | INSATISFEITO | GERALMENTE SATISFEITO | MUITO SATISFEITO | TOTALMENTE SATISFEITO |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 53. O grau de proximidade entre os membros da família. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 54. A capacidade da família lidar com o stress. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 55. A capacidade da família para ser flexível. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 56. A capacidade da família para partilhar experiências positivas. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 57. A qualidade da comunicação entre os elementos da família. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 58. A capacidade da família para resolver conflitos. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 59. O tempo que passamos juntos enquanto família. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 60. A forma como os problemas são discutidos. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 61. A justiça das críticas na família. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 62. A maneira como os elementos da família se preocupam uns com os outros. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

46. LEIA CUIDADOSAMENTE CADA AFIRMAÇÃO E ASSINALE A OPÇÃO QUE ESTÁ MAIS DE ACORDO COM A PERCEÇÃO QUE TEM ACERCA DA FORMA COMO A SUA FAMÍLIA FUNCIONA. NÃO HÁ RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS. POR FAVOR, NÃO DEIXE NENHUMA QUESTÃO EM BRANCO.

| | QUASE NUNCA | ALGUMAS VEZES | QUASE SEMPRE |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. Estou satisfeito(a) com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa. | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 2. Estou satisfeito(a) pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema. | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 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"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

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. ₀ ₁ ₂
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família. ₀ ₁ ₂

47. ATUALMENTE, COMO CONSIDERA SER A SUA SAÚDE?

| FRACA | RAZOÁVEL | BOA | MUITO BOA | ÓTIMA |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

48. DE SEGUIDA VAI ENCONTRAR UM CONJUNTO DE QUESTÕES ACERCA DO MODO COMO SE SENTE NO DIA A DIA. RESPONDA A CADA UMA DELAS ASSINALANDO A RESPOSTA QUE MELHOR SE APLICA A SI.

Inventário de Saúde Mental (ISM), versão portuguesa de Pais-Ribeiro (2001)

1. QUÃO FELIZ E SATISFEITO VOCÊ TEM ESTADO COM A SUA VIDA PESSOAL?

| MUITO INSATISFEITO E INFELIZ, A MAIOR PARTE DO TEMPO | GERALMENTE INSATISFEITO, INFELIZ | POR VEZES LIGEIRAMENTE SATISFEITO, POR VEZES LIGEIRAMENTE INFELIZ | GERALMENTE SATISFEITO E FELIZ | MUITO FELIZ E SATISFEITO A MAIOR PARTE DO TEMPO | EXTREMAMENTE FELIZ, NÃO PODE HAVER PESSOA MAIS FELIZ E SATISFEITA |
|--|---------------------------------------|---|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ |

2. DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU SÓ NO PASSADO MÊS?

| NUNCA | QUASE NUNCA | DURANTE ALGUM TEMPO | A MAIOR PARTE DO TEMPO | QUASE SEMPRE | SEMPRE |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₁ |

3. COM QUE FREQUÊNCIA SE SENTIU NERVOSO OU APREENSIVO PERANTE COISAS QUE ACONTECERAM, OU PERANTE SITUAÇÕES INESPERADAS, NO ÚLTIMO MÊS?

| NUNCA | QUASE NUNCA | COM POUCA FREQUÊNCIA | FREQUENTEMENTE | COM MUITA FREQUÊNCIA | SEMPRE |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₁ |

4. DURANTE O MÊS PASSADO COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU QUE TINHA UM FUTURO PROMISSOR E CHEIO DE ESPERANÇA?

| NUNCA | QUASE NUNCA | COM POUCA FREQUÊNCIA | FREQUENTEMENTE | COM MUITA FREQUÊNCIA | SEMPRE |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ |

5. COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SENTIU QUE A SUA VIDA NO DIA A DIA ESTAVA CHEIA DE COISAS INTERESSANTES?

| NUNCA | QUASE NUNCA | COM POUCA FREQUÊNCIA | FREQUENTEMENTE | COM MUITA FREQUÊNCIA | SEMPRE |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |

6. COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU RELAXADO E SEM TENSÃO?

| NUNCA | QUASE NUNCA | COM POUCA FREQUÊNCIA | FREQUENTEMENTE | COM MUITA FREQUÊNCIA | SEMPRE |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |

7. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU PRAZER NAS COISAS QUE FAZIA?

| NUNCA | QUASE NUNCA | COM POUCA FREQUÊNCIA | FREQUENTEMENTE | COM MUITA FREQUÊNCIA | SEMPRE |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |

8. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, TEVE ALGUMA VEZ RAZÃO PARA SE QUESTIONAR SE ESTARIA A PERDER A CABEÇA, OU A PERDER O CONTROLO SOBRE OS SEUS ACTOS, AS SUAS PALAVRAS, OS SEUS, PENSAMENTOS, SENTIMENTOS OU MEMÓRIA?

| SIM E ESTOU MUITO PROCU- PADO COM ISSO | SIM, E ISSO PREOCUPA- ME | SIM, E FIQUEI UM BOCADO PREOCUPADO | SIM, MAS SUFICIENTE PARA FICAR PREOCUPADO COM ISSO | TALVEZ UM POUCO | NÃO, NUNCA |
|--|----------------------------|------------------------------------|--|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |

9. SENTIU-SE DEPRIMIDO DURANTE O ÚLTIMO MÊS?

| SIM, ATÉ AO PONTO DE NÃO ME INTERESSAR POR NADA DURANTE DIAS | SIM, MUITO DEPRIMIDO QUASE TODOS OS DIAS | SIM, DEPRIMIDO MUITAS VEZES | SIM, POR VEZES SINTO-ME UM POUCO DEPRIMIDO | NÃO, NUNCA ME SINTO DEPRIMIDO |
|--|--|-----------------------------|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

10. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUANTAS VEZES SE SENTIU AMADO E QUERIDO?

| NUNCA | MUITO POUCAS VEZES | ALGUMAS VEZES | A MAIOR PARTE DAS VEZES | QUASE SEMPRE | SEMPRE |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |

11. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS PASSADO SE SENTIU MUITO NERVOSO?

| NUNCA | QUASE NUNCA | DURANTE ALGUM TEMPO | A MAIOR PARTE DO TEMPO | QUASE SEMPRE | SEMPRE |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 |

12. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA ESPERAVA TER UM DIA INTERESSANTE AO LEVANTAR-SE?

| NUNCA | QUASE NUNCA | COM POUCA FREQUÊNCIA | FREQUENTEMENTE | COM MUITA FREQUÊNCIA | SEMPRE |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |

13. NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU TENSO E IRRITADO?

| NUNCA | QUASE NUNCA | DURANTE ALGUM TEMPO | A MAIOR PARTE DO TEMPO | QUASE SEMPRE | SEMPRE |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 |

14. DURANTE O ÚLTIMO MÊS SENTIU QUE CONTROLAVA PERFEITAMENTE O SEU COMPORTAMENTO, PENSAMENTO, EMOÇÕES E SENTIMENTOS?

| SIM, COMPLETAMENTE | NÃO E ANDO UM POUCO PERTURBADO POR ISSO | NÃO MUITO BEM | SIM, PENSO QUE SIM | SIM, GERALMENTE | NÃO, E ANDO MUITO PERTURBADO POR ISSO |
|----------------------------|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 |

15. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU AS MÃOS A TREMER QUANDO FAZIA ALGUMA COISA?

| NUNCA | QUASE NUNCA | COM POUCA FREQUÊNCIA | FREQUENTEMENTE | COM MUITA FREQUÊNCIA | SEMPRE |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 |

16. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU QUE NÃO TINHA FUTURO, QUE NÃO TINHA PARA ONDE ORIENTAR A SUA VIDA?

| NUNCA | QUASE NUNCA | COM POUCA FREQUÊNCIA | FREQUENTEMENTE | COM MUITA FREQUÊNCIA | SEMPRE |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 |

17. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU CALMO E EM PAZ?

| NUNCA | QUASE NUNCA | DURANTE ALGUM TEMPO | A MAIOR PARTE DO TEMPO | QUASE SEMPRE | SEMPRE |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |

18. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU EMOCIONALMENTE ESTÁVEL?

| NUNCA | QUASE NUNCA | DURANTE ALGUM TEMPO | A MAIOR PARTE DO TEMPO | QUASE SEMPRE | SEMPRE |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |

19. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO?

| NUNCA | QUASE NUNCA | DURANTE ALGUM TEMPO | A MAIOR PARTE DO TEMPO | QUASE SEMPRE | SEMPRE |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 |

20. COM QUE FREQUÊNCIA, NO MÊS PASSADO SE SENTIU COMO SE FOSSE CHORAR?

| NUNCA | QUASE NUNCA | COM POUCA FREQUÊNCIA | FREQUENTEMENTE | COM MUITA FREQUÊNCIA | SEMPRE |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 |

21. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ SENTIU QUE AS OUTRAS PESSOAS SE SENTIRIAM MELHOR SE VOCÊ NÃO EXISTISSE?

| NUNCA | QUASE NUNCA | COM POUCA FREQUÊNCIA | FREQUENTEMENTE | COM MUITA FREQUÊNCIA | SEMPRE |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 |

22. QUANTO TEMPO, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU CAPAZ DE RELAXAR SEM DIFICULDADE?

| NUNCA | QUASE NUNCA | COM POUCA FREQUÊNCIA | FREQUENTEMENTE | COM MUITA FREQUÊNCIA | SEMPRE |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |

23. NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SENTIU QUE AS SUAS RELAÇÕES AMOROSAS ERAM TOTAL OU COMPLETAMENTE SATISFATÓRIAS?

| NUNCA | QUASE NUNCA | COM POUCA FREQUÊNCIA | FREQUENTEMENTE | COM MUITA FREQUÊNCIA | SEMPRE |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |

24. COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SENTIU QUE TUDO ACONTECIA AO CONTRÁRIO DO QUE DESEJAVA?

| NUNCA | QUASE NUNCA | COM POUCA FREQUÊNCIA | FREQUENTEMENTE | COM MUITA FREQUÊNCIA | SEMPRE |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 |

25. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUÃO INCOMODADO É QUE VOCÊ SE SENTIU DEVIDO AO NERVOSO?

| EXTREMAMENTE, AO PONTO DE NÃO PODER FAZER AS COISAS QUE DEVIA | MUITO INCOMODADO | UM POUCO INCOMODADO PELOS MEUS NERVOS | ALGO INCOMODADO, O SUFICIENTE PARA QUE DESSE POR ISSO | APENAS DE FORMA MUITO LIGEIRA | NADA INCOMODADO |
|---|----------------------------|---------------------------------------|---|-------------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |

26. NO MÊS QUE PASSOU, DURANTE QUANTO TEMPO SENTIU QUE A SUA VIDA ERA UMA AVENTURA MARAVILHOSA?

| NUNCA | QUASE NUNCA | DURANTE ALGUM TEMPO | A MAIOR PARTE DO TEMPO | QUASE SEMPRE | SEMPRE |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |

27. DURANTE QUANTO TEMPO, DURANTE O MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO, DE TAL MODO QUE NADA O CONSEGUIA ANIMAR?

| NUNCA | QUASE NUNCA | COM POUCA FREQUÊNCIA | FREQUENTEMENTE | COM MUITA FREQUÊNCIA | SEMPRE |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 |

28. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ALGUMA VEZ PENSOU EM ACABAR COM A VIDA?

| NÃO, NUNCA | SIM, UMA VEZ | SIM, UMAS POUCAS DE VEZES | SIM, ALGUMAS VEZES | SIM, MUITAS VEZES |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 |

29. NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU, CANSADO INQUIETO E IMPACIENTE?

| NUNCA | QUASE NUNCA | DURANTE ALGUM TEMPO | A MAIOR PARTE DO TEMPO | QUASE SEMPRE | SEMPRE |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 |

30. NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU RABUGENTO OU DE MAU HUMOR?

| NUNCA | QUASE NUNCA | DURANTE ALGUM TEMPO | A MAIOR PARTE DO TEMPO | QUASE SEMPRE | SEMPRE |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 |

31. DURANTE QUANTO TEMPO, NO ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU ALEGRE, ANIMADO E BEM DISPOSTO?

| NUNCA | QUASE NUNCA | DURANTE ALGUM TEMPO | A MAIOR PARTE DO TEMPO | QUASE SEMPRE | SEMPRE |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |

32. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SE SENTIU CONFUSO OU PERTURBADO?

| NUNCA | QUASE NUNCA | COM POUCA FREQUÊNCIA | FREQUENTEMENTE | COM MUITA FREQUÊNCIA | SEMPRE |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 |

33. DURANTE O ÚLTIMO MÊS SENTIU-SE ANSIOSO OU PREOCUPADO?

| NÃO, DE MANEIRA NENHUMA | SIM, DE FORMA MUITO LIGEIRA | SIM, O SUFICIENTE PARA ME INCOMODAR | SIM, UM POUCO | SIM, MUITO | SIM, EXTREMAMENTE, AO PONTO DE FICAR DOENTE OU QUASE |
|----------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|----------------------------|----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 |

34. NO O ÚLTIMO MÊS DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU UMA PESSOA FELIZ?

| NUNCA | QUASE NUNCA | DURANTE ALGUM TEMPO | A MAIOR PARTE DO TEMPO | QUASE SEMPRE | SEMPRE |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |

35. COM QUE FREQUÊNCIA DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU COM DIFICULDADE EM SE MANTER CALMO?

| NUNCA | QUASE NUNCA | COM POUCA FREQUÊNCIA | FREQUENTEMENTE | COM MUITA FREQUÊNCIA | SEMPRE |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 |

36. NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU ESPIRITUALMENTE EM BAIXO?

| NUNCA ACORDO COM A SENSACÃO DE CANSADO | QUASE NUNCA | DURANTE ALGUM TEMPO | UMA BOA PARTE DO TEMPO | QUASE SEMPRE | SEMPRE |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 |

37. COM QUE FREQUÊNCIA DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ACORDOU DE MANHÃ SENTINDO-SE FRESCO E REPOUSADO?

| NUNCA | QUASE NUNCA | ALGUMAS VEZES, MAS NOMALMENTE NÃO | FREQUENTEMENTE | QUASE TODOS OS DIAS | SEMPRE, TODOS OS DIAS |
|----------------------------|----------------------------|-----------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |

38. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ESTEVE, OU SENTIU-SE DEBAIXO DE GRANDE PRESSÃO OU STRESS?

| NÃO, NENHUMA | SIM, UM POUCO | SIM, ALGUMA, COMO DE COSTUME | SIM, ALGUMA, MAIS DO QUE O COSTUME | SIM, MUITA PRESSÃO | SIM, QUASE A ULTRAPASSAR OS MEUS LIMITES |
|----------------------------|----------------------------|------------------------------|------------------------------------|----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 |

49. AS SEGUINTE QUESTÕES REFEREM-SE A VÁRIOS ASPETOS DO SEU SONO. PARA CADA UMA DELAS ASSINALE A OPÇÃO QUE MELHOR SE ADEQUA A SI, NUMA ESCALA DE 0 A 5.

Sleep Health Scale, validado para a população portuguesa por Becker, Martins, Jesus, Chiodeli, & Rieber (2018)

| | 0 NUNCA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 SEMPRE |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. Deita-se e levanta-se mais ou menos à mesma hora todos os dias? | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 2. Está satisfeito(a) com o seu sono? | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 3. Consegue ficar acordado(a) todo o dia sem fazer uma sesta? | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 4. Encontra-se já a dormir (ou na cama) entre as duas e as quatro horas da madrugada? | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 5. Passa menos de 30 minutos acordado à noite? (inclui o tempo que leva a adormecer e os despertares durante o sono) | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 6. Dorme entre 7 e 9 horas por dia? | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

**APÊNDICE III – QUESTIONÁRIO DA RONDA 1 DO
PAINEL DELPHI**

Painel Delphi: Matriz de Apoio à Tomada de Decisão Clínica em Enfermagem de Saúde Familiar

INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Exmo./a Senhor(a) Enfermeiro(a) : O projeto de investigação “O perfil de saúde das famílias e suas necessidades em Cuidados de Enfermagem: contributos para a tomada de decisão clínica” está inserido no âmbito de um trabalho de investigação de Doutoramento em Enfermagem, desenvolvido na Universidade Católica Portuguesa - Porto, e integrado no projeto MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, uma ação transformativa para os Cuidados de Saúde Primários, sediado no Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS). Tem como investigadora principal a Doutoranda Inês Alexandra Dias Fonseca e orientadoras as professoras Doutoras Maria Henriqueta Figueiredo e Zaida Charepe. Tem como finalidade alargar o corpo de conhecimentos de enfermagem na área de Enfermagem de Saúde Familiar e aumentar o potencial do exercício profissional às famílias, através da integração de estratégias assistenciais de enfermagem mais ajustadas às necessidades e promotoras da capacitação, orientadas para a vigilância, planeamento e implementação de medidas de prevenção e controle da doença. Os objetivos do estudo são: (1) indicar os perfis de saúde das famílias com filhos menores a seu cargo; (2) analisar a variabilidade dos perfis de saúde das famílias com filhos menores a seu cargo; (3) determinar a relação entre os perfis de saúde das famílias com filhos menores a seu cargo e as variáveis de caracterização da saúde individual e familiar; (4) descrever as necessidades em Cuidados de Enfermagem que integram cada perfil de saúde; (5) identificar o conteúdo e a estrutura da matriz de apoio à tomada de Decisão Clínica em Enfermagem de Saúde Familiar e (6) consensualizar o conteúdo e a estrutura da matriz de apoio à tomada de Decisão Clínica em Enfermagem de Saúde Familiar. Neste

sentido, este estudo está a ser desenvolvido em duas fases. Da primeira fase resultou uma proposta de uma Matriz de Apoio à Tomada de Decisão Clínica em Enfermagem de Saúde Familiar. Como forma de validação dos resultados emergentes da interpretação dos dados produzidos na primeira fase e da sustentação da análise produzida, surge a aplicação deste questionário, o qual pretende questionar os peritos sobre o grau de concordância relativamente aos critérios de diagnóstico e intervenções sugeridas na referida matriz. Para tal, face a cada critério de diagnóstico e intervenção (Partes II e III), deve indicar o seu grau de concordância na escala Likert apresentada (discordo totalmente, discordo, nem concordo nem discordo, concordo, concordo totalmente). Todos os dados pessoais e a informação recolhida são confidenciais e serão apenas utilizados de acordo com os objetivos do estudo e não serão identificados em nenhuma publicação dos resultados. O fundamento jurídico para o tratamento de dados é o consentimento do titular de dados, pelo que, se optar por participar neste estudo e decidir interromper o preenchimento do questionário, poderá fazê-lo a qualquer altura e sem qualquer consequência. Apenas terá acesso aos dados pessoais a investigadora principal do estudo. A investigadora principal será a responsável pelo tratamento dos dados pessoais e respetivo meio de contacto. Os dados pessoais serão conservados apenas durante o período necessário à realização do estudo e não serão transferidos para um país terceiro. Não estão previstos prejuízos para os participantes. O preenchimento do questionário tem uma duração média de 10 minutos. É compromisso desta investigadora manter os (as) participantes informados (as), caso pretendam, sobre o desenvolvimento da investigação e, no final de sua realização, de lhes comunicar os resultados e partilhar os documentos produzidos ao longo da mesma. Sempre que desejar qualquer esclarecimento, dúvida ou informação terá à disposição os contatos da investigadora principal: Telefone – 925753929 e E-mail – inalexandra@gmail.com.

Depois de ler o texto introdutório, considero-me informado/a e aceito participar neste estudo, respondendo a este questionário.

Sim

PARTE I – CARATERIZAÇÃO SOCIOPROFISSIONAL

Nesta parte do questionário pretende-se obter uma caraterização socioprofissional dos respondentes, pelo que pedimos que responda às questões apresentadas da forma que considerar adequada.

1. **IDADE:** _____ anos

2. **SEXO:** Feminino ₁ Masculino ₂

3. **UNIDADE TERRITORIAL DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL:**

- Norte ₁
- Centro ₂
- Área Metropolitana de Lisboa ₃
- Alentejo ₄
- Algarve ₅
- Região Autónoma dos Açores ₆
- Região Autónoma da Madeira ₇

4. **LOCAL DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL:**

- UCSP ₁
- USF ₂
- Instituição de Ensino ₃

5. **QUANTOS ANOS TEM DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS /ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR?** _____

6. **TEM ESPECIALIDADE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR?** Sim ₁ Não ₂

7. **POSSUI A PÓS-GRADUAÇÃO E/OU MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR?** Sim ₁ Não ₂

8. **REALIZA INVESTIGAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE FAMILIAR?** Sim ₁ Não ₂

9. **TEM O DOUTORAMENTO EM ENFERMAGEM OU O DOUTORAMENTO EM CURSO COM MESTRADO INCLUÍDO?** Sim ₁ Não ₂

PARTE II - CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

Relativamente aos **Critérios Diagnósticos** para tomar decisão clínica sobre os focos de Enfermagem indicados, diga qual o seu nível de concordância? indique o seu grau de concordância, utilizando uma escala Likert, com 5 opções: Discordo Totalmente; Discordo; Nem concordo nem discordo; Concordo e Concordo Totalmente, correspondendo às opções os scores de 1 a 5, respetivamente.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS - FAMILIARES

- 1. RENDIMENTO FAMILIAR INSUFICIENTE** se notação social (Escala de Graffard) se situar no grau 4 ou 5 e/ou Conhecimento e capacidade de gestão do rendimento familiar não demonstrado.

| | DISCORDO TOTALMENTE | DISCORDO | NEM CONCORDO NEM DISCORDO | CONCORDO | CONCORDO TOTALMENTE |
|-----------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Nível de concordância | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

CONTRIBUTOS: Nos itens em que selecionou a opção discordo totalmente, discordo ou nem concordo nem discordo, agradecemos o registo, nesta secção, da sua proposta de alteração.

- 2. PROCESSO FAMILIAR COMPROMETIDO** se relação dinâmica disfuncional

| | DISCORDO TOTALMENTE | DISCORDO | NEM CONCORDO NEM DISCORDO | CONCORDO | CONCORDO TOTALMENTE |
|-----------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Nível de concordância | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

CONTRIBUTOS: Nos itens em que selecionou a opção discordo totalmente, discordo ou nem concordo nem discordo, agradecemos o registo, nesta secção, da sua proposta de alteração.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS - INDIVIDUAIS

- 1. PRESSÃO ELEVADA** se pressão sanguínea elevada e/ou se Conhecimento sobre a importância da manutenção de uma pressão não elevada não demonstrado.

| | DISCORDO TOTALMENTE | DISCORDO | NEM CONCORDO NEM DISCORDO | CONCORDO | CONCORDO TOTALMENTE |
|-----------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Nível de concordância | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

CONTRIBUTOS: Nos itens em que selecionou a opção discordo totalmente, discordo ou nem concordo nem discordo, agradecemos o registo, nesta secção, da sua proposta de alteração.

- 2. PROCESSO DO SISTEMA REGULADOR COMPROMETIDO** se diabetes presente e/ou risco de diabetes presente e/ou hiperglicemia presente.

| | DISCORDO TOTALMENTE | DISCORDO | NEM CONCORDO NEM DISCORDO | CONCORDO | CONCORDO TOTALMENTE |
|-----------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Nível de concordância | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

CONTRIBUTOS: Nos itens em que selecionou a opção discordo totalmente, discordo ou nem concordo nem discordo, agradecemos o registo, nesta secção, da sua proposta de alteração.

3. AUTOGESTÃO DA DOENÇA COMPROMETIDA se Adesão ao regime terapêutico não demonstrada e/ou Conhecimento sobre regime terapêutico não demonstrado e/ou se Crença sobre regime terapêutico comprometida.

| | DISCORDO TOTALMENTE | DISCORDO | NEM CONCORDO NEM DISCORDO | CONCORDO | CONCORDO TOTALMENTE |
|-----------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Nível de concordância | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

CONTRIBUTOS: Nos itens em que selecionou a opção discordo totalmente, discordo ou nem concordo nem discordo, agradecemos o registo, nesta secção, da sua proposta de alteração.

4. ABUSO DO TABACO PRESENTE se score do teste de Fagerström igual ou superior a 2.

| | DISCORDO TOTALMENTE | DISCORDO | NEM CONCORDO NEM DISCORDO | CONCORDO | CONCORDO TOTALMENTE |
|-----------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Nível de concordância | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

CONTRIBUTOS: Nos itens em que selecionou a opção discordo totalmente, discordo ou nem concordo nem discordo, agradecemos o registo, nesta secção, da sua proposta de alteração.

5. ABUSO DO ÁLCOOL PRESENTE se score do AUDIT igual ou superior a 1.

| | DISCORDO TOTALMENTE | DISCORDO | NEM CONCORDO NEM DISCORDO | CONCORDO | CONCORDO TOTALMENTE |
|-----------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Nível de concordância | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

CONTRIBUTOS: Nos itens em que selecionou a opção discordo totalmente, discordo ou nem concordo nem discordo, agradecemos o registo, nesta secção, da sua proposta de alteração.

6. PADRÃO DE EXERCÍCIO NÃO ADEQUADO se Adesão a um padrão de exercício adequado não demonstrada e/ou Conhecimento sobre a importância da adesão a um padrão de exercício adequado não demonstrado e/ou se Crença sobre exercício comprometida

| | DISCORDO TOTALMENTE | DISCORDO | NEM CONCORDO NEM DISCORDO | CONCORDO | CONCORDO TOTALMENTE |
|-----------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Nível de concordância | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

CONTRIBUTOS: Nos itens em que selecionou a opção discordo totalmente, discordo ou nem concordo nem discordo, agradecemos o registo, nesta secção, da sua proposta de alteração.

7. PADRÃO ALIMENTAR NÃO ADEQUADO se Adesão a um padrão alimentar adequado não demonstrada e/ou se Conhecimento sobre padrão alimentar adequado não demonstrado e/ou se Crença sobre alimentação comprometida

| | DISCORDO TOTALMENTE | DISCORDO | NEM CONCORDO NEM DISCORDO | CONCORDO | CONCORDO TOTALMENTE |
|-----------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Nível de concordância | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

CONTRIBUTOS: Nos itens em que selecionou a opção discordo totalmente, discordo ou nem concordo nem discordo, agradecemos o registo, nesta secção, da sua proposta de alteração.

8. PADRÃO DE HIGIENE ORAL NÃO ADEQUADO se Adesão a um padrão de higiene oral adequado não demonstrada e/ou Conhecimento sobre padrão de higiene oral adequado não demonstrado

| | DISCORDO TOTALMENTE | DISCORDO | NEM CONCORDO NEM DISCORDO | CONCORDO | CONCORDO TOTALMENTE |
|-----------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Nível de concordância | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

CONTRIBUTOS: Nos itens em que selecionou a opção discordo totalmente, discordo ou nem concordo nem discordo, agradecemos o registo, nesta secção, da sua proposta de alteração.

9. COMPORTAMENTO DE PROCURA DE SAÚDE COMPROMETIDO se Adesão às análises não demonstrada e/ou Conhecimento sobre a importância de adesão às análises não demonstrado.

| | DISCORDO TOTALMENTE | DISCORDO | NEM CONCORDO NEM DISCORDO | CONCORDO | CONCORDO TOTALMENTE |
|-----------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Nível de concordância | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

CONTRIBUTOS: Nos itens em que selecionou a opção discordo totalmente, discordo ou nem concordo nem discordo, agradecemos o registo, nesta secção, da sua proposta de alteração.

10. COMPORTAMENTO DE PROCURA DE SAÚDE COMPROMETIDO se Adesão às consultas de saúde oral, conforme recomendado, não demonstrada e/ou Conhecimento sobre a importância de adesão às consultas de saúde oral, conforme recomendado, não demonstrado.

| | DISCORDO TOTALMENTE | DISCORDO | NEM CONCORDO NEM DISCORDO | CONCORDO | CONCORDO TOTALMENTE |
|-----------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Nível de concordância | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

CONTRIBUTOS: Nos itens em que selecionou a opção discordo totalmente, discordo ou nem concordo nem discordo, agradecemos o registo, nesta secção, da sua proposta de alteração.

11. COMPORTAMENTO DE PROCURA DE SAÚDE COMPROMETIDO se Adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem, conforme recomendado, não demonstrada e/ou Conhecimento sobre a importância de adesão às consultas médicas e/ou enfermagem, conforme recomendado, não demonstrado.

| | DISCORDO TOTALMENTE | DISCORDO | NEM CONCORDO NEM DISCORDO | CONCORDO | CONCORDO TOTALMENTE |
|-----------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Nível de concordância | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

CONTRIBUTOS: Nos itens em que selecionou a opção discordo totalmente, discordo ou nem concordo nem discordo, agradecemos o registo, nesta secção, da sua proposta de alteração.

12. COMPORTAMENTO DE PROCURA DE SAÚDE COMPROMETIDO se Adesão ao rastreio da doença oncológica não demonstrada e/ou Conhecimento sobre rastreio da doença oncológica não demonstrado e/ou se Crença sobre rastreio da doença oncológica comprometida.

| | DISCORDO TOTALMENTE | DISCORDO | NEM CONCORDO NEM DISCORDO | CONCORDO | CONCORDO TOTALMENTE |
|-----------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Nível de concordância | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

CONTRIBUTOS: Nos itens em que selecionou a opção discordo totalmente, discordo ou nem concordo nem discordo, agradecemos o registo, nesta secção, da sua proposta de alteração.

13. REGIME DE IMUNIZAÇÃO COMPROMETIDO se Adesão ao regime de imunização não demonstrada e/ou Conhecimento sobre regime de imunização não demonstrado e/ou Crença sobre regime de imunização comprometida

| | DISCORDO TOTALMENTE | DISCORDO | NEM CONCORDO NEM DISCORDO | CONCORDO | CONCORDO TOTALMENTE |
|-----------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Nível de concordância | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

CONTRIBUTOS: Nos itens em que selecionou a opção discordo totalmente, discordo ou nem concordo nem discordo, agradecemos o registo, nesta secção, da sua proposta de alteração.

14. REGIME MEDICAMENTOSO COMPROMETIDO se Adesão ao regime medicamentoso não demonstrada e/ou Conhecimento sobre regime medicamentoso não demonstrado e/ou se Crença sobre regime medicamentoso comprometida

| | DISCORDO TOTALMENTE | DISCORDO | NEM CONCORDO NEM DISCORDO | CONCORDO | CONCORDO TOTALMENTE |
|-----------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Nível de concordância | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

CONTRIBUTOS: Nos itens em que selecionou a opção discordo totalmente, discordo ou nem concordo nem discordo, agradecemos o registo, nesta secção, da sua proposta de alteração.

15. ATITUDE FACE AO ESTADO DE SAÚDE se autoperceção de saúde razoável ou fraca.

| | DISCORDO TOTALMENTE | DISCORDO | NEM CONCORDO NEM DISCORDO | CONCORDO | CONCORDO TOTALMENTE |
|-----------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Nível de concordância | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

CONTRIBUTOS: Nos itens em que selecionou a opção discordo totalmente, discordo ou nem concordo nem discordo, agradecemos o registo, nesta secção, da sua proposta de alteração.

16. STATUS PSICOLÓGICO NEGATIVO se valores baixos nas subescalas Distresse Psicológico (24 - 142 pontos) e/ou de Bem-estar Psicológico (4 - 84 pontos), do Inventário de Saúde Mental).

| | DISCORDO TOTALMENTE | DISCORDO | NEM CONCORDO NEM DISCORDO | CONCORDO | CONCORDO TOTALMENTE |
|-----------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Nível de concordância | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

CONTRIBUTOS: Nos itens em que selecionou a opção discordo totalmente, discordo ou nem concordo nem discordo, agradecemos o registo, nesta secção, da sua proposta de alteração.

17. SONO COMPROMETIDO se pobre qualidade do sono (Índice de qualidade do sono de Pittsburgh superior 5).

| | DISCORDO TOTALMENTE | DISCORDO | NEM CONCORDO NEM DISCORDO | CONCORDO | CONCORDO TOTALMENTE |
|-----------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Nível de concordância | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

CONTRIBUTOS: Nos itens em que selecionou a opção discordo totalmente, discordo ou nem concordo nem discordo, agradecemos o registo, nesta secção, da sua proposta de alteração.

PARTE III – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Relativamente às intervenções de Enfermagem, face aos diagnósticos de Enfermagem anteriormente descritos, diga qual o seu nível de concordância? indique o seu grau de concordância, utilizando uma escala Likert, com 5 opções: Discordo Totalmente; Discordo; Nem concordo nem discordo; Concordo e Concordo Totalmente, correspondendo às opções os scores de 1 a 5, respetivamente.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM - FAMILIARES

1. PARA O RENDIMENTO FAMILIAR COMPROMETIDO

| INTERVENÇÕES | NÍVEL DE CONCORDÂNCIA | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | DISCORDO TOTALMENTE | DISCORDO | NEM CONCORDO NEM DISCORDO | CONCORDO | CONCORDO TOTALMENTE |
| Ensinar sobre gestão do rendimento familiar | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Informar sobre gestão do rendimento familiar | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Promover a gestão do rendimento familiar | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Orientar para serviços sociais | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Requerer serviços sociais | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

CONTRIBUTOS: Nos itens em que selecionou a opção discordo totalmente, discordo ou nem concordo nem discordo, agradecemos o registo, nesta secção, da sua proposta de alteração.

2. PARA O PROCESSO FAMILIAR

| INTERVENÇÕES | NÍVEL DE CONCORDÂNCIA | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | DISCORDO TOTALMENTE | DISCORDO | NEM CONCORDO NEM DISCORDO | CONCORDO | CONCORDO TOTALMENTE |
| Avaliar funcionamento familiar | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Negociar o processo familiar | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Otimizar o processo familiar | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Apoiar a família na identificação de estratégias de Coping eficazes | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Incentivar o apoio/suporte da família | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Incentivar o envolvimento da família | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Facilitar capacidade para comunicar sentimentos | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Identificar obstáculos à comunicação | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Otimizar comunicação | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Promover o envolvimento da família | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Otimizar o padrão de ligação | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Referenciar para terapia familiar | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

CONTRIBUTOS: Nos itens em que selecionou a opção discordo totalmente, discordo ou nem concordo nem discordo, agradecemos o registo, nesta secção, da sua proposta de alteração.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM - INDIVIDUAIS

1. PARA A PRESSÃO ELEVADA

| INTERVENÇÕES | NÍVEL DE CONCORDÂNCIA | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | DISCORDO TOTALMENTE | DISCORDO | NEM CONCORDO NEM DISCORDO | CONCORDO | CONCORDO TOTALMENTE |
| | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Monitorizar pressão sanguínea | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Monitorizar IMC | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Monitorizar uso do tabaco | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Monitorizar uso do tabaco | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Monitorizar glicemia | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Avaliar risco de diabetes tipo 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Avaliar risco cardiovascular (SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation)) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Avaliar adesão ao regime terapêutico | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Avaliar conhecimentos sobre prevenção de hipertensão | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Avaliar gestão do regime terapêutico | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Avaliar adesão ao regime terapêutico | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Motivar para adesão a uma monitorização regular da pressão sanguínea | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Assistir a pessoa a identificar razões da não adesão a uma monitorização regular da pressão sanguínea | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Informar sobre o regime terapêutico (nutricional, exercício físico ou medicamentoso) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ensinar sobre o regime terapêutico (nutricional, exercício físico ou medicamentoso) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Orientar para serviços de saúde (consulta de risco cardiovascular) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Requerer serviços de saúde (consulta risco cardiovascular) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

Monitorizar pressão sanguínea

 1 2 3 4 5

CONTRIBUTOS: Nos itens em que seleccionou a opção discordo totalmente, discordo ou nem concordo nem discordo, agradecemos o registo, nesta secção, da sua proposta de alteração.

2. PARA O PROCESSO DO SISTEMA REGULADOR COMPROMETIDO

NÍVEL DE CONCORDÂNCIA

| INTERVENÇÕES | NÍVEL DE CONCORDÂNCIA | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | DISCORDO TOTALMENTE | DISCORDO | NEM CONCORDO NEM DISCORDO | CONCORDO | CONCORDO TOTALMENTE |
| Monitorizar a glicemia, em jejum | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Avaliar a presença de sintomas clássicos de diabetes | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Monitorizar glicemia ocasionalmente | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Monitorizar hemoglobina glicada | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Monitorizar perímetro abdominal | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Monitorizar pressão arterial | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Monitorizar glicemia às 2 horas, na prova de tolerância à glicose oral | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Avaliar o risco de diabetes tipo 2 (Ficha de avaliação do risco de diabetes tipo 2 - PNPCD) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Avaliar o risco cardiovascular (SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation)) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Monitorizar o IMC | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Avaliar conhecimento sobre autovigilância da glicemia capilar | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Avaliar conhecimento sobre autovigilância dos pés | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Avaliar conhecimento sobre autovigilância da pressão sanguínea | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

| | | | | | |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Motivar para autovigilância da glicemia | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Avaliar visão | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Avaliar risco de úlcera do pé diabético | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Assistir a pessoa a identificar razões da não adesão a uma monitorização regular da glicemia | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Avaliar gestão do regime terapêutico | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Informar sobre o regime terapêutico (nutricional, exercício físico ou medicamentoso) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Ensinar sobre o regime terapêutico (nutricional, exercício físico ou medicamentoso) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Motivar para adesão a uma monitorização regular glicemia | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Orientar para serviços de saúde (consulta de especialidade) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Orientar para serviços de saúde (consulta de nutrição) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Requerer serviços de saúde (consulta de especialidade) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Requerer serviços de saúde (consulta de nutrição) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

CONTRIBUTOS: Nos itens em que seleccionou a opção discordo totalmente, discordo ou nem concordo nem discordo, agradecemos o registo, nesta secção, da sua proposta de alteração.

3. PARA A AUTOGESTÃO DA DOENÇA COMPROMETIDA

NÍVEL DE CONCORDÂNCIA

| INTERVENÇÕES | NÍVEL DE CONCORDÂNCIA | | | | |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| | DISCORDO TOTALMENTE | DISCORDO | NEM CONCORDO NEM DISCORDO | CONCORDO | CONCORDO TOTALMENTE |
| Avaliar adesão aos vários domínios do regime terapêutico | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Encorajar tomada de decisão para comportamento de | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

adesão ao regime terapêutico

| | | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Ensinar sobre comportamento de adesão ao regime terapêutico | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ensinar sobre complicações da não adesão ao regime terapêutico | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Incentivar adesão ao regime terapêutico | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Negociar adesão ao regime terapêutico | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Supervisionar a autoadministração de medicamentos | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Promover a adesão ao regime terapêutico | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Otimizar o regime terapêutico | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Assistir a pessoa a identificar razões da não adesão ao regime terapêutico | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Orientar para serviços de saúde | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Requerer serviços de saúde | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

CONTRIBUTOS: Nos itens em que selecionou a opção discordo totalmente, discordo ou nem concordo nem discordo, agradecemos o registo, nesta secção, da sua proposta de alteração.

4. PARA O ABUSO DO TABACO PRESENTE

| INTERVENÇÕES | NÍVEL DE CONCORDÂNCIA | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | DISCORDO TOTALMENTE | DISCORDO | NEM CONCORDO NEM DISCORDO | CONCORDO | CONCORDO TOTALMENTE |
| Monitorizar uso do tabaco (início do consumo, o tipo de tabaco consumido, o número de cigarros/dia, a carga tabágica, as tentativas anteriores para deixar de fumar (métodos utilizados, data da última tentativa, o tempo de abstinência, motivos de reinício e dificuldades sentidas)) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Avaliar o grau de dependência à nicotina (teste de Fagerström) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

| | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Avaliar a motivação para parar de fumar (teste de Richmond) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Avaliar o risco cardiovascular (SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation)) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Encorajar a diminuir o uso do tabaco | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Aconselhar sobre uso do tabaco | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Avaliar as razões que levam ao tabagismo | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Caraterizar o perfil do fumador (Porque acha que fuma?) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Dosar o monóxido de carbono no ar expirado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Encorajar a cessação tabágica | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Promover estratégias motivacionais | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Avaliar as resistências à cessação tabágica | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Informar sobre os malefícios do tabaco e os benefícios da cessação tabágica | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Informar sobre os riscos e recompensas potenciais associados à cessação tabágica | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Incentivar atividades que estimulem o bem-estar psicológico e estilos de vida saudáveis | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Propor meios para modificação do comportamento, técnicas de Coping e materiais de autoajuda | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Orientar para serviços de saúde (cessação tabágica) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Orientar para serviços de saúde (psicologia) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Requerer serviços de saúde (cessação tabágica) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Requerer serviços de saúde (psicologia) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

CONTRIBUTOS: Nos itens em que seleccionou a opção discordo totalmente, discordo ou nem concordo nem discordo, agradecemos o registo, nesta secção, da sua proposta de alteração.

5. PARA O ABUSO DO ÁLCOOL PRESENTE

| INTERVENÇÕES | NÍVEL DE CONCORDÂNCIA | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | DISCORDO | DISCORDO | NEM | CONCORDO | CONCORDO |
| | TOTALMENTE | | CONCORDO NEM DISCORDO | | TOTALMENTE |
| Monitorizar uso do álcool (quantidade (nº copos por semana), frequência e duração dos consumos) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Avaliar o risco do consumo de álcool (AUDIT) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Avaliar o grau de dependência do álcool (Critérios da CIDI) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Encorajar a suspensão do consumo de álcool | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Promover estratégias motivacionais | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Avaliar as resistências à abstinência | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Informar sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e os benefícios da abstinência | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Incentivar atividades que estimulem o bem-estar psicológico e estilos de vida saudáveis | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Orientar no sentido da redução ou da abstinência | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Estabelecer os objetivos em relação às bebidas e estabelecer um compromisso com a pessoa | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Rever os níveis de consumo com a pessoa | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Propor meios para modificação do comportamento, técnicas de Coping e materiais de autoajuda | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Propor um diário dos consumos | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Encorajar auto motivação e otimismo | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Orientar para serviços de saúde (consulta especializada) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Orientar para serviços de saúde (psicologia) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Requerer serviços de saúde (consulta especializada) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Requerer serviços de saúde (psicologia) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

CONTRIBUTOS: Nos itens em que selecionou a opção discordo totalmente, discordo ou nem concordo nem discordo, agradecemos o registo, nesta secção, da sua proposta de alteração.

6. PARA O PADRÃO DE EXERCÍCIO INADEQUADO

| INTERVENÇÕES | NÍVEL DE CONCORDÂNCIA | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | DISCORDO TOTALMENTE | DISCORDO | NEM CONCORDO NEM DISCORDO | CONCORDO | CONCORDO TOTALMENTE |
| Avaliar adesão a um padrão de exercício adequado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão a um padrão de exercício adequado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ensinar sobre comportamento de adesão a um padrão de exercício adequado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Incentivar comportamento de adesão a um padrão de exercício adequado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Avaliar IMC | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Reforçar adesão a um padrão de exercício adequado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Advogar adesão a um padrão de exercício adequado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Otimizar o padrão de exercício | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Assistir a pessoa a identificar razões da não adesão a um padrão de exercício adequado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Orientar para serviços de saúde (psicologia) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Requerer serviços de saúde (psicologia) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ensinar sobre padrão de exercício adequado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ensinar sobre a importância da adesão a um padrão de exercício adequado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Informar sobre os benefícios da adesão a um padrão de exercício adequado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Providenciar material educativo | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

| | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Avaliar a crença da família sobre exercício | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Encorajar expressão de crenças | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

CONTRIBUTOS: Nos itens em que seleccionou a opção discordo totalmente, discordo ou nem concordo nem discordo, agradecemos o registo, nesta secção, da sua proposta de alteração.

7. PARA O PADRÃO ALIMENTAR INADEQUADO

| INTERVENÇÕES | NÍVEL DE CONCORDÂNCIA | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | DISCORDO TOTALMENTE | DISCORDO | NEM CONCORDO NEM DISCORDO | CONCORDO | CONCORDO TOTALMENTE |
| Avaliar adesão a um padrão alimentar adequado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão a um padrão alimentar adequado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ensinar sobre comportamento de adesão a um padrão alimentar adequado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Incentivar comportamento de adesão a um padrão alimentar adequado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Avaliar IMC | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Reforçar adesão a um padrão alimentar adequado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Advogar adesão a um padrão alimentar adequado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Otimizar o padrão alimentar | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Assistir a pessoa a identificar razões da não adesão a um padrão alimentar adequado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Orientar para serviços de saúde (nutrição) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Requerer serviços de saúde (nutrição) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Avaliar conhecimento para promover comportamento de adesão a um padrão alimentar adequado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Avaliar potencial para melhorar o conhecimento sobre padrão alimentar adequado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

| | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Ensinar sobre padrão alimentar adequado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ensinar sobre a importância da adesão a um padrão alimentar adequado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Informar sobre os benefícios da adesão a um padrão alimentar adequado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Providenciar material educativo | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Avaliar a crença da família sobre alimentação | | | | | |
| Encorajar expressão de crenças | | | | | |

CONTRIBUTOS: Nos itens em que selecionou a opção discordo totalmente, discordo ou nem concordo nem discordo, agradecemos o registo, nesta secção, da sua proposta de alteração.

8. PARA O PADRÃO DE HIGIENE ORAL

| INTERVENÇÕES | NÍVEL DE CONCORDÂNCIA | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | DISCORDO TOTALMENTE | DISCORDO | NEM CONCORDO NEM DISCORDO | CONCORDO | CONCORDO TOTALMENTE |
| Avaliar a adesão a um padrão de higiene oral adequado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão a um padrão de higiene oral adequado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ensinar sobre comportamento de adesão a um padrão de higiene oral adequado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Incentivar comportamento de adesão a um padrão de higiene oral adequado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Reforçar adesão a um padrão de higiene oral adequado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Advogar adesão a um padrão de higiene oral adequado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Otimizar o padrão de higiene oral | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Assistir a pessoa a identificar razões da não adesão a um padrão de higiene oral adequado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

| | | | | | |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Orientar para serviços de saúde (saúde oral) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Requerer serviços de saúde (saúde oral) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Ensinar sobre padrão de higiene oral adequado | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Ensinar sobre a importância da adesão a um padrão de higiene oral adequado | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Informar sobre os benefícios da adesão a um padrão de higiene oral adequado | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Providenciar material educativo | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

CONTRIBUTOS: Nos itens em que selecionou a opção discordo totalmente, discordo ou nem concordo nem discordo, agradecemos o registo, nesta secção, da sua proposta de alteração.

9. PARA O COMPORTAMENTO DE PROCURA DE SAÚDE NÃO DEMONSTRADO – ANÁLISES

| INTERVENÇÕES | NÍVEL DE CONCORDÂNCIA | | | | |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| | DISCORDO TOTALMENTE | DISCORDO | NEM CONCORDO NEM DISCORDO | CONCORDO | CONCORDO TOTALMENTE |
| | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Avaliar a adesão às análises | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Promover a adesão às análises | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão às análises | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Ensinar sobre comportamento de adesão às análises | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Incentivar comportamento de adesão às análises | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Assistir a pessoa a identificar razões da não adesão às análises | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Advogar a adesão às análises | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Ensinar sobre a importância da adesão às análises para vigilância regular da saúde, conforme recomendado | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

Informar sobre a importância da adesão às análises para vigilância regular da saúde, conforme recomendado 1 2 3 4 5

CONTRIBUTOS: Nos itens em que selecionou a opção discordo totalmente, discordo ou nem concordo nem discordo, agradecemos o registo, nesta secção, da sua proposta de alteração.

10. PARA O COMPORTAMENTO DE PROCURA DE SAÚDE NÃO DEMONSTRADO – RASTREIO DA DOENÇA ONCOLÓGICA

NÍVEL DE CONCORDÂNCIA

| INTERVENÇÕES | NÍVEL DE CONCORDÂNCIA | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | DISCORDO TOTALMENTE | DISCORDO | NEM CONCORDO NEM DISCORDO | CONCORDO | CONCORDO TOTALMENTE |
| Avaliar a adesão aos vários rastreios da doença oncológica, conforme recomendado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão ao rastreio da doença oncológica | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ensinar sobre comportamento de adesão ao rastreio da doença oncológica | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Incentivar comportamento de adesão ao rastreio da doença oncológica | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Promover a adesão ao rastreio da doença oncológica, conforme recomendado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Assistir a pessoa a identificar razões da não adesão ao rastreio da doença oncológica | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Advogar a adesão ao rastreio da doença oncológica | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ensinar sobre o rastreio da doença oncológica | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Informar sobre o rastreio da doença oncológica | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Providenciar material educativo | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Avaliar a crença da família sobre rastreio da doença oncológica | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Encorajar expressão de crenças | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

CONTRIBUTOS: Nos itens em que selecionou a opção discordo totalmente, discordo ou nem concordo nem discordo, agradecemos o registo, nesta secção, da sua proposta de alteração.

11. PARA O COMPORTAMENTO DE PROCURA DE SAÚDE NÃO DEMONSTRADO - CONSULTAS MÉDICAS E/OU DE ENFERMAGEM

| INTERVENÇÕES | NÍVEL DE CONCORDÂNCIA | | | | |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| | DISCORDO TOTALMENTE | DISCORDO | NEM CONCORDO NEM DISCORDO | CONCORDO | CONCORDO TOTALMENTE |
| Avaliar a adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Promover a adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Ensinar sobre comportamento de adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Incentivar comportamento de adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Assistir a pessoa a identificar razões da não adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Advogar a adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Ensinar sobre a importância da adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem para vigilância da saúde, conforme recomendado | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Informar sobre a importância da adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem para vigilância da saúde, conforme recomendado | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Avaliar a crença da família sobre consultas médicas e/ou de enfermagem | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Encorajar expressão de crenças | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

CONTRIBUTOS: Nos itens em que selecionou a opção discordo totalmente, discordo ou nem concordo nem discordo, agradecemos o registo, nesta secção, da sua proposta de alteração.



12. PARA O REGIME DE IMUNIZAÇÃO COMPROMETIDO

| INTERVENÇÕES | NÍVEL DE CONCORDÂNCIA | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | DISCORDO TOTALMENTE | DISCORDO | NEM CONCORDO NEM DISCORDO | CONCORDO | CONCORDO TOTALMENTE |
| Avaliar adesão ao regime de imunização | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão ao regime de imunização | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ensinar sobre comportamento de adesão ao regime de imunização | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Incentivar comportamento de adesão ao regime de imunização | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ensinar sobre complicações da não adesão ao regime de imunização | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ensinar sobre resposta/reação à vacina | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ensinar sobre sistema imunitária (resposta imunitária) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Incentivar tomada de decisão | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Planejar vacinação | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Administrar vacina | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Vigiar resposta/reação à vacina | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Promover a adesão ao regime de imunização | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Assistir a pessoa a identificar razões da não adesão ao regime de imunização | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Advogar regime de imunização | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Orientar para serviço de saúde (saúde pública) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Avaliar conhecimento sobre regime de imunização | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Avaliar conhecimento do pai/mãe sobre regime de imunização | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

| | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre regime de imunização | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Avaliar potencial para melhorar o conhecimento sobre regime de imunização | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Informar sobre esquema vacinal recomendado pelo PNV | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Informar sobre potenciais reações e os cuidados a ter com as vacinas | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ensinar sobre esquema vacinal recomendado pelo PNV | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ensinar sobre potenciais reações e os cuidados a ter com as vacinas | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Providenciar material educativo | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Avaliar a crença da família sobre regime de imunização | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Encorajar expressão de crenças | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

CONTRIBUTOS: Nos itens em que seleccionou a opção discordo totalmente, discordo ou nem concordo nem discordo, agradecemos o registo, nesta secção, da sua proposta de alteração.

13. PARA O REGIME MEDICAMENTOSO COMPROMETIDO

| INTERVENÇÕES | NÍVEL DE CONCORDÂNCIA | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | DISCORDO TOTALMENTE | DISCORDO | NEM CONCORDO NEM DISCORDO | CONCORDO | CONCORDO TOTALMENTE |
| Avaliar a adesão ao regime medicamentoso | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Promover a adesão ao regime medicamentoso | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão ao regime medicamentoso | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ensinar sobre comportamento de adesão ao regime medicamentoso | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Incentivar comportamento de adesão ao regime medicamentoso | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

| | | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Otimizar o regime medicamentoso | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Assistir a pessoa a identificar razões da não adesão ao regime medicamentoso | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ensinar sobre regime medicamentoso | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ensinar sobre gestão do regime medicamentoso | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ensinar sobre a importância da gestão do regime medicamentoso | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Informar sobre regime medicamentoso | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Informar sobre gestão do regime medicamentoso | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Informar sobre a importância da gestão do regime medicamentoso | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Providenciar material educativo | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Avaliar a crença da família sobre regime medicamentoso | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Encorajar expressão de crenças | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

CONTRIBUTOS: Nos itens em que seleccionou a opção discordo totalmente, discordo ou nem concordo nem discordo, agradecemos o registo, nesta secção, da sua proposta de alteração.

14. PARA A ATITUDE FACE AO ESTADO DE SAÚDE COMPROMETIDA

| INTERVENÇÕES | NÍVEL DE CONCORDÂNCIA | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | DISCORDO TOTALMENTE | DISCORDO | NEM CONCORDO NEM DISCORDO | CONCORDO | CONCORDO TOTALMENTE |
| Avaliar a auto percepção do estado de saúde | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Vigiar outros indicadores de saúde (funcionamento familiar, status psicológico, risco cardiovascular, literacia em saúde, etc) se auto percepção de saúde fraca ou razoável | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

CONTRIBUTOS: Nos itens em que seleccionou a opção discordo totalmente, discordo ou nem concordo nem discordo, agradecemos o registo, nesta secção, da sua proposta de alteração.

15. PARA O STATUS PSICOLÓGICO NEGATIVO

| INTERVENÇÕES | NÍVEL DE CONCORDÂNCIA | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | DISCORDO TOTALMENTE | DISCORDO | NEM CONCORDO NEM DISCORDO | CONCORDO | CONCORDO TOTALMENTE |
| Avaliar o status psicológico | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Apoiar o status psicológico | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Encorajar afirmações positivas | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Orientar para uso de técnicas de relaxamento | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Executar técnica de relaxamento | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ensinar técnica de relaxamento | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Planear técnica de relaxamento | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Demonstrar técnicas de relaxamento e gestão do stresse | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Orientar para serviços de saúde (psicologia e/ou psiquiatria) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Requerer serviços de saúde (psicologia e/ou psiquiatria) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Providenciar material educativo | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

CONTRIBUTOS: Nos itens em que seleccionou a opção discordo totalmente, discordo ou nem concordo nem discordo, agradecemos o registo, nesta secção, da sua proposta de alteração.

16. PARA O SONO COMPROMETIDO

| INTERVENÇÕES | NÍVEL DE CONCORDÂNCIA | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | DISCORDO TOTALMENTE | DISCORDO | NEM CONCORDO NEM DISCORDO | CONCORDO | CONCORDO TOTALMENTE |
| Avaliar a qualidade do sono (Índice de qualidade do sono de Pittsburgh) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Avaliar os hábitos de sono | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Avaliar conhecimento para promover o sono | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ensinar sobre medidas para uma boa higiene do sono | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Informar sobre medidas para uma boa higiene do sono | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ensinar sobre autocuidado: comportamento de sono-reposo | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Incentivar eliminação urinária antes do sono | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ensinar sobre a importância do sono como um dos pilares para uma vida saudável | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Informar sobre a importância do sono como um dos pilares para uma vida saudável | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Executar técnica de relaxamento | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Orientar para uso de técnicas de relaxamento | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Planear o sono | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Planear técnica de relaxamento | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Orientar para serviço de saúde (consulta especializada) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Requerer serviços de saúde (consulta especializada) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Providenciar material educativo | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

CONTRIBUTOS: Nos itens em que selecionou a opção discordo totalmente, discordo ou nem concordo nem discordo, agradecemos o registo, nesta secção, da sua proposta de alteração.

**17. PARA O COMPORTAMENTO DE PROCURA DE SAÚDE NÃO
DEMONSTRADO - CONSULTAS DE SAÚDE ORAL**

| INTERVENÇÕES | NÍVEL DE CONCORDÂNCIA | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | DISCORDO TOTALMENTE | DISCORDO | NEM CONCORDO NEM DISCORDO | CONCORDO | CONCORDO TOTALMENTE |
| Avaliar a adesão às consultas de saúde oral | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Promover a adesão às consultas de saúde oral | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão às consultas de saúde oral | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ensinar sobre comportamento de adesão às consultas de saúde oral | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Incentivar comportamento de adesão às consultas de saúde oral | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Assistir a pessoa a identificar razões da não adesão às consultas de saúde oral | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Advogar a adesão às consultas de saúde oral | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ensinar sobre a importância da adesão às consultas de saúde oral, conforme recomendado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Informar sobre a importância da adesão às consultas de saúde oral, conforme recomendado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Avaliar a crença da família sobre consultas saúde oral | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Encorajar expressão de crenças | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

CONTRIBUTOS: Nos itens em que selecionou a opção discordo totalmente, discordo ou nem concordo nem discordo, agradecemos o registo, nesta secção, da sua proposta de alteração.

**APÊNDICE IV – QUESTIONÁRIO DA RONDA 2 DO
PAINEL DELPHI**

Painel Delphi: Matriz de Apoio à Tomada de Decisão Clínica em Enfermagem de Saúde Familiar

INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Exmo./a Senhor(a) Enfermeiro(a):

No seguimento da análise das respostas ao questionário 1, submetemos o questionário 2. À semelhança do questionário anterior, deve indicar o seu grau de concordância na escala Likert apresentada (discordo totalmente, discordo, nem concordo nem discordo, concordo, concordo totalmente). Relembramos que todos os dados pessoais e a informação recolhida são confidenciais e serão apenas utilizados de acordo com os objetivos do estudo e não serão identificados em nenhuma publicação dos resultados. O fundamento jurídico para o tratamento de dados é o consentimento do titular de dados, pelo que, se optar por participar neste estudo e decidir interromper o preenchimento do questionário, poderá fazê-lo a qualquer altura e sem qualquer consequência. Apenas terá acesso aos dados pessoais a investigadora principal do estudo. A investigadora principal será a responsável pelo tratamento dos dados pessoais e respetivo meio de contacto. Os dados pessoais serão conservados apenas durante o período necessário à realização do estudo e não serão transferidos para um país terceiro. Não estão previstos prejuízos para os participantes. O preenchimento do questionário tem uma duração média de 5 minutos. É compromisso desta investigadora manter os (as) participantes informados (as), caso pretendam, sobre o desenvolvimento da investigação e, no final de sua realização, de lhes comunicar os resultados e partilhar os documentos produzidos ao longo da mesma. Sempre que desejar qualquer esclarecimento, dúvida ou informação terá à disposição os contatos da investigadora principal: Telefone – 925753929 e E-mail – inalexandra@gmail.com.

Depois de ler o texto introdutório, considero-me informado/a e aceito participar neste estudo, respondendo a este questionário.

Sim

PARTE I – CARATERIZAÇÃO SOCIOPROFISSIONAL

Nesta parte do questionário pretende-se obter uma caracterização socioprofissional dos respondentes, pelo que pedimos que responda às questões apresentadas da forma que considerar adequada.

1. **IDADE:** _____ anos

2. **SEXO:** Feminino ₁ Masculino ₂

3. **UNIDADE TERRITORIAL DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL:**

- Norte ₁
- Centro ₂
- Área Metropolitana de Lisboa ₃
- Alentejo ₄
- Algarve ₅
- Região Autónoma dos Açores ₆
- Região Autónoma da Madeira ₇

4. **LOCAL DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL:**

- UCSP ₁
- USF ₂
- Instituição de Ensino ₃

5. **QUANTOS ANOS TEM DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS /ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR?** _____

6. TEM ESPECIALIDADE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR? Sim ₁ Não ₂

7. POSSUI A PÓS-GRADUAÇÃO E/OU MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR? Sim ₁ Não ₂

8. REALIZA INVESTIGAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE FAMILIAR? Sim ₁ Não ₂

9. TEM O DOUTORAMENTO EM ENFERMAGEM OU O DOUTORAMENTO EM CURSO COM MESTRADO INCLUÍDO? Sim ₁ Não ₂

PARTE II - CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

Relativamente aos Critérios Diagnósticos para tomar decisão clínica sobre os Focos de Enfermagem indicados, indique o seu grau de concordância, utilizando uma escala Likert, com 5 opções: Discordo Totalmente; Discordo; Nem concordo nem discordo; Concordo e Concordo Totalmente, correspondendo às opções os scores de 1 a 5, respetivamente.

1. PROCESSO DOS SISTEMA REGULADOR COMPROMETIDO se

| | NÍVEL DE CONCORDÂNCIA | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| | DISCORDO TOTALMENTE | DISCORDO | NEM CONCORDO NEM DISCORDO | CONCORDO | CONCORDO TOTALMENTE |
| Diabetes presente | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Risco de diabetes presente | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Hiperglicemia presente | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Diabetes e/ou hiperglicemia presente | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

CONTRIBUTOS: Nos itens em que selecionou a opção discordo totalmente, discordo ou nem concordo nem discordo, agradecemos o registo, nesta secção, da sua proposta de alteração.

2. COMPORTAMENTO DE PROCURA DE SAÚDE (ANÁLISES) COMPROMETIDO se

| | NÍVEL DE CONCORDÂNCIA | | | | |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| | DISCORDO TOTALMENTE | DISCORDO | NEM CONCORDO NEM DISCORDO | CONCORDO | CONCORDO TOTALMENTE |
| | Adesão às análises não demonstrada | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| Conhecimento sobre a importância de adesão às análises não demonstrado | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Adesão às análises não demonstrado e/ou Conhecimento sobre a importância de adesão às análises não demonstrado | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

CONTRIBUTOS: Nos itens em que selecionou a opção discordo totalmente, discordo ou nem concordo nem discordo, agradecemos o registo, nesta secção, da sua proposta de alteração.

3. STATUS PSICOLÓGICO NEGATIVO se

| | NÍVEL DE CONCORDÂNCIA | | | | |
|---|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| | DISCORDO TOTALMENTE | DISCORDO | NEM CONCORDO NEM DISCORDO | CONCORDO | CONCORDO TOTALMENTE |
| | Valores baixos na subescala Distresse Psicológico (24 - 142 pontos), do Inventário de Saúde Mental. | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| Valores baixos na subescala Bem-estar Psicológico (4 - 84 pontos), do Inventário de Saúde Mental. | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Valores baixos nas subescalas Distresse Psicológico (24 - 142 pontos) e/ou de Bem-estar Psicológico (4 - 84 pontos), do Inventário de Saúde Mental. | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

CONTRIBUTOS: Nos itens em que seleccionou a opção discordo totalmente, discordo ou nem concordo nem discordo, agradecemos o registo, nesta secção, da sua proposta de alteração.

| |
|--|
| |
|--|

**APÊNDICE V– MATRIZ DE APOIO À TOMADA DE
DECISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
FAMILIAR**

MATRIZ DE APOIO À TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| FOCO | Rendimento Familiar | | | |
| JUÍZO | Não insuficiente / Insuficiente | | | |
| CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO | Rendimento familiar insuficiente se notação social (Escala de Graffard) se situar no grau 4 ou 5 e/ou Conhecimento e capacidade de gestão do rendimento familiar não demonstrado | | | |
| DIMENSÕES | DADOS DE CARATERIZAÇÃO | DIAGNÓSTICO | CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO | INTERVENÇÕES SUGERIDAS |
| Conhecimento e capacidade de gestão do rendimento familiar | Avaliação do conhecimento e capacidade de gestão do rendimento familiar | Conhecimento e capacidade de gestão do rendimento familiar demonstrado Conhecimento e capacidade de gestão do rendimento familiar não demonstrado | Conhecimento e capacidade de gestão do rendimento familiar não demonstrado se não conhecer o necessário ou não for capaz de garantir a gestão do rendimento familiar de acordo com as despesas familiares | Ensinar sobre gestão do rendimento familiar Informar sobre gestão do rendimento familiar Promover a gestão do rendimento familiar Orientar para serviços sociais Requerer serviços sociais |

| | | | | |
|---------------------------------|--|--|---|--|
| FOCO | Processo Familiar | | | |
| JUÍZO | Não comprometido / Comprometido | | | |
| CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO | Processo familiar comprometido se relação dinâmica disfuncional | | | |
| DIMENSÕES | DADOS DE CARATERIZAÇÃO | DIAGNÓSTICO | CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO | INTERVENÇÕES SUGERIDAS |
| Relação dinâmica | Avaliação da coesão e adaptabilidade da família: FACES IV Avaliação da funcionalidade da família - percepção dos membros APGAR Familiar de Smilkstein | Relação dinâmica não disfuncional Relação dinâmica disfuncional | Relação Dinâmica disfuncional se família desmembrada ou emaranhada (coesão); rígida ou muito flexível (adaptabilidade) - tipo de família muito equilibrada ou extrema e/ou APGAR Familiar de pelo menos um dos membros <3 (família com disfunção/scentuada) | Avaliar funcionamento familiar Negociar o processo familiar Otimizar o processo familiar Apoiar a família na identificação de estratégias de coping eficazes Incentivar o apoio/suporte da família Incentivar o envolvimento da família Facilitar capacidade para comunicar sentimentos Identificar obstáculos à comunicação Otimizar comunicação Promover o envolvimento da família Otimizar o padrão de ligação Referenciar para terapia familiar |

| | | | | |
|---------------------------------|---|---|--|--|
| FOCO | Pressão | | | |
| JUÍZO | Não elevada / Elevada | | | |
| CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO | Pressão elevada se pressão sanguínea elevada e/ou se Conhecimento sobre a importância da manutenção de uma pressão não elevada não demonstrado. | | | |
| DIMENSÕES | DADOS DE CARATERIZAÇÃO | DIAGNÓSTICO | CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO | INTERVENÇÕES SUGERIDAS |
| Pressão Sanguínea | Avaliação da pressão sanguínea (TAS e TAD) Avaliação do risco cardiovascular | Pressão sanguínea não elevada Pressão sanguínea elevada em grau reduzido Pressão sanguínea elevada em grau moderado Pressão sanguínea elevada em grau elevado Pressão sanguínea elevada em grau muito elevado | Pressão sanguínea elevada em grau reduzido se PAS 130-139 e/ou PAD 85-89 Pressão sanguínea elevada em grau moderado se PAS 140-159 e/ou PAD 90-99 Pressão sanguínea elevada em grau elevado se PAS 160-179 e/ou PAD 100-109 Pressão sanguínea elevada em grau muito elevado se PAS ≥180 e/ou PAD ≥110 | Monitorizar pressão sanguínea Monitorizar IMC Monitorizar uso do tabaco Monitorizar uso do álcool Monitorizar glicemia Avaliar risco de diabetes tipo 2 Avaliar risco cardiovascular (SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation)) Avaliar adesão ao regime terapêutico Avaliar conhecimentos sobre prevenção de hipertensão Avaliar gestão do regime terapêutico Avaliar adesão ao regime terapêutico Motivar para adesão a uma monitorização regular da pressão sanguínea Assistir a pessoa a identificar razões da não adesão a uma monitorização regular da pressão sanguínea Informar sobre o regime terapêutico (nutricional, exercício físico ou medicamentosos) Ensinar sobre o regime terapêutico (nutricional, exercício físico ou medicamentosos) Orientar para serviços de saúde (consulta de risco cardiovascular) Requerer serviços de saúde (consulta risco cardiovascular) |
| Conhecimento | Avaliação do conhecimento sobre a importância da manutenção da pressão não elevada | Conhecimento sobre a importância da manutenção de uma pressão não elevada demonstrado Conhecimento sobre a importância da manutenção de uma pressão não elevada não demonstrado | Conhecimento não demonstrado se não conhecer a importância da manutenção de uma pressão não elevada | Ensinar sobre valores normais da pressão sanguínea Assistir a pessoa a identificar razões da não adesão a uma monitorização regular da pressão sanguínea Informar sobre o regime terapêutico (nutricional, exercício físico ou medicamentosos) Providenciar material educativo |

| | | | | |
|---------------------------------|---|---|---|---|
| FOCO | Processo do sistema regulador | | | |
| JUÍZO | Não Comprometido / Comprometido | | | |
| CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO | Processo do sistema regulador comprometido se diabetes presente e/ou risco de diabetes presente e/ou hiperglicémia presente | | | |
| DIMENSÕES | DADOS DE CARATERIZAÇÃO | DIAGNÓSTICO | CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO | INTERVENÇÕES SUGERIDAS |
| Diabetes | Avaliação da glicémia Avaliação do risco cardiovascular | Diabetes presente Diabetes ausente | Diabetes presente se: Glicémia de jejum ≥ 126 mg/dl (ou ≥ 7,0 mmol/l); ou Sintomas clássicos + glicémia ocasional ≥ 200 mg/dl (ou ≥ 11,1 mmol/l); ou Glicémia ≥ 200 mg/dl (ou ≥ 11,1 mmol/l) às 2 horas, na prova de tolerância à glicose oral (PTGO) com 75g de glicose; ou Hemoglobina glicada A1c (HbA1c) ≥ 6,5% | Monitorizar a glicémia, em jejum Avaliar a presença de sintomas clássicos de diabetes Monitorizar glicémia ocasionalmente Monitorizar hemoglobina glicada Monitorizar perímetro abdominal Monitorizar pressão arterial Monitorizar glicémia às 2 horas, na prova de tolerância à glicose oral Avaliar o risco de diabetes tipo 2 (Ficha de avaliação do risco de diabetes tipo 2 - PNP/CD) Avaliar o risco cardiovascular (SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation)) Monitorizar o IMC Avaliar conhecimento sobre auto-vigilância da glicémia capilar Avaliar conhecimento sobre auto-vigilância dos pés Avaliar conhecimento sobre auto-vigilância da pressão sanguínea Motivar para autovigilância da glicémia Avaliar visão Avaliar risco de úlcera do pé diabético Avaliar as resistências à adesão a uma monitorização regular da glicémia Avaliar gestão do regime terapêutico Informar sobre o regime terapêutico (nutricional, exercício físico ou medicamentosos) Ensinar sobre o regime terapêutico (nutricional, exercício físico ou medicamentosos) Orientar para serviços de saúde (consulta de especialidade) Requerer serviços de saúde (consulta de especialidade) Requerer serviços de saúde (consulta de nutrição) |
| Hiperglicémia | Avaliação da glicémia | Hiperglicémia presente Hiperglicémia ausente | Diabetes presente se: Anomalia da Glicémia de Jejum (AGJ): glicémia de jejum ≥ 110 e < 126 mg/dl (ou ≥ 6,1 e < 7,0 mmol/l) Tolerância Diminuída à Glicose (TDG): glicémia às 2 horas na PTGO ≥ 140 e < 200 mg/dl (ou ≥ 7,8 e < 11,1 mmol/l) | Monitorizar a glicémia, em jejum Avaliar a presença de sintomas clássicos de diabetes Monitorizar glicémia às 2 horas, na prova de tolerância à glicose oral Motivar para adesão à monitorização regular da glicémia Assistir a pessoa a identificar razões da não adesão a uma monitorização regular da glicémia Informar sobre o regime terapêutico (nutricional, exercício físico ou medicamentosos) Ensinar sobre o regime terapêutico (nutricional, exercício físico ou medicamentosos) Orientar para serviços de saúde (consulta de especialidade) Requerer serviços de saúde (consulta de nutrição) Requerer serviços de saúde (consulta de especialidade) Requerer serviços de saúde (consulta de nutrição) |

| FOCO | Autogestão da doença | | | |
|--------------------------|---|--|--|--|
| JUIZO | Não comprometida / Comprometida | | | |
| CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO | Autogestão da doença comprometida se Adesão ao regime terapêutico não demonstrada e/ou Conhecimento sobre regime terapêutico não demonstrado e/ou se Crença sobre regime terapêutico comprometida | | | |
| DIMENSÕES | DADOS DE CARATERIZAÇÃO | DIAGNÓSTICO | CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO | INTERVENÇÕES SUGERIDAS |
| Adesão | Avaliação da adesão ao regime terapêutico (comportamentos relacionados com os vários domínios do regime terapêutico) | Adesão ao regime terapêutico demonstrada Adesão ao regime terapêutico não demonstrada | Adesão ao regime terapêutico não demonstrada se comportamentos de adesão a um ou mais domínios do regime terapêutico não demonstrados | Avaliar adesão aos vários domínios do regime terapêutico Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão ao regime terapêutico Ensinar sobre comportamento de adesão ao regime terapêutico Ensinar sobre complicações da não adesão ao regime terapêutico Incentivar adesão ao regime terapêutico Negociar adesão ao regime terapêutico Supervisionar a auto-administração de medicamentos Promover a adesão ao regime terapêutico Otimizar o regime terapêutico Assistir a pessoa a identificar razões da não adesão ao regime terapêutico Orientar para serviços de saúde Requerer serviços de saúde |
| Conhecimento | Avaliação do conhecimento sobre regime terapêutico | Conhecimento sobre regime terapêutico demonstrado Conhecimento sobre regime terapêutico não demonstrado | Conhecimento não demonstrado se não conhecer o necessário para garantir a gestão de um ou mais domínios do regime terapêutico adequados à sua doença | Ensinar sobre domínios do regime terapêutico Ensinar sobre gestão dos domínios do regime terapêutico Ensinar sobre a importância da gestão dos domínios do regime terapêutico Informar sobre domínios do regime terapêutico Informar sobre gestão dos domínios do regime terapêutico Informar sobre a importância da gestão dos domínios do regime terapêutico Providenciar material educativo |
| Crença | Avaliação da crença sobre o regime terapêutico | Crença sobre regime terapêutico não comprometida Crença sobre regime terapêutico comprometida | Crença comprometida se demonstrar atitude negativa à adesão ao regime terapêutico | Avaliar a crença da família sobre regime terapêutico Encorajar expressão de crenças |

| FOCO | Abuso do tabaco | | | |
|--|--|---|--|--|
| JUIZO | Presente / Ausente | | | |
| CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO | Abuso do tabaco presente se score do teste de Fagerström igual ou superior a 2 | | | |
| DADOS DE CARATERIZAÇÃO | DIAGNÓSTICOS | DIAGNÓSTICOS | DIAGNÓSTICOS | INTERVENÇÕES SUGERIDAS |
| Avaliação do abuso do tabaco Avaliação do grau de dependência à nicotina Avaliação da motivação para parar de fumar Avaliação do risco cardiovascular | Abuso do tabaco ausente Abuso do tabaco presente | Abuso do tabaco ausente Abuso do tabaco presente | Monitorizar abuso do tabaco (início do consumo, o tipo de tabaco consumido, o número de cigarros/dia, a carga tabágica, as tentativas anteriores para deixar de fumar (métodos utilizados, data da última tentativa, o tempo de abstinência, motivos de reinício e dificuldades sentidas)) Avaliar o grau de dependência à nicotina (teste de Fagerström) Avaliar a motivação para parar de fumar (teste de Richmond) Avaliar o risco cardiovascular (SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation)) Encorajar a diminuir o abuso do tabaco Aconselhar sobre abuso do tabaco Avaliar as razões que levam ao tabagismo Caracterizar o perfil do fumador (Porque acha que fuma?) Dosear o monóxido de carbono no ar expirado Encorajar a cessação tabágica Promover estratégias motivacionais Avaliar as resistências à cessação tabágica Informar sobre os malefícios do tabaco e os benefícios da cessação tabágica Informar sobre os riscos e recompensas potenciais associados à cessação tabágica Incentivar atividades que estimulem o bem-estar psicológico e estilos de vida saudáveis Propor meios para modificação do comportamento, técnicas de coping e materiais de auto ajuda Orientar para serviços de saúde (cessação tabágica) Orientar para serviços de saúde (psicologia) Requerer serviços de saúde (cessação tabágica) Requerer serviços de saúde (psicologia) | Monitorizar abuso do tabaco (início do consumo, o tipo de tabaco consumido, o número de cigarros/dia, a carga tabágica, as tentativas anteriores para deixar de fumar (métodos utilizados, data da última tentativa, o tempo de abstinência, motivos de reinício e dificuldades sentidas)) Avaliar o grau de dependência à nicotina (teste de Fagerström) Avaliar a motivação para parar de fumar (teste de Richmond) Avaliar o risco cardiovascular (SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation)) Encorajar a diminuir o abuso do tabaco Aconselhar sobre abuso do tabaco Avaliar as razões que levam ao tabagismo Caracterizar o perfil do fumador (Porque acha que fuma?) Dosear o monóxido de carbono no ar expirado Encorajar a cessação tabágica Promover estratégias motivacionais Avaliar as resistências à cessação tabágica Informar sobre os malefícios do tabaco e os benefícios da cessação tabágica Informar sobre os riscos e recompensas potenciais associados à cessação tabágica Incentivar atividades que estimulem o bem-estar psicológico e estilos de vida saudáveis Propor meios para modificação do comportamento, técnicas de coping e materiais de auto ajuda Orientar para serviços de saúde (cessação tabágica) Orientar para serviços de saúde (psicologia) Requerer serviços de saúde (cessação tabágica) Requerer serviços de saúde (psicologia) |

| FOCO | Abuso do álcool | | | |
|--|--|---|--|--|
| JUIZO | Presente / Ausente | | | |
| CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO | Abuso do álcool presente se score do AUDIT igual ou superior a 1 | | | |
| DADOS DE CARATERIZAÇÃO | DIAGNÓSTICOS | DIAGNÓSTICOS | DIAGNÓSTICOS | INTERVENÇÕES SUGERIDAS |
| Avaliação do risco de consumo de álcool Avaliação do grau de dependência do álcool Avaliação da motivação para a redução do consumo ou abstinência | Abuso do álcool ausente Abuso do álcool presente | Abuso do álcool ausente Abuso do álcool presente | Monitorizar abuso do álcool (quantidade (nº copos por semana), frequência e duração dos consumos) Avaliar o risco de consumo de álcool (AUDIT) Avaliar o grau de dependência do álcool (Critérios da CID) Encorajar a suspensão do abuso de álcool Promover estratégias motivacionais Avaliar as resistências à abstinência Informar sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e os benefícios da abstinência Incentivar atividades que estimulem o bem-estar psicológico e estilos de vida saudáveis Orientar no sentido da redução ou da abstinência Estabelecer os objetivos em relação às bebidas e estabelecer um compromisso com a pessoa Rever os níveis de consumo com a pessoa Propor meios para modificação do comportamento, técnicas de coping e materiais de auto ajuda Propor um diário dos consumos Encorajar auto motivação e otimismo Orientar para serviços de saúde (consulta especializada) Orientar para serviços de saúde (psicologia) Requerer serviços de saúde (consulta especializada) Requerer serviços de saúde (psicologia) | Monitorizar abuso do álcool (quantidade (nº copos por semana), frequência e duração dos consumos) Avaliar o risco de consumo de álcool (AUDIT) Avaliar o grau de dependência do álcool (Critérios da CID) Encorajar a suspensão do abuso de álcool Promover estratégias motivacionais Avaliar as resistências à abstinência Informar sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e os benefícios da abstinência Incentivar atividades que estimulem o bem-estar psicológico e estilos de vida saudáveis Orientar no sentido da redução ou da abstinência Estabelecer os objetivos em relação às bebidas e estabelecer um compromisso com a pessoa Rever os níveis de consumo com a pessoa Propor meios para modificação do comportamento, técnicas de coping e materiais de auto ajuda Propor um diário dos consumos Encorajar auto motivação e otimismo Orientar para serviços de saúde (consulta especializada) Orientar para serviços de saúde (psicologia) Requerer serviços de saúde (consulta especializada) Requerer serviços de saúde (psicologia) |

| FOCO | Padrão de exercício | | | |
|--------------------------|--|--|---|--|
| JUIZO | Adequado / Não adequado | | | |
| CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO | Padrão de Exercício não adequado se Adesão a um padrão de exercício adequado não demonstrada e/ou Conhecimento sobre a importância da adesão a um padrão de exercício adequado não demonstrado e/ou se Crença sobre exercício comprometida | | | |
| DIMENSÕES | DADOS DE CARATERIZAÇÃO | DIAGNÓSTICO | CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO | INTERVENÇÕES SUGERIDAS |
| Adesão | Avaliação da adesão a um padrão de exercício adequado Avaliação do IMC | Adesão a um padrão de exercício adequado demonstrada Adesão a um padrão de exercício adequado não demonstrada | Adesão não demonstrada se não cumprir o recomendado para um padrão de exercício adequado | Avaliar adesão a um padrão de exercício adequado Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão a um padrão de exercício adequado Ensinar sobre comportamento de adesão a um padrão de exercício adequado Incentivar comportamento de adesão a um padrão de exercício adequado Avaliar IMC Reforçar adesão a um padrão de exercício adequado Advogar adesão a um padrão de exercício adequado Otimizar o padrão de exercício Assistir a pessoa a identificar razões da não adesão a um padrão de exercício adequado Orientar para serviços de saúde (psicologia) Requerer serviços de saúde (psicologia) |
| Conhecimento | Avaliação do conhecimento sobre padrão de exercício adequado | Conhecimento sobre padrão de exercício adequado demonstrado Conhecimento sobre padrão de exercício adequado não demonstrado | Conhecimento não demonstrado se não conhecer o padrão de exercício adequado | Ensinar sobre padrão de exercício adequado Ensinar sobre a importância da adesão a um padrão de exercício adequado Informar sobre os benefícios da adesão a um padrão de exercício adequado Providenciar material educativo |
| Crença | Avaliação da crença sobre exercício | Crença sobre exercício não comprometida Crença sobre exercício comprometida | Crença comprometida se demonstrar atitude negativa à adesão a um padrão de exercício adequado | Avaliar a crença da família sobre exercício Encorajar expressão de crenças |

| FOCO | Padrão Alimentar | | | |
|--------------------------|---|--|--|--|
| JUIZO | Adequado / Não adequado | | | |
| CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO | Padrão Alimentar não adequado se Adesão a um padrão alimentar adequado não demonstrada e/ou se Conhecimento sobre padrão alimentar adequado não demonstrado e/ou se Crença sobre alimentação comprometida | | | |
| DIMENSÕES | DADOS DE CARATERIZAÇÃO | DIAGNÓSTICO | CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO | INTERVENÇÕES SUGERIDAS |
| Adesão | Avaliação da adesão a um padrão alimentar adequado Avaliação do IMC | Adesão a um padrão alimentar adequado demonstrada Adesão a um padrão alimentar adequado não demonstrada | Adesão não demonstrada se: IMC superior ao recomendado e/ou se Não cumprir o recomendado para um padrão alimentar adequado | Avaliar adesão a um padrão alimentar adequado Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão a um padrão alimentar adequado Ensinar sobre comportamento de adesão a um padrão alimentar adequado Incentivar comportamento de adesão a um padrão alimentar adequado Avaliar IMC Reforçar adesão a um padrão alimentar adequado Advogar adesão a um padrão alimentar adequado Otimizar o padrão alimentar Assistir a pessoa a identificar razões da não adesão a um padrão alimentar adequado Orientar para serviços de saúde (nutrição) Requerer serviços de saúde (nutrição) |
| Conhecimento | Avaliação do conhecimento sobre padrão alimentar adequado | Conhecimento sobre padrão alimentar adequado demonstrado Conhecimento sobre padrão alimentar adequado não demonstrado | Conhecimento não demonstrado se não conhecer o padrão alimentar adequado | Avaliar conhecimento para promover comportamento de adesão a um padrão alimentar adequado Avaliar potencial para melhorar o conhecimento sobre padrão alimentar adequado Ensinar sobre padrão alimentar adequado Ensinar sobre a importância da adesão a um padrão alimentar adequado Informar sobre os benefícios da adesão a um padrão alimentar adequado Providenciar material educativo |
| Crença | Avaliação da crença sobre alimentação | Crença sobre alimentação não comprometida Crença sobre alimentação comprometida | Crença comprometida se demonstrar atitude negativa à adesão a um padrão alimentar adequado | Avaliar a crença da família sobre alimentação Encorajar expressão de crenças |

| | | | | |
|---------------------------------|--|--|--|---|
| FOCO | Padrão de higiene oral | | | |
| JUIZO | Adequado / Não adequado | | | |
| CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO | Padrão de higiene oral não adequado se Adesão a um padrão de higiene oral adequado não demonstrada e/ou Conhecimento sobre padrão de higiene oral adequado não demonstrado | | | |
| DIMENSÕES | DADOS DE CARACTERIZAÇÃO | DIAGNÓSTICO | CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO | INTERVENÇÕES SUGERIDAS |
| Adesão | Avaliação da adesão a um padrão de higiene oral adequado | Adesão a um padrão de higiene oral adequado demonstrada Adesão a um padrão de higiene oral adequado não demonstrada | Adesão não demonstrada se não cumprir o recomendado para um padrão de higiene oral adequado. | Avaliar a adesão a um padrão de higiene oral adequado Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão a um padrão de higiene oral adequado Ensinar sobre comportamento de adesão a um padrão de higiene oral adequado Incentivar comportamento de adesão a um padrão de higiene oral adequado Reforçar adesão a um padrão de higiene oral adequado Advogar adesão a um padrão de higiene oral adequado Otimizar o padrão de higiene oral Assistir a pessoa a identificar razões da não adesão a um padrão de higiene oral adequado Orientar para serviços de saúde (saúde oral) Requerer serviços de saúde (saúde oral) |
| Conhecimento | Avaliação do conhecimento sobre padrão de higiene oral adequado | Conhecimento sobre padrão de higiene oral adequado demonstrado Conhecimento sobre padrão de higiene oral adequado não demonstrado | Conhecimento não demonstrado se não conhecer o padrão de higiene oral adequado | Ensinar sobre padrão de higiene oral adequado Ensinar sobre a importância da adesão a um padrão de higiene oral adequado Informar sobre os benefícios da adesão a um padrão de higiene oral adequado Providenciar material educativo |

| | | | | |
|---------------------------------|--|--|---|---|
| FOCO | Comportamento de procura da saúde (análises) | | | |
| JUIZO | Não comprometido / Comprometido | | | |
| CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO | Comportamento de procura de saúde comprometido se Adesão às análises não demonstrada e/ou Conhecimento sobre a importância de adesão às análises não demonstrado | | | |
| DIMENSÕES | DADOS DE CARACTERIZAÇÃO | DIAGNÓSTICO | CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO | INTERVENÇÕES SUGERIDAS |
| Adesão | Avaliação da adesão periódica às análises para vigilância regular da saúde, conforme recomendado. | Adesão às análises demonstrada Adesão às análises não demonstrada | Adesão às análises não demonstrada se comportamentos de adesão às análises, conforme recomendado, não demonstrados | Avaliar a adesão às análises Promover a adesão às análises Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão às análises Ensinar sobre comportamento de adesão às análises Incentivar comportamento de adesão às análises Assistir a pessoa a identificar razões da não adesão às análises Advogar a adesão às análises. |
| Conhecimento | Avaliação do conhecimento sobre a importância da adesão às análises para vigilância regular da saúde, conforme recomendado | Conhecimento sobre a importância da adesão às análises demonstrado Conhecimento sobre a importância da adesão às análises não demonstrado | Conhecimento sobre a importância da adesão às análises não demonstrado se não conhecer a importância da realização de análises regulares para vigiar regularmente a saúde, conforme recomendado | Ensinar sobre a importância da adesão às análises para vigilância regular da saúde, conforme recomendado Informar sobre a importância da adesão às análises para vigilância regular da saúde, conforme recomendado |

| | | | | |
|---------------------------------|---|--|--|---|
| FOCO | Comportamento de procura da saúde (consultas de saúde oral) | | | |
| JUIZO | Não comprometido / Comprometido | | | |
| CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO | Comportamento de procura de saúde comprometido se Adesão às consultas de saúde oral, conforme recomendado, não demonstrada e/ou Conhecimento sobre a importância de adesão às consultas de saúde oral, conforme recomendado, não demonstrados | | | |
| DIMENSÕES | DADOS DE CARACTERIZAÇÃO | DIAGNÓSTICO | CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO | INTERVENÇÕES SUGERIDAS |
| Adesão | Avaliação da adesão às consultas de saúde oral, conforme recomendado | Adesão às consultas de saúde oral demonstrada Adesão às consultas de saúde oral não demonstrada | Adesão às consultas de saúde oral não demonstrada se comportamentos de adesão às consultas de saúde oral, conforme recomendado, não demonstrados | Avaliar a adesão às consultas de saúde oral Promover a adesão às consultas de saúde oral Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão às consultas de saúde oral Ensinar sobre comportamento de adesão às consultas de saúde oral Incentivar comportamento de adesão às consultas de saúde oral Assistir a pessoa a identificar razões da não adesão às consultas de saúde oral Advogar a adesão às consultas de saúde oral |
| Conhecimento | Avaliação do conhecimento sobre a importância da Adesão às consultas de saúde oral, conforme recomendado | Conhecimento sobre a importância da adesão às consultas de saúde oral demonstrado Conhecimento sobre a importância da adesão às consultas de saúde oral não demonstrado | Conhecimento sobre a importância da adesão às consultas de saúde oral não demonstrado se não conhecer a importância da adesão periódica às consultas de saúde oral para vigilância da saúde oral, conforme recomendado | Ensinar sobre a importância da adesão às consultas de saúde oral para vigilância da saúde oral, conforme recomendado Informar sobre a importância da adesão às consultas de saúde oral para vigilância da saúde oral, conforme recomendado |
| Crencas | Avaliação da crença sobre consultas de saúde oral | Crencas sobre consultas de saúde oral não comprometida Crencas sobre consultas de saúde oral comprometida | Crencas comprometidas se demonstrar atitude negativa à adesão às consultas de saúde oral, conforme recomendado | Avaliar a crença da família sobre consultas de saúde oral Encorajar expressão de crenças |

| | | | | |
|---------------------------------|--|--|---|--|
| FOCO | Comportamento de procura da saúde (consultas médicas e/ou de enfermagem) | | | |
| JUIZO | Não comprometido / Comprometido | | | |
| CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO | Comportamento de procura de saúde comprometido se Adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem, conforme recomendado, não demonstrada e/ou Conhecimento sobre a importância de adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem, conforme recomendado, não demonstrado | | | |
| DIMENSÕES | DADOS DE CARACTERIZAÇÃO | DIAGNÓSTICO | CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO | INTERVENÇÕES SUGERIDAS |
| Adesão | Avaliação da adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem, conforme recomendado | Adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem demonstrada Adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem não demonstrada | Adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem não demonstrada se comportamentos de adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem, conforme recomendado, não demonstrados | Avaliar a adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem Promover a adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem Ensinar sobre comportamento de adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem Incentivar comportamento de adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem Assistir a pessoa a identificar razões da não adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem Advogar a adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem |
| Conhecimento | Avaliação do conhecimento sobre a importância da Adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem, conforme recomendado | Conhecimento sobre a importância da adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem demonstrado Conhecimento sobre a importância da adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem não demonstrado | Conhecimento sobre a importância da adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem não demonstrado se não conhecer a importância da adesão periódica às consultas médicas e/ou de enfermagem para vigilância da saúde, conforme recomendado | Ensinar sobre a importância da adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem para vigilância da saúde, conforme recomendado Informar sobre a importância da adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem para vigilância da saúde, conforme recomendado |
| Crencas | Avaliação da crença sobre consultas médicas e/ou de enfermagem | Crencas sobre consultas médicas e/ou de enfermagem não comprometida Crencas sobre consultas médicas e/ou de enfermagem comprometida | Crencas comprometidas se demonstrar atitude negativa à adesão às consultas médicas e/ou de enfermagem, conforme recomendado | Avaliar a crença da família sobre consultas médicas e/ou de enfermagem Encorajar expressão de crenças |

| | | | | |
|---------------------------------|---|--|---|--|
| FOCO | Comportamento de procura da saúde (rastreamento da doença oncológica) | | | |
| JUIZO | Não comprometido / Comprometido | | | |
| CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO | Comportamento de procura de saúde comprometido se Adesão ao rastreamento da doença oncológica não demonstrada e/ou Conhecimento sobre rastreamento da doença oncológica não demonstrado e/ou se Crença sobre rastreamento da doença oncológica comprometida | | | |
| DIMENSÕES | DADOS DE CARACTERIZAÇÃO | DIAGNÓSTICO | CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO | INTERVENÇÕES SUGERIDAS |
| Adesão | Avaliação da adesão ao rastreamento da doença oncológica (mamografia, teste de pesquisa de sangue oculto nas fezes, colonoscopia, citologia cervical e determinação do Antígeno Específico da Próstata), conforme recomendado | Adesão ao rastreamento da doença oncológica demonstrada Adesão ao rastreamento da doença oncológica não demonstrada | Adesão ao rastreamento da doença oncológica não demonstrada se comportamentos de adesão a um ou mais rastreios da doença oncológica, conforme recomendado, não demonstrados | Avaliar a adesão aos vários rastreios da doença oncológica, conforme recomendado Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão ao rastreamento da doença oncológica Ensinar sobre comportamento de adesão ao rastreamento da doença oncológica Incentivar comportamento de adesão ao rastreamento da doença oncológica Promover a adesão ao rastreamento da doença oncológica, conforme recomendado Assistir a pessoa a identificar razões da não adesão ao rastreamento da doença oncológica Advogar a adesão ao rastreamento da doença oncológica |
| Conhecimento | Avaliação do conhecimento sobre rastreamento da doença oncológica | Conhecimento sobre rastreamento da doença oncológica demonstrado Conhecimento sobre rastreamento da doença oncológica não demonstrado | Conhecimento sobre rastreamento da doença oncológica não demonstrado se não conhecer o necessário sobre rastreamento da doença oncológica | Ensinar sobre o rastreamento da doença oncológica Informar sobre o rastreamento da doença oncológica Providenciar material educativo |
| Crencas | Avaliação da crença sobre rastreamento da doença oncológica | Crencas sobre rastreamento da doença oncológica não comprometida Crencas sobre rastreamento da doença oncológica comprometida | Crencas comprometidas se demonstrar atitude negativa à adesão ao rastreamento da doença oncológica | Avaliar a crença da família sobre rastreamento da doença oncológica Encorajar expressão de crenças |

| | | | | |
|---------------------------------|--|--|---|--|
| FOCO | Regime de imunização | | | |
| JUIZO | Não comprometido / Comprometido | | | |
| CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO | Regime de imunização comprometido se Adesão ao regime de imunização não demonstrada e/ou Conhecimento sobre regime de imunização não demonstrado e/ou Crença sobre regime de imunização comprometida | | | |
| DIMENSÕES | DADOS DE CARACTERIZAÇÃO | DIAGNÓSTICO | CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO | INTERVENÇÕES SUGERIDAS |
| Adesão | Avaliação da adesão ao regime de imunização | Adesão ao regime de imunização demonstrada Adesão ao regime de imunização não demonstrada | Adesão não demonstrada se não cumprir esquema vacinal proposto pelo PNV | Avaliar adesão ao regime de imunização Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão ao regime de imunização Ensinar sobre comportamento de adesão ao regime de imunização Incentivar comportamento de adesão ao regime de imunização Ensinar sobre complicações da não adesão ao regime de imunização Ensinar sobre resposta/reação à vacina Ensinar sobre sistema imunitário (resposta imunitária) Incentivar tomada de decisão Planear vacinação Administrar vacina Vigiar resposta/reação à vacina Promover a adesão ao regime de imunização Assistir a pessoa a identificar razões da não adesão ao regime de imunização Advogar regime de imunização Orientar para serviço de saúde (saúde pública) |
| Conhecimento | Avaliação do Conhecimento sobre regime de imunização | Conhecimento sobre regime de imunização demonstrado Conhecimento sobre regime de imunização não demonstrado | Conhecimento não demonstrado se não conhecer o esquema vacinal recomendado e/ou respostas/reações às vacinas e/ou importância da imunização | Avaliar conhecimento sobre regime de imunização Avaliar conhecimento do pai/mãe sobre regime de imunização Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre regime de imunização Avaliar potencial para melhorar o conhecimento sobre regime de imunização Informar sobre esquema vacinal recomendado pelo PNV Informar sobre potenciais reações e os cuidados a ter com as vacinas Ensinar sobre esquema vacinal recomendado pelo PNV Ensinar sobre potenciais reações e os cuidados a ter com as vacinas Providenciar material educativo |
| Crencas | Avaliação da crença sobre regime de imunização | Crencas sobre regime de imunização não comprometida Crencas sobre regime de imunização comprometida | Crencas comprometidas se demonstrar atitude negativa à adesão ao regime de imunização | Avaliar a crença da família sobre regime de imunização Encorajar expressão de crenças |

| | | | | |
|---------------------------------|---|--|---|---|
| FOCO | Regime Medicamentoso | | | |
| JUIZO | Não comprometido / Comprometido | | | |
| CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO | Regime medicamentoso comprometido se Adesão ao regime medicamentoso não demonstrada e/ou Conhecimento sobre regime medicamentoso não demonstrado e/ou se Crença sobre regime medicamentoso comprometida | | | |
| DIMENSÕES | DADOS DE CARATERIZAÇÃO | DIAGNÓSTICO | CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO | INTERVENÇÕES SUGERIDAS |
| Adesão | Avaliação da adesão ao regime medicamentoso | Adesão ao regime medicamentoso demonstrada Adesão ao regime medicamentoso não demonstrada | Adesão ao regime medicamentoso não demonstrada se comportamentos de adesão regime medicamentoso não demonstrados | <ul style="list-style-type: none"> Avaliar a adesão ao regime medicamentoso Promover a adesão ao regime medicamentoso Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão ao regime medicamentoso Ensinar sobre comportamento de adesão ao regime medicamentoso Incentivar comportamento de adesão ao regime medicamentoso Otimizar o regime medicamentoso Assistir a pessoa a identificar razões da não adesão ao regime medicamentoso |
| Conhecimento | Avaliação do conhecimento sobre regime medicamentoso | Conhecimento sobre regime medicamentoso demonstrado Conhecimento sobre regime medicamentoso não demonstrado | Conhecimento sobre regime medicamentoso não demonstrado se não conhecer o necessário para garantir a gestão do regime medicamentoso | <ul style="list-style-type: none"> Ensinar sobre regime medicamentoso Ensinar sobre gestão do regime medicamentoso Ensinar sobre a importância da gestão do regime medicamentoso Informar sobre regime medicamentoso Informar sobre gestão do regime medicamentoso Informar sobre a importância da gestão do regime medicamentoso Providenciar material educativo |
| Crença | Avaliação da crença sobre o regime medicamentoso | Crença sobre regime medicamentoso não comprometida Crença sobre regime medicamentoso comprometida | Crença comprometida se demonstrar atitude negativa à adesão ao regime medicamentoso | <ul style="list-style-type: none"> Avaliar a crença da família sobre regime medicamentoso Encorajar expressão de crenças |

| | | | |
|---|--|---|--|
| FOCO | Atitude face ao estado de saúde | | |
| JUIZO | Não comprometida/Comprometida | | |
| CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO | Atitude face ao estado de saúde comprometida se auto percepção de saúde razoável ou fraca | | |
| DADOS DE CARATERIZAÇÃO | DIAGNÓSTICOS | INTERVENÇÕES SUGERIDAS | |
| Avaliação da auto percepção do estado de saúde (fraca, razoável, boa, muito boa, ótima) | <ul style="list-style-type: none"> Atitude face ao estado de saúde não comprometida Atitude face ao estado de saúde comprometida | <ul style="list-style-type: none"> Avaliar a auto percepção do estado de saúde Vigiar outros indicadores de saúde individual e familiar (funcionamento familiar, status psicológico, risco cardiovascular, literacia em saúde, etc) | |

| | | | |
|---------------------------------|---|---|--|
| FOCO | Status Psicológico | | |
| JUIZO | Positivo/Negativo | | |
| CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO | Status psicológico negativo se presença de ansiedade e/ou depressão e/ou perda de Controlo Emocional/Comportamental (valores baixos nas subescalas Distresse Psicológico [24 - 142 pontos] e/ou de Bem-estar Psicológico [4 - 84 pontos]), do Inventário de Saúde | | |
| DADOS DE CARATERIZAÇÃO | DIAGNÓSTICOS | INTERVENÇÕES SUGERIDAS | |
| Avaliação do status psicológico | <ul style="list-style-type: none"> Status psicológico positivo Status psicológico negativo | <ul style="list-style-type: none"> Avaliar o status psicológico Apoiar o status psicológico Encorajar afirmações positivas Orientar para uso de técnicas de relaxamento Executar técnica de relaxamento Ensinar técnica de relaxamento Planear técnica de relaxamento Demonstrar técnicas de relaxamento e gestão do stress Orientar para serviços de saúde (psicologia e/ou psiquiatria) Requerer serviços de saúde (psicologia e/ou psiquiatria) Providenciar material educativo | |

| | | | |
|--|---|---|--|
| FOCO | Sono | | |
| JUIZO | Não comprometido/Comprometido | | |
| CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO | Sono comprometido se pobre qualidade do sono (Índice de qualidade do sono de Pittsburgh superior 5) | | |
| DADOS DE CARATERIZAÇÃO | DIAGNÓSTICOS | INTERVENÇÕES SUGERIDAS | |
| Avaliação da qualidade do sono/hábitos de sono | <ul style="list-style-type: none"> Sono não comprometido Sono comprometido | <ul style="list-style-type: none"> Avaliar a qualidade do sono (Índice de qualidade do sono de Pittsburgh) Avaliar os hábitos de sono Avaliar conhecimento para promover o sono Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento Ensinar sobre medidas para uma boa higiene do sono Informar sobre medidas para uma boa higiene do sono Ensinar sobre autocuidado: comportamento de sono-reposo Incentivar eliminação urinária antes do sono Ensinar sobre a importância do sono como um dos pilares para uma vida saudável Informar sobre a importância do sono como um dos pilares para uma vida saudável Executar técnica de relaxamento Orientar para uso de técnicas de relaxamento Planear o sono Planear técnica de relaxamento Orientar para serviço de saúde (consulta especializada) Requerer serviços de saúde (consulta especializada) Providenciar material educativo | |