

# RIIS

Revista de  
Investigação &  
Inovação em Saúde

Revista de Investigação & Inovação em Saúde

Vol. 6 N. 2 | Setembro 2023

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE  
DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA  
Unidade de Investigação e Desenvolvimento

# Ficha Técnica | Technical Sheet | Ficha Técnica

## Propriedade

Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa  
Unidade de Investigação e Desenvolvimento  
Rua da Cruz Vermelha, Cidacos, 3720-126 Oliveira de Azeméis  
Telf.: 256 661 435  
Email: riis@essnortecvp.pt  
URL: <https://www.riis.essnortecvp.pt>

## Editor Chefe

Liliana Mota, PhD  
Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

## Ficha Catalográfica

Revista de Investigação & Inovação em Saúde/ propriedade Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa: Unidade de Investigação e Desenvolvimento. Semestral. ISSN 2184-1578

## Título da Revista

Revista de Investigação & Inovação em Saúde (RIIS)

## Projeto gráfico e maquetização:

Unidade de Investigação e Desenvolvimento

## ISSN

2184-1578

## ISSNe

2184-3791

## Registo de Marca Nacional

INPI – 592211

## Periodicidade

Semestral

Acesso livre e gratuito para autores, revisores e leitores | Free access to authors, reviewers and readers | Acceso libre el autor, revisores e lectores

A RIIS agradece a colaboração de todos os autores, reservando-se ao direito de publicação. Todos os artigos publicados são da responsabilidade dos seus autores, que devem respeitar os princípios éticos da investigação e dar cumprimento às normas e orientações de edição da RIIS


## Indexada em:





# R | I | S

Revista de  
Investigação &  
Inovação em Saúde





# Editorial

## **A Promoção da Saúde Mental é uma Responsabilidade de Todos**

Num mundo em constante mudança a saúde mental emerge como uma área prioritária e crucial. Atualmente diversos acontecimentos globais geopolíticos ou ambientais, põem à prova a saúde mental dos cidadãos (Moitra et al., 2023). A pandemia COVID-19 teve impacto direto e indireto na saúde mental da população, servindo de mote para alertar sobre a importância da saúde mental e da sua promoção (Vindegaard & Benros, 2020). Colocando a descoberto as desigualdades em todo o mundo, no que diz respeito, ao acesso a serviços de saúde mental de qualidade (Wainberg et al., 2017).

O conceito de saúde mental vai muito além da ausência de doença mental (Galderisi et al., 2015). A saúde mental diz respeito a um estado de bem-estar no qual a pessoa realiza as suas capacidades, supera o stress normal da vida e trabalha de forma produtiva e frutífera, contribuindo para a sua comunidade. Trata-se de uma componente da saúde, sustentada na capacidade de tomar decisões, construir relações e assume-se como um direito humano básico, fundamental, para o desenvolvimento pessoal, comunitário e socioeconómico (World Health Organization, 2022).

É vital quebrar o estigma em torno da saúde e doença mental, promovendo um ambiente no qual as pessoas se sintam seguras para falar sobre os seus problemas mentais, sem medo de julgamento ou discriminação (Corrigan & Watson, 2002; Rössler, 2016; Stangl et al., 2019).

O papel da promoção da saúde mental torna-se por isso relevante, e este não se trata apenas de uma questão individual, mas uma responsabilidade coletiva

(Singh et al., 2022; Thomas et al., 2016). A promoção da saúde mental assume-se como uma abordagem para melhorar a saúde mental, centrada em obter saúde mental positiva e bem-estar a nível individual, comunitário e populacional. Foca-se nos aspetos positivos da saúde mental, como o bem-estar, a satisfação com a vida, e na aplicação de uma abordagem salutogénica (Barry, 2019). Consiste em ações que visam criar ambientes que apoiem o bem-estar mental e permitam aos indivíduos, famílias, grupos ou comunidades adotarem e manterem estilos de vida saudáveis, promovendo o equilíbrio emocional, o funcionamento e a inclusão social (O'Reilly et al., 2018).

A necessidade de implementar esforços no âmbito da promoção da saúde mental é grandemente reconhecida, não só para aumentar o bem-estar mental da população, mas também, para reduzir toda a carga associada aos problemas neste domínio da saúde (Hinrichsen et al., 2022). A Organização Mundial da Saúde, estabeleceu uma meta global na qual 80% dos países devem ter, pelo menos, dois programas nacionais e multissetoriais de promoção e prevenção direcionadas para a área da saúde mental até 2030 (World Health Organization, 2021).

As intervenções de promoção da saúde mental são aplicáveis a indivíduos, grupos e comunidades. Estas podem ser executadas através da mobilização dos recursos comunitários existentes, como profissionais de saúde, de educação ou líderes políticos, promovendo assim, a aceitabilidade cultural. Importa que estas intervenções assentem em processos colaborativos intersectoriais, para que os resultados na

saúde mental sejam positivamente mais significativos (Sharma et al., 2017).

No que concerne ao contexto laboral, as organizações devem criar ambientes promotores da saúde mental dos seus colaboradores. Locais de trabalho que promovem a sensibilização para a saúde mental, desconstróem o estigma face à doença mental e apoiam ações de melhoria do bem-estar, apresentam resultados de maior produtividade e, conseqüentemente, uma melhoria económica e financeira (Paterson et al., 2021). A promoção da saúde mental em contexto laboral tem particular relevância para a redução do absentismo, presenteísmo, perda de produtividade (Arensman et al., 2022) e na prevenção do aparecimento e desenvolvimento de sintomatologia associada a perturbações mentais (Proper & Van Oostrom, 2019).

Por outro lado, as escolas são cada vez mais reconhecidas como espaços importantes para a promoção da saúde mental (Eschenbeck et al., 2019). É esperado que neste contexto sejam desenvolvidas ações de promoção da saúde mental (Margaretha et al., 2023). Este tipo de intervenção junto dos jovens apresenta evidências de impacto positivo na saúde mental (Barry et al., 2013). No contexto particular das Instituições do Ensino Superior, a saúde mental e o bem-estar são fulcrais para o sucesso académico e conseqüente desenvolvimento pessoal (Gago et al., 2023). Cada vez mais é dada atenção aos desafios de saúde mental que os estudantes do ensino superior se confrontam (Brown et al., 2023). A implementação deste tipo de intervenção deve ser sistemática e multifatorial, tendo por base as características

específicas daquele contexto de Ensino Superior (Martineau et al., 2017).

Destacar a saúde mental como uma prioridade no Ensino Superior carece de uma mudança cultural, mas que pode começar com pequenas ações: (a) promover momentos de discussão sobre a saúde mental, (b) fazer da promoção da saúde mental um papel de todos, (c) envolver estudantes, professores, funcionários no desenvolvimento e implementação de ações de promoção da saúde mental, (d) integrar a promoção da saúde mental no processo académico e formativo, (e) garantir que as informações relativas aos serviços de suporte e apoio estão disponíveis e ao alcance dos estudantes, (f) avaliar as necessidades de saúde mental daquela comunidade estudantil em particular, realizar um bom diagnóstico de situação, e por último, colaborar com as instituições externas e da comunidade (Harris et al., 2022).

A promoção da saúde mental não tem apenas impacto na melhoria da qualidade de vida das pessoas. Fortalece a coesão social, gerando sociedades civis mais solidárias, ativas, empoderadas e resilientes. Todos os cidadãos são peças chave para fomentar uma sociedade na qual todos têm acesso a cuidados de saúde mental, onde o estigma é combatido e cada pessoa é apoiada no seu percurso de vida em direção ao bem-estar mental e emocional. Este será o motor para que a saúde mental seja priorizada e na qual cada pessoa poderá viver uma vida plena e significativa.

#### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

Arensman, E., O'connor, C., Leduc, C., Griffin, E., Cully, G., Ní Dhálaigh, D., Holland, C., Van Audenhove, C., Coppens, E., Tsantila, F., Ross, V., Aust, B., Pashoja, A. C., Cresswell-Smith, J., Cox, L., de Winter, L., Fanaj, N., Greiner, B. A., Hegerl, U., Corcoran, P. (2022). *Mental Health Promotion and Intervention in Occupational*

- Settings: Protocol for a Pilot Study of the MENTUPP Intervention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(2), 947. <https://doi.org/10.3390/IJERPH19020947>
- Barry, M. (2019). Concepts and Principles of Mental Health Promotion. In: Barry, M., Clarke, A., Petersen, I., Jenkins, R. (eds), *Implementing Mental Health Promotion*, (pp. 3 – 34). Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-23455-3\\_1](https://doi.org/10.1007/978-3-030-23455-3_1)
- Barry, M., Clarke, A. M., Jenkins, R., & Patel, V. (2013). A systematic review of the effectiveness of mental health promotion interventions for young people in low and middle income countries. *BMC Public Health*, 13(1), 1–19. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-835/FIGURES/1>
- Brown, A. D., Ross, N., Sangraula, M., Laing, A., & Kohrt, B. A. (2023). Transforming mental healthcare in higher education through scalable mental health interventions. *Cambridge Prisms: Global Mental Health*, 10, E33. <https://doi.org/10.1017/GMH.2023.29>
- Corrigan, P., & Watson, A. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20.
- Eschenbeck, H., Lehner, L., Hofmann, H., Bauer, S., Becker, K., Diestelkamp, S., Kaess, M., Moessner, M., Rummel-Kluge, C., Salize, H. J., Thomasius, R., Bertsch, K., Bilic, S., Brunner, R., Feldhege, J., Gallinat, C., Herpertz, S. C., Koenig, J., Lustig, S., ... Samel, A. (2019). School-based mental health promotion in children and adolescents with StresSOS using online or face-to-face interventions: Study protocol for a randomized controlled trial within the ProHEAD Consortium. *Trials*, 20(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/S13063-018-3159-5/FIGURES/2>
- Gago, J., Andrade, M., Martins. M., Cunha, O., Soares, S., Santos, T., Macedo, M., Nora, R., Pereira, J., & Martinho, S. (2023). *Programa para a Promoção de Saúde Mental no Ensino Superior*. [https://wwwcdn.dges.gov.pt/sites/default/files/ppsmes\\_acces\\_2023-vf.pdf](https://wwwcdn.dges.gov.pt/sites/default/files/ppsmes_acces_2023-vf.pdf)
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, 14(2), 231. <https://doi.org/10.1002/WPS.20231>
- Harris, B. R., Maher, B. M., & Wentworth, L. (2022). Optimizing Efforts to Promote Mental Health on College and University Campuses: Recommendations to Facilitate Usage of Services, Resources, and Supports. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 49(2), 252–258. <https://doi.org/10.1007/S11414-021-09780-2/METRICS>
- Hinrichsen, C., Nielsen, L., Tamminen, N., Nelausen, M. K., Kusier, A. O., Santini, Z. I., Schou-Juul, F., Meilstrup, C., Rod, M. H., Koushede, V., & Lauridsen, S. (2022). Intersectoral mental health promotion – A practice-oriented taxonomy of roles and a study of intersectoral dynamics. *SSM - Mental Health*, 2, 100136. <https://doi.org/10.1016/J.SSMMH.2022.100136>
- Margaretha, M., Azzopardi, P. S., Fisher, J., & Sawyer, S. M. (2023). School-based mental health promotion: A global policy review. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1126767. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2023.1126767/BIBTEX>
- Martineau, M., Beauchamp, G., & Marcotte, D. (2017). Efficacité des interventions en prévention et en promotion de la santé mentale dans les établissements d'enseignement postsecondaire. *Sante Mentale Au Quebec*, 42(1), 165–182. <https://doi.org/10.7202/1040249AR>
- Moitra, M., Owens, S., Hailemariam, M., Wilson, K. S., Mensa-Kwao, A., Gonese, G., Kamamia, C. K., White, B., Young, D. M., & Collins, P. Y. (2023). Global Mental Health: Where We Are and Where We Are Going. *Current Psychiatry Reports*, 25(7), 301. <https://doi.org/10.1007/S11920-023-01426-8>
- O'Reilly, M., Svirydzienka, N., Adams, S., & Dogra, N. (2018). Review of mental health promotion interventions in schools. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(7), 647–662. <https://doi.org/10.1007/S00127-018-1530-1/TABLES/1>
- Paterson, C., Leduc, C., Maxwell, M., Aust, B., Amann, B. L., Cerga-Pashoja, A., Coppens, E., Couwenbergh, C., O'Connor, C., Arensman, E., & Greiner, B. A. (2021). Evidence for implementation of interventions to promote mental health in the workplace: a systematic scoping review protocol. *Systematic Reviews*, 10(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/S13643-020-01570-9/PEER-REVIEW>
- Proper, K. I., & Van Oostrom, S. H. (2019). The effectiveness of workplace health promotion interventions on physical and mental health outcomes

- a systematic review of reviews. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 45(6), 546–559. <https://doi.org/10.5271/SJWEH.3833>
- Rössler, W. (2016). The stigma of mental disorders: A millennia-long history of social exclusion and prejudices. *EMBO Reports*, 17(9), 1250. <https://doi.org/10.15252/EMBR.201643041>
- Sharma, A., Sharma, S. D., & Sharma, M. (2017). Mental health promotion: a narrative review of emerging trends. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(5), 339–345. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000347>
- Singh, V., Kumar, A., & Gupta, S. (2022). Mental Health Prevention and Promotion—A Narrative Review. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 898009. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2022.898009/FULL>
- Stangl, A. L., Earnshaw, V. A., Logie, C. H., Van Brakel, W., Simbayi, L. C., Barré, I., & Dovidio, J. F. (2019). The Health Stigma and Discrimination Framework: A global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. *BMC Medicine*, 17(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/S12916-019-1271-3/TABLES/1>
- Thomas, S., Jenkins, R., Burch, T., Nasir, L. C., Fisher, B., Giotaki, G., Gnani, S., Hertel, L., Marks, M., Mathers, N., Millington-Sanders, C., Morris, D., Ruprah-Shah, B., Stange, K., Thomas, P., White, R., & Wright, F. (2016). Promoting Mental Health and Preventing Mental Illness in General Practice. *London Journal of Primary Care*, 8(1), 3. <https://doi.org/10.1080/17571472.2015.1135659>
- Vindegard, N., & Benros, M. E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, Behavior, and Immunity*, 89, 531–542. <https://doi.org/10.1016/J.BBI.2020.05.048>
- Wainberg, M. L., Scorza, P., Shultz, J. M., Helpman, L., Mootz, J. J., Johnson, K. A., Neria, Y., Bradford, J. M. E., Oquendo, M. A., & Arbuckle, M. R. (2017). Challenges and Opportunities in Global Mental Health: a Research-to-Practice Perspective. *Current Psychiatry Reports*, 19(5), 28. <https://doi.org/10.1007/S11920-017-0780-Z>
- World Health Organization. (2021, September 21). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>
- World Health Organization. (2022, June 17). *Mental Health*. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response/?gclid=CjwKCAjwv-2pBhB-EiwAtsQZFIUt1U4zpv7e52GLIffAzCol5Bvwfkw7WwEtElidZFChzBW7gOGn\\_xoCbxEQAvD\\_BwE](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response/?gclid=CjwKCAjwv-2pBhB-EiwAtsQZFIUt1U4zpv7e52GLIffAzCol5Bvwfkw7WwEtElidZFChzBW7gOGn_xoCbxEQAvD_BwE)

Profª Doutora Joana Coelho

PhD, Coordenador do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica



# Summary | Sumário | Resumen

## EDITORIAL

A Promoção da Saúde Mental é uma Responsabilidade de Todos  
Joana Coelho

## ARTIGOS DE INVESTIGAÇÃO

- 9 Efetividade do ensino não presencial síncrono no ensino superior da saúde  
António Ferreira, Catarina Santos, João Santos, Marta Figueiredo, Roman Ratushnyi
- 21 Fatores que influenciam a procura de ajuda dos serviços de aborto em Moçambique  
Mónica Frederico, Carlos Arnaldo
- 39 Avaliação da implementação do modelo de acompanhamento aos familiares cuidadores  
Daniela França, António Festa, Patrícia Santos, Maria José Peixoto, Maria de Fátima Araújo
- 51 Adolescentes com DM1: conhecimento acerca da doença e dificuldades no autocuidado  
Maribel Carvalhais, Andrea Oliveira, Paula Fontoura, Ana Luísa Martins, Ana Rita Oliveira, Diana de Jesus, Márcia Mendes, Sofia da Silva
- 63 Dispositivo médico para reabilitação pós fratura do fémur proximal: estudo de usabilidade  
Daniela Lages Domingues

## ARTIGOS DE REVISÃO

- 79 Fatores da sexualidade que influenciam a satisfação conjugal: uma scoping review  
Maria João Silva, Carla Alves, Marta Oliveira, Susana Silva, Maria Henriqueta Figueiredo
- 91 A efetividade do oxigénio nasal de alto fluxo na insuficiência respiratória: revisão sistemática  
Aramid Gomes, Sílvia Ramos, Ana Luísa Rego, Carina Vieira, José Pinho Silva, Silvana Martins, Ana Catarina Maia, Ana Paula Macedo
- 103 Satisfação do cliente cirúrgico com os cuidados intraoperatórios: uma revisão scoping  
Alexandre Lomba, Luisa Pais Ferreira, Lúcia Gerónimo



## EFETIVIDADE DO ENSINO NÃO PRESENCIAL SÍNCRONO NO ENSINO SUPERIOR DA SAÚDE

Effectiveness of synchronous non-class education in higher health education

Efectividad de la docencia no presencial síncrona en la educación superior en salud

António Ferreira\*, Catarina Santos\*\*, João Santos\*\*\*, Marta Figueiredo\*\*\*\*, Roman Ratushnyi\*\*\*\*\*

## RESUMO

**Enquadramento:** a pandemia por SARS-COV2 condicionou o funcionamento das Instituições de Ensino Superior, levando à adoção de medidas para assegurar o processo de ensino, até então presencial, para uma tipologia de ensino não presencial síncrono. **Objetivo:** avaliar a efetividade do de ensino não presencial síncrono no ensino superior da saúde em resposta à pandemia, na perspetiva do estudante, e sua satisfação. **Metodologia:** estudo misto, descritivo e exploratório, com recolha de dados através de questionário *online*. A população-alvo são estudantes que transitaram para o ensino não presencial síncrono. Análise estatística com recurso ao programa SPSS®, versão 27.0 e análise de conteúdo de acordo com Bardin (2016). Cumpridos requisitos éticos. **Resultados:** participaram 48 estudantes que evidenciam menor nível médio de satisfação com o ensino não presencial síncrono em relação com o ensino presencial, sendo essa relação altamente significativa ( $t=3,09$ ;  $p=0,003$ ). A interação docente-estudante e estudante-estudante é considerada de menor qualidade, contudo, considera-se que o ensino não presencial síncrono demonstra efetividade na manutenção dos percursos formativos dos estudantes. **Conclusão:** as condições tecnológicas de acesso ao ensino não presencial síncrono foram consideradas adequadas, assim como o grau de efetividade, embora com menores níveis de satisfação relativamente ao ensino presencial.

**Palavras-chave:** educação à distância; satisfação pessoal; estudantes de ciências da saúde; ensino superior

\*MsC na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, Oliveira de Azeméis - <https://orcid.org/0000-0001-5008-3746> - Author contribution: study conception and design, data collection, data analysis and interpretation, drafting of the article, critical revision of the article

\*\*Nursing student - Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, Oliveira de Azeméis - <https://orcid.org/0009-0000-0439-6186> - Author contribution: study conception and design, data collection, data analysis and interpretation, drafting of the article, critical revision of the article

\*\*\*Nursing student - Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, Oliveira de Azeméis - <https://orcid.org/0009-0000-0354-1978> - Author contribution: study conception and design, data collection, data analysis and interpretation, drafting of the article, critical revision of the article

\*\*\*\*Nursing student - Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, Oliveira de Azeméis - <https://orcid.org/0009-0003-0409-5908> - Author contribution: study conception and design, data collection, data analysis and interpretation, drafting of the article, critical revision of the article

\*\*\*\*\*Nursing student - Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, Oliveira de Azeméis - <https://orcid.org/0009-0009-6474-9196> - Author contribution: study conception and design, data collection, data analysis and interpretation, drafting of the article, critical revision of the article

\*\*\*\*\*Nursing student - Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, Oliveira de Azeméis - <https://orcid.org/0009-0009-6474-9196> - Author contribution: study conception and design, data collection, data analysis and interpretation, drafting of the article, critical revision of the article

## Autor de correspondência:

António Ferreira

[antonio.ferreira@essnortecvp.pt](mailto:antonio.ferreira@essnortecvp.pt)

## Como referenciar:

Ferreira, A., Santos, C., Santos, J., Figueiredo, M., & Ratushnyi (2023). Effectiveness of synchronous non-class education in higher health education. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 6(2), 9-19. <https://doi:10.37914/riis.v6i2.257>

Recebido para publicação: 07/02/2023  
Aceite para publicação: 09/08/2023

## ABSTRACT

**Background:** the SARS-COV2 pandemic has conditioned the functioning of Higher Education Institutions, leading to the adoption of measures to ensure the teaching process, until then face-to-face, towards a synchronous non-face-to-face teaching typology. **Objective:** to evaluate the effectiveness of synchronous remote teaching in higher health education in response to the pandemic, from the student's perspective, and their satisfaction. **Methodology:** mixed, descriptive and exploratory study, with data collection through an online questionnaire. The target population are students who transitioned to synchronous non-face-to-face teaching. Statistical analysis using the SPSS® program, version 27.0 and content analysis according to Bardin (2016). Ethical requirements met. **Results:** 48 students participated who showed a lower average level of satisfaction with synchronous remote teaching compared to face-to-face teaching, a highly significant relationship ( $t=3.09$ ;  $p=0.003$ ). Teacher-student and student-student interaction is considered of lower quality, however, it is considered that synchronous remote teaching demonstrates effectiveness in maintaining students' training paths. **Conclusion:** the technological conditions for access to synchronous remote teaching were considered adequate, as well as the degree of effectiveness, although with lower levels of satisfaction compared to face-to-face teaching.

**Keywords:** distance education; personal satisfaction; health occupations students; higher education

## RESUMEN

**Marco contextual:** la pandemia del SARS-COV2 ha condicionado el funcionamiento de las Instituciones de Educación Superior, llevando a la adopción de medidas para asegurar el proceso docente, hasta entonces presencial, hacia una tipología docente síncrona no presencial. **Objetivo:** evaluar la efectividad de la enseñanza a distancia síncrona en la educación superior en salud en respuesta a la pandemia, desde la perspectiva del estudiante y su satisfacción. **Metodología:** estudio mixto, descriptivo y exploratorio, con recolección de datos a través de un cuestionario en línea. La población objetivo son los estudiantes que hicieron la transición a la enseñanza síncrona no presencial. Análisis estadístico mediante el programa SPSS®, versión 27.0 y análisis de contenido según Bardin (2016). Requisitos éticos cumplidos. **Resultados:** participaron 48 estudiantes que mostraron un nivel medio de satisfacción más bajo con la docencia a distancia síncrona en comparación con la docencia presencial, relación altamente significativa ( $t=3,09$ ;  $p=0,003$ ). La interacción docente-alumno y alumno-alumno se considera de menor calidad, sin embargo, se considera que la enseñanza a distancia síncrona demuestra efectividad en el mantenimiento de las trayectorias formativas de los estudiantes. **Conclusión:** las condiciones tecnológicas para el acceso a la docencia a distancia síncrona se consideraron adecuadas, así como el grado de efectividad, aunque con menores niveles de satisfacción respecto a la docencia presencial.

**Palabras clave:** educación a distancia; satisfacción personal; estudiantes del área de la salud; education superior

### INTRODUÇÃO

Perante o recente contexto de pandemia por SARS-COV-2 em março de 2020 a Direção Geral de Saúde aprovou um conjunto de medidas de resposta à situação epidemiológica, que obrigou à suspensão das atividades letivas presenciais nas Instituições de Ensino Superior (IES). Neste contexto, algumas IES adotaram medidas para assegurar o processo de ensino (Direção Geral do Ensino Superior, 2020). Nesta sequência e segundo o Despacho n.º 2836-A/2020, as instituições desenvolveram planos de contingência de forma a garantir que as condições de segurança sanitária eram cumpridas (Despacho n.º 2836-A/2020, 2020), assim como, a sua missão. No seguimento das orientações e regulamentação definidas, os planos de contingência integraram medidas que incluíam a adoção de ensino não presencial síncrono (ENPS) para aulas de tipologia teórica, com exceção das aulas práticas, sendo estas a realizar oportunamente. Segundo estes planos, as aulas passaram a ser lecionadas através de variadas plataformas digitais, como a *Microsoft Teams*, que permitiu comunicar e interagir usufruindo de várias ferramentas de colaboração integradas no *Microsoft Office*® (UNESCO, 2021). Perante esta alteração, significativa na maioria das IES, tornou-se crescente a preocupação em compreender se a aprendizagem e o desenvolvimento de competências previstas para um ensino presencial, se mantêm numa tipologia de ensino não presencial síncrono. A finalidade deste estudo consiste em perceber, na perspetiva do estudante, se foi possível e adequado o acesso às aulas em regime síncrono; sua efetividade no processo de ensino, aprendizagem e avaliação; assim como, no nível de satisfação percebido pelos estudantes relativamente às duas tipologias de ensino. Neste

contexto, os objetivos são o de avaliar a efetividade do ensino não presencial síncrono, no ensino superior da saúde, em resposta à pandemia por SARS-COV-2, na perspetiva do estudante, e sua satisfação.

### ENQUADRAMENTO / FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Perante a situação de respeito pelas medidas sanitárias implementadas pela Direção-Geral da Saúde (DGS), as instituições tiveram necessidade de criar formas alternativas de manter o ensino. Nesse sentido, as IES adotaram medidas não apenas para garantir a saúde pública, mas também para assegurar o processo de ensino, até então presencial, por ENPS com recurso a plataformas digitais (Direção Geral do Ensino Superior, 2020). O encerramento das atividades presenciais nas IES, levou a que a Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (A3ES) se pronunciasse quanto à adoção de processos de ensino-aprendizagem não presencial síncrono, no sentido de manter as atividades letivas com recurso a plataformas digitais. Contudo, e segundo o disposto no número 1 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 133/2019, de 3 de setembro, esta situação seria apenas admissível quando adequada aos respetivos objeto e objetivos do ciclo de estudos (Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior, 2020).

O ensino é uma extensão da educação, em que a sua efetividade influencia o comportamento pessoal e social do indivíduo, onde a aprendizagem representa a possibilidade do seu crescimento, e refere-se à aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades e atitudes decorrentes das experiências educativas (Castaman & Rodrigues, 2020), que podem sofrer alterações decorrentes de alteração de regimes não previsto ou abruptamente adotados. Assim, torna-

se essencial a preocupação de compreender se a aprendizagem prevista para um ensino presencial, se desenvolveram num regime de ensino não presencial. Tendo em conta esta preocupação e no âmbito deste estudo, a referência a ensino à distância diz respeito ao ensino não presencial que consta na deliberação sobre os processos temporários de ensino-aprendizagem de 26 de março (Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior, 2020) e não ao exposto no Decreto-Lei n.º 133/2019 (Decreto-Lei n.º 133/2019, 2019).

A educação à distância pode ser categorizada como síncrona ou assíncrona. A tecnologia síncrona é aquela que permite interação "ao vivo" entre o docente e os estudantes, como exemplo, videochamadas. A tecnologia assíncrona envolve um *delay* significativo no tempo entre a disponibilização da informação e a sua receção, como exemplo *e-mail* e gravação da aula (Klibanov, Dolder, Anderson, et al., 2018).

Quando os recursos *online* são uma alternativa curricular, a expectativa do docente é que os estudantes possam ter acesso ao material para alcançar o sucesso académico pretendido. Por outro lado, os recursos *online* foram desenvolvidos para serem de natureza suplementar, onde os estudantes têm liberdade no acesso dependendo das suas necessidades (Guy, Byrne, & Dobos, 2018). A utilização das plataformas *online* no ensino à distância teve como objetivo manter as atividades de ensino-aprendizagem, e que esta tenha sido significativa no período de isolamento, tendo permitido a substituição temporária das atividades letivas e de investigação presenciais (Santos & Monteiro, 2020).

O ensino não presencial síncrono apresenta vantagens relativas ao assíncrono, uma vez que possibilita a continuidade do ensino, da aproximação e do contacto

em tempo útil à comunidade académica, contudo, ainda não se consegue perceber se esta alternativa desenvolveu as competências pretendidas quando comparadas com o ensino presencial (Cavalcante, Machado, Farias, et al., 2020).

Relativamente aos estudantes, algumas variáveis como o género, a idade, o rendimento, a frequência às aulas, as horas de estudo (Meirelles, 2019), a literacia digital, o acesso à internet e as condições habitacionais podem ter influência na perceção dos mesmos sobre o ensino não presencial síncrono (Gossenheimer, Bem, Carneiro, et al., 2017). A necessidade de confinamento, associada à alteração da rotina, redução do nível de socialização e de contacto físico com outras pessoas, frequentemente causa a sensação de tédio, frustração e de isolamento (Brooks, Webster, Smith, et al., 2020). Assim, é igualmente importante atender o bem-estar mental, pois o *stress*, a ansiedade, a apatia, o desânimo e a agitação juntamente com o isolamento são também variáveis que influenciam o processo de ensino, aprendizagem e avaliação, principalmente se associadas a ensino não presencial síncrono. A rápida adaptação na criação de ambientes favoráveis ao ensino não presencial síncrono com recurso a plataformas digitais educativas, assim como, o acompanhamento e disponibilidade dos docentes, são medidas que contribuem para a satisfação do estudante (Ferreira, Príncipe, Pereira, et al., 2020).

Estudos referem que os modelos educativos das escolas superiores de saúde assentam no desenvolvimento de competências para o exercício profissional (ENQA, ESU, EUA et al., 2015), considera-se fundamental perceber qual a perceção dos estudantes do ensino pré-graduado da saúde relativo

à efetividade do ensino não presencial síncrono em resposta à COVID-19.

Deste contexto emerge a questão de investigação: qual a efetividade para o ensino não presencial síncrono no ensino superior da saúde em resposta à COVID-19, na perspetiva do estudante, e sua satisfação?

Nesta sequência definimos como objetivos específicos, conhecer o contributo do ensino não presencial no percurso académico dos estudantes em resposta à COVID-19; identificar as características do ensino não presencial que influenciam os níveis de satisfação dos estudantes; conhecer as perceções dos estudantes sobre a efetividade do ensino não presencial síncrono no ensino superior da saúde em resposta à COVID-19; e avaliar o nível de satisfação com a plataforma utilizada para o ensino não presencial síncrono relativamente ao ensino presencial.

### METODOLOGIA

Estudo misto, do tipo descritivo e exploratório desenvolvido numa escola superior de saúde da região norte de Portugal Continental.

A população alvo é constituída por 89 estudantes do ensino pré-graduado (Cursos Técnicos Superiores Profissionais - CTeSP e 1º Ciclo de Estudos) que transitaram para o ensino não presencial síncrono no ano letivo de 2019/2020 e 2020/2021, excluindo estudantes dos cursos pós-graduados (2º Ciclos de Estudos, pós-licenciaturas e pós-graduações) e formação contínua.

A recolha de dados foi efetuada através de um questionário *online* constituído por três partes, sendo a primeira parte centrada na caracterização sociodemográfica, a segunda parte no processo de ensino e aprendizagem não presencial síncrono e a

terceira parte na metodologia SETE – Avaliação dos Estudantes sobre a Qualidade Educacional (Marsh, 1987), em que as variáveis estão operacionalizadas numa escala do tipo *Likert* (com uma opção de resposta) que varia entre campos semânticos (1- discordo totalmente a 5- concordo totalmente), e identificadas questões abertas. O período de recolha de dados foi compreendido entre o dia 11 de março e o dia 28 de março de 2022.

Relativamente à análise dos dados, para variáveis quantitativas foi realizada análise estatística com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 27.0 e para variáveis qualitativas foi realizada análise categorial de conteúdo segundo *Bardin* (2016), definidas posteriori. Na análise estatística foi promovido o recurso ao Teste *t* de amostras emparelhadas para analisar a relação entre a variável “Nível de satisfação dos estudantes com o ensino presencial até passagem para ensino não presencial síncrono” e “Nível de satisfação dos estudantes com o ensino não presencial síncrono”. Os resultados foram considerados num intervalo de confiança de 95% e um nível de significância ( $p \leq 0,05$ ). A participação no estudo foi voluntária, garantido o anonimato e a confidencialidade, sendo dada também a possibilidade aos participantes de desistirem do estudo sem qualquer prejuízo. A realização do estudo foi autorizada pelo Conselho de Direção da Escola e parecer positivo da Comissão de Ética (n.º 002/2022).

### RESULTADOS

Participaram no estudo 48 estudantes, que representa uma taxa de retorno de 53% (N=89). Os participantes têm uma idade média 23,8 anos (min: 20; máx: 46), maioritariamente do género “feminino” (91,7%, n=44).

### Efetividade do ensino não presencial síncrono no ensino superior da saúde

Verifica-se que, a maioria dos participantes são “solteiros” (93,8%, n=45) e pertencem ao curso de “Licenciatura em Enfermagem” (100%, n=48). Por ano do curso, 65,1% (n=28) dos estudantes frequentam o 4º ano e 34,9% (n=15) frequentam o 3º ano. A maioria dos estudantes apresenta estatuto “ordinário” (79,1%, n=34), contudo também participaram neste estudo estudantes com estatuto “especial” (18,6%, n=8) e “extraordinário” (2,3%, n=1).

Durante o ensino não presencial síncrono, 100% (n=48) dos participantes tiveram “acesso ao computador e/ou telemóvel”, sendo que, destes, 75,0% (n=33) tiveram acesso a internet “de qualidade adequada”. Em termos

de “fatores ambientais externos”, 75,0% (n=33) concorda que detém “condições adequadas”. Da mesma forma, 95,5% (n=42) dos participantes sentem-se “capacitados para manusear o material digital” dirigido a esta tipologia de ensino.

Da análise sobre o nível de satisfação dos estudantes em relação ao curso antes da transição para o ensino não presencial síncrono em comparação com o nível de satisfação dos mesmos após esta transição, verifica-se uma diminuição do nível médio de satisfação, sendo esta relação estatística altamente significativa ( $t=3,09$ ;  $p=0,003$ ) (Tabela 1

Tabela 1

Relação entre os níveis de satisfação em relação ao curso antes e depois da adoção do ensino não presencial síncrono

	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	T	p
Nível de satisfação em relação ao curso com o ensino presencial até passagem para ensino não presencial síncrono.	48	3,5	0,82	1	5	3,09	0,003
Nível de satisfação em relação ao curso após a transição para ensino não presencial síncrono.	48	3	0,86	1	5		

Fonte: Sistematização própria

n= Tamanho amostral

t= Teste t para amostras emparelhadas

p = Nível de significância

Relativamente à adequação da “duração dos intervalos”, a média de concordância dos participantes corresponde a 3,1 (n= 44;  $dp=1,09$ ; min=1; máx=5). Por outro lado, relativamente à concordância sobre o “cumprimento dos horários de intervalo”, a média de respostas recolhidas foi 3 (n= 44;  $dp=1,28$ ; min=1; máx=5).

Do ponto de vista da satisfação com a plataforma selecionada para esta tipologia de ensino,

designadamente *Microsoft Teams*®, a média de satisfação dos participantes é de 3,9 (n=44;  $dp=0,79$ ; min=2; máx=5).

Perante a questão “Qual a tua opinião relativa às horas de contacto não presencial síncrono quando comparadas com o ensino presencial?”, as respostas foram divididas em duas categorias, nomeadamente a “quantidade das horas de contacto” e a “qualidade das horas de contacto”, que seguidamente se apresentam:

### Quantidade das horas de contacto

Os estudantes consideram que no ensino não presencial síncrono deve ter um menor número de horas “... *devem ser menores.*” (P19, 2022; P36, 2022), uma vez que o número de horas em regime não presencial síncrono é percecionado como “... *demasiadas horas.*” (P17, 2022; P39, 2022) e que o ensino online “... *exige mais esforço de concentração.*” (P4, 2022).

Ainda no mesmo âmbito, alguns participantes referem que as horas de contacto deveriam “*ter sido superiores*” (P15, 2022), tendo existido “*necessidade de mais horas de contacto não presencial.*” (P8, 2022). Igualmente, outros estudantes consideraram que as horas de contacto foram “... *semelhantes.*” (P20, 2022) e “... *adequadas.*” (P14, 2022; P23, 2022; P29, 2022; P43, 2022).

### Qualidade das horas de contacto

Relativamente à categoria da qualidade das horas de contacto, os participantes referem que “*as horas de contacto não presencial síncrono não eram tão produtivas como as presenciais*” (P27, 2022), sendo que a “*capacidade de atenção é mais reduzida*” (P38, 2022), tornando os “*dias muitos mais carregados e cansativos*” (P40, 2022).

No mesmo âmbito, outros participantes consideram que a qualidade das horas de contacto foi “... *adequada.*” (P23, 2022; P29, 2022; P43, 2022) e “... *proveitosa.*” (P7, 2022), sendo igualmente “... *mais eficazes.*” (P10, 2022) e permitindo “... *obter até melhores resultados.*” (P44, 2022).

Perante a questão “Qual a tua opinião relativamente à plataforma *Microsoft Teams* para o ensino não presencial síncrono?”, as respostas foram divididas em duas categorias, nomeadamente “opiniões favoráveis” e “opiniões desfavoráveis”, que seguidamente se apresentam:

### Opiniões favoráveis

Alguns participantes consideram a plataforma “... *adequada.*” (P8, 2022; P17, 2022; P20, 2022; P23, 2022; P29, 2022; P39, 2022), “*bem organizada*” (P4, 2022) e de “... *fácil manuseamento.*” (P5, 2022), sendo que desta forma “... *foi permitido dar continuidade às aulas sem interrupção.*” (P41, 2022).

### Opiniões desfavoráveis

Alguns participantes consideram a plataforma “*pouco adequada*” (P14, 2022) e “... *não é muito intuitiva e fácil de trabalhar.*” (P13, 2022), apontando como principal barreira a “... *falta de formação tanto a docentes como estudantes.*” (P31, 2022).

Nos dados recolhidos através da metodologia SETE para avaliação da satisfação do ensino não presencial síncrono, em termos de concordância relativa ao desempenho dos docentes, foram obtidos valores médios mais baixos no dinamismo e energia do docente ao lecionar a aula, assim como no entusiasmo demonstrado pelo mesmo. Por outro lado, os valores de concordância médios mais elevados, foram demonstrados na disponibilidade dos docentes no horário de atendimento e na abordagem dos conteúdos destinados a avaliações durante as aulas de ensino não presencial síncrono (Tabela 2).



Tabela 2

Descritiva do nível de concordância sobre o desempenho dos docentes no ensino não presencial síncrono

1	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
O docente mostra entusiasmo ao lecionar a aula.	43	3,3	0,87	2	5
O docente é dinâmico e enérgico ao lecionar a aula	44	3,2	0,87	2	5
O docente melhora a apresentação dos conteúdos com sugestões de sites e vídeos.	44	3,4	0,99	1	5
O docente apresenta interesse pela aprendizagem do estudante.	44	3,6	0,75	2	5
O docente elucida o descobrir/investigar.	44	3,6	0,65	2	5
O docente propõe leitura complementares que facilitam o sucesso académico.	44	3,8	0,53	2	5
O docente relaciona as implicações do conteúdo com várias teorias.	43	3,5	0,63	2	5
O docente apresenta fundamentos preliminares de ideias/concepções que são desenvolvidas nas atividades online.	43	3,6	0,69	2	5
O docente apresenta o seu ponto de vista quando considera adequado.	43	3,9	0,56	3	5
O docente comenta adequadamente os artigos atuais desenvolvidos na área em estudo.	44	3,6	0,70	1	5
O docente é adequado na relação com os estudantes.	43	3,6	0,73	2	5
O docente faz com que os estudantes se sintam confortáveis com o seu apoio.	43	3,5	0,77	2	5
O docente tem interesse genuíno em relação ao que é aprendido pelo estudante.	43	3,5	0,74	2	5
O docente mostra-se disponível no horário de atendimento.	43	3,91	0,61	3	5
Os conteúdos para as avaliações são abordados pelo docente.	43	3,9	0,66	2	5

Fonte: Sistematização própria  
n= Tamanho amostral

No que se refere ao estudante ser incentivado a participar nas discussões, obtivemos uma média de respostas de 3,8 (n=43;  $dp=0,72$ ; min=2; máx=5). Do ponto de vista dos estudantes serem convidados a partilhar as suas ideias e conhecimentos, a média correspondeu a 3,9 (n=44;  $dp=0,69$ ; min=2; máx=6). Além disso, sobre os estudantes serem incentivados “a responder à questão central”, o valor médio de concordância dos mesmos corresponde 3,8 (n=44;

$dp=0,55$ ; min=2; máx=5). Naquilo que se refere ao estudante ser incentivado “a propor ideias/questões transversais ao tema central”, obtivemos uma média de 3,7 (n=44;  $dp=0,79$ ; min=2; máx=6).

No que se refere à questão “Qual a tua opinião relativa à interação docente-estudante e estudante-estudante do ensino não presencial síncrono quando comparadas com o ensino presencial?”, as respostas foram categorizadas em dois parâmetros, sendo um

referente à “quantidade da interação” e outro à “qualidade da interação”, que seguidamente se apresentam:

### Quantidade da interação

Os participantes referem existir uma interação “... reduzida.” (P17, 2022; P38, 2022) entre docente-estudante e estudante-estudante, uma vez que “A adesão dos alunos era pouca.” na modalidade de ENPS (P34, 2022).

### Qualidade da interação

Os participantes referem que a qualidade da interação é “... menor.” (P28, 2022) entre docente-estudante e estudante-estudante, porque os conteúdos eram lecionados de forma “... mais rápida.” (P30, 2022), sendo “... mais difícil de aprender e manter a atenção.” (P16, 2022) mesmo “... apesar do esforço dos docentes ...” (P19, 2022) na modalidade de ENPS.

No mesmo âmbito, existiu quem considerasse que a interação entre docente-estudante e estudante-estudante do ensino não presencial síncrono quando comparadas com o ensino presencial foi “... mantida.” (P6, 2022) e “... adequada.” (P14, 2022), sendo que esta interação “... até nos aproximou por de facto existir mais preocupação por parte da equipa docente em saber se toda a informação transmitida foi clara.” (P41, 2022).

Relativamente ao ensino não presencial síncrono ser “... intelectualmente desafiante e estimulante ...”, obtivemos uma média de concordância de 3,3 (n=44;  $dp=1,19$ ; min=1; máx=5). Nos dados referentes à aprendizagem ser pertinente, obtivemos uma média de 3,95 (n=43;  $dp=0,62$ ; min=3; máx=5).

Do mesmo modo, atendendo à questão sobre o “Interesse do tema aumentar como consequência das aulas”, obtivemos uma média de concordância de 3,1

(n=43;  $dp=0,91$ ; min=1; máx=5). No que diz respeito aos estudantes compreenderem os conteúdos das aulas, obtivemos uma média de concordância de 3,7 (n=43;  $dp=0,67$ ; min=2; máx=5). No referente aos conteúdos serem “bem preparados e cuidadosamente transmitidos”, obtivemos uma média de respostas de 3,7 (n=43;  $dp=0,87$ ; min=2; máx=5). Relativamente aos objetivos propostos estarem “de acordo com o que é ensinado durante as aulas”, obtivemos uma média de correspondente a 3,7 (n=43;  $dp=0,85$ ; min=2; máx=5). Sobre a existência de “disponibilidade de correções das avaliações/trabalhos de forma adequada”, obtivemos uma média de concordância de 3,5 (n=41;  $dp=0,98$ ; min=1; máx=6). Do ponto de vista dos métodos de avaliação dos estudantes serem “adequados aos objetivos da unidade curricular”, obtivemos uma concordância média de 3,7 (n=43;  $dp=0,75$ ; min=2; máx=5). Relativamente às aulas requererem “a leitura de textos de apoio” como complemento, obtivemos uma média de concordância de 3,8 (n=43;  $dp=0,60$ ; min=2; máx=5).

No que é referente a “leituras complementares, chats, fóruns e portfólios” contribuírem para a “apreciação e compreensão dos conteúdos”, obtivemos uma média de 3,8 (n=44;  $dp=0,65$ ; min=2; máx=5).

## DISCUSSÃO

Durante o ensino não presencial síncrono os participantes tiveram acesso a computador, telemóvel e *internet* de qualidade adequada, facto comprovado pelo elevado grau de participação nas atividades não presenciais síncronas. Os participantes encontravam-se igualmente capacitados para manusear o material digital dirigido a esta tipologia de ensino, no

seguimento do estudo de Pereira, Selvati, Ramos, et al. (2020), onde os estudantes mais jovens apresentam maior facilidade em termos de literacia digital e manuseamento das plataformas utilizadas, sendo que este é um fator que influencia significativamente a satisfação dos mesmos e o sucesso obtido com esta nova forma de aprendizagem.

Sobre a plataforma selecionada (*Microsoft Teams*<sup>®</sup>) para esta tipologia de ensino, os estudantes demonstraram elevada satisfação, sendo esta adequada ao efeito, bem organizada, de fácil manuseamento e dotada de funcionalidades capazes de facilitar o trabalho, à semelhança dos resultados obtidos por Ferreira, Príncipe, Pereira, et al. (2020).

Os estudantes são de opinião da redução da quantidade de horas de contacto não presencial síncrono, uma vez que esta tipologia exige maior esforço de concentração e cansaço, como também referido por Cavalcante, Machado, Farias, et al. (2020). Apesar das dificuldades apresentadas neste processo de ensino, os docentes e estudantes mantiveram-se disponíveis e em contacto através de aulas não presenciais síncronas, a fim de garantir o mínimo vínculo social e de não interromper os processos formativos, sendo que Cavalcante, Machado, Farias, et al. (2020) apontam para uma diminuição da interação do docente-estudante e estudante-estudante do ensino não presencial síncrono quando comparado com o ensino presencial, principalmente devido ao distanciamento social verificado.

Foi, contudo, identificada uma diminuição da qualidade da interação estabelecida pois, embora os docentes tivessem demonstrado esforço para manter o máximo de qualidade possível, o ensino na saúde é maioritariamente prático e o ambiente escolar permite

uma maior qualidade de interação. Igualmente, a interação tornou-se mais monótona e restrita aos momentos das aulas, inversamente àquilo que se verifica no ensino presencial, embora o papel do docente é fundamental, este não deve ser entendido como uma fonte exclusiva de conhecimento e interação, pelo que o estudante deve ter uma atitude pró-ativa, participativa e responsável, como referido por Castaman & Rodrigues (2020).

Segundo Santos & Monteiro (2020), o ensino não presencial obriga a um domínio primordial na qualidade da técnica e na rapidez do planeamento pedagógico. Assim, reconhece-se que os docentes tiveram pouco tempo para o planeamento das atividades não presenciais, obrigando a reformulação de materiais didáticos, de estratégias de ensino e de propostas pedagógicas, provocando consequentemente um cansaço exacerbado dos mesmos, como sugere Cavalcante, Machado, Farias, et al., (2020), que apontam também para um baixo nível de dinamismo, energia e entusiasmo da parte dos docentes, ao lecionar.

Por outro lado, foi demonstrado elevado grau de concordância em termos da disponibilidade no horário de atendimento e na abordagem dos conteúdos destinados a avaliações durante as aulas de ensino não presencial síncrono. A rápida adaptação da escola na criação de ambientes favoráveis ao ensino não presencial, assim como, o acompanhamento e disponibilidade dos docentes, foram as medidas que mais contribuíram para reduzir o impacto das estratégias instituídas face à pandemia, reforçando os resultados obtidos por Ferreira, Príncipe, Pereira, et al. (2020).

Igualmente, a qualidade da aprendizagem verificada nas horas de contacto não presencial foi considerada menor em detrimento do ensino presencial, dada a intensidade e o cansaço associados à época de pandemia vivenciada e à carga horária existente. Neste sentido, a formação no ensino superior modificou-se não só pela suspensão das aulas, mas também pelo impacto na rotina de ensino e aprendizagem, principalmente devido à possibilidade do não atendimento das singularidades biológicas, psicológicas e sociais dos estudantes e ao risco de desenvolvimento incompleto das competências. Por isso, é de ressaltar que essa alternativa de ensino seja realizada de forma complementar, e não substitutivo ao ensino presencial, já que podem existir lacunas na qualidade da aprendizagem como também referido por Cavalcante, Machado, Farias, et al. (2020).

O nível de satisfação dos participantes em relação ao curso antes da transição para o ensino não presencial síncrono demonstra-se maior em comparação com o período após esta transição. De acordo com Cavalcante, Machado, Farias, et al. (2020), a aprendizagem aberta com atitudes de exploração e envolvimento intrínsecas ao estudante, são os fatores preditivos de melhores resultados em termos de satisfação com esta tipologia de ensino. Sob esse prisma, observa-se que os tempos de crise são capazes de promover significativas mudanças no modo de pensar e agir das populações, despertando interesses e mobilizando forças diversas na resolução das problemáticas. Ainda neste panorama, os resultados atingidos são corroborados por Klibanov, Dolder, Anderson, et al. (2018), que referem que os estudantes de ensino não presencial terminam o curso com menor grau de satisfação em comparação com estudantes de

ensino presencial. Este aspeto pode estar associado aos efeitos negativos provocados pelo isolamento social, como a ansiedade, *stress*, apatia e desânimo, trazendo consequências negativas a longo prazo, pelo que é enfatizada a importância de avaliar e promover a saúde mental e o bem-estar dos estudantes sujeitos a esta transição temporária (Ferreira, Príncipe, Pereira, et al., 2020).

Este estudo aponta para que o ensino à distância se constitui como a solução mais efetiva para dar continuidade às atividades letivas, como reforçado por Sobral (2020), sendo que os métodos de avaliação foram desenvolvidos oportunamente nos moldes utilizados anteriormente à pandemia.

### CONCLUSÃO

A transição para o ensino não presencial síncrono como parte das medidas adotadas no plano de contingência COVID-19 da Escola, contexto do estudo, contribuiu para manter o percurso académico dos estudantes em resposta à COVID-19, onde todos os envolvidos demonstraram capacidade de adaptação a este regime online síncrono. A utilização da plataforma *Teams*<sup>®</sup>, promoveu elevado grau de satisfação dos participantes e revelou ser adequada para esta tipologia de ensino, onde o acompanhamento e a disponibilidade verificada por parte dos docentes mostraram ser alguns dos fatores mais significativos para atingir um nível de efetividade satisfatório no ensino não presencial síncrono e respetivos níveis de satisfação. Contudo, o nível de satisfação relativa ao ensino em regime presencial é maior ao do ensino não presencial síncrono, embora tenha respondido favoravelmente em período de pandemia.

As limitações do estudo prendem-se com o reduzido tamanho da amostra e tratar-se apenas de uma instituição de ensino superior. Assim, é importante que este estudo seja alargado a um maior público alvo, e que, face a estas alterações no ensino, seja estudada a possibilidade de utilização de algumas destas estratégias no ensino tradicional, assim como o estudo do impacto destas nos estudantes expostos a esta transição para que, com os resultados destes estudos, se consiga uma visão mais holística do impacto do COVID-19.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior. (2020). *Deliberação sobre os processos temporários de ensino-aprendizagem*. Disponível em: <https://www.a3es.pt/pt/noticias/deliberacao-sobre-os-processos-temporarios-de-ensino-aprendizagem>
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.
- Brooks, S., Webster, R., Smith, L., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. & Rubin, G. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395, 912-920. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8
- Castaman, A.S., & Rodrigues, R.A. (2020). Educação à distância na crise COVID -19: um relato de experiência. *Research, Society and Development*, 9(6). <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i6.36991>
- Cavalcante, A., Machado, L., Farias, Q., Pereira, W. & Silva, M. (2020). Educação superior em Saúde: a educação à distância em meio à crise do novo coronavírus no Brasil. *Avances en Enfermería*, 38, 52-60. <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v38n1supl.86229>
- Decreto-lei nº133/2019 de 3 de setembro (2019). Aprova o regime jurídico do ensino superior ministrado à distância, aprovado em Conselho de Ministros de 1 de agosto de 2019. Diário da República I série, nº168 (03-09-2019), 49-57.
- Despacho n.º 2836-A/2020 de 2 de março (2020). Ordena aos empregadores públicos a elaboração de um plano de contingência alinhado com as orientações emanadas pela Direção-Geral da Saúde, no âmbito da prevenção e controlo de infeção por novo Coronavírus (COVID-19). Diário da República II série, nº43 (02-03-2020), 430-432.
- Direção Geral do Ensino Superior. (2020). *Nota de Esclarecimento: Gabinete do Ministro da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior*. Disponível em: <https://www.dges.gov.pt/pt/pagina/covid-19-avisos>
- ENQA, ESU, EUA & EURASHE. (2015). *Standards and Guidelines for Quality Assurance in the European Higher Education Area*. [https://enqa.eu/wp-content/uploads/2015/11/ESG\\_2015.pdf](https://enqa.eu/wp-content/uploads/2015/11/ESG_2015.pdf)
- Ferreira, A., Príncipe, F., Pereira, H., Oliveira, I. & Mota, L. (2020). Covimpact: Pandemia COVID-19 nos Estudantes do Ensino Superior da Saúde. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(1), 7-16. <http://dx.doi.org/10.37914/riis.v3i1.80>
- Gossenheimer, A. N., Bem, T., Carneiro, M. L. & Castro, M. (2017). Impact of distance education on academic performance in a pharmaceutical care course. *PLOS ONE*, 12(4), 1-11. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0175117>
- Guy, R., Byrne, B. & Dobos, M. (2018). Optional anatomy and physiology e-learning resources: student access, learning approaches, and academic outcomes. *Advances in physiology education*, 42(1), 43-49. <http://dx.doi.org/10.1152/advan.00007.2017>
- Klibanov, O. M., Dolder, C., Anderson, K., Kehr, H. A. & Woods, J. A. (2018). Impact of Distance Education via Interactive Videoconferencing on Students' Course Performance and Satisfaction. *Advances in Physiology Education*, 42(1), 21-25. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29341811/>
- Marsh, H. (1987). Students' Evaluations of University Teaching: Research Findings, Methodological Issues and Directions for Future Research. *International Journal of Educational Research*, 11, 255-388.
- Meirelles, W. (2019). *Desempenho acadêmico dos discentes de Ciências Contábeis nas modalidades de ensino a distância e presencial em uma instituição de ensino superior do Rio Grande do Sul*. [Tese de Mestrado, Faculdade de Ciências Económicas de Porto Alegre].
- Pereira, R., Selvati, F., Ramos, K., Teixeira, L., Conceição, M. (2020). Vivência de estudantes universitários em tempos de pandemia do Covid-19. *Revista Práxis*, 12(1), 47-56.

## Efetividade do ensino não presencial síncrono no ensino superior da saúde

Santos, J. & Monteiro, J. (2020). Educação e covid-19: as tecnologias digitais mediando a aprendizagem em tempos de pandemia. *Revista Encantar - Educação, Cultura e Sociedade*, 2, 01-15. <http://dx.doi.org/10.46375/encantar.v2.0011>

Sobral, S. (2020). *O impacto do COVID-19 na educação*. (Artigo de Imprensa). Universidade Portucalense.  
UNESCO. (2021). *Distance learning solutions*. <https://en.unesco.org/covid19/educationresponse/solutions>

**FATORES QUE INFLUENCIAM A PROCURA DE AJUDA DOS SERVIÇOS DE ABORTO EM MOÇAMBIQUE**

Factors influencing help-seeking process of abortion services in Mozambique

Factores que influyen en la búsqueda de ayuda para los servicios de aborto en Mozambique

Mónica Frederico\*, Carlos Arnaldo\*\*

**RESUMO**

**Enquadramento:** a procura de ajuda pressupõe um comportamento de busca ativa de informação, aconselhamento, tratamento ou suporte para responder a um problema reconhecido. **Objetivo:** perceber o processo de busca de ajuda para a interrupção da gravidez pelas adolescentes e jovens, as fontes de ajuda, e os fatores influenciadores. **Metodologia:** abordagem qualitativa baseada em entrevistas semiestruturadas às enfermeiras dos Serviços de Saúde Amigos dos Adolescentes e Jovens, das urgências de ginecologia e das maternidades de 8 unidades sanitárias das cidades de Maputo e Quelimane; foram entrevistadas igualmente 14 adolescentes e jovens que induziram aborto. Aos dados, foi feita uma análise de conteúdo. **Resultados:** a procura de serviços de aborto iniciou com a confirmação e reconhecimento da gravidez. As amigas e as irmãs constituíram as fontes iniciais e estímulos para a identificação do provedor para a interrupção da gravidez, depois de analisados os custos e benefícios de continuar ou terminar a gravidez; não perceção da suscetibilidade de ter uma gravidez precoce e a gravidade das suas consequências. Não conhecimento das fontes de ajuda e das leis; medo de exposição pública; falta de recursos financeiros; e o comportamento dos provedores serviram de barreiras neste processo. **Conclusão:** Há necessidade de uma maior divulgação dos serviços de saúde sexual e reprodutiva disponíveis, bem como promoção da educação sexual, para escolhas saudáveis.

**Palavra-chave:** Moçambique; adolescentes; jovens; gravidez; aborto

\*MSc, em Desenvolvimento Rural no Centro de Estudos Africanos; Investigador Assistente do Centro de Estudos Africanos (CEA) da Universidade Eduardo Mondlane (UEM) - <https://orcid.org/0000-0003-2313-4506> - Author contribution: study conception and design, data collection, data analysis and interpretation, drafting of the article, critical revision of the article

\*\*PhD, em Demografia – Centro de Estudos Africanos; Diretor do Centro de Estudos Africanos da Universidade Eduardo Mondlane (UEM) – <https://orcid.org/0000-0002-8323-5360> - study conception and design, data collection, data analysis and interpretation, drafting of the article, critical revision of the article

**Autor de correspondência:**

Mónica Frederico

Email: [mfrederico@gmail.com](mailto:mfrederico@gmail.com)**Como referenciar:**

Frederico, M., & Arnaldo, C. (2023). Efetividade do ensino não presencial síncrono no ensino superior da saúde. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 6(2), 21-37. <https://doi.org/10.37914/riis.v6i2.258>

**ABSTRACT**

**Background:** help-seeking behaviour implies an active search for information, counselling, treatment or support to respond to a recognized problem. **Objective:** to understand the help seeking process for abortion services by adolescents and young women, sources of help and, the influencing factors. **Methods:** a qualitative approach was applied using semi-structured interviews with nurses from Adolescents and Young People Friendly Health Services, gynaecology emergency services and, maternity services of 8 health facilities in Maputo and Quelimane cities; 14 adolescents and young women who induced abortion were also interviewed. The data was analysed using content analysis approach. **Results:** the help seeking process for abortion services started with confirmation and recognition of the pregnancy. Friends and sisters were the initial sources of information and stimuli for the identification of the provider of abortion services, after analysing the costs and benefits of keeping the pregnancy or inducing abortion; non-perception of the susceptibility and the severity of having an early pregnancy. Non-awareness of sources of help and laws; fear of public exposure; lack of financial resources; and providers' behaviour served as barriers in this process. **Conclusion:** dissemination of available sexual and reproductive health services is recommended, as well as promotion of sex education for healthy choices.

**Keywords:** Mozambique; adolescent; young women; pregnancy; abortion

**RESUMEN**

**Marco contextual:** la búsqueda de ayuda implica un supuesto de búsqueda activa de información, asesoramiento, tratamiento o apoyo para responder a un problema reconocido en instituciones formales o informales. **Objetivo:** procesos el proceso de búsqueda de ayuda para la interrupción del embarazo por parte de adolescentes y jóvenes, las fuentes de ayuda y los factores que influyen. **Métodos:** un enfoque cualitativo basado en entrevistas semiestruturadas con enfermeras de los Servicios de Salud Amigos de Adolescentes y Jóvenes, de Iproccosias procesosgía y de las maternidades de 8 unidades de salud de las ciudades de Maputo y Quelimane; se entrevistaron 14 adolescentes y jóvenes que se provocaron el aborto. Se realizó un análisis de contenido de los datos utilizando NVivo versión 11. **Resultados:** la búsqueda de servicios de aborto se inicomcon la confirmación y reconocimiento del embarazo. Amigos y hermanas fueron las fuentes y estímulos iniciales para la identificación del prestador de servicios de interrupción del embarazo, después de analizar los costos y beneficios de continuar o interrumpir el embarazo; la no percepción de la susceptibilidad y de la gravedad de tener un embarazo precoz. El desconocimiento de las fuentes de ayuda y de las leyes; el miedo a la exposición pública; la falta de recursos financieros; y el comportamiento de los proveedores sirvieron como barreras en este proceso. **Conclusión:** se recomienda la difusión de los servicios de salud sexual y reproductiva disponibles, así como la promoción de la educación sexual para elecciones saludables.

**Palabras clave:** Mozambique; adolescentes; jóvenes; embarazo; aborto

Recebido para publicação: 25/07/2022  
Aceite para publicação: 12/07/2023

### INTRODUÇÃO

O presente estudo aborda os fatores e o processo de procura de serviços de aborto pelas adolescentes e jovens das cidades de Maputo e Quelimane, em Moçambique. A adolescência é marcada por mudanças nos aspetos físico, psicológico e biológico, que assinalam a transição para a vida adulta (Fatusi & Hindin, 2010). É uma fase considerada frágil, em que os adolescentes precisam de ajuda para enfrentar os riscos a que estão expostos e que podem ameaçar a sua saúde e bem-estar em geral (Fatusi & Hindin, 2010). Dados de inquéritos demográficos realizados entre 2005-2012 mostram que a primeira relação sexual, que normalmente ocorre entre os 16 e 18 anos de idade, tende a ser uma relação não protegida, o que expõe as raparigas a um maior risco de infeções sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV e a gravidez precoce e indesejada (UNFPA, 2014). Relativamente à gravidez, a evidência indica que das 10.2 milhões de gravidezes indesejadas que ocorrem anualmente em adolescentes entre os 15–19 anos, nos países em desenvolvimento, 5.6 milhões resultaram em abortos, dos quais 3.9 milhões são inseguros (Darroch *et al.*, 2016).

Em Moçambique, o início da atividade sexual acontece por volta dos 16 anos, em média (Ministério da Saúde & Instituto Nacional de Estatística, 2018), uma idade considerada precoce, na qual os adolescentes ainda não possuem informação adequada sobre as medidas de prevenção para uma vida sexual e reproductiva saudável. Muitas raparigas têm a menarca sem que tenham tido uma informação prévia sobre este fenómeno, o que aumenta o risco de engravidarem precocemente, ou mesmo de contrair infeções de transmissão sexual (Ibitoye *et al.*

2017; Belayneh & Mekuriaw, 2019). O Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique (IMASIDA) de 2015, indica que 76.0% das adolescentes de 19 anos de idade já ficaram grávidas pelo menos uma vez na vida e cerca de 24.0% das gravidezes que ocorreram nos dois anos anteriores ao inquérito eram indesejadas (Ministério da Saúde & Instituto Nacional de Estatística 2018). O IMASIDA mostra também que 7.8% das adolescentes e jovens entre os 15 e os 24 anos de idade declararam já ter tido infeções de transmissão sexual (Ministério da Saúde & Instituto Nacional de Estatística, 2018). Frederico *et al.* (2020) encontraram que, no conjunto das adolescentes e jovens entrevistadas, 5.8% já haviam induzido um aborto. Um estudo qualitativo, recente, sobre o aborto voluntário entre jovens crentes das religiões Protestante e Católica da cidade de Maputo, refere que há algumas jovens destas congregações religiosas que já induziram aborto (Faduco, 2021). Embora os dados sejam escassos, eles dão uma indicação de que o aborto em Moçambique é uma prática comum entre adolescentes e jovens é comum em Moçambique e coloca em risco a sua saúde.

A existência de instituições de apoio e aconselhamento em saúde sexual e reproductiva, pode contribuir para uma preparação adequada da entrada à atividade sexual para os adolescentes e jovens. No entanto, isto por si só não garante ajuda se estes serviços não forem procurados pelos adolescentes. A procura de ajuda pressupõe um comportamento de busca ativa de informação, aconselhamento, tratamento ou suporte para responder a um problema reconhecido e que pode ser partilhado com outra pessoa (Rickwood *et al.*, 2005). A procura de



ajuda baseia-se nas relações sociais interpessoais e pode ser informal, quando a ajuda é procurada em amigos ou na família, ou formal, quando a procura é feita junto de profissionais capazes de ajudar e aconselhar (Rickwood *et al.*, 2005; Cakar & Savi, 2014). Rickwood *et al.* (2005) refere ainda que os adolescentes tendem a não procurar ajuda em profissionais e, os poucos que procuram, fazem-no depois de terem procurado uma fonte informal, onde os amigos são a primeira fonte e os pais, a fonte alternativa. A família é a unidade social responsável pela socialização e orientação dos adolescentes e jovens onde, os mais novos aprendem com os adultos, compartilham as crenças e comportamentos relativos à doença e saúde, influenciando assim o uso mútuo de cuidados médicos (Segrin & Flora., 2011). Contudo, os adolescentes e jovens, na tentativa de busca de ajuda dentro da família, nem sempre encontram a resposta ou encontram-na tardiamente (Cakar & Savi, 2014).

Este artigo aborda os fatores e o processo de procura dos serviços de aborto pelas adolescentes e jovens. Pretende-se perceber o processo de busca e a interação entre as adolescentes e as suas fontes de ajuda e os fatores que influenciaram este processo. Assim, o estudo busca informação com potencial para influenciar ou orientar aos decisores para a formulação de políticas e programas de prevenção dos riscos à saúde dos adolescentes e jovens. Em concreto, o estudo tem como objetivo examinar as motivações e os fatores que influenciam o processo de procura de ajuda dos serviços de aborto pelas adolescentes e jovens nas cidades de Maputo e Quelimane, Moçambique.

### ENQUADRAMENTO/ FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO

A procura de ajuda é um ato de busca de solução, sendo, por isso, um processo resultante da necessidade de responder a um problema em que o indivíduo, por si só, não pode solucionar, e a interação com terceiros torna-se imperiosa.

O comportamento de busca de ajuda tende a ser analisado em dois prismas: o primeiro olha para o comportamento de busca de cuidados médicos e o segundo analisa o comportamento de busca de saúde de forma mais integrada, identificando os fatores que permitem ou impedem as pessoas de fazerem escolhas saudáveis, no que respeita ao estilo de vida ou ao uso de cuidados e tratamentos médicos (Mackian *et al.*, 2004). Apoiando-se no modelo de Barker (2007) e de Champion & Skinner (2008), o presente estudo enquadra-se no segundo prisma, pois procura perceber os fatores influenciadores da procura de ajuda em serviços de aborto.

Na teoria sobre a busca de ajuda um dos pontos iniciais e determinantes é a perceção do problema ou da necessidade de ajuda. Segundo Barker (2007) e Divin *et al.* (2018), o reconhecimento do problema e da necessidade de ajuda conduz à perceção do mesmo e, por sua vez, dita o tipo de ajuda necessária, definindo-se assim a motivação para a sua procura. Contudo, a procura de ajuda pode ser influenciada por fatores internos e por fatores externos. Os fatores internos podem ser o conhecimento das fontes de ajuda e das normas sociais; a perceção sobre os outros, o acolhimento das instituições prestadoras de ajuda e a capacidade pessoal de resolver o problema; a experiência anterior de procura de ajuda e a habilidade de identificar ou articular as necessidades. Os fatores externos podem ser a distância, a

## Fatores que influenciam a procura de ajuda dos serviços de aborto em Moçambique

disponibilidade e os custos dos serviços; a recetividade e o conhecimento das preocupações dos adolescentes pelos provedores; a existência de serviços amigos do adolescente, os valores culturais sobre a interação adolescente-adulto, e o contexto legal das políticas (Barker, 2007; Champion & Skinner, 2008; Divin *et al.*, 2018).

A perceção do risco tem sido explicada através do modelo de crenças em saúde (HBM) (Champion & Skinner, 2008). Este modelo desenvolvido por psicólogos dos Serviços de Saúde Pública dos Estados Unidos de América, nos anos 1950, visava explicar a razão pela qual as pessoas não se preveniam corretamente de certas doenças para as quais já havia testes e vacinas (Champion e Skinner, 2008). O modelo foca em quatro dimensões, nomeadamente: (i) a suscetibilidade de contrair uma doença e gravidade das suas consequências, neste caso de ter uma gravidez indesejada, (ii) benefícios/custos (iii) estímulos e (iv) barreiras percebidas, explorando, por exemplo, as perceções do indivíduo sobre a ameaça representada por um problema de saúde, em termos de sua suscetibilidade de contrair uma doença, e gravidade que esta pode ter sobre si (Champion & Skinner, 2008). Esta teoria explica ainda que mesmo que a pessoa perceba a sua suscetibilidade de contrair uma doença, a mudança de comportamento é influenciada pelas crenças que tem em relação aos benefícios de agir para a prevenção e barreiras existentes. No contexto da procura de ajuda para a interrupção da gravidez, este modelo é útil para identificar e analisar as barreiras que limitaram as adolescentes e jovens que tiveram uma gravidez precoce e indesejada, de procurarem ajuda junto das pessoas ou instituições de saúde qualificadas para tal.

Tratando-se de um estudo sobre a interrupção de uma gravidez, torna-se necessário abordar o contexto legal do aborto em Moçambique, desde a independência à 2017, altura em que foram publicadas as linhas orientadoras para a provisão do aborto seguro nas unidades sanitárias. A legislação herdada da administração colonial e que vigorou até aos anos 80 era restritiva em relação a interrupção da gravidez (Agadjanian, 1998). Entretanto, o aumento do número de pacientes com complicações resultantes dos abortos inseguros, despertou a consciência de se estar perante um problema, o que levou o Ministério da Saúde a autorizar a realização de abortos em alguns hospitais, mediante uma solicitação por escrito (Agadjanian, 1998). De acordo com Ustá *et al.* (2008), antes da nova lei do aborto de 2014, as condições prévias para ter acesso a estes serviços incluíam uma carta de solicitação, identificação da mulher, a foto do parceiro e um valor aproximado de 621.6MZN (cerca de 10 dólares americanos ao câmbio médio de 2022). De acordo com estes autores a cobrança deste valor constituía uma barreira para muitas mulheres obterem estes serviços. Em 2014, uma lei de aborto mais liberal foi aprovada em Moçambique - Lei nº 35, 2014, e as suas diretrizes foram disponibilizadas em 2017-Diploma Ministerial 2017, (Moçambique, 2014; Moçambique, 2017). De acordo com esta lei, as mulheres podem solicitar e fazer o aborto legalmente dentro das primeiras 12 semanas de gestação; dentro das primeiras 16 semanas, se a gravidez resultar de violação sexual ou incesto; e durante as primeiras 24 semanas, se a saúde física ou mental da mulher estiver em risco ou em casos de doença ou anomalia do feto. Mulheres, menores de 16 anos de idade ou

mulheres que não são capazes de decidir precisam do consentimento dos pais ou das pessoas responsáveis por elas (Moçambique, 2014; Moçambique, 2017).

### METODOLOGIA

Este estudo é qualitativo e faz parte de um grande estudo designado *Pregnancy During Adolescence and youth: Analysis of the Factors Influencing Abortion Decision-Making and Utilization of Reproductive Health Services in Maputo and Quelimane cities, Mozambique*. A recolha de dados foi feita através de entrevistas semi-estruturadas aplicadas às enfermeiras de saúde materno-infantil e de histórias de vida de adolescentes e jovens (15-24 anos) que em algum momento das suas vidas induziram um aborto. Este grupo foi selecionado por ser um grupo que apresenta limitações não só em perceber a transformação que ocorrem durante a transição para a fase adulta, mas também na busca dos serviços de saúde sexual e reprodutiva devido a questões culturais e à falta de informação e maturidade, o que coloca em risco a sua saúde sexual e reprodutiva. Compreendendo os fatores e as motivações pode ajudar a influenciar na formulação de políticas que contribuam para intervenções que reduzam o risco de saúde neste grupo da população. Para além das adolescentes e jovens, participaram do estudo enfermeiras. Isto deveu-se ao facto de no decurso da pesquisa ter se notado que a atitude destes provedores contribuiu na definição do tipo de aborto (seguro ou inseguro) tido pelas adolescentes e jovens (cf. Frederico *et al.*, 2018). Desta forma, tornou-se importante explorar a perceção das mesmas sobre este processo. Não foram entrevistados enfermeiros porque, nos sectores das

unidades sanitárias incluídas no estudo, não haviam provedores do sexo masculino.

### Seleção da amostra e recolha de dados

Foram entrevistadas 26 participantes sendo 12 enfermeiras e 14 adolescentes e jovens com idades entre os 15 e 24 anos. As enfermeiras foram selecionadas em 8 unidades sanitárias que prestam Serviços Amigos dos Adolescentes e Jovens (SAAJ), urgências de ginecologia e maternidade, nas cidades de Maputo e Quelimane. A seleção das enfermeiras foi intencional e por conveniência. Para tal, primeiro foi contactado o chefe de cada uma das unidades sanitárias visitadas e, depois de obter o aval deste, a equipa de pesquisa foi apresentada às provedoras que, após a explicação dos objetivos da pesquisa e dos procedimentos éticos anuíram em participar da mesma. A anuência em participar resultou no agendamento da hora mais conveniente para a entrevista. A seleção foi feita nos sectores de ginecologia e obstetrícia e SAAJ por serem estes os setores que atendem adolescentes e jovens que procuram serviços de saúde sexual e reprodutiva. Os critérios de inclusão usados foram: ser enfermeira afeta ao setor de ginecologia e obstetrícia ou ao Setor do SAAJ. A entrevista às enfermeiras tinha como foco a experiência no atendimento a adolescentes e jovens, o tipo de serviços solicitados, a fase em que se apresentam na unidade sanitária e a perceção das enfermeiras sobre a saúde da adolescente e procura de ajuda. As adolescentes e jovens foram identificadas através de resposta afirmativa à pergunta se alguma vez tinham induzido um aborto, num inquérito realizado no âmbito do grande estudo já referido acima, que foi desenhado como um estudo misto que, para além do questionário aplicado a 1657

## Fatores que influenciam a procura de ajuda dos serviços de aborto em Moçambique

mulheres em idade reprodutiva, das quais 816 tinham idades entre 15 e 24 anos, incluiu também uma parte qualitativa, cujos dados foram a base deste estudo (Frederico *et al.*, 2020). As adolescentes e jovens entrevistadas foram informadas, durante o inquérito, que poderiam ser convidadas novamente a participar numa segunda entrevista para clarificação de alguns aspetos. No contacto para este estudo, as participantes foram questionadas sobre o seu interesse em participar e, em caso afirmativo, foi agendado um local e hora mais convenientes para a entrevista. Antes da entrevista, cada participante foi explicada das razões pelas quais foi convidada pela segunda vez a participar no estudo. As participantes também foram informadas sobre os procedimentos da entrevista, confidencialidade e anonimato nos dados recolhidos, bem como a possibilidade de se retirar da entrevista a qualquer momento.

Para iniciar a entrevista, cada participante foi convidada a contar a sua história de vida desde a puberdade até o momento em que induziu o aborto. Seguiu-se uma conversa onde foram gradualmente adicionadas perguntas de insistência que permitiram obter mais detalhes, seguindo um guião previamente discutido e testado pela equipa de estudo. Este procurou responder a seguinte questão: uma vez tomada a decisão de induzir o aborto, que fatores influenciam o processo de procura de ajuda dos serviços de aborto seguro, pelas adolescentes e jovens nas cidades de Maputo e Quelimane, Moçambique? O era explorar as fontes de ajuda, as barreiras para procurar ajuda e a perceção do risco/problema. Todas as entrevistas foram realizadas em português. As características das participantes deste estudo são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1  
Características das participantes do estudo

Categorias	Mediana /Número	
	Adolescentes e jovens	Provedores/Enfermeiras
Número de participantes	14	12
Idade		
Intervalo de Idades	17-24	27-55
Idade Mediana	21	
Idade Mediana na primeira relação sexual	15.5	
Níveis de escolaridade		
Primário	4	0
Secundário	8	10
Universitário	2	2
Religião		
Cristã	13	12
Islâmica	1	0
Ocupação		
Estudante	5	
Sem ocupação	8	
Vendedor	1	
Enfermeiras		SMI*
Anos de experiência		
Menos de 10		2
10-19		7
20-34		3
Aborto induzido	14	

\*SMI- Saúde Materno Infantil

## Fatores que influenciam a procura de ajuda dos serviços de aborto em Moçambique

### Análise de dados

A análise de dados seguiu três etapas: transcrição, leitura e codificação com o NVivo versão 11 (QSR *International Pty Ltd., Doncaster, Austrália*). Depois da transcrição aplicou-se a análise fenomenológica, seguindo-se a codificação aberta baseada na análise linha por linha para captar as informações mais mencionadas durante as entrevistas. Depois foi feita a reanálise, criaram-se os códigos axiais dos quais emergiram os temas principais que depois foram classificados e agrupados de acordo com o modelo de procura de ajuda pelos adolescentes de Barker (2007) e de Champion & Skinner (2008). Este processo foi acompanhado por discussões entre os membros do grupo de pesquisa. Finalmente, os dados foram interpretados, e fez-se a sistematização das conclusões.

### Questões éticas

Para a realização deste estudo foi obtida aprovação ética do Comité Institucional da Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane, e do Comité Nacional de Bioética para a Saúde do Ministério da Saúde (IRB00002657), e ainda do Comité de Ética do Hospital Universitário de Gent (PA 2015/043). Para além destas autorizações, o estudo obteve autorização administrativa do Ministro da Saúde e das autoridades locais a nível provincial e comunitário das áreas onde o estudo foi implementado.

Cada participante foi solicitada a assinar o consentimento informado depois de receber a explicação dos objetivos e procedimentos relacionados com a entrevista, especificamente que a sua participação era voluntária; que não era obrigada a responder perguntas que considerasse não

adequadas para ela e que podiam suspender ou terminar a entrevista sempre que desejasse, sem consequências nenhuma para a sua vida. As participantes menos de 18 anos foram entrevistadas depois de se obter consentimento informado de um dos pais ou encarregado de educação e da sua aceitação. Para as participantes que não sabem escrever foram pedidas as impressões digitais.

As entrevistas decorreram em local e hora confortável para a participante, onde a privacidade fosse garantida. No caso da ausência de condições de privacidade, a entrevista era suspensa e só era retomada depois desta ser restabelecida. As participantes foram também informadas que todos os elementos que os poderiam identificar não seriam usados tanto na análise quanto na partilha dos resultados. O número de contacto do comité de bioética constava da folha de informação, para que a participante o pudesse contactar para denúncia ou por qualquer outro motivo relevante.

## RESULTADOS

Nos parágrafos que se seguem apresentam-se os resultados, iniciando pela descrição de suscetibilidade de ter uma gravidez indesejada e a gravidade das suas consequências; benefícios e custos de; estímulos para agir; barreiras enfrentadas, designadas como fatores que influenciaram a busca de ajuda de serviços de aborto. Estes aspetos estão sumarizados na tabela 2 e descritos nos resultados e no setor da discussão dos mesmos.

Suscetibilidade de estar grávida e a gravidade das consequências de ter uma gravidez indesejada.

## Fatores que influenciam a procura de ajuda dos serviços de aborto em Moçambique

A primeira ação do processo de procura de serviços de aborto pelas adolescentes e jovens, depois da percepção da gravidez, foi junto ao parceiro, irmã e/ou amiga. Neste contacto inicial as adolescentes e jovens informaram as suas fontes de ajuda sobre o seu problema - a gravidez. No entanto, a percepção da suscetibilidade de ter uma gravidez indesejada e a gravidade das suas consequências ainda não estava clara. Para algumas adolescentes e jovens entrevistadas, a percepção da suscetibilidade de ter uma gravidez envolveu a realização de um teste de gravidez, depois de aconselhadas pela fonte de ajuda, como elucidam as seguintes passagens das entrevistas: *“Conversei com a minha irmã. A minha irmã disse que podia comprar teste de gravidez. Ela [a irmã] foi comprar esse teste [e fiz] e ela me disse, estás grávida. Como deixaste isso acontecer?”* (jovem, 24 anos). *“Fiquei muito tempo sem menstruar e fiquei preocupada. Antes de acabar o mês eu fui ter com as minhas amigas e deram-me um conselho de ir comprar o teste para ver se é gravidez. (...) Fui comprar o teste, fiz e deu positivo”* (jovem 21 anos).

Para outras, ainda não conscientes dos sintomas de gravidez, perceberam o seu problema através de outros, nomeadamente a mãe ou o parceiro: *“A menstruação faltou só que eu achei que fosse algo normal porque a menstruação vinha e de repente parava. Descobri depois de 4 meses. Até porque quem descobriu foi a minha mãe porque eu não tinha noção de nada”* (adolescente, 18 anos). *“Eu não tinha noção. Eu não sabia o que estava a acontecer. Meu namorado é que me disse. Ele não me perguntou, ele me disse [que estou grávida]”* (adolescente, 18 anos).

O reconhecimento da gravidez, levou a sessões de negociação para a definição do tipo de ajuda

necessária para a solução deste problema, demonstrando a percepção da gravidade que a gravidez precoce representava.

### Benefícios e custos

Neste processo de procura de ajuda, os benefícios e custos de induzir um aborto ou de continuar com a gravidez até ao nascimento da criança foram tomados em consideração, tendo esta negociação, entre parceiros ou entre a adolescente grávida e sua família, sido marcada por momentos de avanço e de recuo por parte das raparigas grávidas (não interromper - interromper e vice e versa), ao pensarem que da gravidez poderia resultar o nascimento do seu único filho, mas, que mantendo a gravidez seria ignorado pelo parceiro e ainda poderia ser expulsa de casa, conforme o decurso da negociação: *“(...) Pensei vou deixar porque pode ser o único filho. Eu deixei. Quando eu disse que estava grávida, ele primeiro disse para deixar e depois vamos ver o que fazer. (...) Ele depois viajou e ficou um mês, e já no segundo mês eu perguntei, e agora? Eu então disse, estou a ver que é melhor tirarmos porque eu descobri que ele não queria nada comigo”* (jovem, 21 anos). *“O moço que me engravidou negou. Então fui falar com a minha irmã mais velha, e ela disse tens que abortar porque o papá vai te mandar embora de casa e nós em casa não temos condições para cuidar dessa criança. A minha decisão era de deixar, mas tive medo de lá em casa”* (jovem, 20 anos).

### Estímulos

Segundo as adolescentes

O processo de busca de ajuda para induzir o aborto foi estimulado, para além das consequências negativas como poder ter um filho sem suporte do parceiro ou ser expulsa de casa, pelas fontes de

## Fatores que influenciam a procura de ajuda dos serviços de aborto em Moçambique

informação. Estas fontes podem ser formais ou informais. No caso deste estudo, a fonte de informação de primeira instância consultada pelas adolescentes e jovens grávidas foi a informal, tendo sido os amigos a fonte chave. Entretanto, mesmo se na primeira instância a adolescente tivesse conversado sobre a gravidez com um membro da família, o recurso a uma amiga foi a chave para a indicação da fonte de ajuda definitiva: *“Eu tinha uma amiga, não é, conversei com ela e eu disse eee, não estou a sentir-me bem, estou grávida. Ela disse que conhecia uma pessoa. Ela foi mostrar-me essa pessoa (...), e fiz tudo”* (jovem, 20 anos). *“Falei com a minha irmã mais velha, e ela disse, tens que abortar. [depois] fui ter com uma amiga que tem uma tia que trabalha no hospital e facilitou tudo. Depois fui fazer o aborto”* (jovem, 20 anos).

Entretanto, algumas adolescentes recorreram às suas irmãs para poderem chegar a fonte de ajuda definitiva: *“Eu falei com a minha irmã e ela também disse que conhece pessoas grávidas (...) e disse que estou. Eu queria ouvir dela, o que fazer porque eu não tinha ideia”* (adolescente, 18 anos). *“Quem descobriu foi a minha irmã. Ela chamou-me e perguntou: você viu o período este mês? Eu disse não, fazer três meses. Depois a minha irmã disse vamos ao hospital”* (adolescente 18 anos).

A procura de fontes formais só ocorreu em casos extremos, como foi o seguinte caso: *“(…) Depois de 1 mês, de novo comecei a sentir cólicas e dores de barriga. Fui ter com aquela senhora que me deu o comprimido e disse estou a sentir umas dores terríveis de parto. Ela disse vai para casa, toma chá e faz massagem no útero, se não passar volta. Saiu uma coisa tipo uma bola, comecei a sangrar muito. Então o*

*meu parceiro decidiu, levar-me para a minha casa. Eu disse para casa não vou e em casa nem podem saber. Fomos ao hospital Mavalane. Eu já tinha desmaiado”* (jovem, 21 anos).

Foram as fontes de informação procuradas na primeira instância que tiveram o papel de intermediação no processo de busca de serviços de aborto, estabelecendo o contato entre estas, raparigas grávidas e os provedores, bem como a negociação sobre a prestação de serviços: *“A minha amiga disse-me que a tia que trabalha no hospital pode me ajudar e que era só arranjar dinheiro. Primeiro falamos via telefone e ela disse que podemos ir. A minha amiga me acompanhou para o hospital”* (jovem, 20 anos). *“(…) Então depois conseguimos [os comprimidos] numa das tias, de uma das minhas amigas, que trabalha no hospital. Um dia fomos para casa dela e ela introduziu os medicamentos, deu-me uma injeção e deu-me uns antibióticos e disse que era para eu tomar”* (jovem, 22 anos).

Segundo as enfermeiras

Evidências de recurso às fontes informais são reforçadas pelas falas das enfermeiras, ao indicarem que as adolescentes e jovens procuram a sua ajuda depois de perceberem que a ajuda prestada (pelo provedor informal) não foi eficaz: *“Muitas das vezes são abortos provocados. Umas vêm transferidas do banco de socorro das unidades sanitárias e outras vêm direto de casa para a maternidade. Geralmente são adolescentes, na sua maioria crianças de 14, 17 e 18 anos”* (Enfermeira, 32 anos). *“A maior parte das que aparecem são de aborto clandestino. Essas usam comprimidos. As meninas iniciam aborto fora e recorrem ao hospital para aspirar”* (Enfermeira, 38 anos).

## Fatores que influenciam a procura de ajuda dos serviços de aborto em Moçambique

Fatores que influenciam a procura de ajuda entre as adolescentes

A decisão de procurar os serviços de saúde, não está somente dependente da percepção do problema e do reconhecimento da necessidade de ajuda, mas também de alguns fatores que contribuem para o avanço ou recuo na procura destes serviços pelas adolescentes e jovens grávidas.

A análise de dados identificou fatores individuais e interpessoais que influenciaram a procura de ajuda

pelas adolescentes e jovens, depois de perceberem que estavam perante uma gravidez. Os parágrafos que se seguem descrevem esses fatores, primeiro do ponto de vista das adolescentes que tiveram uma gravidez precoce e induziram aborto e, depois, do ponto de vista das enfermeiras, ambos sumarizados na Tabela 2.

Tabela 2

### Sumário de fatores que influenciaram a procura de ajuda

Dimensões	Categorias	Características/Fatores	Adolescentes e jovens	Provedores de saúde	
susceptibilidade, gravidade	de ter uma gravidez	Incapacidade de identificar o risco e a gravidade das consequências de ter uma gravidez precoce	x	x	
	de terminar a gravidez	poderia ser o único filho	x		
	de continuar a gravidez	ser rejeitada pelo parceiro	x		
benefícios/custos		ser expulsa de casa pelos pais	x		
	para terminar a gravidez	existência de fontes de informação/ aconselhamento sobre onde obter os serviços de aborto	x		
estímulos	Individuais	Falta de conhecimento das leis e procedimentos para o acesso ao serviço de aborto e/ou a dificuldade de segui-los	x		
		Não conhecimento das fontes de ajuda disponíveis (serviços de aborto)	x		
		Medo de exposição pública	x		
		Falta de recursos financeiros	x		
	Externos	Falta de diálogo/conversa na família			x
		A forma como a conversa acontece (amigável e não amigável)			x
		Suporte da família	x		
		Comportamento dos provedores (cobrança de dinheiro)	x		

Fatores individuais

### Segundo as adolescentes

A percepção do problema ou do risco faz parte dos fatores que motivam a procura de ajuda. As participantes deste estudo, na sua maioria, parecem não terem sido capazes de perceber que a atividade sexual expõe a mulher ao risco de engravidar e que

esta gravidez tem efeitos negativos sobre as suas vidas. Esta incapacidade influenciou de forma negativa a busca de ajuda, tendo estas, não procurado a ajuda para prevenir a gravidez: *“Comecei a namorar com 14 anos e foi com essa idade que também comecei a ter relações sexuais e não conhecíamos os perigos (...). Está a ver aquela idade,*



## Fatores que influenciam a procura de ajuda dos serviços de aborto em Moçambique

*não sabia que podia engravidar. Porque a primeira que tive relações sexuais, não engravidei, então eu aaa é mesma coisa, não vou engravidar” (jovem, 21 anos). “Mas naquele tempo era ainda criança, não entendia nada, brincava muito prontos, daí eu com os meus 19 anos tive a minha primeira barriga [gravidez]” (jovem, 20 anos).*

O não conhecimento das fontes de ajuda disponíveis, isto é, da possibilidade de realizar aborto seguro nas unidades sanitárias públicas do país teve impacto na procura de ajuda, e fez com que as adolescentes e jovens necessitadas dos serviços de aborto recorressem a fontes alternativas e menos seguras, existentes nas suas comunidades: *“Bem, bem, não sabíamos que era legal irmos ao hospital fazer aborto. Então achamos melhor procurar alguém fora e fazer tudo fora” (jovem, 24 anos).*

Falta de conhecimento das leis e dos procedimentos para o acesso ao serviço de aborto e/ou a dificuldade de segui-los, bem como o medo de exposição pública constituíram barreiras importantes para a busca de ajuda pelas adolescentes e jovens: *“Eu só ouvia que no hospital, para interromper a gravidez é de borla. Mas naquele momento eu tive medo de como começar. Só ouvi que é necessário um requerimento, que as vezes, tem que ir com uma pessoa adulta para assinar (...). Eu tinha medo, não queria que as pessoas, mesmo de casa soubessem” (jovem, 20 anos)*

A falta de recursos financeiros também foi mencionada como uma das barreiras que contribuiu para a busca de ajuda em fontes alternativas, embora elas não fossem gratuitas. *“No ano passado [a indução do aborto] foi no hospital. Só este ano é que foi numa senhora particular (...). Não fomos ao hospital devido ao problema de dinheiro. Sai mais*

*barato fora do que no hospital” (jovem, 22 anos). “Ela [amiga] disse que tinha uma tia que trabalha no hospital que pode me ajudar, só [devia] arranjar dinheiro. O dinheiro que eu tinha era pouco. Eu posso dizer que ela me ajudou” (jovem, 22 anos).*

### **Segundo as enfermeiras**

A incapacidade de perceber o risco é também evidenciada pelo discurso das enfermeiras, que indicam que as adolescentes e jovens frequentemente infetam-se e reinfetam-se devido ao não uso de meios de proteção: *“A maior preocupação deles são as ITSs [infecoes de transmissão sexual]. Fala-se muito do preservativo, mas acredito que muitos não usam. Se usassem não estariam com ITSs, com frequência. A adolescente vem com corrimento e a gente trata, depois de algum tempo volta cá” (Enfermeira, 55 anos). “(...) Até aderem [pedem os preservativos], agora o que é feito não sabemos. É por isso que aparecem meninas com problemas sexuais e sempre dizem que o preservativo rompeu. Voltamos a explicar como usar o preservativo. E outra diz é por que já não estou com o meu namorado. Agora é outro e eu digo como é outro devias usar o preservativo” (Enfermeira, 53 anos).*

Fatores interpessoais

### **Segundo as adolescentes**

A falta de diálogo/conversa entre adolescentes e adultos dentro da família sobre questões de saúde sexual e reprodutiva e a forma como esta conversa acontece fazem parte de barreiras para a busca de ajuda adequada. Os excertos seguintes mostram quão distantes as adolescentes e jovens estão da família quando enfrentam um problema relativo à saúde sexual e reprodutiva devido a fraca e difícil forma de comunicação dentro da família: *“Converso mais com*

## Fatores que influenciam a procura de ajuda dos serviços de aborto em Moçambique

[outras] pessoas adultas para aprender um pouco mais, porque com a minha tia a relação não era aberta em relação a essa questão. Já tentei uma vez e ela pôs-se calada. Por essa razão eu não insisto” (jovem, 21 anos). “Ela [mãe] não sabe falar connosco. Eu até posso tentar falar com ela mas ela não consegue. Ela já vai jogando pedras. Por isso eu nunca me abro com ela. Posso chegar em casa mal, como da outra vez que tinham me batido, mas eu não contei para ela” (adolescente, 18 anos). “Minha mãe é muito fechada. Raras vezes nós conversamos. Coisas que eu tenho para contar ela assim. (...) Aaa haa minha mãe!!? Hum hum!! eu as vezes quero ficar, conversar, contar o que se passa comigo, mas não há como. Eu posso chegar a contar a ela [algo] e ela depois dizer estás a contar-me [isso] para eu fazer o quê? Estás a perceber nem, i para ni xitira hine lecho” (jovem, 20 anos).

Entretanto, existem outras adolescentes que encontraram suporte em suas mães ao encaminhá-las a um provedor de saúde: “Ela [mãe] é que me acompanhou. Ela é que conhece o médico. Fomos ao hospital central, só que ele estava muito ocupado e disse para irmos a casa dele” (Adolescente, 17 anos). “Ela [mãe] disse, tu não estás bem. É quando fomos a unidade sanitária e confirmou-se que estava grávida. Daí fomos ter com uma parteira e deu-se o processo todo” (Jovem, 20 anos).

O comportamento dos provedores faz parte das barreiras na busca de ajuda adequada pelas participantes. A cobrança de dinheiro para o tratamento fez com a ajuda fosse procurada na farmácia ou em pessoas indicadas pelos amigos, em substituição da unidade sanitária, embora o acesso aos medicamentos ou tratamento nestes outros locais

não fosse gratuito: “Cobram-nos um valor que não tínhamos [cobrança ilegal]. As senhoras não queriam negociar nem nada. Acho que queriam 1200 se não estou em erro.” (Jovem, 22 anos).

### Segundo as enfermeiras

Dificuldades de conversa dentro da família são também evidenciadas pelas falas das provedoras de saúde que mostram a atitude de algumas mães perante as filhas quando se apercebem que estas já têm relacionamentos amorosos. As mães, no lugar de conversar, usam métodos violentos, como por exemplo o teste de virgindade: “As vezes as mães aparecem com a menina para saber se ela é virgem. Eu me recordo de um caso em que a menina veio com a mãe e ela estava com um condiloma [verrugas genitais], mas ela dizia que era virgem. A mãe desconfiava que ela já fazia sexo e ela dizia que não. Depois da observação nós dissemos [a senhora] que devia conversar de boa maneira com a filha para que haja entendimento. E dissemos a menina para voltar [no dia seguinte] para o tratamento” (Enfermeira, 55 anos).

O discurso evidencia, também, que os pais veem os filhos como crianças apenas, esquecendo que eles também têm sentimentos e preocupações que se assemelham aos dos adultos. Ter amizade com as filhas é importante para ganhar confiança uma da outra e, no caso das mães, poderem acompanhar e guiar de maneira correta as meninas, como se ilustra: “Nós, nalgum momento podemos pensar que estamos a trabalhar com uma criança, mas é uma criança adulta. O problema que um jovem tem, um adulto também tem. Só que ele não tem onde expor essa preocupação dentro de casa, porque não são todas as famílias que encaram o jovem. Encaram-no como

*criança de verdade. É criança, sim, mas Precisa de ser escutada pela família. Precisamos [de ter] muita conversa com os pais. Uma e outra [adolescente] é que diz, eu sou amiga da minha mãe. Mas a maioria tem dificuldades de se abrirem com as mães”* (Enfermeira, 50 anos). *“Bom em relação ao trabalho da família é muito importante, só que nalgum momento há famílias que têm reservas para transmitir informação aos filhos. Primeiro, para você transmitir essa informação você precisa ter amizade e confiança para conversar com o seu filho. Se não tem amizade dificilmente vai sentar com o filho e explicar que quando fizer isto é errado”* (Enfermeira, 42 anos).

### DISCUSSÃO

Este estudo procurou perceber o processo de busca de ajuda para a interrupção da gravidez, a interação com as fontes de ajuda e os fatores que influenciaram, à luz do modelo de crenças em saúde, no qual a suscetibilidade; a gravidade; benefícios/custos e as barreiras são dimensões nas quais este modelo busca a explicação sobre o comportamento de procura de ajuda em saúde. Neste estudo notou-se que a busca de serviços iniciou logo após a percepção clara do problema - a gravidez, através da realização de um teste ou confirmando-a através de outros, tais como irmã, mãe ou parceiro. Embora se trate de busca de serviços de saúde, que no geral deve ser procurada em instituições e provedores formais, no caso das adolescentes e jovens deste estudo, esta busca foi direcionada, em primeiro lugar, às fontes informais consideradas mais próximas e capazes de ajudar na solução do problema, as amigas. Mesmo a ajuda procurada junto aos provedores formais de saúde, foi também

desencadeada de forma informal, e quase sempre depois da falha da ajuda formal. Este resultado assemelha-se ao que o estudo de Rickwood *et al.* (2005) referiu que as adolescentes e jovens recorrem em primeiro lugar à ajuda de instituições informais, contactando as instituições formais apenas se o problema não tiver tido solução a esse nível. Mesmo ao nível informal, a busca de ajuda só ocorre se a adolescente ou a jovem perceber que ela, por si só, não é capaz de resolver (Barker, 2007). Como foi mostrado pelas passagens, algumas raparigas grávidas, não percebiam o que se estava a passar. Neste caso assistiu-se em primeiro lugar, a procura de ajuda para perceber o problema, seguido pelas negociações para definir a solução, e onde buscá-la. Este fato de procura de ajuda para perceber o problema parece demonstrar que as adolescentes e jovens participantes deste estudo, ainda não percebiam a suscetibilidade de engravidar, facto elucidado, por exemplo, pela dificuldade que algumas adolescentes têm de perceber o risco de engravidar e a gravidade que as suas consequências representariam em suas vidas. A isso se alia a idade, não só do início da atividade sexual, mas também da ocorrência da gravidez. Em média, as entrevistadas iniciaram a atividade sexual aos 15.5 anos, uma idade relativamente próxima aos 15 anos indicada pelo UNFPA (2014). Segundo o modelo de crenças em saúde, a idade é um dos fatores que afetam a capacidade de perceber a suscetibilidade de ter uma doença e a gravidade das suas consequências. Nesta idade, aglutina-se um conjunto de barreiras tais como a falta de conhecimento sobre as mudanças que ocorrem no indivíduo, agravado pela falta de explicação sobre a sexualidade, e funcionamento do

## Fatores que influenciam a procura de ajuda dos serviços de aborto em Moçambique

sistema reprodutivo no que concerne ao ciclo menstrual (Belayneh & Mekuriaw, 2019). Esta informação é importante para as adolescentes e jovens perceberem a sua suscetibilidade de engravidar, e poderem identificar os sintomas de uma gravidez.

A falta de conhecimento sobre as leis e ou do lugar para onde recorrer, foi também verificada em Portugal por Brito *et al.*, (2018) e na Inglaterra por Fortune *et al.*, (2008). Embora os serviços de interrupção segura de gravidez, em algumas unidades sanitárias, especialmente hospitais gerais e centrais, tenham iniciado nos anos 80 (Agadjanian, 1998) e, legalmente permitidos em 2014 (Moçambique, 2014; Moçambique, 2017) pouco ou nada se sabe sobre a sua divulgação. Este fator em conjunto com o fator medo de ser julgado e do estigma podem ter contribuído para a busca de informação em fontes informais e alternativas (Barker, 2007), em detrimento do setor de ginecologia e obstetrícia. A frequência a este setor de saúde deixa transparecer uma vida sexual ativa, o que não é exepetável numa adolescente ou jovem (Fortune *et al.*, 2008). Na comunidade, o aborto é estigmatizado e as mulheres que experimentam este evento são atribuídas designações que as desvalorizam (Kumar *et al.*, 2009; Sorhaindo e Lavelanet, 2022), e vistas como ameaça à continuidade da família (Kumar *et al.*, 2009). É importante notar que embora a gravidez na adolescência não seja esperada e constitua vergonha para a família, o nascimento de um novo membro é sempre aceite. A questão de falta de recursos financeiros levou as adolescentes e jovens a optar pela ajuda de fontes alternativas. Entretanto, no nosso entender, esta opção, pode ter sido

influenciada principalmente pela falta de conhecimento da lei e dos procedimentos, bem como o medo de exposição como já referido (Wakjira & Habedi, 2022). Embora os custos para o aborto fossem considerados altos, estimados em 24 dólares americanos (Ustá *et al.*, 2008) no Hospital Central de Maputo, nessa altura, a busca de ajuda em fontes alternativas custou em média 81.1 dólares Americanos (46.3 a 115.8 dólares), de acordo com as entrevistadas. Este valor é 3 vezes o valor que era oficialmente aplicado nas unidades sanitárias. Outro fator que pode explicar a opção pelas fontes alternativas em detrimento das unidades sanitárias, é a crença de não poder ter a atenção desejada, uma vez que antes deste evento, as participantes tinham procurado ajuda na unidade sanitária por outros motivos mas, tal ajuda, foi percebida como inadequada (Ninsiima *et al.*, 2021; Wakjira & Habedi, 2022; Mackian *et al.*, 2004; Barker, 2007). A crença que o necessitado tem em relação a poder ter ou não a ajuda pode influenciar não só a motivação de procurar, mas também na determinação do tipo de fonte de ajuda. No caso das participantes deste estudo, a falta de ou a forma de condução do diálogo pode ter contribuído para a busca de ajuda em amigos em detrimento da família devido a percepção de que pouco ou mesmo de nada valeria tentar conversar com a mãe ou com um outro membro da família (Fortune *et al.*, 2008). Estes autores constataram que as adolescentes que se auto mutilaram não procuraram ajuda, porque temiam que a ação praticada fosse considerada como um ato para “chamar atenção. A atitude reportada pelas participantes deste estudo face ao diálogo na família pode encontrar a sua explicação no que Janighorban

## Fatores que influenciam a procura de ajuda dos serviços de aborto em Moçambique

et al. (2022) descreve como comportamentos repulsivos da família leva os pais/mães a ignorarem a saúde das filhas, especialmente a saúde sexual e reprodutiva, quando percebem que a adolescente viola as normas culturais e da família. Portanto na busca de ajuda de serviços de aborto as adolescentes e jovens grávidas balancearam os benefícios/custos, entre o manter uma gravidez que as poderia resultar numa expulsão de casa; assim como não ter o suporte do parceiro e, a vontade de manter a gravidez por desejo ou por pensar que poderiam terminar o que poderia ser o único filho, embora esta não tenha sido planeada. As fontes de informação consultadas na primeira instância ao aconselhá-las a induzir o aborto, em alguns casos, e ao referirem que conhecem provedores que poderiam ajudar a induzir o aborto e servirem de elo, constituíram um estímulo, no processo de busca de ajuda para induzir o aborto.

### CONCLUSÃO

Este estudo procurou perceber o processo de busca de ajuda para a interrupção da gravidez, a interação com as fontes de ajuda e os fatores que influenciaram este processo, entre as adolescentes e jovens das cidades de Maputo e Quelimane. Através da aplicação do modelo de crenças em saúde, foi percebido que as adolescentes e jovens não percebiam a sua suscetibilidade de engravidar naquela idade e a gravidade das consequências dessa gravidez na sua vida. O processo de procura de ajuda, envolveu, para além dos provedores dos serviços de saúde, outras fontes de ajuda procuradas logo após a percepção do problema. Estas fontes, para além de fornecer a informação, serviram também de elo entre o paciente e o provedor, tornando-se num estímulo para a buca

dos serviços de aborto, depois de avaliados os benefícios de manter ou terminar a gravidez no que diz respeito, nomeadamente, perder o único filho que poderia ter, ser expulsa de casa, assim como terminar a relação com o parceiro. Entretanto, ambos (o elo e o provedor) são fontes informais. A falta de conhecimento sobre as fontes de ajuda para a indução do aborto, e da lei do aborto; a falta de recursos financeiros; o medo e a vergonha de se expor são fatores que influenciaram, constituindo barreiras no processo de procura de serviços de aborto. Estes fatores apelam para um trabalho de divulgação, junto das comunidades, dos serviços de saúde disponíveis para a assistência em Saúde, especialmente à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e jovens, bem como intervenção em educação sexual aos adolescentes e jovens. Esta educação deve ser parte das disciplinas escolares. A educação sexual deve incidir também sobre os adultos de modo a identificar a barreira na busca de ajuda pelos adolescentes e jovens.

### AGRADECIMENTOS

Agradecimentos a todos colegas que direta ou indiretamente contribuíram nesta pesquisa, especialmente, a Eunice Remane Jethá, Emília Gonçalves, Beatriz Chongo e Cátia Taibo.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agadjanian, V. (1998). "Quasi-Legal" Abortion Services in a Sub-Saharan Setting: Users' Profile and Motivations. *Int. Fam. Plan. Perspect*, 24:111–116. <http://www.jstor.org/stable/3038207>.

- Moçambique. (2014). Lei n.º. 35/2014, de 31 de dezembro. Boletim da República, 1ª Série — N.º 105. [http://www.wlsa.orgmz/wp-content/uploads/2014/11/lei-35\\_2014Codigo\\_Penal.pdf](http://www.wlsa.orgmz/wp-content/uploads/2014/11/lei-35_2014Codigo_Penal.pdf).
- Barker, G. (2007). *Adolescents, social support and help-seeking behaviour: An international literature review and programme consultation with recommendations for action*. World Health Organization.
- Belayneh, Z., & Mekuriaw, B. (2019). Knowledge and menstrual hygiene practice among adolescent school girls in southern Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 19, 1595. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7973-9>.
- Brito, D., Belkis, M., Vilela, I., & Brito, A. (2018). Obstáculos no Acesso a saúde pelos Imigrantes: Análise de Género. *Revista de investigação & Inovação em Saúde*, 1(1), 67-73. <https://riis.essnortecvp.pt/index.php/RIIS/article/view/31/23>.
- Cakar, F. S., & Savi, S. (2014). An Exploratory Study of Adolescent's Help-Seeking Sources. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 159, 610-614. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.12.434>.
- Champion, V. L., Skinner, C. S. (2008). The Health Belief Model. In K. Glanz, B. k. Rimer, & K. Viswanath (Ed). *Health Behavior And Health Education: Theory, Research, and Practice*. 4th ed., pp. 45-63. Editora John Wiley & Sons, Inc. San Francisco
- Darroch, J.E., Woog, V., Bankole, A., & Ashford, L.S. (2016). *Adding It Up: Costs and Benefits of Meeting the Contraceptive Needs of Adolescents*. Guttmacher Institute. <https://www.guttmacher.org/report/adding-it-meeting-contraceptive-needs-of-adolescents>
- Divin, N., Harper, P., Curran E., Corry D., & Leavey G. (2018). Help-Seeking Measures and Their Use in Adolescents: A Systematic Review. *Adolescent Research Review*, 3, 113–122. <https://doi.org/10.1007/s40894-017-0078-8>.
- Faduco, I. M. F. (2021). *Percepções sobre a prática do aborto voluntário entre jovens crentes das religiões Protestante e Católica da cidade de Maputo* (Monografia). Universidade Eduardo Mondlane, Maputo.
- Fatusi, A. O., & Hindin, M. J. (2010). Adolescents and youth in developing countries: Health and development issues in context. *Journal of Adolescence*, 33, 499-508. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2010.05.019>.
- Fortune, S., Sinclair, J., & Hawton, K. (2008). Help-seeking before and after episodes of self-harm: a descriptive study in school pupils in England. *BMC Public Health*, 8, 369. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-369>.
- Frederico, M.; Michielsen, K.; Arnaldo, C.; Decat, P. (2018). Factors influencing abortion decision-making processes among young women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 15, 2. <https://doi.org/10.3390/ijerph15020329>.
- Frederico, M., Arnaldo, C., Decat, P., Juga, A., Kemigisha, E., Degomme, O., & Michielsen, K. (2020). Induced abortion: a cross-sectional study on knowledge of and attitudes toward the new abortion law in Maputo and Quelimane cities, Mozambique. *BMC Women's Health*, 20, 129. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-00988-6>.
- Ibitoye, M.; Choi, C.7; Tai, H.; Lee, G.; Sommer, M. (2017) Early menarche: A systematic review of its effect on sexual and reproductive health in lowand middle-income countries. *PLoS ONE* 12, 6, e0178884. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178884>.
- Janighorban, M., Boroumandfar, Z., Pourkazemi, R., & Mostafav, F. (2022). Barriers to vulnerable adolescent girls' access to sexual and reproductive health. *BMC Public Health*, 22, 2212. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14687-4>.
- Kumar, A., Hessini, L., & Mitchell, E. M. H. (2009). Conceptualising abortion stigma. *Culture, Health & Sexuality*, 11(6), 625-639. <https://doi.org/10.1080/13691050902842741>.
- Mackian, S., Bedri, N., Lovel, H. (2004). Up the garden path and over the edge: where might health-seeking behaviour take us? *Health Policy and Planning*, 19(3), 137-146. doi: 10.1093/heapol/czh017.
- Moçambique. (2017). Diploma Ministerial n.º. 60/2017, de 20 de setembro. Boletim da República, 1ª Série- N.º 147. [www.wlsa.org.mz/wp-content/.../Diploma\\_ministerial\\_60-2017.pdf](http://www.wlsa.org.mz/wp-content/.../Diploma_ministerial_60-2017.pdf).
- Ministério da Saúde e Instituto Nacional de Estatística. (2018). *Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique (IMASIDA) 2015*. Rockville, Maryland, <https://dhsprogram.com/pdf/AIS12/AIS12>.
- Ninsiima, L. R., Chiumia, I. K. & Ndejjo R. (2021). Factors influencing access to and utilisation of youth-friendly sexual and reproductive health services in

- sub-Saharan Africa: a systematic review. *Reprod Health*, 18,135. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01183-y>.
- Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. V. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(3), 1-34. 2018. [ro.uow.edu.au › cgi › viewcontent](http://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent).
- Segrin, C., & Flora, J. (2011). *Family Communication*. Second edition, Lawrence Erlbaum Associates
- Sorhaindo, A. M., & Lavelanet, A. F. (2022). Why does abortion stigma matter? A scoping review and hybrid analysis of qualitative evidence illustrating the role of stigma in the quality of abortion care. *Social Science & Medicine*, 311, 115271. [doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115271](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115271).
- United Nations Population Fund–UNFPA. (2014). *The Power of 1.8 billion: Adolescents, Youth and the Transformation of the Future*. UNFP
- Wakjira, D. B., & Habedi, D. (2022). Barriers to access and utilisation of sexual and reproductive health services among adolescents in Ethiopia: a sequential mixed methods study. *BMJ Open*, 12, e063294. <https://doi:10.1136/bmjopen-2022-063294>.
- Ustá, M. B., Mitchell, E. M., Gebreselassie, H., Brookman-Amisshah, E., Brookman-Amisshah, E., & Kwizera, A. (2008). Who is Excluded When Abortion Access is Restricted to Twelve Weeks? Evidence from Maputo, Mozambique. *Reprod. Health Matters*, 16, 14-7. [https://doi: 10.1016/S0968-8080\(08\)31386-X](https://doi:10.1016/S0968-8080(08)31386-X).





**AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO DE ACOMPANHAMENTO AOS FAMILIARES CUIDADORES**

Evaluation of the Implementation of the Family Caregiver Promoting Monitoring Model

Evaluación de la Implementación del Modelo de Seguimiento a Cuidadores Familiares

Daniela França\*, António Festa\*\*, Patrícia Santos\*\*\*, Maria José Peixoto\*\*\*\*, Maria de Fátima Araújo\*\*\*\*\*

**RESUMO**

**Enquadramento:** o apoio prestado pelos enfermeiros aos familiares cuidadores na transição para o papel, acarreta desafios na preparação para a mestria no cuidar e no processo documental. Os sistemas de informação devem ser uma ferramenta imprescindível na tomada de decisão destes profissionais, permitindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados e a obtenção de ganhos em saúde. **Objetivo:** avaliar as mudanças na documentação dos enfermeiros relativa aos familiares cuidadores, após intervenção. **Metodologia:** estudo quase-experimental antes e após intervenção, com recurso à consulta da documentação realizada pelos enfermeiros nas suas atividades com os familiares cuidadores. **Resultados:** os focos do *Papel de Prestador de cuidados* revelam aumento significativo na fase final, bem como os enunciados de diagnóstico que envolvem o Papel de Prestador de Cuidados. As intervenções mais documentadas mantem-se as do tipo Avaliar e Ensinar, mas este aumento não é significativo. As intervenções do tipo Incentivar revelam-se marginalmente significativas e as do tipo Treinar e Instruir apresentam uma diminuição estatisticamente significativa. **Conclusão:** o estudo revelou melhorias nas áreas do Papel de Prestador de cuidados, no entanto ainda revela áreas de subnotificação do cuidador, com necessidade de um investimento superior.

**Palavras-chave:** enfermagem; enfermagem de família; familiar cuidador; sistemas de informação

\*PhD, em Bioética no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - <https://orcid.org/0000-0002-3687-8312> - Author contribution: study conception and design, data collection, data analysis and interpretation, drafting of the article, critical revision of the article

\*\*PhD, em Enfermagem na Unidade de Saúde Familiar de Faria Guimarães, Escola Superior de Enfermagem do Porto - <https://orcid.org/0000-0002-9163-5305> - Author contribution: study conception, data collection, critical revision of the article

\*\*\*MSc, em Enfermagem na Unidade de Saúde Familiar de Covelo - <https://orcid.org/0000-0001-7284-864X> - Author contribution: study conception, data collection, critical revision of the article

\*\*\*\*PhD, em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem do Porto - <https://orcid.org/0000-0003-4131-4279> - Author contribution: study conception, data collection, data analysis and interpretation, critical revision of the article

\*\*\*\*\*PhD, em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem do Porto - <https://orcid.org/0000-0001-5254-530X> - Author contribution: study conception, data collection, data analysis and interpretation, drafting of the article, critical revision of the article

**Autor de correspondência:**

Daniela França  
Email: [danielat.franca@gmail.com](mailto:danielat.franca@gmail.com)

França, D., Festa, A., Santos, P., Peixoto, M.J., & Araújo, M.F. (2023). Avaliação da implementação do modelo de acompanhamento aos familiares cuidadores. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 6(2), 39-50. <https://doi:10.37914/riis.v6i2.264>

Recebido para publicação: 25/01/2022  
Aceite para publicação: 12/07/2023

**ABSTRACT**

**Background:** the support provided by nurses to family caregivers in the transition to the role causes challenges in preparing of mastery in care and in the documental process. Information systems should be an essential tool in the decision-making of the professionals, allowing the continuity and quality of care provided and the achievement of health gains. **Objective:** evaluate the changes in the nurse documentation regarding family caregivers after the intervention. **Methodology:** quasi-experimental study before and after intervention, using the consultation of documentation carried out by nurses in their activities with family caregivers. **Results:** the focus of the Caregiver Role reveals a significant increase in the final phase, as well as the diagnostic statements involving the Caregiver Role. The most documented interventions remain those of the Assess an Teach type, but this increase is not significant. Interventions of the Incentive type are marginally significant and those of the Train and Instruct type show a statistically significant decrease. **Conclusion:** the study revealed improvements in the Caregiver Role areas, however it still reveals areas of caregiver underreporting, with need for a higher investment.

**Keywords:** nursing; family nursing; family caregiver; information systems

**RESUMEN**

**Marco contextual:** el apoyo brindado por enfermeiros a los cuidadores familiares en la transición al rol provoca desafíos en la preparación para el dominio en el cuidado y en el proceso documental. Los sistemas de información deben ser una herramienta fundamental en la toma de decisiones de estos profesionales, permitiendo la continuidad y calidad de la atención brindada y la consecución de ganancias en la salud. **Objetivo:** evaluar los cambios en la documentación de las enfermeiras con respecto a los cuidadores familiares después de la intervención. **Metodología:** estudio cuasi experimental antes y después de la intervención, utilizando la consulta de documentación realizada por enfermeros en sus actividades con cuidadores familiares. **Resultados:** el enfoque del Rol del Cuidador revela un aumento significativo en su fase final, así como los enunciados diagnósticos que involucran el Rol del Cuidador. Las intervenciones más documentadas siguen siendo las del tipo Evaluar y Enseñar, pero este incremento no es significativo. Las intervenciones del tipo Incentivo son marginalmente significativas y las del tipo Capacitar e Instruir muestran una disminución estadísticamente significativa. **Conclusión:** el estudio reveló mejoras en las áreas del Rol del Cuidador, sin embargo aún revela áreas de sub registro del cuidador, con necesidad de mayor inversión.

**Palabras clave:** enfermería; enfermería familiar; cuidador Familiar; sistemas de información

## **INTRODUÇÃO**

Na organização dos serviços de saúde, os enfermeiros assumem uma posição privilegiada para serem elementos facilitadores nos processos de transição vivenciados pela pessoa com dependência (PD) e pelo Familiar cuidador (FC) (Meleis, 2010). Para tal, a prática clínica deve ser sustentada em bases teóricas sólidas que suportem a sua tomada de decisão.

Na sua atividade profissional, é importante que os enfermeiros assegurem e promovam a continuidade e a qualidade de cuidados através da documentação da sua prática nos sistemas de informação em Enfermagem, processo imprescindível para assegurando a valorização e visibilidade profissional (Ribeiro et al., 2018).) A análise da documentação permite indiretamente perceber o Modelo de acompanhamento utilizado na praxis. Como identificado por França et al. (2022a) os registos nos sistemas de informação remetem para uma abordagem focada essencialmente na pessoa dependente e a escassa informação sobre dados do FC mostram um olhar como parceiro de cuidados e não como cliente. A matriz construída com a equipa dos enfermeiros pretende ser um instrumento orientador para uma conceção de cuidados que responda às necessidades efetivas do FC, no exercício do papel enquanto cliente (França et al., 2022b).

Enquadrado neste cenário de redefinir a prática dos enfermeiros aquando da sua abordagem dirigida aos familiares cuidadores foi definido como objetivo desta investigação avaliar as mudanças na documentação dos enfermeiros relativa aos familiares cuidadores, após intervenção. A documentação dos enfermeiros espelha a conceção de cuidados ao FC.

## **ENQUADRAMENTO/ FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Nas sociedades atuais novos desafios são colocados aos sistemas de saúde, aos profissionais e às famílias associados ao incremento da longevidade conquistada (Jakovljevic et al., 2021).

Estes fenómenos conduzem a um elevado impacto financeiro no serviço de saúde, que enquadrado nas atuais políticas mais restritivas e visando a sustentabilidade dos serviços de saúde, têm vindo a condicionar altas hospitalares cada vez mais precoces e a transpor para as famílias mais responsabilidade na continuidade de cuidados em contexto domiciliário (Petronilho et al, 2017).

As alterações estruturais e funcionais que têm ocorrido na família, têm deixado transparecer uma crescente escassez de elementos para assumirem o papel de cuidador (Jakovljevic et al., 2021). No entanto, ainda é a família que a PD procura para suprir as suas necessidades.

Para o desempenho do papel de FC torna-se necessário a aquisição de conhecimentos e competências (Meleis, 2010). Contudo a evidência tem revelado que os cuidadores não se sentem devidamente preparados para responderem às exigências deste novo papel (Hagedoorn et al., 2020), desempenhando cada vez mais tarefas que previamente só eram realizadas por profissionais de saúde (Ullgren et al., 2018). O aumento das exigências associado com a falta de conhecimentos e de preparação adequada, conduz a sentimentos de incerteza que se enquadram num cenário de carga excessiva de trabalho conduzindo a sobrecarga, com efeitos negativos no bem-estar do FC (Frederick, 2018).

Os enfermeiros enquadrados na equipa multidisciplinar devem assumir um papel ativo, com

## **Avaliação da implementação do modelo de acompanhamento aos familiares cuidadores**

implementação de terapêuticas de Enfermagem facilitadoras deste processo transicional (Meleis, 2010), recorrendo ao processo de Enfermagem. Este constitui-se por cinco fases que se desenvolvem num ciclo reflexivo: avaliação, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação (Huitzi-Egilegor, et al., 2018). Identifica-se como uma estrutura que possibilita o registo da atividade autónoma e colaborativa do enfermeiro, autoafirmando a profissão, conduzindo a melhoria da qualidade dos cuidados (Huitzi-Egilegor et al., 2018; Queirós et al., 2021), enquanto que a documentação em Enfermagem conduz a uma maior visibilidade da atividade profissional (Queirós et al., 2021).

Em Portugal, o sistema informático em uso nos cuidados de saúde primários (SCLínico), reúne conjuntamente o sistema de apoio à prática Médica e o sistema de apoio à prática de Enfermagem, permitindo a uniformização da informação e um melhor desempenho da equipa multidisciplinar (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2018).

A literatura tem mostrado que o uso dos sistemas de informação traz vantagens para a prática de Enfermagem (Tasew et al., 2019). No entanto, os profissionais evidenciam dificuldades na sua implementação, apontando a falta de conhecimento e preparação (Huitzi-Egilegor et al., 2018, Silva et al., 2016), a escassez de material e recursos humanos (Huitzi-Egilegor et al., 2018), a resistência à mudança (Huitzi-Egilegor et al., 2018), a escassez de tempo (Reis et al., 2016), a necessidade de formação contínua e a falta de suporte técnico (Silva et al., 2016). Estas dificuldades constituem barreiras à adesão dos enfermeiros ao procedimento documental das diferentes etapas do processo de Enfermagem, com consequente impacto na não visibilidade de

indicadores que espelhem os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem.

Considerando o exposto e atendendo aos princípios basilares da Pesquisa ação Participativa em Saúde (PaPS) que pressupõe um caminho reflexivo, levando a um questionamento constante e reequacionamento necessário perante o desenvolvimento da mesma, incluindo o envolvimento das pessoas como elementos ativos do processo nas suas diferentes fases de todo o percurso (Brito & Mendes, 2018; Wright et al., 2018), foi fundamental para o trabalhar desta temática e para a obtenção da mudança na prática clínica e nos próprios profissionais o recurso a esta abordagem.

## **METODOLOGIA**

O artigo aqui apresentado corresponde a um estudo quase-experimental antes e após intervenção. Reflete a última etapa de uma pesquisa mais abrangente conduzida nos pressupostos da PaPS. Os resultados do estudo na fase diagnóstica remeteram para um Modelo de cuidados focado no FC como substitutivo dos cuidadores formais, onde as intervenções mais prevalentes eram no âmbito do saber fazer. Os registos na perspetiva de FC como clientes estiveram quase ausentes (França, et al., 2022a). Procurando incorporar as evidências que permitem aos enfermeiros serem mais significativos para os FC nas diferentes fases de transição para o exercício de papel, foi co construído com as duas equipas de enfermagem (n=16) uma matriz orientadora para a conceção de cuidados e consequente transposição para os sistemas de informação em enfermagem. A seleção das duas unidades foi por conveniência atendendo à sua localização e fácil acessibilidade.

## Avaliação da implementação do modelo de acompanhamento aos familiares cuidadores

Este artigo reflete a etapa de avaliação pós - intervenção, tomando como fonte de informação os registos dos enfermeiros nos seis meses subsequentes à intervenção. Quer na fase de avaliação inicial (AI), quer na fase de Avaliação Final (AF) ou pós intervenção, a fonte de informação foi a documentação dos enfermeiros de família e a recolha de dados centrou-se nos dois focos de atenção de Enfermagem integrados no *SClínico: Papel Prestador de Cuidados e Stress de Prestador de Cuidados*.

Os processos clínicos para recolha da informação foram identificados a partir da lista global das pessoas com dependência de todos os enfermeiros de ambas

as unidades de saúde familiar. A AI correspondeu à extração de dados do Sclínico relativos aos seis meses prévios ao início da investigação e a AF foi realizada após os seis meses da implementação da intervenção. Foram critérios de inclusão: estar inscrito no programa de dependentes e ter FC. Ser dependente, mas estar institucionalizado, ter sido referenciado para uma equipa de cuidados continuados integrados, ou ter residência fora da área geográfica da unidade de saúde familiar, foram critérios de exclusão. Na AI foram analisados 163 processos e com base nos mesmos critérios foram analisados 323 processos na AF (Fig. 1).

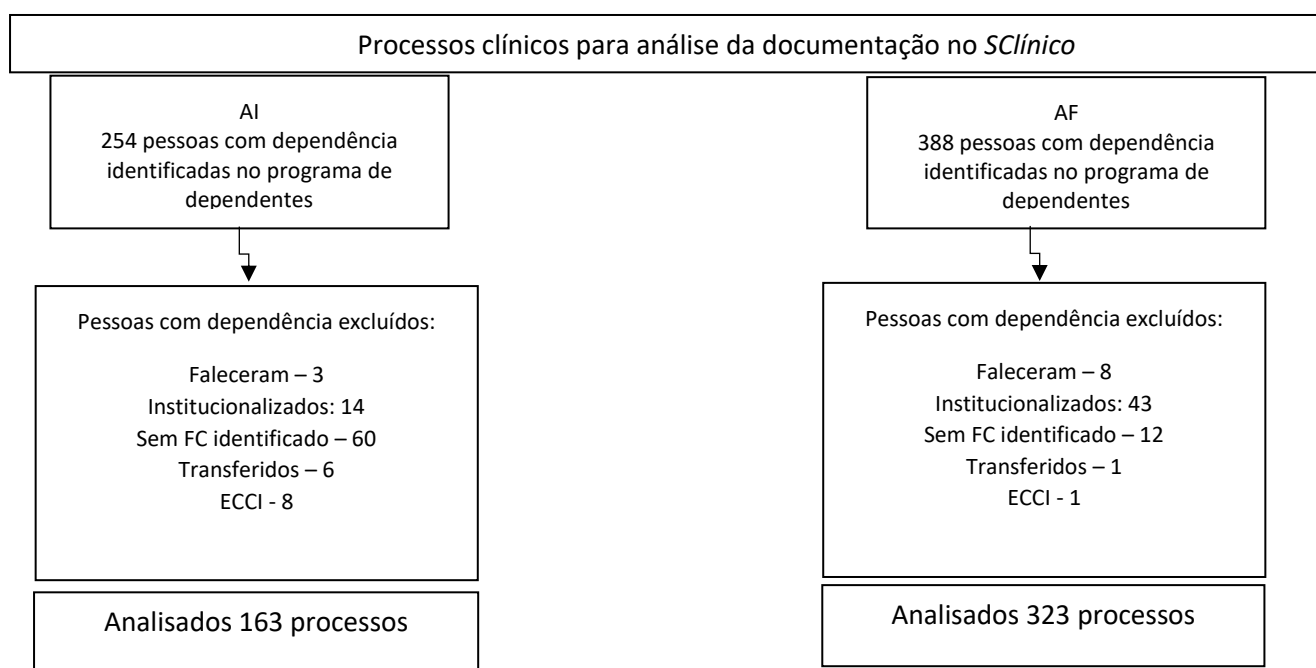


Figura 1

Seleção dos processos clínicos para recolha da informação

Após a seleção dos 163 processos foi realizada a colheita de dados. No cumprimento das orientações dadas pela comissão de ética, a colheita foi realizada por dois enfermeiros interlocutores, um de cada

unidade. Para a extração da informação de cada processo clínico foi previamente elaborado um documento para registo sistematizado dos dados. Cada interlocutor fez chegar anonimamente esta

informação à investigadora principal. Na AF seguiu-se o mesmo procedimento.

Para a análise dos dados recorreu-se à estatística descritiva, particularmente às medidas de frequência (absoluta e relativa). Na estatística analítica, a associação entre variáveis nominais foi analisada com recurso ao teste não paramétrico Qui -quadrado ( $\chi^2$ ), comparando as frequências observadas nos dois momentos avaliativos. Para comparação de médias entre amostras independentes (AI e AF) utilizou-se o teste *t student*.

Para a análise dos dados recorreu-se ao SPSS versão 27. O nível de significância foi definido para um valor de  $p < 0,05$ . O estudo iniciou-se após parecer favorável da Comissão Nacional de Proteção de Dados (autorização 10744/2016) e da Comissão de Ética em Saúde (autorização 105/2016).

**RESULTADOS**

Nos 163 processos analisados na AI foi identificado um cuidador (0,6%) e nos 323 processos na AF estavam nomeados 12 (3,7%). No que concerne aos focos *Papel Prestador de Cuidados e Stress do Prestador de Cuidados*, constataram-se duas formas distintas de documentação. Uma que se limita ao enunciado do foco, sem outros registos associados às diferentes etapas do processo de Enfermagem, outra onde foi possível identificar, para além dos enunciados dos focos, registos relativos a etapas subsequentes ao processo de Enfermagem (atividades diagnósticas, diagnóstico e intervenções).

Na tabela 1 retratam-se os resultados referentes aos processos com registo ativo dos focos sem outros registos associados, onde na AF [110 (34,4%)] se verifica um aumento exponencial no foco *Papel Prestador de Cuidados*, comparativamente à AI [20 (13,3%)], com significado estatístico ( $p = 0,001$ ).

Tabela 1

Processos com registo nos focos *Papel e Stress do Prestador de Cuidados*

	Avaliação Inicial		Avaliação Final		$\chi^2$
	N (163)	%	N (323)	%	
Papel Prestador de cuidados	20	13,3	110	34,4	$\chi^2 = 26,24; gl = 1; p < 0,001$
Stress do Prestador de cuidados	28	17,2	56	17,3	$\chi^2 = 0,002; gl = 1; p = 1,000$

Nos processos com registo ativo dos focos e com registos em outras fases do processo de Enfermagem foram identificados 19 focos na AI e 20 na AF. Em ambos os momentos avaliativos foram nomeados dois referentes ao FC (*Papel Prestador de Cuidados e Stress de Prestador de Cuidados*). Os restantes focos estão adstritos à PD sendo que alguns estão enunciados em

ambas as avaliações e outros apenas estão referenciados em uma das avaliações.

No que concerne aos focos *Papel Prestador de Cuidados e Stress do Prestador de Cuidados* ativos e com registos relativos às outras etapas do processo de enfermagem (tabela 2) constatou-se um aumento significativo no registo do foco *Papel Prestador de Cuidados* na AF ( $p = 0,002$ ).

## Avaliação da implementação do modelo de acompanhamento aos familiares cuidadores

Tabela 2

Processos com registo nos focos Papel e Stress do Prestador de Cuidados

Focos	Avaliação Inicial		Avaliação Final		$\chi^2$
	N (163)	%	N (323)	%	
Papel Prestador de Cuidados	5	3,1	35	10,8	$\chi^2 = 8,656; gl = 1; p = 0,002$
Stress do Prestador de Cuidados	6	3,7	9	2,8	$\chi^2 = 0,290; gl = 1; p = 0,387$

Nos focos elencados na PD verifica-se que alguns foram alvo de registo apenas em uma das avaliações e outros obtiveram registos em ambas. Existem focos com um único registo nas duas fases. Assim, optou-se por agrupá-los em dimensões que se designaram de *Autocuidado*, *Gestão de sinais e sintomas*, *Gestão de regime terapêutico* e *Adesão à vacinação* (tabela 3). A

criação destas dimensões foi necessária para ser possível o recurso a alguns testes estatísticos. Comparando os dois momentos avaliativos observou-se um incremento nos registos, exceto na *Gestão do regime terapêutico* que reflete uma ligeira diminuição, no entanto sem diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 3

Focos da Pessoa com Dependência com registos direcionados para o Prestador de Cuidados

Focos	Avaliação Inicial		Avaliação Final		$t (p)$
	N (163)	%	N (323)	%	
<b>Autocuidado</b>	8	4,9	23	7,1	$t (484) = 0,534; p = 0,594$
Alimentar-se	4	2,5	-	-	-----
Andar	1	0,6	3	0,9	-----
Andar com auxiliar de marcha	-	-	1	0,3	-----
Transferir-se	-	-	1	0,3	-----
Higiene pessoal	1	0,6	1	0,3	-----
Autonomia no autocuidado	1	0,6	12	3,7	-----
Autovigilância	1	0,6	2	0,6	-----
<b>Gestão de sinais e sintomas</b>	18	10,9	41	12,6	$t (484) = 0,354; p = 0,723$
Aspiração	2	1,2	1	0,3	
Confusão	1	0,6	-	-	
Desidratação	1	0,6	-	-	
Dispneia	1	0,6	-	-	
Excesso de peso	-	-	2	0,6	
Hipertensão Arterial	-	-	1	0,3	
Infeção	-	-	1	0,3	
Maceração	2	1,2	4	1,2	
Metabolismo energético	1	0,6	2	0,6	
Orientação	1	0,6	-	-	
Queda	5	3,1	12	3,7	
Sono	1	0,6	-	-	

### Avaliação da implementação do modelo de acompanhamento aos familiares cuidadores

Úlcera	-	-	9	2,8	
Úlcera de pressão	3	1,8	9	2,8	
<b>Gestão de regime terapêutico</b>	14	8,6	18	5,6	$t(484) = 1,225; p = 0,221$
Gestão do regime terapêutico em geral	13	8,0%	15	4,6%	
Auto-administração de medicamentos	1	0,6%	3	0,9%	
<b>Adesão à vacinação</b>	-	-	<b>3</b>	<b>0,9</b>	-----

Conforme a tabela 4 constatou-se que em ambas as avaliações, foram identificados os domínios de diagnósticos (*Conhecimento, Capacidade, Potencial, Papel de prestador de cuidados, Stress e Úlcera de pressão*). Globalmente ocorreu um aumento de registos na AF, com exceção da *Úlcera de pressão* que

só é documentada na AI. De entre estes os mais frequentemente documentados, em ambas as avaliações são os diagnósticos no domínio do *Potencial* (n=29; n=54) e do *Conhecimento* (n=15; n=50), contudo sem significado estatístico.

Tabela 4

Domínios e tipo de enunciados de diagnóstico na Fase Inicial e Final

Domínios de diagnósticos	Avaliação inicial		Avaliação Final		t (p)
	Nº de registos	Tipo de enunciado	Nº de registos	Tipo de enunciado	
<b>Conhecimento</b>	15	6	50	11	$t(484) = 1,874; p = 0,062$
<b>Capacidade</b>	5	5	15	5	$t(483) = 0,756; p = 0,450$
<b>Potencial</b>	29	20	54	18	$t(484) = 0,113; p = 0,910$
<b>Papel de Prestador de cuidados</b>	1	1	31	3	$t(484) = 0,001; p = 0,001$
<b>Stress</b>	1	1	9	1	-----
<b>Úlcera de Pressão</b>	1	1	-	-	-----

No diagnóstico do domínio do *Papel de Prestador de Cuidados* verificou-se um aumento significativo na AF (p=0,001).

No seguimento do processo de Enfermagem analisaram-se as intervenções documentadas, tendo

ido identificadas dez tipos de ações diferentes (*Apoiar, Assistir, Avaliar, Encorajar, Ensinar, Incentivar, Instruir, Negociar, Orientar e Treinar*), embora algumas só estejam registadas em uma das avaliações (Tabela 5).

Tabela 5

Tipos de ação/intervenções documentadas na Fase Inicial e Final

Ação	Avaliação Inicial		Avaliação final		t (p)
	Nº de registos	Tipo de intervenções	Nº de registos	Tipo de intervenções	
Assistir	-	-	1	1	
Apoiar	1	1	6	1	
Encorajar	-	-	4	3	
Incentivar	5	3	28	6	t (484) = 1,598; p = 0,050
Ensinar	53	27	102	33	t (484) = 0,071; p = 0,943
Orientar	1	1	2	2	
Instruir	24	16	8	4	t (484) = 3,299; p = 0,014
Treinar	8	5	1	1	t (484) = 3,233; p = 0,018
Negociar	-	-	1	1	
Avaliar	51	25	164	25	t (484) = 1,535; p = 0,072
<b>TOTAL</b>		<b>78</b>		<b>77</b>	

Na AI as ações mais documentadas foram *Ensinar* (n=53), *Avaliar* (n=51) e *Instruir* (n=24). Na AF as do tipo *Avaliar* (n=164) e *Ensinar* (n=102) continuam a ser as mais expressivas, sem diferenças estatisticamente significativas. A ação do tipo *Instruir* e *Treinar* demonstraram um decréscimo de registo significativo na AF (p = 0,014; p = 0,018, respetivamente). As intervenções no âmbito do *Incentivar* apresentam um aumento de registos (AI-5; AF – 28) marginalmente significativo (p = 0,050).

## DISCUSSÃO

Apesar do período em que decorreu a implementação da matriz orientadora da conceção de cuidados ao FC coincidir com o cenário pandémico vivenciado no contexto nacional, os resultados obtidos parecem expressar de forma positiva o percurso desenvolvido com as equipas de Enfermagem, visando a melhoria de cuidados dirigidos ao FC.

Atendendo ao cenário desfavorável em que decorreu a implementação da intervenção, os resultados indiciam que o recurso ao paradigma da pesquisa PaPS permitiu

a consciencialização dos enfermeiros para a necessidade de construir um caminho conducente de mudança, no que se refere aos cuidados ao FC e sua documentação nos SIE.

O número substancialmente mais elevado de utentes na listagem de PD na AF, pode estar associado às implicações da COVID19 na população mais frágil com consequente aumento de dependência nas atividades de vida diária (Fettes et al., 2021), mas também ser indicativo da maior sensibilidade dos enfermeiros para a identificação e sinalização da PD.

A maior sensibilização das equipas de enfermagem, pode também explicar algum do incremento no número de FC identificados na AF. No entanto, este aumento fica aquém do desejável, pois esta informação é omissa em 97% dos processos clínicos.

A identificação do cuidador é essencial para a planificação dos cuidados (FC e PD), no sentido de responder atempadamente às necessidades do FC e da PD (Hagedoorn et al., 2020). Nestes processos de transição, o apoio e acompanhamento de Enfermagem é fulcral para o preenchimento das lacunas no âmbito



## Avaliação da implementação do modelo de acompanhamento aos familiares cuidadores

da aquisição do novo papel, com repercussão favorável nos cuidados prestados à PD (Meleis, 2010).

A elevada representatividade de processos clínicos com identificação do foco de *Papel Prestador de Cuidados*, mas sem qualquer outra informação relativa às etapas subsequentes do processo de Enfermagem, traduz um desfasamento entre a prática e os Modelos expostos pela comunidade científica, reforçando o papel invisível do FC (Cloyes et al., 2020).

Os resultados espelham a necessidade de as equipas terem um olhar mais atento ao FC, na sua transição para o papel de tomar conta (Ploeg et al., 2020), pois a preparação do FC está positivamente associada com melhores resultados para a pessoa cuidada (Hagedoorn et al., 2020).

Nos processos clínicos com identificação do *Papel de Prestador de Cuidados* que avançaram para as diferentes etapas do processo de Enfermagem, constatou-se um aumento significativo do número de FC, que foram alvo de um processo de conceção de cuidados visando a resposta às suas necessidades. Dados corroborados pela literatura (Samadbeik, et al., 2017), realçando a importância do envolvimento dos enfermeiros na documentação dos cuidados.

O foco *Stress do Prestados de Cuidados* em fase ativo (sem registos nas outras etapas do processo de Enfermagem) manteve o padrão documental, o mesmo foco, mas com registos nas etapas seguintes do processo de Enfermagem, apresenta uma tendência de diminuição não significativa. Estes resultados revelam uma abordagem pouco integradora ao FC como alvo dos cuidados, tal como corroborada na literatura (Cloyes et al., 2020; Ploeg et al., 2020).

Na AF os enunciados de diagnóstico refletem um pendor crescente nos registos. Porém só os referentes ao *Papel Prestador de Cuidados* tiveram um aumento

estatisticamente significativo evidenciando a importância dada pelos profissionais na avaliação dos cuidadores (Cloyes et al., 2020).

Apesar de um maior número de registos face ao número de processos consultados, as intervenções documentadas continuam centradas no tipo *Avaliar* e *Ensinar*. As intervenções que poderiam ter um forte impacto na gestão das emoções do FC mantêm uma baixa notificação, não permitindo perceber os ganhos em saúde (Driel et al., 2021).

A literatura evidencia que capacitar os FC no exercício do papel, sem descuidar o seu autocuidado e bem-estar, deve ser uma prioridade dos profissionais de Enfermagem, assumindo-se como um elemento facilitador desta transição (Ploeg et al., 2020). Este estudo revelou uma lacuna na documentação de algumas intervenções promotoras de uma transição saudável, apesar das intervenções do tipo *Incentivar* apresentarem uma melhoria marginalmente significativa ( $p = 0,05$ ), indiciadora de maior completude na abordagem ao FC.

A diminuição significativa nas intervenções do tipo *Instruir* e *Treinar* observada na AF ( $p = 0,014$ ;  $p = 0,018$ ) pode ser justificada pelo cenário pandémico que conduziu à reestruturação das unidades de saúde familiares, que condicionou o atendimento presencial, ficando este restringido aos cuidados inadiáveis (Borges et al., 2021).

Apesar de serem apresentadas algumas melhorias na AF considera-se que estas não foram substanciais, provavelmente associado ao contexto vivido. De facto, os cuidados de saúde primários sofreram uma reestruturação sem precedentes devido à pandemia COVID-19 vivenciada no nosso país e a nível mundial, nomeadamente no contexto e *timing* em que decorreu esta pesquisa (implementação da intervenção/AF). A

## Avaliação da implementação do modelo de acompanhamento aos familiares cuidadores

reorganização das unidades de saúde familiar, no cumprimento das orientações do Serviço Nacional de Saúde centrou a atividade dos enfermeiros nas respostas à COVID-19 (DGS, 2020). O impacto destes acontecimentos nos profissionais de Enfermagem, principalmente a nível organizacional, trabalho nas equipas, recurso a tele-trabalho, entre outros, tem tido reflexo nos cuidados de Enfermagem prestados aos utentes (Borges et al., 2021).

Admite-se que estas alterações tiveram repercussões nos resultados obtidos, no entanto, considera-se que o Modelo de Acompanhamento aos Familiares Cuidadores desenvolvido com os enfermeiros da *praxis* poderá ter contribuído para a sua consciencialização da necessidade de aproximação do Modelo em uso às melhores evidências e melhorado o seu conhecimento do real potencial da parametrização no SClínico.

### CONCLUSÃO

Os resultados evidenciaram melhoria significativa na identificação dos FC e no foco referente ao *Papel Prestador de Cuidados* (com e sem outros registos nas etapas posteriores do processo de Enfermagem), bem como, os enunciados de diagnóstico que envolvem o *Papel de Prestador de Cuidados*.

interlocutores a continuidade da utilização da matriz na condução da atividade diagnóstica, definição das intervenções e avaliação.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Borges, E., Queirós, C., Vieira, M., & Teixeira, A. (2021). Perceptions and experiences of nurses about their performance in the covid-19 pandemic. *Rev Rene*, 22, 22: e60790. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212260790>.

Brito, I., & Mendes, F. (2018). Como estruturar um projeto de pesquisa-ação participativa em saúde. In I

As intervenções dirigidas à gestão do bem-estar do FC mantêm um padrão de subnotação. Embora nem todas as intervenções do incentivo sejam dirigidas ao FC, as que remetem para a PD refletem uma maior preocupação de quem cuida com a promoção da autonomia no seu familiar.

A diminuição significativa no registo das intervenções do tipo *Instruir* e *Treinar* reflete o cenário pandémico. O recurso a uma abordagem de pesquisa participativa em saúde revelou-se uma mais-valia para a transformação positiva na equipa de enfermagem e potencial repercussão na melhoria contínua dos cuidados.

Este estudo, que inclui a criação e implementação do Modelo de acompanhamento aos familiares cuidadores, traduz que a área do FC ainda necessita de um maior investimento por parte das instituições/profissionais. Numa pesquisa futura sugere-se a realização de um ensaio clínico randomizado, a implementar num período de atividade normalizada, para reavaliar a adoção da matriz por parte da equipa e consequente avaliação da satisfação dos FC. Posteriormente ao término do estudo a investigadora validou com os enfermeiros

Brito (Coord). Pesquisa-ação participativa na criação de instituições de Ensino superior promotoras de saúde (pp. 77-93). Palimage. ISBN: 978-989-703-215-8.

Cloyes, K., Hart, S., Jones, A., & Ellington, L. (2020). Where are the family caregivers? Finding family caregiver-related content in foundational nursing documents. *Journal of Professional Nursing*, 36, 76-84. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2019.06.004>.

Direção Geral da Saúde. Norma n.º 001/2020 de 16/03/2020. 2020. <https://covid19.min-saude.pt/normas/>. Accessed.

Driel, A., Becqué, Y., Rietjens, J., Heide, A., & Witkamp, F. (2021). Supportive nursing care for family caregivers:

- A retrospective nursing file documentation. *Applied Nursing Research*, 59, 151434. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2021.151434>.
- Fettes, L., Bayly, J., Bruim, L.M., Patel, M., Ashford, S., Higginson, I.J., & Maddocks, M. (2021). Relationships between prolonged physical and social isolation during the COVI-19 pandemic, reduced physical activity and disability in activities of daily living among people with advanced respiratory disease. *Chronic Respiratory Disease*, 18, 1-11.
- França, D., Festa, A., Santos, P., Peixoto, M.J., & Araújo, M. F. (2022a). A conceção de cuidados refletida na documentação dos enfermeiros corresponde às necessidades/dificuldades do prestador de cuidados. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), 1-10. <https://doi.org/10.12707/RV21106>.
- França, D., Festa, A., Santos, P., Araújo, M.F., & Peixoto, M.J. (2022b). A co-construção de um modelo de acompanhamento aos familiares cuidadores. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), 1-8. <https://doi.org/10.12707/RV21128>.
- Frederick, D. (2018). Mitigating burden associated with informal caregiving. *Journal of Patient Experience*, 5(1), 50-55. <https://doi.org/10.1177/2374373517742499>.
- Hagedoorn, E., Keers, J., Jaarsma, T., Van der Schans, C., Luttik, M., & Paans, W. (2020). The association of collaboration between family caregivers and nurses in the hospital and their preparedness for caregiving at home. *Geriatric Nursing*, 41, 373-380. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2019.02.004>.
- Huitzi-Egilegor, J.X., Elorza-Puyadena, M.I., & Asurabarrena-Iraola C. (2018). The use of the nursing process in Spain as compared to the United States and Canada. *International Journal of Nursing Knowledge*, 29(3), 171-175. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12175>.
- Jakovljevic, M., Westerman, R., Sharma, T., & Lamnisos, D. (2021). Aging and Global Health. In: Kickbusch, I., Ganten, D., Moeti, M. (Eds) *Handbook of Global Health* (pp. 73-102). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-45009-0\\_4](https://doi.org/10.1007/978-3-030-45009-0_4).
- Meleis, A.I. (2010). *Transitions theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company; 455-457.
- Petronilho, F., Pereira, F., & Silva, A. (2017). Evolução e destino das pessoas dependentes no autocuidado: Estudo longitudinal. *Revista Investigação em Enfermagem*, 18(2), 33-43.
- Ploeg, J., Northwood, M., Duggleby, W., McAiney, C.A., Chambers, T., Peacock, S., ...triscott, J. (2020). Caregivers of older adults with dementia and multiple chronic conditions: Exploring their experiences with significant changes. *Dementia*, 19(8), 2601-2620. Doi:10.1177/14713012/9834423.
- Queirós, C., Silva, M.A., Cruz, I., Cardoso, A., & Morais, E. (2021). Nursing diagnoses focused on universal self-care requisites. *International Nursing Review*, 0, 1-13
- Reis, G.S., Repetto, M.A., Santos, L.S., & Devezas, A. (2016). Sistematização da assistência de Enfermagem: Vantagens e dificuldades na implementação. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa de São Paulo*, 61, 128-132.
- Ribeiro, O.M., Martins, M.M., Tronchin, D.M., & Forte, E. (2018). Aplicação do processo de Enfermagem em hospitais portugueses. *Rev Gaúcha Enferm*, 39: e2017-0174. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0174>.
- Samadbeik, M., Shahrokhi, N., Sareman, M., Garavand, A., & Birjandi, M. (2017). Information processing in nursing information systems: An evaluation study from a developing country. *Iran J. Nurs Midwifery Res*, 22(5), 377-382. [https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR\\_201\\_16](https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_201_16).
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2018). *Sclínico: Cuidados de saúde primários*. [https://spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/12/SCLIN\\_VERSAO\\_2.9.0.pdf](https://spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/12/SCLIN_VERSAO_2.9.0.pdf). Accessed.
- Shyu, Y.L. (2000). The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: a Taiwanese sample. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 619-625. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01519.x>.
- Silva, A.R., Oliveira, T.M., Lima, C.F., Rodrigues, L.B., Bellucci, J.N., & Carvalho, M.G.O. (2016) Sistemas de informação como instrumento para a tomada de decisão em saúde: Revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE*, 19(9), 3455-3462.
- Tasew, H., Mariye, T., & Teklay, G. (2019). Nursing documentation practice and associated factors among nurses in public hospitals, Tigray, Ethiopia. *BMC Research Notes*, 12, 612-618. <https://doi.org/10.1186/s13104-09-4661-x>.
- Ullgren, H., Tsiti, T., Papastavrou, E., & Charalambous, A. (2018). How family caregivers of cancer patients manage symptoms at home: A systematic review.

## **Avaliação da implementação do modelo de acompanhamento aos familiares cuidadores**

*International Journal of Nursing Studies*, 85, 68-79.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.05.004>.

Wright, M., Brito, I., Cook, T., Harris, J., Kleba, M., Madsen, W., Springett, J., Wakeford, T., Simões, M.A.,

Martins, M.E., & Barbieri-Figueiredo, M.C. (2018). O que é a pesquisa-ação participativa em saúde (ICPHR Position paper 1). In I. Brito (Coord). Pesquisa-ação participativa na co-criação de instituições de ensino superior promotoras de saúde. (pp. 23-60). Palimage

## ADOLESCENTES COM DM1: CONHECIMENTO ACERCA DA DOENÇA E DIFICULDADES NO AUTOCUIDADO

Adolescents with DM1: knowledge about disease and difficulties in self-care

Adolescentes con DM1: Conocimiento sobre la enfermedad y dificultades en el autocuidado

Maribel Carvalhais\*, Andrea Oliveira\*\*, Paula Fontoura\*\*\*, Ana Luísa Martins\*\*\*\*, Ana Rita Oliveira\*\*\*\*\*, Diana de Jesus\*\*\*\*\*, Márcia Mendes\*\*\*\*\*, Sofia da Silva\*\*\*\*\*

### RESUMO

**Enquadramento:** a Diabetes *Mellitus* tipo 1 enquanto doença crónica é, cada vez mais prevalente, em idade pediátrica, sendo fundamental o incentivo de adesão ao autocuidado e a minimização das dificuldades sentidas. **Objetivos:** caracterizar o conhecimento de adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1 acerca da sua doença e identificar as suas dificuldades no autocuidado. **Metodologia:** estudo quantitativo, descritivo simples. Aplicação do Teste de Conhecimento dos Adolescentes com DM1 acerca da doença e o Inventário de Dificuldades nos Papéis de Autocuidado de Flora & Gameiro (2016). Recolha de dados de junho a novembro de 2021, na Consulta de Diabetes de um Hospital da região centro de Portugal. Amostra de 34 adolescentes com média de idades de 14.9 ( $\pm 2.3$ ) anos. **Resultados:** no conhecimento global, os adolescentes apresentam um nível de conhecimento entre o razoável e bom, sendo o domínio 1 (Natureza da doença/fisiopatologia) onde estes apresentam melhor nível de conhecimento. Nas dificuldades nos papéis de autocuidado, apresentam maior dificuldade na manutenção de uma alimentação equilibrada, combate ao stress e intervenções numa hipoglicemia. **Conclusão:** verifica-se dificuldade destes nos papeis de autocuidado, sendo fundamental a intervenção dos enfermeiros na implementação de planos terapêuticos ajustados, no sentido de colmatar falhas de conhecimento e dificuldades identificadas.

**Palavras-chave:** adolescente, diabetes *mellitus* tipo 1, autocuidado, enfermagem

\*PhD, em Enfermagem – Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, Oliveira de Azeméis - <https://orcid.org/0000-0002-2206-2582> - Author contribution: study conception and design, data analysis and interpretation, critical revision of the article

\*\*PhD, em Saúde Infantil e Pediátrica - Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE, Santa Maria da Feira - <https://orcid.org/0000-0001-5519-5624> - Author contribution: study conception and design, data collection, data analysis and interpretation, drafting of the article, critical revision of the article

\*\*\*PhD, em Saúde Infantil e Pediátrica - Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE, Santa Maria da Feira - <https://orcid.org/0000-0003-0448-4842> - Author contribution: study conception and design, data collection, critical revision of the article

\*\*\*\*MSc, em Enfermagem – Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, Oliveira de Azeméis - <https://orcid.org/0000-0001-7532-3662> - Author contribution: study conception and design, data collection, data analysis and interpretation, drafting of the article

\*\*\*\*\*MSc, em Enfermagem – Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, Oliveira de Azeméis - <https://orcid.org/0000-0001-6856-9999> - Author contribution: study conception and design, data collection, data analysis and interpretation, drafting of the article

\*\*\*\*\*MSc, em Enfermagem – Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, Oliveira de Azeméis - <https://orcid.org/0000-0003-3032-3647> - Author contribution: study conception and design, data collection, data analysis and interpretation, drafting of the article

\*\*\*\*\*MSc, em Enfermagem – Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, Oliveira de Azeméis - <https://orcid.org/0000-0001-5944-5918> - Author contribution: study conception and design, data collection, data analysis and interpretation, drafting of the article

\*\*\*\*\*MSc, em Enfermagem – Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, Oliveira de Azeméis - <https://orcid.org/0000-0002-5448-8481> - Author contribution: study conception and design, data collection, data analysis and interpretation, drafting of the article

#### Autor de correspondência:

Maribel Carvalhais  
<mailto:maribel.carvalhais@essnortecvp.pt>

Carvalhais, M., Oliveira, A., Fontoura, P., Martins, A.L., Oliveira, A.R., Jesus, D., Mendes, M., & Silva, S (2023). Adolescentes com DM1: conhecimento acerca da doença e dificuldades no autocuidado. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 6(2), 51-62. <https://doi:10.37914/riis.v6i2.270>

Recebido para publicação: 27/10/2022  
 Aceite para publicação: 12/07/2023

### ABSTRACT

**Background:** type 1 Diabetes Mellitus is a chronic disease increasingly prevalent in children, thus it is essential to encourage adherence to self-care and minimize the difficulties experienced.

**Objectives:** characterize the knowledge of adolescents with type 1 diabetes mellitus about their disease and identify their difficulties in self-care. **Methodology:** quantitative, simple descriptive study. Application of Knowledge Test of Adolescents with DM1 about the disease and the Inventory of Difficulties in Self-Care Roles by Flora & Gameiro (2016). Data collected between June and November 2021 at Diabetes Consultation of a Hospital in the central region of Portugal.

Sample of 34 diabetic adolescents with a mean age of 14.9 ( $\pm 2.3$ ) years. **Results:** in overall knowledge, adolescents show a level of knowledge between reasonable and good, and it is in domain 1 (Nature of the disease/physiopathology) where they show the best level of knowledge.

In the difficulties in the self-care roles, they show higher percentages of difficulty in maintaining a balanced diet, fighting stress and interventions when facing hypoglycemia. **Conclusion:** adolescents have difficulties in self-care roles, and the nurses' intervention in the implementation of adjusted therapeutic plans is essential to overcome the knowledge gaps and reduce the identified difficulties

**Keywords:** adolescent, diabetes mellitus type 1, self-care, nursing

### RESUMEN

**Marco contextual:** la diabetes mellitus tipo 1 es una enfermedad crónica cada vez más prevalente en niños, por lo que es fundamental fomentar la adherencia al autocuidado y minimizar las dificultades que experimentan. **Objetivos:** caracterizar el conocimiento de los adolescentes con diabetes mellitus tipo 1 sobre su enfermedad e identificar sus dificultades en el autocuidado. **Metodología:** estudio cuantitativo, descriptivo simple. Aplicación de Test de Conocimientos de Adolescentes con DM1 sobre la enfermedad y el Inventario de Dificultades en los Roles de Autocuidado de Flora & Gameiro (2016). Datos recogidos entre junio y noviembre de 2021 en la Consulta de Diabetes de un Hospital de la región central de Portugal. Muestra de 34 adolescentes diabéticos con edad media de 14,9 ( $\pm 2,3$ ) años. **Resultados:** en el conocimiento global, los adolescentes muestran un nivel de conocimiento entre razonable y bueno, y es en el dominio 1 (Naturaleza de la enfermedad/fisiopatología) donde muestran el mejor nivel de conocimiento. En cuanto a las dificultades en las funciones de autocuidado, estos pacientes mostraron mayores porcentajes de dificultad para mantener una dieta equilibrada, combatir el estrés e intervenir ante una hipoglucemia. **Conclusión:** adolescentes tienen una dificultad para los en los roles de autocuidado, siendo fundamental la intervención del enfermero en la implementación de planes terapéuticos ajustados, con el fin de llenar los vacíos de conocimiento y reducir las dificultades identificadas.

**Palabras clave:** adolescente, diabetes *mellitus* tipo 1, autocuidado, enfermería

### INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Diabetes *Mellitus* (DM) é caracterizada como uma doença crónica que ocorre quando o pâncreas não produz insulina suficiente ou quando o corpo não utiliza a insulina que produz de forma eficaz (OMS, 2020). Existem vários tipos de DM, sendo que o tipo mais comum na infância e adolescência é a DM tipo 1 (DM1). A DM1 resulta da destruição das células  $\beta$  dos ilhéus de Langerhans do pâncreas, com insulino-terapia absoluta, passando a insulino-terapia a ser indispensável para assegurar a sobrevivência (Direção Geral da Saúde, 2011). Em Portugal, dados de 2015, revelavam uma prevalência de DM1 em 3857 crianças e jovens (idades entre 0-19 anos), correspondendo a 0,20% da população dessa faixa etária. Dados de 2017 e 2018 revelam uma diminuição no número de casos totais, respetivamente, de 3220 e 2819, correspondendo a uma prevalência de 0,17% e 0,15%, respetivamente (Direção-Geral da Saúde, 2020).

A *World Health Organization* (2011) considera como sendo adolescente o indivíduo entre os 10 e os 19 anos de idade. Flora & Gameiro (2016b) referem que as maiores dificuldades manifestadas pelos adolescentes com DM1, relacionam-se com o futuro quanto ao curso da doença, a necessidade de cumprir um plano alimentar e a adaptação a uma rotina de compromissos sociais. Fragoso, Cunha, Fragoso, & Araújo (2019), numa perspetiva mais abrangente, acrescentam que as dificuldades evidenciadas pelos adolescentes diabéticos dizem respeito aos aspetos como a adaptação à doença e aos dilemas de ser diabético, mas também referem aspetos relativos à influência da família e dos serviços de saúde. Já por si só, a fase da adolescência é marcada por um período

de grande mudança. Aliada a esta mudança, a vivência com doença crónica exige quer dos adolescentes quer das suas famílias uma adaptação acrescida a todos os níveis. Para o sucesso desta transição é indispensável a intervenção precoce e diferenciada dos profissionais de saúde garantindo assim a qualidade de vida dos adolescentes e das suas famílias.

Com a realização deste estudo pretende-se caracterizar o conhecimento dos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1 acerca da sua doença e identificar as dificuldades vivenciadas por estes no autocuidado.

### ENQUADRAMENTO/FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A causa da DM1 tem por base a deficiência de insulina incitada pela perda das células beta pancreáticas, levando a picos de hiperglicemia, tornando-se esta uma doença crónica (Direção-Geral da Saúde, 2019). É importante referir ainda que a antes do início da sintomatologia conhecida da DM1, meses ou anos antes deste início, podem aparecer auto anticorpos, sendo esta uma doença autoimune, como base na predisposição genética. O início para o aparecimento desta patologia é assim o desencadear de autoimunidade (presença de pelo menos um auto anticorpo), seguidamente, surge a intolerância à glicose e, numa fase posterior, a DM1. O risco de progressão para o estágio sintomático da doença esta relacionada com o número de auto anticorpos existente e com a idade de seroconversão (ou seja, da idade a partir da qual é detetada a presença de um dos auto anticorpos) (Direção Nacional da Saúde, 2015). De acordo com o instituído pela *International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes* (2018), os

## Adolescentes com DM1: conhecimento acerca da doença e dificuldades no autocuidado

critérios para o diagnóstico de DM são: (1) a presença de sintomas clássicos de diabetes (poliúria, nictúria, enurese, polidipsia e emagrecimento) e glicose sérica  $\geq 200$  mg/dl; (2) glicose sérica em jejum ( $>8h$ )  $\geq 126$  mg/dl; (3) glicose sérica após Prova de Tolerância Oral (PTGO) à glicose  $\geq 200$  mg/dl (2h), utilizando carga de glicose de 1,75 g/kg até valor máximo de 75g; e (4) Hemoglobina glicada A1c (HbA1c)  $\geq 6,5\%$ . De referir que é comumente aceite que a PTGO é considerada desnecessária se um dos primeiros critérios estiver presente (Direção-Geral da Saúde, 2019). Após o diagnóstico da DM deve ser instituído um plano terapêutico com o intuito de manter um bom controlo da doença, evitar os sintomas, prevenir as complicações tardias e diminuir o risco de descompensações agudas (Flora & Gameiro, 2016a). Neste sentido, a gestão adequada do regime terapêutico torna-se fundamental e deve levar em consideração dois aspetos fundamentais: (1) a tríade “alimentação, exercício físico e insulino-terapia”, e (2) a autovigilância e autocontrolo da DM (Flora & Gameiro, 2016a, p. 19). Na verdade, o controle glicémico ineficaz pode desencadear complicações agudas (nomeadamente hipoglicemia, cetoacidose diabética, síndrome hiperglicémico hiperosmolar), podendo também ocorrer complicações crónicas como doenças cardiovasculares, cegueira, insuficiência renal ou amputação de membros inferiores (Direção Nacional da Saúde, 2015). A adolescência é um período de transição entre a infância e a idade adulta caracterizado por transformações físicas exuberantes e um aumento significativo das capacidades cognitivas, bem como por um enriquecimento do repertório afetivo e uma estruturação mais sofisticada do processo de socialização (Direção Geral da Saúde, 2013). De

acordo com a Teoria da Transições de Meleis, a transição é definida como “A passagem de uma fase de vida, condição ou estado para outro, é um conceito multidimensional que engloba os elementos do processo, o intervalo de tempo e as percepções. O processo sugere fases e sequência, o intervalo de tempo indica um fenómeno em curso, mas limitado e a percepção tem a ver com o significado da transição para a pessoa que a experimenta” (Meleis, 2010, pp. 25-26). Assim sendo, o adolescente com doença crónica, vivencia dois tipos de transição: (1) a transição desenvolvimental própria à adolescência; e (2) a transição saúde-doença devida à doença (Azevedo, 2010). Quando comparados com as crianças, aparentemente devido à especificidade própria da fase de desenvolvimento porque estão a passar, os adolescentes apresentam maiores dificuldades em aceitar a doença, alternando momentos de conflito e harmonia com a família, com os amigos e até consigo. Assim, a responsabilidade de gestão terapêutica que a própria doença impõe, pode ocorrer em momentos em que a aceitação da doença ainda não aconteceu, o que pode ter um impacto negativo para o autocuidado (Fragoso, Cunha, Fragoso, & Araújo, 2019). Segundo a teoria do Déficit de Autocuidado de Orem (1991), o autocuidado é definido como a prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. O autocuidado no controlo da DM, exige dos adolescentes a regularidade de consultas. A par da regularidade de consultas existe um conjunto de procedimentos a que os adolescentes estão sujeitos, nomeadamente, a monitorização de análises de urina e sangue, monitorização da glicose, gestão da medicação, gestão de hipoglicemias e hiperglicemias,

## Adolescentes com DM1: conhecimento acerca da doença e dificuldades no autocuidado

alimentação saudável e prática de exercício físico regular (Moreira, et al., 2016). Flora & Gameiro (2016), referem que as dificuldades dos adolescentes prendem-se, muitas vezes, com o nível de conhecimento que estes possuem acerca da DM1. O controlo da DM1 e as atitudes adotadas pelos adolescentes face à doença é diretamente influenciado pelo conhecimento que estes possuem acerca da sua própria doença, pelo que se depreende que a falta deste conhecimento é potencialmente geradora de insegurança e receios. Os mesmos autores referem ainda que o acompanhamento dos adolescentes com DM1 e das suas famílias, é fundamental para o controlo da doença e minimização do impacto e complicações a médio e longo prazo

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, de carácter descritivo simples. A amostra englobou 34 adolescentes diabéticos acompanhados na Consulta de Diabetes de um Centro Hospitalar da região Centro de Portugal, sendo considerada uma amostra não probabilística, accidental ou por conveniência. Para a constituição da amostra foram estabelecidos cinco critérios de inclusão cumulativos: (1) adolescentes com diagnóstico de DM1, (2) não hospitalizados, (3) idade compreendida entre os 11 e os 18 anos, (4) adolescentes e pais/representante legal que não apresentem défices cognitivos, e (5) adolescentes e pais/representante legal que aceitassem participar no estudo de forma livre esclarecida. Considerando-se a obrigatoriedade cumulativa dos critérios de inclusão estabelecidos, foram excluídos todos os adolescentes que não cumprissem a cumulatividade dos critérios de inclusão.

(Flora & Gameiro, 2016a). Neste sentido, entende-se que uma intervenção diferenciada e atempadamente dos partes das equipas de saúde, terá repercussões muito positivas na qualidade de vida dos adolescentes com DM1, bem como das suas famílias (Fragoso, Cunha, Fragoso, & Araújo, 2019).

Perante estes aspetos, os enfermeiros que intervêm juntos destes adolescentes e famílias, devem ter um maior conhecimento que lhes permita o planeamento e a operacionalização de planos terapêuticos mais assertivos e ajustados. Assim, emergiu a vontade e a determinação para realizar este estudo cuja questão de investigação foi: “Qual o conhecimento acerca da doença e quais as dificuldades no autocuidado que enfrentam os adolescentes com DM1?”

A opção pela faixa etária dos 11-18 anos foi uma opção metodológica que se fundamenta numa questão de maturidade dos adolescentes e de potencial de autonomização nos papéis de autocuidado, e pelo facto da consulta pediátrica de Diabetes incluir os jovens apenas até ao final do seu 18º ano. Para a recolha dos dados foi utilizado um questionário constituído por três partes. A primeira parte foi composta por 4 questões e tinha o objetivo de caracterizar a amostra a nível sociodemográfico; a segunda parte do questionário foi o Teste de Conhecimento dos Adolescentes com Diabetes *Mellitus* tipo 1 acerca da doença (Flora & Gameiro, 2016a) e a terceira parte do questionário correspondeu ao Inventário de Dificuldades nos Papéis de Autocuidado relacionados com a Diabetes (Flora & Gameiro, 2016b). Ambos os instrumentos utilizados encontram-se validados para a população portuguesa. O Teste de Conhecimento dos Adolescentes com Diabetes *Mellitus* tipo 1 acerca da doença é um instrumento tipo questionário



## Adolescentes com DM1: conhecimento acerca da doença e dificuldades no autocuidado

constituído por 25 questões de escolha múltipla. Cada questão é composta por três alternativas com apenas uma resposta certa. Estas 25 questões estão divididas em cinco domínios do conhecimento acerca da doença: (1) Natureza da doença/fisiopatologia; (2) Complicações agudas e crónicas da DM1; (3) Administração de insulina; (4) Avaliação de glicemia capilar e (5) Manutenção da saúde. É importante referir que este instrumento apesar de já estar validado em 20 questões para a população portuguesa, tem atualmente uma versão melhorada, face às *guidelines* de 2019, que inclui 5 novas questões que se encontraram em fase de validação e aguardam publicação pelos autores. A opção por esta versão melhorada prende-se com o facto deste instrumento ser agora ainda mais robusto, apresentando melhores propriedades psicométricas, facto que nos foi assegurado pelos autores. Pretende-se determinar o conhecimento para o global e para cada domínio de conhecimento através dos respetivos scores:  $(N^{\circ} \text{respostas certas} / n^{\circ} \text{total de itens}) \times 100$ . Como tal, o conhecimento varia entre 0% e 100%, correspondendo o 0% ao mínimo e o 100% ao máximo. Por forma a classificar o nível de conhecimento, este categoriza-se em 3 níveis, sendo que valores menores que 50% correspondem a um nível de conhecimento baixo ou insuficiente, valores entre 50%-80% atribui-se um conhecimento razoável e superior a 80% a um conhecimento de nível bom. A terceira parte do questionário, correspondeu ao Inventário de Dificuldades nos Papéis de Autocuidado, estando este adaptado do original e validado da população brasileira para a população portuguesa por Flora & Gameiro (2016a). O Inventário de Dificuldades nos Papéis de Autocuidado é um instrumento constituído por 18 questões (itens) distribuídas por

quatro dimensões: (1) Manutenção da saúde, (2) Controlo da doença, (3) Diagnóstico, Tratamento e Medicação na DM1 e, (4) Participação nos serviços de saúde. Por sua vez, cada dimensão é constituída por vários itens. A avaliação é efetuada através de uma escala de likert de 4 pontos que varia entre os campos semânticos: (1) nenhuma dificuldade; (2) alguma dificuldade; (3) bastante dificuldade e (4) muita dificuldade.

Todas as etapas do estudo efetuado, respeitaram os princípios fundamentais determinados pelo código de ética, nomeadamente o anonimato e a confidencialidade, direito à autodeterminação, à proteção contra o desconforto e prejuízo, à intimidade e ao direito a um tratamento justo e leal. Por forma a garantir estes princípios no desenvolvimento do estudo de investigação, já na conceção do projeto foi realizada a respetiva declaração de compromisso dos investigadores e seus orientadores. A autorização para a utilização dos dois instrumentos (Teste de Conhecimento dos Adolescentes com Diabetes *Mellitus* tipo I e Inventário de Dificuldades nos Papéis de Autocuidado), foi solicitada aos autores e obtida permissão através de correio eletrónico.

Para a realização da recolha de dados, foi solicitado pedido de autorização para a realização do estudo ao Conselho de Administração e à Comissão de Ética do Centro Hospitalar em questão. Só após a obtenção das respetivas aprovações (N<sup>o</sup> CA-143/2021-0t\_MP/CC), é que foram aplicados os instrumentos de recolha de dados aos participantes que reuniam cumulativamente os critérios de inclusão estabelecidos para o estudo. Os participantes foram informados relativamente aos objetivos e finalidade do estudo, bem como o método utilizado para a obtenção dos dados. Foi também garantida a

## Adolescentes com DM1: conhecimento acerca da doença e dificuldades no autocuidado

confidencialidade da informação e o anonimato dos participantes, sendo fornecido um termo de consentimento informado. Uma vez que se tratam de menores, por forma a cumprir todos os requisitos ético-legais, foi igualmente solicitado consentimento de participação do adolescente ao representante legal que o acompanhou à referida consulta. A análise dos dados foi realizada através do programa especializado no tratamento de dados estatísticos SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences) versão 25. Na análise dos dados, a informação recolhida foi explorada através de técnicas de estatística descritiva, designadamente, medidas de tendência central (como a média e a mediana), e medidas de dispersão tais como o desvio-padrão e frequências absolutas e relativas.

### RESULTADOS

A recolha de dados foi realizada entre junho e novembro de 2021, obtendo-se um total de 34 questionários totalmente preenchidos, pelo que não houve necessidade de exclusão de nenhum.

Assim, foram incluídos neste estudo 34 adolescentes, com uma média de idades de 14.9 anos ( $\pm 2.3$ ) (mínimo de 10 e máximo de 18 anos), sendo que 64.6% ( $n=23$ ) assumiram-se como sendo do género feminino e 32.4% ( $n=11$ ) do género masculino. Relativamente à caracterização da amostra em termos de escolaridade, 17.6% ( $n=6$ ), frequentavam a escola entre o 5º e o 6º ano; 38.2% ( $n=13$ ) entre o 7º

e 9º ano; e 44.1% ( $n=15$ ) entre o 10º e 12º ano. A zona de residência mais frequente foi o norte do Portugal (85.3%).

Na Tabela 1 são apresentados os resultados das respostas corretas por questão e por domínio do Teste de Conhecimento dos Adolescentes com Diabetes *Mellitus* tipo 1. Relativamente ao conhecimento global sobre a Diabetes e os cuidados associados (que incluiu as respostas a todas as questões), obteve-se uma pontuação média de 78.18% ( $\pm 10.18$ ) de respostas corretas.

O conhecimento acerca da doença, foi então estudado pela análise dos cinco domínios do Teste de Conhecimento dos Adolescentes com Diabetes *Mellitus* tipo 1. A média de conhecimento em cada domínio variou entre 87.25% e 68.14%, o que traduz um nível de conhecimento entre o nível razoável e bom. A proporção média de respostas corretas do domínio “Natureza da doença/fisiopatologia” foi de 87.25%, tendo sido o domínio com proporção mais elevada de respostas corretas. Seguiu-se o domínio “Complicações agudas e crónicas da DM1” com média de 83.82% de respostas corretas; seguido do domínio “Manutenção da saúde e controlo da doença” com média de 76.42% de respostas corretas; seguido do domínio “Administração da insulina” com média de 70.59% de respostas corretas; e por fim, o domínio “Avaliação da glicemia capilar” com média de 68.14% de respostas corretas.

## Adolescentes com DM1: conhecimento acerca da doença e dificuldades no autocuidado

Tabela 1

Proporção de respostas corretas por questão e por domínio do Teste de Conhecimento dos Adolescentes com Diabetes *Mellitus* tipo 1

Domínio (D)	Questão	Respostas Corretas		
		n (%)	% média	DP
D1 Natureza da doença/fisiopatologia	Q1	30 (88.2%)		
	Q2	31 (91.2%)	87.25%	23.23
	Q4	28 (82.4%)		
D2 Complicações agudas e crónicas da DM1	Q5	31 (91.2%)		
	Q6	27 (79.4%)		
	Q7	32 (94.1%)	83.82%	19.88
	Q8	22 (64.7%)		
	Q9	29 (85.3%)		
	Q10	30 (88.2%)		
D3 Administração da insulina	Q11	34 (100.0%)		
	Q12	8 (23.5%)	70.59%	15.92
	Q13	30 (88.2%)		
D4 Avaliação da glicemia capilar	Q21	1 (100.0%)		
	Q14	29 (85.3%)		
	Q15	15 (44.1%)	68.14%	25.50
	Q22	28 (82.4%)		
	Q23	18 (64.3%)		
D5 Manutenção da saúde e controlo da doença	Q3	33 (97.1%)		
	Q16	20 (58.8%)		
	Q17	27 (79.4%)		
	Q18	29 (85.3%)	76.42%	13.98
	Q19	17 (50.0%)		
	Q20	34 (100.0%)		
	Q24	25 (73.5%)		
Q25	22 (66.7%)			
Conhecimento Global			78.18%	10.18

Os resultados obtidos pela aplicação do Inventário de Dificuldades nos Papéis de Autocuidado dos Adolescentes com DM1 encontram-se apresentados na Tabela 2.

Da análise dos resultados obtidos, a maioria dos adolescentes (55.9%), revelou não sentir dificuldade no controlo de peso (DMS1); muito embora em igual número (n=19) revelaram ter alguma dificuldade em realizar uma alimentação equilibrada (DMS2). Evitar o consumo de tabaco (DMS3), foi um aspeto que a

grande maioria (84.8%) indicou não ter nenhuma dificuldade, o mesmo acontecendo com evitar a ingestão de bebidas alcoólicas (DMS4), assumido por 81.8%. A realização de atividades de lazer (DMS5) é assumida como uma tarefa sem dificuldades para a maioria dos inquiridos (73.5%), embora 23.5% revelaram ter alguma dificuldade. Também o combate ao stress (DMS6) mostrou ser uma tarefa que 44.1% dos adolescentes considera sentir alguma dificuldade. Por sua vez, a prática de atividade física (DMS7) não

## Adolescentes com DM1: conhecimento acerca da doença e dificuldades no autocuidado

constitui uma dificuldade para 58.8% dos adolescentes, muito embora 38,2% considere sentir alguma dificuldade. Dos resultados obtidos, destaca-se assim a manutenção de uma alimentação equilibrada

como a principal dificuldade mencionada (55.9%), a par do combate ao stress (44.1%). De realçar também que a dimensão menor pontuada em termos de dificuldade foi a “Participação nos serviços de saúde”.

Tabela 2

Estatísticas descritivas para as respostas ao Inventário de Dificuldades nos Papéis de Autocuidado dos Adolescentes com DM1

<i>Dimensão</i>	<i>Item</i>	<i>Nenhuma dificuldade</i>	<i>Alguma dificuldade</i>	<i>Bastante dificuldade</i>	<i>Muita dificuldade</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Manutenção da saúde	DMS1	55.9%	32.4%	11.8%	0.0%	1.0	1.56	0.70
	DMS2	38.2%	55.9%	5.9%	0.0%	2.0	1.68	0.59
	DMS3	84.8%	9.1%	6.1%	0.0%	1.0	1.21	0.55
	DMS4	81.8%	12.1%	3.0%	3.0%	1.0	1.27	0.67
	DMS5	73.5%	23.5%	2.9%	0.0%	1.0	1.29	0.52
	DMS6	26.5%	44.1%	20.6%	8.8%	2.0	2.12	0.91
	DMS7	58.8%	38.2%	2.9%	0.0%	1.0	1.44	0.56
Controlo da doença	DCD1	79.4%	14.7%	5.9%	0.0%	1.0	1.26	0.57
	DCD2	55.9%	29.4%	11.8%	2.9%	1.0	1.62	0.82
	DCD3	64.7%	23.5%	11.8%	0.0%	1.0	1.47	0.71
	DCD4	91.2%	8.8%	0.0%	0.0%	1.0	1.09	0.29
Diagnóstico, Tratamento e Medicação na DM1	DTMD1	70.6%	23.5%	5.9%	0.0%	1.0	1.35	0.60
	DTMD2	67.6%	32.4%	0.0%	0.0%	1.0	1.32	0.47
	DTMD3	61.8%	29.4%	8.8%	0.0%	1.0	1.47	0.66
	DTMD4	73.5%	17.6%	2.9%	5.9%	1.0	1.41	0.82
	DTMD5	73.5%	17.6%	8.8%	0.0%	1.0	1.35	0.65
Participação nos serviços de saúde	DPSS1	91.2%	5.9%	2.9%	0.0%	1.0	1.12	0.41
	DPSS2	94.1%	2.9%	0.0%	2.9%	1.0	1.12	0.54
Dificuldades no global						1.33	1.40	0.36

## DISCUSSÃO

A DM é uma doença crónica complexa e de difícil controlo. Esta dificuldade é mais notória em crianças e adolescentes, sobretudo, no período da adolescência em que a problemática envolve a transição da dependência parental para uma vida mais autónoma, o que pode repercutir-se na adesão ao tratamento e no controlo metabólico da Diabetes (Filipe, 2016). O instrumento de recolha de dados aplicado neste estudo foi elaborado no sentido de caracterizar a amostra e operacionalizar as variáveis conhecimento

acerca da doença e dificuldades nos papéis de autocuidado.

Face aos resultados obtidos, no que concerne ao conhecimento no global, os adolescentes apresentaram um nível de conhecimento entre o nível razoável e o bom ( $78.18\% \pm 10.18$ ); resultados que vão de encontro aos obtidos por Flora & Gameiro (2016). Relativamente aos resultados dos domínios do Teste de Conhecimento dos Adolescentes com Diabetes Mellitus tipo 1, os adolescentes apresentaram

## Adolescentes com DM1: conhecimento acerca da doença e dificuldades no autocuidado

melhores níveis de conhecimento no domínio “Natureza da doença/Fisiopatologia”, seguido do domínio “Complicações agudas e crónicas da DM1”; sendo que no estudo desenvolvido por Flora & Gameiro (2016), apesar destes dois domínios também terem sido identificados com os scores mais altos, ao contrário do verificado no presente estudo, o domínio que obteve maior score foi o domínio “Complicações agudas e crónicas”, seguido do domínio “Natureza da doença/fisiopatologia”. No que diz respeito ao domínio de conhecimento menor pontuado que indica níveis mais baixos de conhecimento, os resultados do estudo identificam como sendo o domínio “Avaliação da glicemia capilar”. Estes resultados obtidos não vão de encontro aos obtidos no estudo realizado por Moreira et al. (2016) onde o domínio com menor pontuação obtida foi o domínio da “Natureza da doença/Fisiopatologia”, o que pode ser explicado pelo facto de, na Consulta de Diabetes do Hospital onde foi efetuado o estudo, haver uma equipa de enfermeiros específica para o acompanhamento das crianças e famílias, que aposta bastante no incremento da literacia sobre a doença, uma vez que entende que a intervenção deve ser um processo centrado na criança/família, abordando a educação oportuna e apoiando as necessidades individuais. A importância desta equipa de enfermeiros específica, torna-se evidente no presente estudo, uma vez que a dimensão onde os adolescentes assumiram menor dificuldade foi na “Participação nos serviços de saúde”, o que revela um acesso muito bom ao serviço de saúde de referência, assim como ao contato e coordenação destes adolescentes com a equipa de saúde que os acompanha. É importante realçar que este resultado é contrário ao obtido por Flora & Gameiro (2016b), em

que a dimensão “Participação nos serviços de saúde” foi evidenciada como uma das maiores dificuldades.

Ao analisar individualmente os resultados obtidos, constata-se que, relativamente ao domínio 1 (Natureza da doença/Fisiopatologia), a questão em que se verificou maior número de adolescentes a errar, relaciona-se com os sintomas de hiperglicemia, traduzindo-se num nível de conhecimento baixo. Torna-se assim importante, comparar este resultado de conhecimento, com o resultado obtido no Inventário de Dificuldades nos Papéis de Autocuidado dos Adolescentes com DM1, onde apenas 17.6% dos adolescentes referiram ter dificuldade em intervir perante uma hiperglicemia. Face a esta dissonância entre o score obtido no conhecimento com o não reconhecimento da dificuldade, entende-se que estes resultados poderão ser indicativos da necessidade de investir em programas de incremento de literacia acerca dos sintomas de hiperglicemia bem como na necessidade de capacitação para uma intervenção adequada.

No domínio 2 (Complicações agudas e crónicas da DM1), os adolescentes demonstraram menor conhecimento no que se refere a como atuar perante uma hipoglicemia sem sintomas associados. No estudo realizado por Filipe (2016), os resultados obtidos contrapõem-se aos obtidos no presente estudo, uma vez que o autor atesta que 83.0% dos participantes assumiam conseguir atuar/reverter sozinho episódios de hipoglicemia/hiperglicemia.

Já no domínio 3 (Administração da insulina), a questão onde se registou maior número de respostas erradas é a relativa ao armazenamento e conservação da insulina depois de aberta, onde apenas 8 dos 34 inquiridos responderam corretamente. Assim, os resultados obtidos vão de encontro aos resultados que

## Adolescentes com DM1: conhecimento acerca da doença e dificuldades no autocuidado

Flora & Gameiro (2016a) obtiveram, e revelam que a maioria dos adolescentes apresentava um notório desconhecimento quanto ao armazenamento da insulina depois de aberta, uma vez que o cartucho de insulina depois de aberto, não obriga à sua conservação no frigorífico, podendo manter-se à temperatura ambiente (15 e 30°C), em local fresco, protegido da luz e de oscilações bruscas de temperatura (Sousa, Neves & Carvalho, 2019). No domínio 4 (Avaliação da glicemia capilar), os adolescentes revelaram menor conhecimento relativamente à troca da lanceta. Relativamente à troca de lanceta, a literatura constata que para cada punção capilar que se realiza, deve-se utilizar uma nova lanceta, uma vez que a utilização repetida da mesma torna-a mais romba, o que torna a perfuração da pele mais dolorosa (Direção-Geral da Saúde, 2019). Assim, os resultados obtidos no estudo encontram-se em concordância com os resultados obtidos no estudo realizado por Kaneto & Damião (2015) em que o maior índice de erro em monitorização glicémica foi observado no item troca de lanceta, com 87,5 % dos inquiridos, trocando-as de forma inadequada.

No que diz respeito aos resultados obtidos pela aplicação do Inventário de Dificuldades nos Papéis de Autocuidado dos Adolescentes com DM1, relativamente às dificuldades no global, conclui-se que os adolescentes apresentaram, de um modo geral, pouca dificuldade na gestão dos papéis de autocuidado, o que vai ao encontro dos resultados obtidos por Flora & Gameiro (2016b).

Fazendo uma análise individual por dimensão de dificuldades, a dimensão que os adolescentes assumiram como de dificuldade maior foi a dimensão “Manutenção da saúde”. De acordo com os resultados obtidos, verificou-se que os itens onde os adolescentes

assumiram dificuldades em maior percentagem dizem respeito a realizar uma alimentação equilibrada, em combater o stress e, na prática de exercício físico. Estes resultados vão ao encontro aos obtidos noutros estudos, sendo que Moreira et al. (2016) também constataram que uma das dificuldades evidenciadas pelos participantes era o controlo da alimentação (55,0%); e Pereira, Neto, Moleiro & Gama (2015) constataram que, relativamente à prática de exercício físico, 49% dos participantes não praticavam exercício físico regular, 20% praticavam um a dois períodos por semana, e 31% três ou mais períodos por semana.

Já na dimensão do “Controlo da doença”, apurou-se que os itens onde os adolescentes revelaram ter mais dificuldade dizem respeito ao reconhecimento da importância da hemoglobina glicosilada, resultados que também são concordantes com os do estudo de Flora & Gameiro (2016b). Na dimensão “Diagnóstico, Tratamento e Medicação”, os adolescentes referiram ter dificuldade em intervir perante uma hipoglicemia e hiperglicemia. Tal como já foi anteriormente referido, estes resultados não vão de encontro aos de Filipe (2016), onde foi constatado que 83.0% dos participantes conseguiam atuar/reverter sozinhos episódios de hipoglicemia/hiperglicemia. Ainda na dimensão “Diagnóstico, Tratamento e Medicação”, apesar dos adolescentes terem assumido ter dificuldade em ajustar a insulina perante avaliação da glicemia capilar, a proporção encontrada neste estudo é bastante menor quando comparada com a obtida no estudo de Flora & Gameiro (2016), onde esta dificuldade era identificada por 29.4% dos adolescentes como de bastante dificuldade.

É ainda pertinente referir que, ao longo do estudo surgiram algumas limitações não imputáveis às investigadoras, mas que de algum modo poderão ter

## Adolescentes com DM1: conhecimento acerca da doença e dificuldades no autocuidado

impacto nos resultados, nomeadamente devido à situação pandémica por COVID-19, constatou-se uma menor adesão às consultas presenciais, o que condicionou consideravelmente a dimensão da amostra.

### CONCLUSÃO

Através da interpretação dos resultados obtidos constata-se que o nível de conhecimento dos adolescentes com DM1 acerca da doença varia entre o nível razoável e o nível bom. Relativamente às dificuldades que os adolescentes referem, conclui-se que, no global, os mesmos sentem pouca dificuldade na gestão dos papéis do autocuidado. Discriminando por dimensões de dificuldade verifica-se que os itens onde se revelou maior dificuldade sentida pelos adolescentes foi na manutenção de uma alimentação equilibrada, combate ao stress, reconhecer a importância da HbA1c, despistar sinais/sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia, intervenções perante uma hipoglicemia e em regular a insulina de acordo com o valor da pesquisa de glicemia capilar.

Atendendo às implicações desta investigação para prática clínica, pretende-se simultaneamente que o contributo obtido com a publicação deste trabalho, seja potenciador do incremento da literacia em saúde em relação à DM1; e que os resultados obtidos permitam capacitar os enfermeiros que integram as equipas de acompanhamento destes adolescentes, de informação que lhes permita assegurar a promoção de um acompanhamento mais assertivo dos adolescentes diabéticos e das suas famílias, pela implementação ajustada, individualizada e orientada de planos terapêuticos com estratégias direcionadas, nomeadamente tendo em consideração os itens identificados de menor conhecimento e/ou de maior

dificuldade de gestão de autocuidado. Por outro lado, ao nível da formação destes profissionais, também se entende como importante a capacitação destes enfermeiros na sua formação especializada, para uma prática baseada na evidência pelo que deve ser efetuada a constante avaliação e monitorização relativamente aos doentes que acompanham, nomeadamente o estudo do conhecimento efetivo acerca da doença, assim como a identificação das dificuldades vivenciadas.

Entende-se ainda que, em investigações futuras seria importante analisar a relação entre a idade e o nível de conhecimento dos adolescentes bem como com as dificuldades sentidas; e estender o estudo aos cuidadores para se perceber o conhecimento e as dificuldades identificadas também por eles.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bertin, R., Elizio, N., MORAES, R., Medeiros, C., Fiori, L., & Ulbrich, A. (2016). Perceções no cotidiano alimentar de crianças e adolescentes com Diabetes Mellitus tipo 1. *Revista Contexto & Saúde*, 16(30), 100-109.
- Bertoldo, C., Neves, E., Ribeiro, A., Barreto, C., Oliveira, D., & Marafiga, C. (2020). Perspective of adolescents living with diabetes mellitus about self care. *New Trends in Qualitative Research*(3), 347-358.
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Crianças e jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1 Manual de formação resumido para profissionais de saúde e de educação*. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2020). *Programa Nacional para a Diabetes 2019: desafios e estratégias*. Lisboa: DGS.
- Filipe, V. (2016). *Satisfação das crianças/ jovens na consulta de diabetes: influência das variáveis clínicas*. Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu: Instituto Politécnico de Viseu.
- Flora, M. (2013). *Gestão do autocuidado dos Adolescentes com Diabetes Mellitus tipo 1*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Flora, M., & Gameiro, M. (2016). Autocuidado dos Adolescentes com Diabetes Mellitus Tipo 1:

## Adolescentes com DM1: conhecimento acerca da doença e dificuldades no autocuidado

Conhecimento acerca da Doença. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*(8), 17-26.

Flora, M., & Gameiro, M. (2016). Dificuldades no autocuidado dos adolescentes com diabetes mellitus tipo 1. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*(11), 31- 40.

Fragoso, L., Cunha, M., Fragoso, E., & Araújo, M. (2019). Autocuidado em Pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 1: Vivências de Adolescentes. *Revista online de pesquisa - Cuidar é Fundamental*, 289-296.

International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes. (2018). ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2018: Definition, epidemiology, and classification of diabetes in children and adolescents. *Pediatric Diabetes*, 7-19.

Kaneto, L., & Damião, E. (2015). Avaliação do conhecimento de crianças com diabetes tipo 1: proposta de um instrumento. *Revista da Sociedade Brasileira Enfermeiros Pediatras*, 15(2), 93-101.

Moreira, T., Bandeira, S., Lopes, S., Carvalho, S., Negreiros, F., & Neves, C. (2016). Dificuldades de crianças e adolescentes com Diabetes Mellitus tipo 1 acerca da doença. *Revista Rene*, 17(5), 651-658.

Pereira, E., Neto, S., Moleiro, P., & Gama, E. (2015). Exercício Físico em Adolescentes com Diabetes Mellitus Tipo 1. *Acta Pediátrica Portuguesa*(46), 311-317.



**DISPOSITIVO MÉDICO PARA REABILITAÇÃO PÓS FRATURA DO FÉMUR PROXIMAL: ESTUDO DE USABILIDADE**

Medical device for rehabilitation after proximal femur fracture: usability study

Dispositivo médico para rehabilitación tras fractura de fémur proximal: estudio de usabilidad

Daniela Lages Domingues\*

**RESUMO**

**Enquadramento:** a Fratura do Fémur Proximal (FFP) é um grave problema de saúde pública, o Dispositivo Médico (DM), ABLEFIT, poderá trazer mais-valias no processo de reabilitação da pessoa pós FFP. **Objetivos:** avaliar a usabilidade e ergonomia do ABLEFIT para a reabilitação da pessoa pós FFP. **Metodologia:** estudo observacional descritivo, metodologia mista. Recolha de informação através de dois grupos focais e questionário de usabilidade. Grupos focais de oito participantes, um de utilizadores finais, e outro de Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação (EEER). Foram cumpridos todos os princípios éticos. Para análise dos dados quantitativos foi utilizado o programa informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v25, e a técnica de análise de conteúdo para os grupos focais. **Resultados:** da análise descritiva dos resultados quantitativos, evidencia-se uma apreciação positiva, pontuações mais elevadas no grupo A. Globalmente, consideram o dispositivo útil na reabilitação da pessoa pós FFP. Alguns dos participantes do grupo B, tem perceção de que a aprendizagem e utilização do DM é complexa. **Conclusão:** este estudo permitiu aferir a usabilidade e aperfeiçoamento do ABLEFIT na reabilitação da pessoa pós FFP, e contribuir para a prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação de maior qualidade.

**Palavras chave:** dispositivo médico; terapia por exercício; fraturas proximais do fémur; usabilidade

\*MsC em Enfermagem de Reabilitação – Unidade de Cuidados Continuados de Deu-la-Deu, Centro de Saúde de Monção, Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E. – <https://orcid.org/0009-0005-0800-5425> - Author contribution: study conception and design, data collection, data analysis and interpretation, drafting of the article, and critical revision of the article

Autor de correspondência:  
Daniela Lages  
Email: [daniela.lages@hotmail.com](mailto:daniela.lages@hotmail.com)

**Como referenciar:**  
Domingues, F.L., (2023). Dispositivo médico para reabilitação pós fratura do fémur proximal: estudo de usabilidade. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 6(2), 63-77. <https://doi:10.37914/riis.v6i2.380>

Recebido para publicação: 10/03/2023  
Aceite para publicação: 10/09/2023

**ABSTRACT**

**Background:** the Proximal Femur Fracture (PFF) is a serious public health concern, and the ABLEFIT Medical Device (MD) may be an added asset in the patient's process of rehabilitation after PFF. **Objectives:** to assess usability and ergonomics of the ABLEFIT for patient rehabilitation after PFF. **Methodology:** a descriptive observational study, using a mixed methodology, with data sourcing through two focus groups and usability questionnaire. Focus groups made up of eight participants each, one group with end users and one with Nurses Specialized in Rehabilitation Nursing (NSRN). All ethical principals were met. The quantitative data were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v25 software, in addition to content analysis technique for focus groups. **Results:** the descriptive analysis of the quantitative data shows a positive appreciation, with higher scores in group A. Overall, participants considered the device to be useful for patient rehabilitation after PFF. Some group B participants perceived the learning process and usability of the medical device as complex. **Conclusion:** this study allowed to assess usability and improvement of the ABLEFIT for patient rehabilitation after PFF, and to contribute to better quality in Rehabilitation Nursing care services.

**Keywords:** medical device; exercise therapy; proximal femur fractures; usability

**RESUMEN**

**Marco contextual:** la Fractura de Fémur Proximal (FFP) es un grave problema de salud pública, el Dispositivo Médico, ABLEFIT, puede aportar un valor agregado en el proceso de rehabilitación de la persona después de la FFP. **Objetivo:** evaluar la usabilidad y la ergonomía de ABLEFIT para la rehabilitación post-FFP. **Metodología:** Estudio observacional de carácter descriptivo, con recurso a metodología mixta. La información fue recogida por medio de dos grupos focales y un cuestionario de usabilidad. Los grupos focales formados por ocho participantes, uno de usuarios finales y otro de Enfermera Especialista en Enfermería de Rehabilitación (EEER). Se respetaron todos los principios éticos. Para el análisis de los datos cuantitativos se utilizó el programa informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v25, y la técnica de análisis de contenido específica en el caso de grupos focales. **Resultados:** del análisis descriptivo realizado a los resultados cuantitativos fue posible observar a existencia de una apreciación positiva, con puntuaciones más altas en el grupo A. En general, consideran útil el dispositivo en la rehabilitación de la persona después de la PFC. Algunos de los participantes del grupo B perciben que el aprendizaje y uso del DM es complejo. **Conclusión:** este estudio permitió evaluar, por un lado, la usabilidad y la mejoría de ABLEFIT en la rehabilitación de personas después de un PFC y por otro, contribuye para la prestación de cuidados de Enfermería de Rehabilitación de mayor calidad.

**Palabras claves:** dispositivo médico; terapia de ejercicio; fracturas de fémur proximal; usabilidad

### INTRODUÇÃO

A Fratura do Fémur Proximal (FFP), é dos maiores e mais graves problemas associados ao envelhecimento e de saúde pública com altas taxas de mortalidade, morbidade e incapacidade funcional, com impacto negativo na qualidade de vida da pessoa idosa (Felicissimo & Branco, 2017; Santos, 2010; Silva et. al., 2018). Por sua vez, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), é detentor de capacidades e conhecimentos técnicos à recapacitação da pessoa, tem um papel crucial, a sua intervenção precoce dirigida, através da implementação de um programa de reabilitação, possibilita a reversão das complicações (Regulamento nº392/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Por outro lado, a implementação de um plano de reabilitação adequado, com a utilização do Dispositivo Médico inovador, ABLEFIT, desenvolvido no âmbito da saúde, na área de reabilitação, concebido para a realização de exercício físico no leito, pode ser uma mais-valia para a Reabilitação Funcional Motora da pessoa, e contribuir para reduzir o tempo de internamento, os gastos hospitalares e obter ganhos em saúde. A investigação e a inovação são cada vez mais valorizadas no setor da saúde, possibilitando o desenvolvimento de produtos altamente inovadores de diagnóstico e tratamento de inúmeras doenças (Agência para o Investimento e Comércio Externo de Portugal [AICEP], 2016a). A aposta na investigação e inovação na área da reabilitação, permite adquirir conhecimentos exatos acerca dos fenómenos devido ao rigor dos métodos e técnicas utilizadas, trazendo grandes contributos para a sua atividade profissional, bem como o reconhecimento e valorização da profissão. Este estudo de usabilidade, segue

globalmente o modelo “*Human-Centre Design*” em que todo o processo de desenvolvimento do produto é centrado no utilizador final, bem como no modelo de aceitação tecnológica ou “*Technology Acceptance Model*” (TAM), centrado nos fatores influenciadores do comportamento das pessoas relativamente à aceitação de uma nova tecnologia. O objetivo geral do estudo é avaliar a usabilidade e ergonomia do protótipo de Dispositivo Médico ABLEFIT para a reabilitação da pessoa pós FFP.

Os dados da realidade portuguesa, bem como a escassa existência de estudos publicados referentes a esta temática, refletem a necessidade imperativa do desenvolvimento da investigação nesta área. Por sua vez, a Enfermagem de Reabilitação preconiza um maior envolvimento e participação dos EEER em projetos de investigação, e a necessidade de incorporar as novas descobertas na sua prática clínica (Regulamento nº392/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019).

### ENQUADRAMENTO/FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

As FFP estão associadas a elevadas taxas de morbidade e mortalidade, são consideradas uma «epidemia» ortopédica um grave problema de saúde pública, com impacto negativo na qualidade de vida da pessoa devido à incapacidade funcional que acarreta, apenas 50% dos idosos retomam as Atividades de Vida Diária (AVD) anteriores à fratura (Laires et al., 2015). Segundo estimativas da Direção-Geral da Saúde (DGS), em 2006, o número de ocorrências foi de 9532 fraturas do colo do fémur em Portugal, as quais consumiram cerca de 52 milhões de euros, só em cuidados de saúde diferenciados. As FFP, representam por isso um evento gerador de dependência no autocuidado, com grande

repercussão na qualidade de vida dos idosos e dos familiares que os acompanham, assim como são um desafio económico devido aos elevados custos associados (Felicissimo & Branco, 2017; Santos, 2010). A Teoria do Défice de Autocuidado em Enfermagem de Dorothea Orem é que determina quando a enfermagem é ou não necessária, se é necessário assistir a pessoa a providenciar o autocuidado, ou seja, se necessita de cuidados de enfermagem (Soares, 2019). Segundo esta os condicionantes básicos na pessoa decorrentes de FFP são o requisito de autocuidado por desvio da saúde, havendo a necessidade terapêutica de autocuidado (Orem, 2001, p. 223). Por sua vez, o EEER é detentor de capacidades e conhecimentos técnicos à recapacitação da pessoa, tem um papel crucial, quanto mais precoce a sua intervenção através de um programa de reabilitação, maior a possibilidade de reversão das complicações pós FFP. A atuação do EEER no processo de reabilitação é premente nos vários períodos do processo cirúrgico (Soares, 2019). As capacidades e conhecimentos técnicos que o EEER detém, permitem-lhe avaliar as funções motoras, alterações da funcionalidade, estabelecer diagnósticos, conceber e implementar planos de treino de funcionalidade motora, maximizando o potencial de recuperação da pessoa e promovendo a independência nas AVD (Regulamento nº392/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019).

O Infarmed (2016) define como Dispositivo Médico qualquer instrumento, aparelho, equipamento, *software*, material ou artigo utilizado isoladamente ou combinado com finalidade diagnóstica ou terapêutica em seres humanos. Possibilitando, entre outras, a prevenção, controlo, tratamento de uma doença, bem

como, a atenuação ou compensação de uma lesão ou deficiência.

Tendo em conta Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, um programa de reabilitação estruturado baseado no levantamento das necessidades da pessoa após FFP, associado a Dispositivos Médicos inovadores que possibilitem a execução de sessões de exercícios, poderão ser benéficos para a rentabilização do processo reabilitativo, trazendo benefícios quer para a pessoa lesada quer como facilitadores na prestação dos cuidados de reabilitação pelo EEER (Regulamento n.º 350/2015 da Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O setor da Saúde em Portugal valoriza cada vez mais a investigação e a inovação, afirmando o seu reconhecimento internacionalmente. A aposta na tecnologia por este setor em Portugal, possibilita o incremento da sua notoriedade. A tecnologia evidencia ser uma forte aliada, possibilita o desenvolvimento altamente inovador de produtos de diagnóstico e tratamento de doenças (AICEP, 2016a). Num mundo cada vez mais tecnológico, o setor da Saúde em Portugal tem apresentado um crescimento notável quer a nível nacional quer internacional (AICEP, 2016b).

A preocupação de alcançar melhores cuidados a um baixo custo, dão abertura à criação de equipamentos desenvolvidos em projetos académicos, que podem suprir a necessidade do mercado atual (Costa et al., 2018). De acordo com a literatura encontrada, o Dispositivo Médico mais abordado nos programas de reabilitação é o cicloergómetro, existem derivados deste para os membros superiores e inferiores (Torres et al., 2016; Trevisan et al., 2015). Contudo os

## Dispositivo médico para reabilitação pós fratura do fémur proximal: estudo de usabilidade

dispositivos existentes no mercado são volumosos e de uso hospitalar (Dedov & Dedova, 2013).

O desenvolvimento de um DM rege-se pelas normas estabelecidas pelo Parlamento Europeu e internacionais padronizadas, que regulam os dispositivos médicos com referências ao desempenho funcional, parâmetros de segurança e qualidades técnicas dos produtos (International Organization for Standardization [ISO], 2018, 2019a, 2019b; Regulamento 2017/745 da União Europeia, 2017).

Numa fase de conceptualização e desenvolvimento de uma tecnologia, identificar e compreender a opinião dos utilizadores quanto à sua aceitação e utilização, possibilita minimizar a resistência dos possíveis utilizadores, bem como maximizar a sua utilização efetiva (Parreira et al., 2018). Atualmente, a abordagem utilizada para avaliação da usabilidade mais citada é a abordagem centrada no utilizador, “*Human-Centered Design*” (HCD) proposto por Harte (2017), denomina-se assim uma vez que se centra nas pessoas para as quais estamos a criar soluções, definindo os procedimentos específicos a serem implementados nesta fase inicial de desenvolvimento do dispositivo, atendendo às suas necessidades e capacidades, à segurança do produto e à sua experiência. O HCD permite a exploração metodológica, o recurso a novos modelos processuais emergentes e ferramentas para a implementação dos projetos, tendo em consideração a relevância do reconhecimento funcional pelo utilizador.

Ao longo do processo de criar soluções, o investigador modifica o seu pensamento concreto ao abstrato, identificando temas e oportunidades, voltando mais tarde ao concreto com soluções e protótipos. Facilitando a criação de ideias inovadoras e indo ao

encontro das necessidades do utilizador, tendo em conta a sustentabilidade financeira. De acordo com Harada et al. (2016), estudos recentes relativos ao desenvolvimento do *design*, constam que há uma atenção mais focada nos aspetos humanos, sendo esta abordagem cada vez mais atual. Esta abordagem é defendida por Roma (2016), para este autor um Dispositivo Médico bem-sucedido deve ser eficiente, seguro, eficaz, confiável e atender aos seguintes requisitos, ser: Útil, Eficiente, Eficaz, Satisfatório, Fácil de Aprender, e Acessível.

Por outro lado, o modelo de aceitação tecnológica ou “*Technology Acceptance Model*” (TAM), teoria proposta por Davis em 1979, possibilita uma análise mais profunda dos fatores influenciadores do comportamento das pessoas, utilidade percebida e perceção de facilidade de uso, relativamente à aceitação de uma nova tecnologia (Aguiar, 2016).

A utilidade percebida pela pessoa relativamente à utilização da nova tecnologia, se lhe irá ser útil ou não, pode levar a uma maior intenção na utilização. Por sua vez, facilidade de uso de uma tecnologia é determinante para a sua utilização. A correlação destes dois fatores permite uma maior intenção de aceitação da tecnologia e posterior atitude de utilização (Aguiar, 2016). Portanto, numa primeira instância o utilizador toma em consideração as funções desempenhadas pela nova tecnologia e posteriormente analisa a facilidade ou dificuldade de uso da mesma. Embora sejam construtos diferentes relacionam-se entre si, a perceção de facilidade de uso condiciona a perceção da utilidade que a nova tecnologia possa ter (Parreira et al., 2018).

O ABLEFIT (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra [ESEnFC], 2016), protótipo de um Dispositivo Médico

inovador, desenvolvido no âmbito da saúde, na área de reabilitação, concebido para a realização de exercício físico no leito, podendo ser uma mais-valia na reabilitação funcional motora da pessoa pós FFP. Este protótipo está a ser desenvolvido na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), unidade monodisciplinar, acolhida pela ESEnC em parceria com o Departamento de Engenharia Mecânica, do Instituto Superior de Engenharia de Coimbra – Instituto Politécnico de Coimbra, com submissão de solicitação de patente nºPT108083A ao Instituto Nacional de Propriedade Industrial. É constituído por um conjunto de dispositivos com componentes desmontáveis, versáteis e personalizáveis que permitem realizar, de forma adaptada, vários e diferentes exercícios. Através do ABLEFIT podem ser realizados exercícios ativos e ativos-assistidos dos membros superiores e inferiores, contribuindo para combater a imobilidade através da reabilitação funcional da pessoa. As características deste Dispositivo Médico permitem a adequação abrangente às diferentes capacidades dos utilizadores dado que os componentes que o constituem podem ser utilizados independentemente ou interligados. Este possui um conjunto de roldanas acoplado a um amortecedor, com pegas e cabos de tamanho e resistência única, pode ser fixado quer na base quer na cabeceira da cama, permite realizar exercícios ativos e ativos-assistidos dos membros superiores. A estrutura pode ser dobrada, é compacta, leve, de fácil transporte (possui pequenas rodas na base), arrumação e higienização. Possui ainda um cicloergómetro para a mobilização dos membros inferiores, passível de se montar e desmontar. Trata-se de um protótipo que necessita de ser aperfeiçoado e desenvolvido.

Deste modo, pretende-se assim obter dados que constatem a sua usabilidade, bem como, contributos para o desenvolvimento do protótipo do DM na reabilitação da pessoa pós FFP.

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, observacional, cujo design assenta numa abordagem *mixed method* (MM) que compreende duas fases, num primeiro momento a aplicação de um questionário de usabilidade, numa segunda fase grupo focal A e grupo focal B. Este estudo integra-se dentro dos estudos de usabilidade de natureza pré-clínica, determinantes para apurar a segurança do dispositivo (ISO, 2019b), e os parâmetros de eficácia e eficiência (ISO, 2018). O foco dos testes de usabilidade é contribuir para o incremento da segurança do dispositivo aquando a sua utilização (Martins, 2013). Seguindo globalmente o modelo “*Human-Centered Design*” (HCD) proposto por Harte (2017) e o modelo de aceitação tecnológica ou “*Technology Acceptance Model*” (TAM), teoria proposta por Davis em 1979. Posto isto, objetiva-se avaliar a usabilidade e ergonomia do ABLEFIT para a reabilitação da pessoa pós FFP, identificar as dimensões valorizadas pelos EEER e pelos utilizadores, relativas às características do protótipo do dispositivo médico ABLEFIT para a reabilitação da pessoa pós-FFP. Os instrumentos de colheita de dados foram a aplicação da técnica de grupo focal e aplicação de um questionário de usabilidade. Os dois grupos focais incluíram oito participantes, um grupo de utilizadores finais, pessoa pós FFP, e outro de EEER. Trata-se de um método de amostragem não probabilística e de conveniência, de dois grupos independentes de

participantes, foram recrutados de acordo com critérios de inclusão estabelecidos para cada grupo.

A versão do questionário de usabilidade utilizada, é uma adaptação do questionário de usabilidade utilizado pelo projeto SERINGA DUO (Projeto POCI-01-0247-FEDER-01604), este foi aplicado segundo a orientação dos autores (Parreira et al., 2020). É constituída por 42 questões, e o grau de satisfação relativamente ao protótipo funcional do dispositivo é determinado por escalas Likert de 1 a 7 pontos, é constituída por quatro dimensões, “Utilidade”, “Facilidade de Uso”, “Facilidade Aprendizagem” e “Satisfação/Intenção de Uso”. Trata-se de uma escala válida, já utilizada em estudos de usabilidade de dispositivos na população portuguesa, é de fácil preenchimento, passível de ser utilizada em pequenas amostras e produzir resultados fiáveis. Por sua vez, a técnica de grupo focal permite uma recolha mais rápida e mais realista, uma investigação mais aproximada da realidade prática, como é o caso da ciência de Enfermagem (Bernardes, 2021; Lima, 2015). As sessões seguiram um Guião, após apresentação da ordem de trabalhos, foi exposto o conceito do protótipo através de um vídeo demonstrativo dos principais exercícios possíveis e solicitado o preenchimento do Questionário de Caracterização Sociodemográfica, e do Questionário de Usabilidade. Confirmado o preenchimento dos questionários, iniciou a discussão em grupo, com duração de 1 hora sensivelmente. A sessão foi gravada em formato áudio e transcrita na íntegra por dois auditores, foi salvaguardo, em todo o processo, o anonimato e a confidencialidade dos participantes e dos dados. A sessão do Grupo A decorreu na sala de reuniões de um serviço hospitalar, e os participantes do grupo B são

utentes de uma Unidade de Reabilitação privada. Para a concretização deste projeto de investigação, foi necessário ter parecer favorável (parecer nº699/07-2020 de 14/10/2020) da Comissão de Ética Relativos a Estudos de Investigação, Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. O Consentimento Informado, livre e esclarecido, cumpre o estabelecido na legislação nacional aplicável, nomeadamente o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados e conforme a norma da DGS (DGS, 2015; Regulamento n.º 58/2019 da Assembleia da República, 2019).

Os dados quantitativos, foram analisados com recurso ao programa informático SPSS v25, para a análise dos grupos focais foi utilizada a técnica de análise de conteúdo (Bardin, 2016).

### RESULTADOS

O grupo A é constituído por 8 enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, todos do género feminino. As idades dos participantes variam entre os 32 e os 52 anos, com uma média de idades de 39 anos. Relativamente às habilitações literárias, 75% (6) dos participantes possui o Curso de Pós-Licenciatura/Especialização em Enfermagem de Reabilitação, enquanto 25% (2) possui o Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. No que concerne ao tempo de exercício profissional varia entre os 10 e os 31 anos, e os anos de exercício profissional como Enfermeiro Especialista varia entre os 4 e os 14 anos. Dos 8 participantes do grupo B, 37,5% (3) são do género masculino e 62,5% (5) do género feminino. As idades dos participantes variam entre os 66 e os 87 anos, com uma média de idades de

## Dispositivo médico para reabilitação pós fratura do fémur proximal: estudo de usabilidade

74,9 anos. No que concerne às habilitações literárias, a maioria dos inquiridos possui o 1º Ciclo do Ensino Básico, sendo 87,5% (7), e apenas 12,5% (1) o Ensino Superior. Todos os participantes se encontram aposentados e residem em domicílio próprio, 25% (2) dos participantes têm ajuda de pessoa significativa ou familiar para as AVD, apresentando um grau de dependência leve, sendo que os restantes 75% (6) dos participantes não tem qualquer ajuda. Por sua vez, todos os inquiridos referiram ter patologias associadas, assim como ter realizado algum processo de reabilitação funcional sem recurso a nenhum Dispositivo Médico. Em relação ao uso de auxiliar de marcha, 25% (2) usam, um dos participantes usa canadianas, enquanto o outro usa andarilho, os restantes 75% (6) não usam nenhum auxiliar de marcha.

Em relação aos resultados quantitativos, no grupo A, relativamente à Utilidade do ABLEFIT como Dispositivo Médico para mobilidade no leito a pontuação referente aos 12 itens, variou entre 53 e 67 pontos, sendo a média de 60 pontos. No que concerne à Facilidade de Uso do ABLEFIT a pontuação referente aos 10 itens constituintes, variou entre os 44 e os 57 pontos, sendo a média de 52,5 pontos. No que remete à Facilidade de Aprendizagem do ABLEFIT, a pontuação referente aos 6 itens constituintes, variou entre os 27 e os 40 pontos, cuja média foi de 33,13 pontos. Por sua vez, a Satisfação/Intenção de Uso, considerando a possibilidade de utilização futura do ABLEFIT, constituída por um total de 14 itens, variou entre os 64 e os 78 pontos, tendo como média 71 pontos. Por último, os valores totais da pontuação dos Questionários de Usabilidade, variaram entre 197 e 231 pontos, sendo a média 216,63 pontos. Enquanto

no grupo B, em relação à Utilidade do ABLEFIT como Dispositivo Médico para mobilidade no leito, a pontuação remete a 12 itens (ao qual não foi dada qualquer resposta a 1 dos itens por não se aplicar a este grupo de participantes, como supramencionado, o questionário de usabilidade foi adaptado de outro Dispositivo Médico), variando entre 38 e 51 pontos, sendo a média de 44,88 pontos. No que refere à Facilidade de Uso do ABLEFIT a pontuação referente aos 10 itens constituintes, variou entre os 32 e os 52 pontos, sendo a média de 42,38 pontos. No que concerne à Facilidade de Aprendizagem relativamente ao ABLEFIT a pontuação referente aos 6 itens constituintes, variou entre os 20 e os 35 pontos, cuja média foi de 25,63 pontos. Por sua vez, a Satisfação/Intenção de Uso, considerando a possibilidade de utilização futura do ABLEFIT, constituída por um total de 14 itens (aos quais não foi dada qualquer resposta a 2 dos itens pelos participantes, pelas razões já referidas), variando entre os 53 e os 70 pontos, tendo como média de 60,5 pontos. Por último, os valores totais da pontuação dos Questionários de Usabilidade, variaram entre 146 e 208 pontos, sendo a média de 173,38 pontos.

Na sequência da análise de conteúdo dos Grupos Focais, emergiram as seguintes Categorias: “Funcionalidade”; “Envolvimento do utilizador”; “Caraterísticas”; “Dimensões/Design”; “Segurança”; “Conforto”; “Higiene/Manutenção” que integram o tema “Usabilidade do Dispositivo Médico”. Os participantes estão representados por “E”, “E.A.” representa o participante do grupo focal A, e “E.B.” o participante do grupo focal B. Por sua vez, “E.A.1” representa o participante 1 do grupo focal A.

## Dispositivo médico para reabilitação pós fratura do fémur proximal: estudo de usabilidade

No decurso da discussão os participantes de ambos os grupos enfatizaram a funcionalidade do Dispositivo Médico relativamente à reabilitação funcional integrado num programa de reabilitação pós FFP: *“Aparenta Permitir a realização de exercícios bem tolerados pelo utente, quer exercícios para os membros superiores quer a pedaleira...a sua integração parece-me benéfica no processo de reabilitação nomeadamente para o reforço muscular (...)na continuidade de um programa de reabilitação no domicílio”* (E.A.1); *“Exercícios para os braços são muito importantes para usar as canadianas”* (E.B.2). Contudo foram apontadas algumas carências e limitações relativamente à funcionalidade do dispositivo como a reduzida variedade de exercícios, nomeadamente para os membros inferiores, e o facto de a pedaleira não estar indicada no pós-cirúrgico em determinadas intervenções à FFP. Assim como permitir a regularização do grau de dificuldade e intensidade dos exercícios, uma vez que o dispositivo não tem nenhum sistema de resistência progressiva ou carga, permite apenas um movimento contínuo: *“Carece de maior variedade de exercícios para os membros inferiores”* (E.A.3); *“O dispositivo permite realizar exercícios constantes (...) sem poder (...) alterar o grau de dificuldade”* (E.A.3); *“Os exercícios com a pedaleira (...) cicloergómetro, não são de todo adequados a determinadas intervenções cirúrgicas pós FFP (...) deveria ter algum dispositivo alternativo (...)exercícios de resistência (...) como elásticos ou halteres”* (E.A.7); *“Para as pernas só tem os pedais (...)ou até pedaleira para os braços”* (E.B.7); *“Tem pedais (...) no Hospital disseram-me que não podia fazer”* (E.B.2).

A opinião dos participantes em relação ao potencial do Dispositivo Médico em possibilitar o envolvimento do

utilizador é positiva. Este é visto como um forte aliado do EEER na educação para a saúde, estimulante quer para o profissional quer para a pessoa no seu processo de reabilitação, promotor da sua autonomia, qualidade de vida e bem-estar. No entanto, foram também apontados alguns entraves como a dificuldade no manuseamento do dispositivo para o utilizador, que podem levar à sua desmotivação. Mais também, que estas dificuldades poderiam ser perfeitamente ultrapassáveis através do acompanhamento de um profissional até a pessoa ser independente na sua utilização, foram ainda, sugeridas algumas estratégias para contornar possíveis dificuldades, enfatizando que todo este processo envolveria a todos na reabilitação da pessoa tornando-se o dispositivo numa mais-valia: *“Penso que o profissional e o utente são envolvidos na sua utilização...pode ser desafiador para ambos (...) usar algo diferente (...) o que é novidade (...) é estimulante”* (E.A.4); *“diria que a sua utilização é intuitiva e pode até ser estimulante (...) e deixar mais tempo para realizar outras tarefas..., para um utente idoso (...) o manuseamento e a utilização, pode ser complexa e tornar-se desmotivante (...) é importante o acompanhamento até a pessoa se sentir segura e capaz de realizar os exercícios sozinha (...)o dispositivo permitiria o envolvimento sem dúvida de todos no processo de reabilitação e na promoção da educação para a saúde”* (E.A.8); *“Um manual ou um vídeo pode ajudar”* (E.A.3); *“usar o aparelho ia ser bom (...) eu ia estar mais motivado para fazer os exercícios”* (E.B.3); *“Parece difícil de usar”* (E.B.2); *“Poderia ter um livro de instruções, posso-me esquecer de como se fazem os exercícios”* (E.B.7); *“Ou mesmo um vídeo poderia ajudar!”* (E.B.4); *“Considero que a utilização deste*



## Dispositivo médico para reabilitação pós fratura do fémur proximal: estudo de usabilidade

*dispositivo iria envolver-me no meu processo de reabilitação, dar-me-ia até mais responsabilidade e autonomia (...) para o profissional (...) poderia deixar mais livre para outras tarefas” (E.B.5).*

No decurso da análise, constatou-se que foram enfatizadas características positivas, como a integração de uma inovação num programa de reabilitação ser estimulante para os profissionais e utilizadores, assim como aspetos a melhorar, possibilitar maior variedade de exercícios com regulação de resistência ou cargas, e numa perspetiva evolutiva da pessoa no seu processo de reabilitação este poder ser utilizado sem ser na cama, utilizar o dispositivo na posição de sentado: “É um dispositivo inovador (...) sem dúvida atrativo para o profissional e para o utilizador (...) permite realizar exercícios de mobilidade dos membros inferiores e superiores (...) contudo poderia ser mais versátil (...) deveria possuir outros constituintes, que permitissem maior variedade de exercícios para os membros inferiores, poderia ter para além da pedaleira...exercícios de resistência (...) ou mesmo a pedaleira ser passível de utilizar também para os membros superiores (...) até é bom e estimulante para o doente utiliza-lo na posição de sentado” (E.A.3); “Os pedais não podem ser utilizados em doentes com prótese total da anca, poderia haver a possibilidade de adaptação de algum dispositivo semelhante ao que é utilizado para os membros superiores (...) poderia permitir regular a intensidade dos exercícios” (E.A.7); “Os exercícios dos braços podem ajudar para ter força a andar com canadianas (...) mas os exercícios para as pernas não os posso realizar (...) não posso usar aqueles pedais por causa da operação que fiz (...) podia ter outras coisas para poder exercitar as pernas...talvez até parecidos com os dos exercícios para os braços (...)

*e quando eu me sentisse com mais força poder utiliza-lo sem ser na cama (...) sentado” (E.B.4); “Deveria ter mais exercícios para as pernas (...) ou para os braços (...) se os pudesse realizar sentado também seria bom”(E.B.5). Uma característica amplamente sugerida pelos participantes de ambos os grupos, como futura melhoria ao dispositivo, é a utilização de biofeedback e acoplação de monitorização de parâmetros de segurança por telemetria, com acesso em tempo real à pessoa e ao profissional, como sinais vitais, níveis de esforço e dispneia (sinais de eventual intolerância ao esforço): “A acoplação de monitorização em tempo real (...) telemedicina (...) seria uma mais-valia para todos (...) profissional, utente (...) de sinais vitais como a frequência cardíaca, tensão arterial e saturação de oxigênio” (E.A.6); “é importante estabelecer níveis de segurança” (E.A.7); “feedback do seu desempenho” (E.A.6); “Recordo-me de me avaliarem as tensões (...) o coração antes e depois dos exercícios (...) seria importante ver se está tudo bem” (E.B.2).*

Verificou-se preocupação, em ambos os grupos relativa à adaptabilidade ao mobiliário doméstico e facilidade de transporte devido às dimensões, referiam também algumas sugestões relativas ao design: “Tenho dúvidas que seja possível ser adaptado ao mobiliário doméstico” (E.A.4); “poderia ser de design personalizável (...) ter apenas os dispositivos necessários para os exercícios que precisasse” (E.A.1); “Poderia ter aparência atraente, menores dimensões, ser um material resistente mas leve, de fácil transporte” (E.A.2); “Não sei se dá para pôr na minha cama (...) o aparelho parece grande e pesado...não sei se consigo transportá-lo” (E.B.4); “Podia ser personalizável (...) poder escolher a cor” (E.B.6).

Na análise efetuada é perceptível a preocupação dos participantes do grupo A pela aparência frágil do dispositivo e que este respeite a adoção de uma correta ergonomia do profissional, salientando que esta percepção é unânime: *“Parece ser frágil e pouco seguro, a estrutura abana toda (...) em contexto domiciliar convém que a ergonomia do enfermeiro não seja comprometida.”* (E.A.3); Por sua vez, evidenciou-se que no grupo B as opiniões são opostas, os participantes referiram que: *“Parece seguro”* (E.B.8); *“Aparenta ser resistente e duradouro”* (E.B.1). Contudo referiram ter preocupação de haver uma revisão periódica da funcionalidade do mesmo, assim como algum sistema de apoio ao cliente no caso de alguma avaria: *“Convinha periodicamente algum profissional ver se está a funcionar bem”* (E.B.5).

O conforto na utilização do dispositivo foi amplamente referenciado, as opiniões são na generalidade positivas, contudo foram dadas algumas sugestões de melhoria pelos participantes do grupo A: *“O seu manuseamento parece ser confortável (...) as pegas para as mãos parecem um pouco rijas (...) poderiam ser mais almofadadas (...) os pedais podiam ter algum sistema de fixação”* (E.A.6); *“Parece-me confortável”* (E.B.3); *“Parece confortável de usar”* (E.B.1).

Esta categoria, higiene/manutenção, foi uma preocupação constante mencionada ao longo da discussão, nem tanto pela higienização do dispositivo, pois a opinião é unânime em ambos os grupos, aparente facilidade em ser higienizado, mas sim, relativamente à sua manutenção e aos custos implicados: *“Parece ser fácil de higienizar (...) deve ter uma manutenção periódica de peritos (...) se tivesse uma monitorização acoplada (...) com alarme (...) que alertasse quando a sua segurança está em causa (...)*

*seria mais seguro para o utilizador”* (E.A.6); *“Ótimo seria, que o dispositivo e a sua utilização fosse acessível economicamente”* (E.A.8).; *“Parece ser fácil de limpar (...) se avaria (...) vai alguém a casa arranjar-lo? (...) tenho receio de quanto me possa custar, a minha reforma é pequena”* (E.B.7); *“Convinha periodicamente algum profissional ver se está a funcionar bem (...) e os custos que envolve”* (E.B.5).

## DISCUSSÃO

Perante a análise das Dimensões do Questionário de Usabilidade, poder-se-á dizer que há um grande consenso entre os participantes dos dois grupos em todas as dimensões, sendo interessante verificar a mesma variabilidade de resposta, embora se possa constatar que as pontuações são mais elevadas no grupo A em todas as dimensões. Face à Usabilidade do DM são muito positivas no grupo A (M=216,63), enquanto no grupo B (M=172,38), metade dos scores são positivos e outra metade não. É unânime em ambos os grupos de que o DM é útil para a reabilitação e há intenção em utiliza-lo. No grupo A, as dimensões Facilidade de Uso (M=52,5) e Facilidade de Aprendizagem (M=33,13) do DM tem apreciação positiva. Contudo no grupo B, há opinião divergente entre os participantes relativamente à Facilidade de Uso (M=42,38) e Facilidade de Aprendizagem (M=25,63) do DM. Para metade dos participantes do grupo B a aprendizagem e utilização do Dispositivo é complexa. Portanto, poder-se-á dizer que para os participantes o dispositivo é útil e há intenção da sua utilização como coadjuvante de um programa de reabilitação da pessoa pós FFP, assim como, para a maioria dos participantes a sua utilização e aprendizagem é simples e fácil, contudo metade dos

participantes do grupo B, utilizadores finais, pessoa pós FFP, não partilham desta opinião. É importante que o utilizador perceçione que o DM é útil e fácil de usar, para que sinta um sentimento de utilidade pelo DM (Parreira et al., 2018; Roma, 2016).

Relativamente às categorias emergentes da análise de conteúdo, um dos aspetos valorizados participantes foi a Funcionalidade e Características do Dispositivo Médico: estes têm uma perspetiva positiva acerca da sua funcionalidade, nomeadamente a sua utilização para o reabilitação funcional integrado num programa de reabilitação pós FFP, permite a realização de exercícios bem tolerados, passível de ser utilizado na continuidade de um programa de reabilitação no domicílio. Existem vários estudos que evidenciam que a utilização de dispositivos médicos associados à reabilitação convencional, como coadjuvante à prática do profissional, é imperativa para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados pelo EEER à pessoa pós FFP (Burtin et al., 2009; Dedov & Dedova 2013; Harne et al., 2018; Needham et al., 2009; Santos, 2015). Contudo apontam algumas limitações: reduzida variedade de Exercícios para os MI; cicloergómetro contraindicado em determinadas intervenções pós FFP; impossibilidade de regular o grau de dificuldade e intensidade dos exercícios; não incorporar *biofeedback*, implementação de plano de reabilitação pós FFP mais dirigido e individualizado; associação de telemetria com monitorização de parâmetros de segurança. Segundo Pino (2019) e Soares (2019) os movimentos realizados com o cicloergómetro são potencialmente luxantes, defendem também que o programa de reabilitação deve ter um grau de dificuldade crescente.

A técnica de *biofeedback* permite revelar à pessoa os eventos fisiológicos internos, normais e anormais, possibilita efeitos terapêuticos benéficos, a acoplação de telemetria dos parâmetros de segurança é fundamental para a segurança da pessoa durante o exercício físico (American College of Sports Medicine, 2022; Lopes et al., 2014). Este conjunto de funcionalidades altamente sugerido pelos participantes dos grupos focais, possibilita a implementação de plano de reabilitação pós FFP personalizado, permite que a pessoa tenha consciência dos seus limites, objetivos a alcançar em concordância com as suas capacidades, faze-lo de forma segura e controlada.

Outro dos aspetos valorizados foi a Dualidade Dispositivo Médico/Utilizadores, no global todos os participantes concordam que o DM envolve todos os intervenientes, utilizadores, cuidadores e profissionais no processo reabilitativo, tem potencial de ser um forte aliado do EEER na educação para a saúde, promotor da autonomia, qualidade de vida e bem-estar da pessoa. Contudo reforçam que o profissional deve acompanhar a pessoa até esta ser independente na utilização do dispositivo, acrescenta-se que se a pessoa crê que a utilização do DM lhe pode ser favorável, quer a nível pessoal quer profissional, acresce uma maior intenção na utilização do DM, e maior intenção de aceitação da tecnologia maior atitude de utilização (Aguiar, 2016).

Dedov e Dedova (2013), referem que os dispositivos existentes no mercado são volumosos e apenas utilizados em ambiente hospitalar. Em relação às Dimensões/Design e Conforto, os participantes apresentam algumas dúvidas acerca da adaptabilidade do DM ao mobiliário doméstico e facilidade de

transporte do DM. E têm opinião positiva relativamente ao conforto e design, no entanto sugeriam que as pegas e pedaleira poderiam ser melhoradas, as pedaleiras nomeadamente a nível dos fixadores, com maior estabilidade, sugeriram ainda um design personalizável quer a nível da funcionalidade quer ao nível da aparência.

Por último, o desenvolvimento de um DM, deve seguir as orientações do guia do ISO (2019b) e do Regulamento Europeu de Dispositivos Médicos, determinantes para apurar a segurança do dispositivo (Regulamento 2017/745 da União Europeia, 2017). Portanto, a Higiene/Manutenção e Segurança foi outro aspeto valorizado, para os participantes do grupo A o dispositivo aparenta ser frágil e colocaram em causa que a correta ergonomia do profissional possa estar comprometida, por sua vez os participantes do grupo B, partilham da opinião de que o dispositivo aparenta ser seguro e duradouro. Os participantes de ambos os grupos estão de acordo que o DM deve ter uma revisão/manutenção periódica da sua funcionalidade, há preocupação dos custos que podem estar associados, e sugerem que deve haver apoio ao cliente no caso de alguma avaria ou dúvida de utilização. Todos partilham da opinião que o DM é de fácil higienização. O fato da utilização de cicloergómetro nas artroplastias ser contraindicado e comprometer a segurança da pessoa, tal como mencionado na categoria “Funcionalidade e Características do DM”.

Deste modo, para que o novo protótipo tenha uma maior aceitação e utilização efetiva, na reabilitação funcional motora da pessoa pós FFP pelo utilizador, deve ter em conta os seguintes pressupostos de usabilidade, segurança, aprendizagem e ergonomia: Estrutura e componentes simples, de fácil

aprendizagem e uso, *user friendly*; Bandas elásticas de diferentes resistências e halteres com diferentes cargas, passíveis de ser utilizadas a nível dos membros superiores e inferiores; Cicloergómetro amovível, passível de ser utilizado a nível dos membros superiores e inferiores; Incorporar globalmente níveis de dificuldade progressiva, com parametrização das condições de segurança por telemetria; Monitores de biofeedback para o doente, com a possibilidade de interação em tempo real, acessíveis por telemetria ao profissional; Personalização do dispositivo ao gosto do cliente; Apoio ao cliente e manutenção periódica.

Este estudo tem como limitações: O fato de se tratar de uma amostra por conveniência, com uma amostra reduzida, não permitindo a representatividade da população e ter limitado os resultados; Impossibilidade de os participantes não poderem manusear e utilizar o dispositivo pode ter levado à construção de perceções de vantagens ou limitações – enviesado os resultados; o questionário utilizado ser um questionário adaptado e ter havido omissão de respostas a alguns itens pelos participantes do grupo B.

### CONCLUSÃO

As FFP são um dos maiores e mais graves problemas de saúde nos idosos, representam evento gerador de dependência no autocuidado, um programa de reabilitação associado a um DM, ABLEFIT, poderá ser um facilitador do processo de recuperação e ganhos em saúde. Com este estudo foi possível aferir a funcionalidade e segurança, identificação de limitações e contributos para a melhoria do ABLEFIT. Integra-se nas competências do EEER, a Enfermagem de Reabilitação preconiza a participação em projetos de investigação de natureza pré-clínica com

envolvimento dos utilizadores, e a integração das novas descobertas na prática clínica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agência para o Investimento e Comércio Externo de Portugal (2016a, Abril). Investigação e Inovação na Saúde. *Portugalglobal*, (86), 6-8. [https://portugalglobal.pt/PT/RevistaPortugalglobal/2016/Documents/Portugalglobal\\_n86.pdf](https://portugalglobal.pt/PT/RevistaPortugalglobal/2016/Documents/Portugalglobal_n86.pdf)

Agência para o Investimento e Comércio Externo de Portugal (2016b, Abril). Health Cluster Portugal – HCP, Valorização do Conhecimento na Saúde: Uma Estratégia de Longo Prazo. *Portugalglobal*, (86), 9-10. [https://portugalglobal.pt/PT/RevistaPortugalglobal/2016/Documents/Portugalglobal\\_n86.pdf](https://portugalglobal.pt/PT/RevistaPortugalglobal/2016/Documents/Portugalglobal_n86.pdf)

Aguiar, N. M. T. (2016). *Mobile Marketing: As “Appitudes” do Consumidor em Portugal* [Dissertação de Mestrado, Instituto Português de Administração de Marketing]. Repositório Comum. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/45184/1/diana\\_nunes.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/45184/1/diana_nunes.pdf)

American College of Sports Medicine (2022). *Exercise Professionals’ Action Guide*. Exercise is Medicine. <https://www.exerciseismedicine.org/wp-content/uploads/2021/02/Exercise-Pros-Action-Guide-clickable-links.pdf>

Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Edições 70.

Bernardes, R. (2021). *Estudos de Usabilidade de um Dispositivo Inovador de Reabilitação Para Pessoas em Situação Pós-Enfarte* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. [https://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repositorio&target=list&id\\_typ](https://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repositorio&target=list&id_typ)

Costa, V. T., Brito, G. S., Oliveira, S. R. J. & Soares, A. B. (2018). Reabilitação Robótica: por que não está sendo utilizada nas EAS do Brasil?. *Anais do V Congresso Brasileiro de Eletromiografia e Cinesioterapia e X Simpósio de Engenharia Biomédica*, 768-771. <https://doi.org/10.29327/cobecseb.78823>

Dedov, V., & Dedova, I. (2013). A bilateral rehabilitation system for the lower limbs. *Disability and Rehabilitation Assistive Technology*, 10(1), 75-80. <https://doi.org/10.3109/17483107.2013.836688>

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito* (Norma nº015/2013, de 3 de Outubro, atualizada a 4 de Novembro de 2015). [https://www.ucp.pt/sites/default/files/2019-03/DGS%20Consentimento%20Informado%20DGS\\_atualizado%204Nov2015.pdf](https://www.ucp.pt/sites/default/files/2019-03/DGS%20Consentimento%20Informado%20DGS_atualizado%204Nov2015.pdf)

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (2016). *Equipamento De Exercício Físico No Leito* (PT108083A). Instituto Nacional da Propriedade Industrial. [https://pt.espacenet.com/publicationDetails/originalDocument?CC=PT&NR=108083A&KC=A&FT=D&ND=3&date=20160607&DB=EPODOC&locale=pt\\_pt](https://pt.espacenet.com/publicationDetails/originalDocument?CC=PT&NR=108083A&KC=A&FT=D&ND=3&date=20160607&DB=EPODOC&locale=pt_pt)

Felicissimo, P., & Branco, J. (2017). Percurso Clínico e Programa de Altas nos Doentes com Fratura da Extremidade Proximal do Fémur. *Revista Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia*, 25(4), 303-310. <https://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/1979/1/v25n4a05.pdf>

Harada, F. J. B., Chaves, I. G., Crolius, W. A., Flecher, V., & Schor, P. (2016). O Design Centrado no Humano aplicado: A utilização da abordagem em diferentes projetos e etapas do design. *Design, Educação, Sociedade e Sustentabilidade*, 8(2), 87-107. <https://www.researchgate.net/profile/Iana-Chaves/publication/311463088>

Harte, R. P. (2017). *A human-centered design of a connected health system for older adults* [Tese de Doutoramento, Universidade de Galway]. Repositório de Pesquisa da Universidade de Galway. <https://aran.library.nuigalway.ie/handle/10379/6734>

Harne, M. S., Sunil, V. D., & Khatri, S. M. (2018). Effectiveness of Continuous Passive Motion in Hemiarthroplasty of Hip. *Journal of Medical Science and Clinical Research*, 6 (2), 327-331. <https://doi.org/10.18535/jmscr/v6i2.52>

Infarmed - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (2016). *Dispositivos Médicos*. <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/dispositivos-medicos>

International Organization for Standardization. (2018). *Ergonomics of human-system interaction - Part 11: Usability: Definitions and concepts* (ISO 9241-11:2018). <https://infostore.saiglobal.com/preview/is/en/2018/i.s.iso9241-11-2018.pdf?sku=1980667>

International Organization for Standardization. (2019a, Julho). *Ergonomics of human-system interaction - Part 210: Human-centred design for interactive systems*

- (ISO 9241-210:2019). <https://www.iso.org/standard/77520.html>
- International Organization for Standardization. (2019b, Agosto). *Guide to the development and inclusion of aspects of safety in International Standards for medical devices* (ISO/IEC GUIDE 63:2019). <https://www.iso.org/standard/67944.html>
- Laires, P. A., Perelman, J., Consciência, L. G., Monteiro, J., & Branco J. C. (2015). Atualização sobre o impacto epidemiológico e socioeconómico das fracturas da extremidade proximal do fémur. *Acta Reumatológica Portuguesa*, 40(3), 223-230. [https://run.unl.pt/bitstream/10362/21964/1/Laires\\_Acta\\_Reumat\\_Port\\_2015\\_40\\_3\\_223.pdf](https://run.unl.pt/bitstream/10362/21964/1/Laires_Acta_Reumat_Port_2015_40_3_223.pdf)
- Lima, A. S. C. (2015). *Marketing Alimentar – A Influência da Embalagem nas Escolhas Alimentares do Consumidor Infantil* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior do Porto]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/10324>
- Lopes, P. G., Vasconcelos, J. C. P., Ramos, A. M., Moreira, M. C. S., Lopes J. A. F., & Kavamoto C. A. (2004). O efeito da terapia de biofeedback por eletromiografia de superfície na flexão de joelho da marcha hemiparética. *ACTA FISIÁTRICA*, 11(3): 125-131. <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/102493>
- Martins, A. I. M. (2013). *Sistema de Gestão de Qualidade numa Indústria de Dispositivos Médicos*. [Dissertação de Mestrado]. Instituto Superior Técnico da Universidade de Lisboa.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. Mosby.
- Needham, D. M., Truong, A. D., & Fan, E. (2009). Technology to enhance physical rehabilitation of critically ill patients. *Critical Care Medicine*, 37 (10), S436–S441 <http://doi:10.1097/ccm.0b013e3181b6fa29>
- Parreira, P., Proença, S., Sousa, L. B., & Mónico, L. (2018). Modelo de Aceitação de Tecnologia (TAM): Modelos percursores e modelos evolutivos. In P. Parreira, A. Leopoldina, L. Mónico, & J.H. Sampaio (Eds.), *Competências Empreendedoras no Ensino Superior Politécnico: Motivos, Influências, Serviços de Apoio e Educação* (pp.143-163). PoliEntrepreneurship Innovation Network. [https://www.poliempreende.com/Content/images/competencias\\_empreendedoras.pdf](https://www.poliempreende.com/Content/images/competencias_empreendedoras.pdf)
- Parreira, P., Sousa, L. B., Marques, I. A., Santos-Costa, P., Cortez, S., Carneiro, F., Cruz, A., & Salgueiro-Oliveira, A. (2020). Usability Assessment of an Innovative Device in Infusion Therapy: A Mix-Method Approach Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22): 8335. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228335>
- Pino, H. N. (2019). *Efeitos de um programa de enfermagem de reabilitação à pessoa com fratura proximal do fémur* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/29027>
- Regulamento n.º 350/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Diário da República: II Série*, nº119. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/350-2015-67552234>
- Regulamento 2017/745 da União Europeia. (2017). *Jornal Oficial da União Europeia: L 117 de 5.5.2017*. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32017R0745>
- Regulamento n.º 392/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019, Maio). *Diário da República: II série*, nº85. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>
- Regulamento nº58/2019 da Assembleia da República. (2019, Agosto). *Diário da República: I série*, Nº151. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/58-2019-123815982>
- Roma, M. S. G. (2016). *Revisão Sistemática da Usabilidade em Dispositivos Médicos* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília Faculdade UnB Gama]. Repositório Institucional da UnB. [https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/21641/1/2016\\_MaryleneSousaGuimar%C3%A3esRoma.pdf](https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/21641/1/2016_MaryleneSousaGuimar%C3%A3esRoma.pdf)
- Santos, C. (2010). *Os custos das fraturas de etiologia osteoporótica em mulheres: institucionalização na Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) e Lares de 3ª idade* [Dissertação de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa, Escola Superior de Saúde Pública]. Repositório da Universidade Nova. <https://run.unl.pt/handle/10362/6055>
- Silva, J., Linhares, D., Ferreira, M., Amorim, N., Neves, N., & Pinto, R. (2018). Tendências Epidemiológicas das Fraturas do Fémur Proximal na População Idosa em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 31(10), 562-567. <https://doi.org/10.20344/amp.10464>

## Dispositivo médico para reabilitação pós fratura do fémur proximal: estudo de usabilidade

Soares, M. J. R. (2019). *A Enfermagem de Reabilitação no idoso com défice de mobilidade por fratura do fémur* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde]. Repositório Comum.  
<https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/29360>

Torres, D. C., Santos, P. M. R., Reis, H. J. M., Paisani, D. M., & Chiavegato, L. D. (2016). Effectiveness of an early mobilization program on functional capacity after coronary artery bypass surgery: A randomized controlled trial protocol. *Sage open Medicine*, 4, 1-8.  
<https://doi.org/10.1177/2050312116682256>





**FATORES DA SEXUALIDADE QUE INFLUENCIAM A SATISFAÇÃO CONJUGAL: UMA SCOPING REVIEW**

Sexuality factors that influence marital satisfaction: a scoping review

Factores de sexualidad que influyen en la satisfacción marital: una revisión de alcance

Maria João Silva\*, Carla Alves\*\*, Marta Oliveira\*\*\*, Susana Silva\*\*\*\*, Maria Henriqueta Figueiredo\*\*\*\*\*

**RESUMO**

**Enquadramento:** a sexualidade é uma característica central do indivíduo e essencial para a relação íntima do casal, funcionando como um atributo da satisfação conjugal, uma área de atenção da enfermagem de saúde familiar. A percepção da satisfação conjugal pelos membros do casal parece ser influenciada pela satisfação com o padrão de sexualidade. **Objetivo:** identificar os fatores da sexualidade que influenciam a satisfação conjugal dos casais sem disfunções sexuais e cujos membros sejam saudáveis. **Metodologia:** *Scoping review*, seguindo a mnemónica P (participantes), C (conceito) e C (contexto) recomendada pelo Joanna Briggs Institute. Foi considerado o espaço temporal entre 2017 e 2021 e os idiomas português, inglês e espanhol. **Resultados:** foram analisados catorze artigos e identificados os seguintes fatores: auto revelação sexual, apego, assistir a conteúdo explícito de atividade sexual, discrepância de desejo sexual, motivação sexual intrínseca e extrínseca, motivação para atender as necessidades do parceiro e sensibilidade à aversão sexual. **Conclusão:** a identificação de fatores relacionados com a sexualidade que influenciam a satisfação conjugal permitiu catalogar domínios essenciais promotores da satisfação conjugal. Novas revisões por cada domínio de fatores irão possibilitar o aprofundamento da temática, visando contribuir para o desenvolvimento da enfermagem de saúde familiar.

**Palavras-chave:** sexualidade; relação marital; satisfação; família

\*RN em Enfermagem - Escola Superior de Enfermagem do Porto - ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-3175-046X> - Author contribution: study Conception and design, data analysis and interpretation, drafting of the article and critical revision of the article  
 \*\*MsC em Enfermagem - Escola Superior de Enfermagem do Porto - <https://orcid.org/0009-0009-6561-4475> - Author contribution: study conception and design, data analysis and interpretation, drafting of the article and critical revision of the article  
 \*\*\*RN em Enfermagem - Escola Superior de Enfermagem do Porto - <https://orcid.org/0009-0009-8581-0881> - Author contribution: study conception and design, data analysis and interpretation, drafting of the article and critical revision of the article  
 \*\*\*\*RN em Enfermagem - Escola Superior de Enfermagem do Porto - <https://orcid.org/0000-0002-1237-2026> - Author contribution: study conception and design, data collection, data analysis and interpretation, drafting of the article and critical revision of the article  
 \*\*\*\*\*PhD em Enfermagem - Escola Superior de Enfermagem do Porto/ CINTESIS - <https://orcid.org/0000-0001-7902-9751> - Author contribution: study conception and design, data analysis and interpretation, drafting of the article and critical revision of the article

**Autor de correspondência:**  
 Maria João Ferreira da Silva  
 Email: mferreira.3.92@gmail.com

Silva, M.J., Alves, C., Oliveira, M., Silva, S., & Figueiredo, M.H. (2023). Fatores da sexualidade que influenciam a satisfação conjugal: uma scoping review. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 6(2), 79-89. <https://doi.org/10.37914/riis.v6i2.377>

Recebido para publicação: 03/03/2023  
 Aceite para publicação: 12/09/2023

**ABSTRACT**

**Background:** sexuality is a central characteristic of the individual and essential for the couple's intimate relationship, functioning as an attribute of marital satisfaction, an area of attention of family health nursing. The perception of marital satisfaction by the members of the couple seems to be influenced by satisfaction with the pattern of sexuality. **Objective:** to identify the sexuality factors that influence the marital satisfaction of couples without sexual dysfunctions and whose members are healthy. **Methodology:** *Scoping review*, following the mnemonic P (participants), C (concept) and C (context) recommended by the Joanna Briggs Institute. It was considering the temporal space between 2017 and 2021 and the Portuguese, English and Spanish languages. **Results:** fourteen articles were analyzed and the following factors were identified: sexual self-disclosure, sexual communication, attachment, cohabitation, dating time, watching explicit content of sexual activity, sexual desire discrepancy, intrinsic and extrinsic sexual motivation, motivation to meet needs of the partner and sensitivity to sexual aversion. **Conclusion:** The identification of factors related to sexuality that influence marital satisfaction allowed cataloging essential domains that promote marital satisfaction. New reviews for each domain of factors will make it possible to deepen the theme, aiming to contribute to the development of family health nursing.

**Keywords:** sexuality; marital relationship; satisfaction; family

**RESUMEN**

**Marco contextual:** a sexualidad es una característica central del individuo y esencial para la relación íntima de la pareja, funcionando como un atributo de la satisfacción conyugal, área de atención de la enfermería en salud de la familia. La percepción de satisfacción conyugal por parte de los miembros de la pareja parece estar influenciada por la satisfacción con el patrón de sexualidad. **Objetivo:** identificar los factores de la sexualidad que influyen en la satisfacción conyugal de parejas sin disfunciones sexuales y cuyos miembros son sanos. **Metodología:** *Scoping review*, siguiendo los nemotécnicos P (participantes), C (concepto) y C (contexto) recomendados por el Instituto Joanna Briggs. Se consideró el espacio temporal entre 2017 y 2021 y los idiomas portugués, inglés y español. **Resultados:** se analizaron catorce artículos y se identificaron los siguientes factores: autorrevelación sexual, comunicación sexual, apego, convivencia, tiempo de noviazgo, ver contenido explícito de actividad sexual, discrepancia de deseo sexual, motivación sexual intrínseca y extrínseca, motivación para satisfacer necesidades de la pareja y la sensibilidad a la aversión sexual. **Conclusión:** La identificación de factores relacionados con la sexualidad que influyen en la satisfacción conyugal permitió catalogar dominios esenciales que promueven la satisfacción conyugal. Nuevas revisiones para cada dominio de los factores permitirán profundizar el tema, con el objetivo de contribuir al desarrollo de la enfermería en salud de la familia.

**Palabras clave:** sexualidad; matrimonio; satisfacción; familiar

### INTRODUÇÃO

A relação conjugal surge de um processo de organização contínuo, complexo e dinâmico entre duas pessoas com uma identidade própria, ou seja, estas apresentam características únicas que advêm de significados, valores, crenças e experiências históricas e culturais, provenientes das suas estruturas e dinâmicas familiares (Figueiredo, 2012; Goulart, 2019; Porreca, 2019; Rizzon, 2013). Esta relação resulta em sensações e sentimentos de bem-estar, segurança, intimidade e compreensão, surgindo a satisfação conjugal (Cerqueira-Santos, Silva, Rodrigues & Santos, 2016; Hernandez, 2020; Porreca, 2019).

Constantes flutuações surgem na relação conjugal por influência de diversos fatores, nomeadamente a paixão, a intimidade, o compromisso, o contexto real para as pessoas que formam o casal e os recursos internos para dar resposta às pressões (Rizzon, 2013). Outro fator que influencia a qualidade do relacionamento é a interação sexual, pois esta resulta de uma relação de atributos pessoais que se correlacionam com os valores e comportamento dos indivíduos que levam à revelação da sexualidade (Figueiredo, 2012).

A sexualidade é uma característica central do indivíduo que engloba o sexo, identidade, papéis de género, orientação sexual, erotismo, prazer e intimidade (Relvas, 2001). É uma pedra basilar na relação íntima do casal, influenciando o indivíduo e o funcionamento do casal, pois compreende problemas de distância e de proximidade fulcrais na relação do casal (Relvas, 2001). Tem por base várias dimensões que podem não ser todas vivenciadas e expressas (crenças, valores, desejos, fantasias, práticas, relacionamento e pensamentos) e é afetada pela

relação dos fatores biopsicossociais, económicos, políticos, culturais, jurídicos, históricos, religiosos e espirituais (Caceres et al., 2010; World Health Organization, 2022).

Sendo a sexualidade um dos atributos para atingir a satisfação conjugal e com uma forte ligação e influência bidirecional, é importante conhecer os fatores que influenciam a sexualidade que têm implicação na qualidade do relacionamento.

Como ponto de partida foi realizada uma pesquisa preliminar de revisões na MEDLINE (via Pubmed), CINAHL (via EBSCOhost), Cochrane Database of Systematic Reviews, JBI Evidence Synthesis, Repositório Científico de Acesso Aberto Portugal (RCAAP) e PROSPERO no dia 14 de Abril de 2022, que não revelou qualquer tipo de revisão que mapeasse os fatores da sexualidade que influenciam a satisfação conjugal, encontrando-se dispersos na literatura.

Diante do exposto, neste estudo realizou-se uma *Scoping Review* com objetivo de identificar os fatores associados à sexualidade que influenciam a satisfação conjugal dos casais sem disfunções sexuais e cujos membros sejam saudáveis.

### PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DE REVISÃO

O presente estudo consiste numa *scoping review* e foi realizado de acordo com a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute* (Peters et al., 2020). Antes de iniciar a pesquisa exploratória sobre o tema foi desenvolvido um desenho provisório de pesquisa que incluiu os objetivos do estudo, a questão de revisão e o método de pesquisa. Foi realizada uma pesquisa preliminar nas bases de dados MEDLINE (via PubMed) e CINAHL Complete (via EBSCOhost), de

## Fatores da sexualidade que influenciam a satisfação conjugal: uma scoping review

modo a identificar as palavras usualmente utilizadas nos títulos e *abstracts* dos estudos, assim como os termos de linguagem natural.

Foi elaborada a questão de investigação: “Quais os fatores da sexualidade que influenciam a satisfação conjugal dos casais sem disfunções sexuais e cujos membros sejam saudáveis?”. Esta questão teve como base a mnemónica PCC (População, Conceito e Contexto), que é específica para este tipo de revisões. Relativamente à População (P) foram considerados os casais formados por indivíduos sem disfunções sexuais, saudáveis, de qualquer orientação sexual, casados ou em unidos de facto, em regime de coabitação ou não, com idade compreendida entre os 18 e 65 anos de idade. Em relação ao Conceito (C) foram incluídos estudos cujo foco fosse a sexualidade, o sexo e a satisfação sexual, com exclusão de estudos que focavam a relação conjugal disfuncional. Por fim, no Contexto (C) foram incluídos estudos realizados no âmbito da relação conjugal.

A pesquisa de dados foi realizada durante o mês de Abril de 2022, utilizando os seguintes termos como linguagem natural: “*sexual satisfaction*”, “*sex satisfaction*”, “*sexual satisfaction*”, “*sexuality*”, “*marital satisfaction*”, “*relationship satisfaction*”, “*couple satisfaction*”. As estratégias de pesquisa foram adaptadas consoante as bases de dados, nomeadamente MEDLINE via *PubMed*, CINAHL Complete via *EBSCOhost*, *Scopus by Elsevier*, *Web Of Science by Clarivate*, *Psychology & Behavioral Sciences Collection* via *EBSCOHost*, *MedicLatina* via *EBSCOHost* e o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. Foi balizado um espaço temporal de 2017 a 2022 com o intuito da aquisição de evidência atualizada e considerados os idiomas português, inglês e espanhol. A pesquisa não incluiu a idade da

adolescência por esta ser caracterizada pela instabilidade inerente por transformações biopsicossociais, incluindo a nível da sexualidade (Domingues, 2020). Também as pessoas que se encontram a vivenciar o processo de envelhecimento apresentam alterações biológicas e psicológicas características desta fase que interferem na sexualidade (Mota, 2015). Por este motivo, foram incluídos apenas os indivíduos entre 18 e 65 anos de idade. Na fase final, foi realizado um processo de seleção de estudos, seguido da extração e síntese de dados. Os dados extraídos, nomeadamente título do artigo, ano de publicação, país, autores, tipo de estudo, população, objetivo do estudo e principais resultados, foram registados no programa de Editores de Documentos Google, a *Google Sheets*. Por fim, foi efetuada a análise descritiva e síntese temática que permitiu dar resposta às questões norteadoras do estudo.

## RESULTADOS

Da pesquisa realizada nas bases de dados foram encontrados 704 estudos no total. Foram excluídos 37 estudos duplicados, ficando um total de 667 estudos. De seguida, foram lidos todos os títulos e resumos e excluídos 623 artigos por não ser mencionada a população, o contexto ou por não cumprirem os critérios de inclusão definidos. Foram selecionados 44 estudos que encontravam-se com corpo de texto íntegro e não existia necessidade de serem recuperados.

Após a leitura integral dos artigos, 30 artigos foram excluídos por não cumprirem os critérios de elegibilidade como são apresentados na Figura 1, sendo incluídos nesta revisão 14 artigos no total.

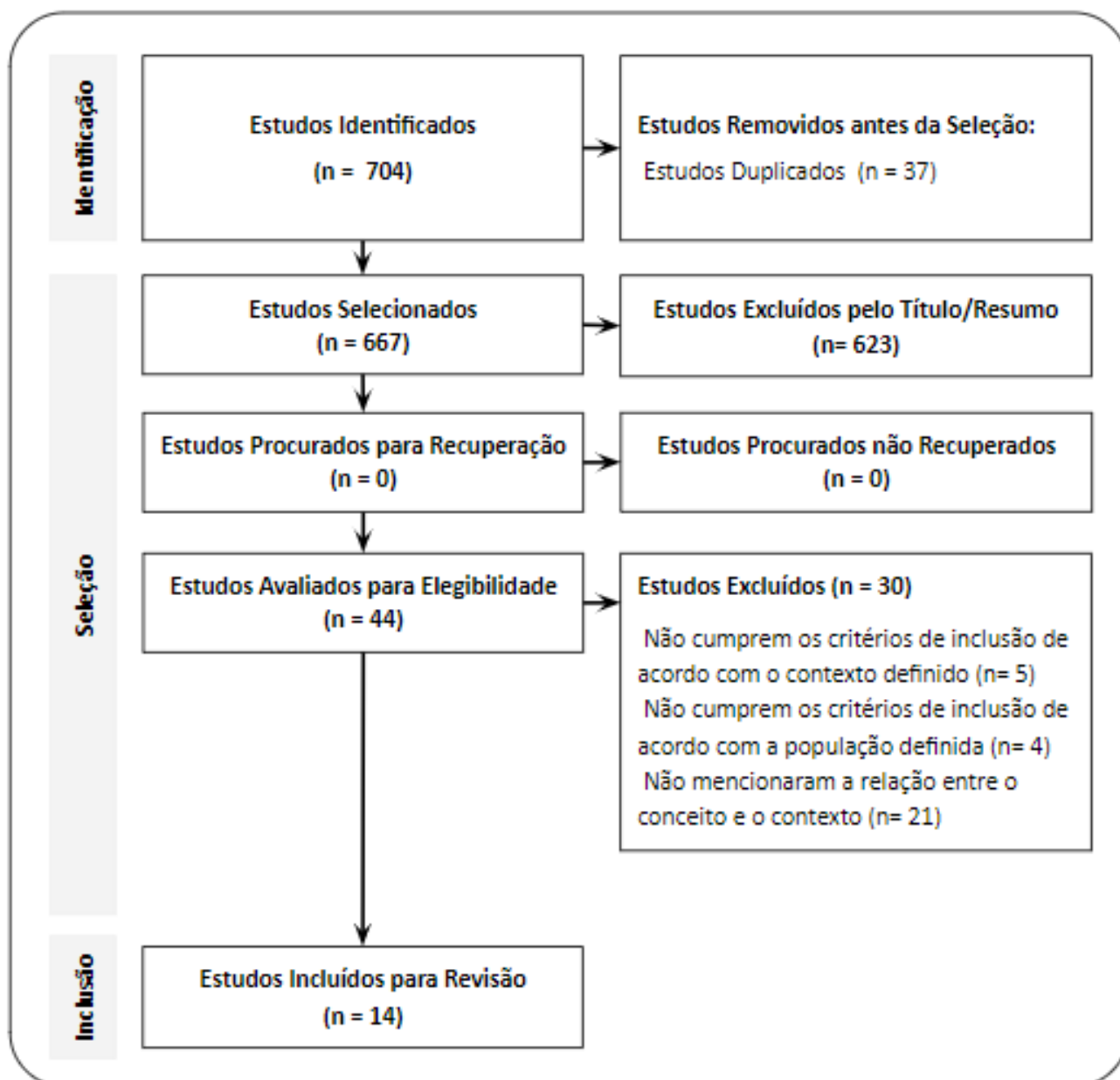


Figura 1

Processo de seleção e inclusão dos estudos - PRISMA *Diagram Flow* (Adaptado de Page et al., 2021).

Seguidamente são apresentadas as características dos estudos incluídos, nomeadamente os títulos dos estudos e os respetivos autores, o ano de publicação,

os países onde foram realizados, população incluída no estudo, o tipo de estudo e os objetivos do estudo (Tabela 1).

## Fatores da sexualidade que influenciam a satisfação conjugal: uma scoping review

Tabela 1

Síntese de dados extraídos dos estudos incluídos.

Título do Estudo	Autor, Ano (País)	População	Tipo de Estudo	Objetivo do Estudo
"Newlywed couples own and partner sexual disgust sensitivities interact to predict their marital satisfaction through their sexual satisfaction"	Peters & Meltzer, 2021 (Estados Unidos da América)	104 casais recém-casados	Quantitativo	Examinar se a sensibilidade à aversão sexual dos indivíduos afeta negativamente a satisfação sexual com o parceiro.
"A dyadic examination of self determined sexual motives, need fulfillment, and relational outcomes among consensually non monogamous partners"	Wood <i>et al.</i> , 2021 (Estados Unidos da América)	56 casais (122 indivíduos)	Quantitativo	Testar como a motivação sexual intrínseca e extrínseca estão ligados a resultados relacionais.
"Strategies for mitigating sexual desire discrepancy in relationships"	Vowels & Mark, 2020 (Estados Unidos da América)	229 participantes numa relação conjugal	Misto	Identificar estratégias que os indivíduos usaram nos relacionamentos de longo prazo para mitigar discrepâncias de desejo sexual; Determinar se essas estratégias traduziam resultados sexuais e de relacionamento.
"An explanatory model of sexual satisfaction in adults with a same sex partner an analysis based on gender differences"	Calvillo <i>et al.</i> , 2020 (Espanha)	820 Participantes com a mesma orientação sexual e numa relação conjugal	Quantitativo	Desenvolver um modelo explicativo de satisfação sexual em pessoas atraídas por parceiros do mesmo sexo com base em variáveis pessoais e interpessoais.
"The moderating influence of moral disapproval of pornography on couples sexual and relationship satisfaction"	Floyd <i>et al.</i> , 2020 (Estados Unidos da América)	493 Participantes numa relação conjugal	Quantitativo	Examinar as possíveis variáveis mediadoras e moderadoras na relação entre o assistir a conteúdo explícito de atividade sexual e a satisfação conjugal.
"Behind closed doors: individual and joint pornography use among romantic couples"	Willoughby & Leonhardt, 2020 (Estados Unidos da América)	240 casais	Quantitativo	Explorar associações de atores e parceiros entre assistir a conteúdo explícito de atividade sexual, dinâmica sexual e bem-estar relacional.
"A typology of women with low sexual desire"	Sutherland <i>et al.</i> , 2020 (Canadá)	508 mulheres numa relação conjugal de longo prazo	Qualitativo	Verificar se as mulheres com baixo desejo sexual são melhor conceituadas como um grupo homogêneo ou como subtipos únicos.

## Fatores da sexualidade que influenciam a satisfação conjugal: uma scoping review

“Prevalence, patterns and self-perceived effects of pornography consumption in polish university students: a cross-sectional study”	Dwulit & Rzymiski, 2019 (Polónia)	6463 estudantes de ambos os sexos	Quantitativo	Avaliar a prevalência do uso de conteúdo explícito de atividade sexual, a idade da primeira exposição, padrões de consumo de conteúdo explícito de atividade sexual, tentativas de cessar o seu uso e efeitos autorrelatados de tal cessação, efeitos autopercebidos e prevalência da autopercepção do vício entre estudantes universitários poloneses do sexo feminino e masculino.
“Sexual and relationship satisfaction: the role of perceived (non) problematic sexual desire discrepancy in gay and heterosexual men”	Pereira et al., 2019 (Portugal)	346 homens	Quantitativo	Avaliar as diferenças no desejo sexual solitário e diádico entre homens heterossexuais e homossexuais; Avaliar o impacto da discrepância do desejo sexual percebido sobre a satisfação no relacionamento e explorar as diferenças de acordo com a orientação sexual.
“Exploring a contextual model of sexual self disclosure and sexual satisfaction”	Brown & Weigel, 2018 (Estados Unidos da América)	265 indivíduos numa relação conjugal	Quantitativo	Investigar os mecanismos que facilitam o envolvimento de uma pessoa na auto-revelação sexual em três contextos: contexto de relacionamento, contexto de auto-revelação e resultado da auto-revelação sexual.
“The impact of attachment style on sexual satisfaction and sexual desire in a sexually diverse sample”	Mark et al., 2018 (Canadá)	955 casais de diferentes orientações sexuais	Quantitativo	Entender o apego pode afetar o desejo sexual, a satisfação sexual e a satisfação da relação numa amostra de homens e mulheres com diferentes orientações sexuais.
“Degree and direction of sexual desire discrepancy are linked to sexual and relationship satisfaction in couples transitioning to parenthood”	Rosen et al., 2018 (Estados Unidos da América)	255 casais	Quantitativo	Compreender se o papel das discrepâncias de desejo sexual podem ajudar a promover melhorias na satisfação sexual e do relacionamento.
“Understanding when a partner is not in the mood: sexual communal strength in couples transitioning to parenthood”	Muise et al., 2017 (Estados Unidos da América)	185 Participantes numa relação conjugal	Quantitativo	Testar se a vontade do casal para fazer sexo está associada a maior satisfação sexual e à qualidade do relacionamento para casais que tiveram o primeiro filho recentemente, e se a vontade para não fazer sexo também está associado à satisfação com a vida sexual e o relacionamento.
“Sexually explicit media use and relationship satisfaction a moderating role of emotional intimacy”	Veit et al., 2017 (Croácia)	2284 adultos numa relação conjugal há, pelo menos, 12 meses	Qualitativo	Investigar a associação entre o uso de mídia sexualmente explícita e a satisfação no relacionamento.

## Fatores da sexualidade que influenciam a satisfação conjugal: uma scoping review

Os estudos selecionados têm como base os indivíduos numa relação conjugal com idade entre 18 e 65 anos com diferente orientação sexual, ou seja, homossexual (Calvillo et al., 2020; Sutherland et al., 2020), heterossexual (Brown & Weigel, 2018; Dwulit & Rzymiski, 2019; Floyd et al., 2020; Muise et al., 2017; Peters & Meltzer, 2021; Rosen et al., 2018; Veit et al., 2017; Vowels & Mark, 2020; Willoughby & Leonhardt, 2020; Wood et al., 2021) ou homossexual e heterossexual (Mark et al., 2018; Pereira et al., 2019). Os estudos desenvolvidos por Peters & Meltzer (2021), Wood et al. (2021), Vowels & Mark (2020), Floyd et al. (2020), Willoughby & Leonhardt (2020), Brown & Weigel (2018), Rosen et al. (2018) e Muise et al. (2017) tiveram origem nos Estados Unidos da América. Dois estudos incluídos foram desenvolvidos por Sutherland et al. (2020) e Mark et al. (2018) no Canadá. Os restantes estudos foram realizados em Espanha, Polónia, Portugal e Croácia, desenvolvidos respetivamente por Calvillo et al. (2020), Dwulit e Rzymiski (2019), Pereira et al. (2019) e Veit et al. (2017). Após a análise e interpretação dos resultados dos estudos incluídos foi possível mapear sete fatores da

sexualidade que influenciam a satisfação conjugal (Tabela 2).

No estudo desenvolvido por Calvillo et al. (2020) foram identificados dois fatores, nomeadamente a auto-revelação sexual e o apego. Anteriormente, o fator auto-revelação sexual já tinha sido identificado por Brown & Weigel (2018) e o fator apego por Mark et al. (2018).

O conteúdo explícito de atividade sexual foi outro fator distinguido pelos estudos realizados por Dwulit e Rzymiski (2019), Floyd et al. (2020) e Willoughby e Leonhardt (2020). Outros fatores como motivação sexual intrínseca e extrínseca, motivação para entender as necessidades do parceiro e a sensibilidade foram assinalados pelos estudos desenvolvidos por, respetivamente, Wood et al., (2021), Muise et al., (2017) e Peters e Meltzer (2021).

O fator discrepância do desejo sexual foi reconhecido por um maior número de estudos, nomeadamente de Pereira et al. (2019), Rosen et al. (2018), Vowels e Mark (2020) e Sutherland et al. (2020).

Na seguinte tabela estão representados os fatores da sexualidade que influenciam a satisfação conjugal associados aos estudos que os descreveram

Tabela 2

Fatores da sexualidade que influenciam a satisfação conjugal

Autor/Ano	Fatores da sexualidade que influenciam a satisfação conjugal
Brown & Weigel, 2018	Auto-revelação Sexual
Calvillo et al., 2020	
Mark et al., 2018	Apego
Calvillo et al. , 2020	
Dwulit & Rzymiski, 2019	
Floyd et al., 2020	

Willoughby & Leonhardt, 2020	Assistir a conteúdo explícito de atividade sexual
Pereira et al., 2019	
Rosen et al., 2018	
Vowels & Mark, 2020	Discrepância do desejo sexual
Sutherland et al., 2020	
Wood et al., 2021	Motivação sexual intrínseca e extrínseca
Muise et al., 2017	Motivação para atender as necessidades do parceiro
Peters & Meltzer, 2021	Sensibilidade à aversão sexual

## DISCUSSÃO

Os elementos do casal quando referem um sentimento de baixa satisfação conjugal e intimidade, procuram estratégias para aumentar a satisfação sexual. O uso de conteúdo explícito de atividade sexual é uma das estratégias e um fator da sexualidade (Dwulit & Rzymiski, 2019; Floyd et al., 2020; Willoughby & Leonhardt, 2020). Este é abordado em alguns casos como uma influência negativa na sexualidade e conseqüentemente na satisfação conjugal, contudo tudo depende do contexto, das características individuais, da religião, do índice de massa corporal, do uso individual ou em conjunto e da desaprovação moral que conduz a um sentimento de vergonha (Dwulit & Rzymiski, 2019; Floyd et al. 2020; Willoughby et al., 2020). No entanto, quando é usada como estratégia acompanhada com uma comunicação sexual eficaz entre os elementos do casal tem uma influência positiva na satisfação conjugal (Willoughby et al., 2020). Um outro fator da sexualidade é a discrepância do desejo sexual entre os elementos do casal. Quando existe esta discrepância, a forma como os indivíduos procuram dar solução tem implicações na satisfação conjugal (Muise et al., 2017; Pereira et al., 2019; Rosen et al., 2018;

Sutherland et al., 2020). Vowels e Mark (2020) identificam estratégias para mitigar a discrepância de desejo sexual entre os elementos do casal e verificaram que não fazer nada como estratégia para reverter a discrepância sexual promove uma desvinculação entre os elementos e a diminuição da satisfação conjugal, contudo a masturbação, a prática de uma atividade diferente e a comunicação tiveram um efeito positivo. Muise et al. (2017) caracterizam outro fator da sexualidade: a motivação para atender às necessidades dos parceiros. Os autores referem existir associação entre a motivação para entender e atender a necessidade do parceiro para fazer ou não fazer sexo a maiores níveis de satisfação conjugal.

A auto-relevação sexual, outro fator que é identificado, refere-se à comunicação e à partilha entre os elementos do casal sobre as suas preferências sexuais, promovendo uma influência positiva na interação sexual e na satisfação conjugal, contudo esta revelação está dependente de um contexto seguro e do apoio existente (Brown & Weigel, 2018; Cavillo et al., 2020). O enfoque dado à comunicação no relacionamento é essencial nos relacionamentos diádicos e é um tema abordado de forma transversal em muitos dos estudos (Brown & Weigel, 2018; Cavillo et al., 2020; Pereira et



al., 2019; Rosen, et al., 2018; Sutherland et al., 2020; Veit et al., 2017; Vowels et al., 2020).

Outro fator identificado foi o apego que é influente e importante na satisfação conjugal (Mark et al., 2018). Os elementos do casal apresentam melhores níveis de satisfação conjugal quando existe apego seguro, isto é, a presença de confiança e intimidade (Cavillo et al. 2020; Mark et al., 2018), porém, um apego ansioso (insegurança, a comunicação de sentimentos negativos, necessidade de atenção e sentimento de ambivalência) e um apego evitativo (independência emocional, a dificuldade em distinguir emoções, angústia na intimidade) têm um efeito negativo na satisfação conjugal (Cavillo et al. 2020; Mark et al., 2018).

A sensibilidade à aversão sexual, ou seja, a repulsa de vários conceitos, atos ou situações sexuais (como por exemplo, assistir a conteúdo explícito de atividade sexual), foi um fator da sexualidade abordado por Peters e Meltzer (2021). Os indivíduos que apresentavam uma sensibilidade de aversão sexual semelhante mantiveram maior satisfação conjugal (Peters & Meltzer, 2021).

Por último, foi identificado o fator motivação sexual intrínseca e extrínseca, ou seja, razões motivantes internas ou externas que incentivem a pessoa a praticar o sexo (Wood et al., 2021). Foi abordado por Wood et al. (2021) como impulsionador para maiores níveis da satisfação das necessidades sexuais e, conseqüentemente, à maior satisfação conjugal, pois a motivação sexual tem efeitos positivos sobre as necessidades sexuais do parceiro.

## CONCLUSÃO

A satisfação conjugal é considerada um pilar fundamental no bem-estar mental, físico e social dos elementos do casal, sendo a sexualidade um dos atributos para alcançar a qualidade na relação. Os fatores da sexualidade têm implicações sobre a satisfação do casal em diferentes níveis de intensidade e de diferentes formas, dependendo das características individuais de cada pessoa e da interação entre os elementos do casal, pelo que se tornou essencial aprofundar os conhecimentos nesta área.

A presente *scoping review* permitiu dar resposta à questão de investigação, ou seja, identificar os diferentes fatores estudados nos últimos cinco anos que estão associados à sexualidade e que influenciam a satisfação conjugal.

Na identificação dos fatores da sexualidade que influenciam a satisfação conjugal e, considerando que a satisfação conjugal é uma área de atenção crucial, este estudo permite melhorar a qualidade de cuidados e aperfeiçoar o ensino em enfermagem de saúde familiar.

Por este motivo, é fundamental a realização de novas revisões que permitam aprofundar as implicações dos fatores da sexualidade no contexto da relação conjugal, bem como a realização de estudos de investigação primários com objetivo de identificar novos fatores da sexualidade que influenciam a satisfação conjugal, tendo em conta a atualidade e o contexto cultural familiar português.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brown, R. D., & Weigel, D. J. (2018). Exploring a Contextual Model of Sexual Self-Disclosure and

- Sexual Satisfaction. *The Journal of sex Research*, 55 (2), 202 - 213. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1295299>
- Caceres, C. F., Birungi, H., Bulut, A., Chandiramani, R., Coates, R., Doherty, M., Hawkes, S., Jaldesa, G., Jones, B., Wellings, K., Simelela, N., Hong, k., Amin, A., Bose, K., Mbizvo, M., Ndowa, F., Cottingham, J., Moreno, C., Johansen, E., Say, L., & Johnson, S. (2010). *Measuring sexual health: conceptual and practical considerations and related indicators* (1st ed.). World Health Organization. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70434/who\\_rhr\\_10.12\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70434/who_rhr_10.12_eng.pdf)
- Cerqueira-Santos, E., Silva, B. B., Rodrigues, H. S., & Santos, L. (2016). Homofobia internalizada e satisfação conjugal em homens e mulheres homossexuais. *Contextos Clínicos*, 9 (2), 148-158. <https://doi.org/10.4013/ctc.2016.92.01>
- Calvillo, C., Sánchez-Fuentes, M. M., & Sierra, J. C. (2020). An Explanatory Model of Sexual Satisfaction in Adults with a Same-Sex Partner: An Analysis Based on Gender Differences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (10), 1-17. <https://doi.org/10.4013/ctc.2016.92.01>
- Domingues, L. S. O. M. P. (2020). *Sexualidade saudável na adolescência* [Tese de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/32468/1/Ligia%20Domingues\\_Disserta%3a7%7c3%a3o.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/32468/1/Ligia%20Domingues_Disserta%3a7%7c3%a3o.pdf)
- Dwulit, A. D., & Rzymiski, P. (2019). Prevalence, Patterns and Self-Perceived Effects of Pornography Consumption in Polish University Students: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16 (10), 1-16. <https://doi.org/10.3390/ijerph16101861>
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família* (2nd ed.). Loures: Lusociência
- Floyd, C., Landa, S., Saunders, M., & Volk, F. (2020) The Moderating Influence of Moral Disapproval of Pornography on Couples' Sexual and Relationship Satisfaction. *Journal of sex and marital therapy*, 46 (7), 660 - 668. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2020.1783409>
- Goulart, S. A., Oliveira, A. C. G. A., Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. (2019). Fatores relacionados aos casamentos de longa duração: panorama a partir de uma revisão integrativa. *Psico*, 50 (2), 1-13. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2019.2.30370>
- Hernandez, J. A. E., & Baylão, V. L. A. (2020). Papéis Sexuais, Amor e Satisfação Conjugal em Indivíduos Heterossexuais e Homossexuais. *Psico-USF*, 25 (1), 27-38. <https://doi.org/10.1590/1413-82712020250103>
- Mark, K. P., Vowels, L. M., & Vowels, S. H. (2018). The Impact of Attachment Style on Sexual Satisfaction and Sexual Desire in a Sexually Diverse Sample. *Journal of sex and marital therapy*, 44 (5), 450 - 458. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2017.1405310>
- Mota, J. A. C. (2015). *Sexualidade e o idoso* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra]. Repositório Científico da Universidade de Coimbra. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/30215>
- Muise, A., Kim, J. J., Impett, E. A., & Rosen, N. O. (2017). Understanding When a Partner Is Not in the Mood: Sexual Communal Strength in Couples Transitioning to Parenthood. *Archives of sexual behavior*, 46 (6), 1993 - 2006. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0920-2>
- Page M. J., McKenzie J. E., Bossuyt P. M., Boutron I., Hoffmann T. C., Mulrow C. D., Shamseer L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., ... Moher, D. (2021) The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372 (71), 1-9. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Peters, M., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI evidence synthesis*, 18 (10), 2119–2126. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>
- Peters, S., & Meltzer, A. (2021). Newlywed Couples' Own and Partner Sexual Disgust Sensitivities Interact to Predict Their Marital Satisfaction Through Their Sexual Satisfaction. *Archives of Sexual Behavior*, 50 (6), 2563–2577. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01872-y>
- Pereira, T. J., Machado, P. P. P., & Peixoto, M. M. (2019). Sexual and Relationship Satisfaction: The Role of Perceived (Non)problematic Sexual Desire Discrepancy in Gay and Heterosexual Men. *Journal of sex and marital therapy*, 45 (2), 103 - 113. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2018.1488323>

- Porreca, W. (2019). Relação conjugal: desafios e possibilidades do “nós”. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 35 (Especial), 1-12. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35nspe7>
- Relvas, A. P. (2001). Terapia conjugal e sexualidade. *Revista de Humanidades e Tecnologias*, 5 (2), 271 - 278. <http://hdl.handle.net/10437/2443>
- Rizzon, A. L. C., Mosmann, C. P., & Wagner, A. (2013). A qualidade conjugal e os elementos do amor: um estudo correlacional. *Contextos Clínicos*, 6 (1), 41-49. <https://doi.org/10.4013/ctc.2013.61.05>
- Rosen, N. O., Bailey, K, & Muise, A. (2018). Degree and Direction of Sexual Desire Discrepancy are Linked to Sexual and Relationship Satisfaction in Couples Transitioning to Parenthood. *The journal of sex research*, 55 (2), 214 - 225. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1321732>
- Sutherland, S. E., Rehman, U. S., & Goodnight, J. A. (2020). A Typology of Women with Low Sexual Desire. *Archives of Sexual Behavior*, 49 (8), 2893–2905. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01805-9>
- Veit, M., Stulhofer, A., & Hald, G. M. (2017). Sexually explicit media use and relationship satisfaction: a moderating role of emotional intimacy?. *Sexual and relationship therapy*, 32 (1), 58 - 74. <https://doi.org/10.1080/14681994.2016.1193134>
- Vowels, L., & Mark, K. (2020). Strategies for Mitigating Sexual Desire Discrepancy in Relationships. *Archives of Sexual Behavior*, 49 (3), 1017–1028. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0920-2>
- Willoughby, B. J., & Leonhardt, N. D. (2020). Behind Closed Doors: Individual and Joint Pornography Use Among Romantic Couples. *The Journal of sex research*, 57 (1), 77 - 91. <https://doi.org/10.1080/00224499.2018.1541440>
- World Health Organization (2022, maio 20). *Sexual Health*. World Health Organization. <https://doi.org/10.1080/00224499.2018.1541440>
- Wood, J., Quinn-Nilas, C., Milhausen, R., Desmarais, S., Muise, A., & Sakaluk, J. (2021). A dyadic examination of self-determined sexual motives, need fulfillment, and relational outcomes among consensually nonmonogamous partners. *Plos One*, 16 (2), 1-27. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247001>



**A EFETIVIDADE DO OXIGÉNIO NASAL DE ALTO FLUXO NA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA: REVISÃO SISTEMÁTICA**

The effectiveness of high-flow nasal oxygen in respiratory insufficiency: systematic review

La efectividad del oxígeno de alto flujo nasal en la insuficiencia respiratoria: revisión sistemática

Aramid Gomes\*, Sílvia Ramos\*\*, Ana Luísa Rego\*\*\*, Carina Vieira\*\*\*\*, José Pinho Silva\*\*\*\*\*, Silvana Martins\*\*\*\*\*, Ana Catarina Maia\*\*\*\*\*, Ana Paula Macedo\*\*\*\*\*

**RESUMO**

**Enquadramento:** a insuficiência respiratória é uma síndrome com grande impacto nos internamentos, na morbilidade e mortalidade. A aplicabilidade do oxigénio nasal de alto fluxo tem sido alvo de interesse no doente crítico. **Objetivo:** conhecer a efetividade do oxigénio nasal de alto fluxo no tratamento da insuficiência respiratória no adulto em unidades de cuidados intensivos. **Métodos:** revisão sistemática de efetividade que utiliza a estratégia PICO e recomendações do Joanna Briggs Institute. A pesquisa foi realizada em agosto de 2021 com recurso às plataformas de acesso PubMed e EBSCOhost. **Resultados:** identificaram-se 583 resultados. Foram analisados seis ensaios clínicos randomizados. A seleção foi feita após eliminação de duplicados; leitura do título, resumos e textos integrais de acordo com o diagrama Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses. **Conclusão:** o oxigénio nasal de alto fluxo revelou-se confortável, tolerável e eficaz no tratamento da insuficiência respiratória hipoxémica e hipercápnica. Foi eficaz quando comparado com oxigenoterapia convencional na pós-extubação de doentes hipoxémicos e na redução da pressão parcial de dióxido de carbono quando comparado com a Ventilação Não Invasiva nos doentes hipercápnicos.

**Palavra-chave:** insuficiência respiratória; cuidados críticos; revisão sistemática

**ABSTRACT**

**Background:** respiratory insufficiency is a syndrome with a great impact on hospital admissions, morbidity and mortality. The applicability of High-flow nasal oxygen has been the subject of interest in critically ill patients. **Objective:** to know the effectiveness of High-flow nasal oxygen as a treatment for respiratory insufficiency in adult patients admitted to the intensive care units. **Methods:** systematic reviews of effectiveness using the PICO strategy and recommendations from the Joanna Briggs Institute. The survey was carried out in august 2021 using the PubMed and EBSCOhost access platforms. **Results:** 583 results were identified. Six randomized clinical trials were analyzed. The selection was made after elimination of duplicates; title reading, abstract reading and full text reading according to the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses diagram. **Conclusion:** high-flow nasal oxygen proved to be comfortable, tolerable and effective in the treatment of hypoxemic and hypercapnic respiratory insufficiency. It was effective when compared with conventional oxygen therapy in the post-extubation of hypoxemic patients and in reducing partial pressure of carbon dioxide when compared with Non-Invasive Ventilation in hypercapnic patients.

**Keywords:** respiratory insufficiency; critical care; systematic review

**RESUMEN**

**Marco contextual:** la insuficiencia respiratoria es un síndrome que tiene un gran impacto en los ingresos hospitalarios, la morbilidad y mortalidad. La aplicabilidad del oxígeno nasal de alto flujo ha sido objeto de interés en pacientes críticos. **Objetivo:** conocer la efectividad del oxígeno nasal de alto flujo en el tratamiento de la insuficiencia respiratoria en adultos en unidades de cuidados intensivos. **Métodos:** revisión sistemática de efectividad utilizando la estrategia PICO y recomendaciones del Instituto Joanna Briggs. La búsqueda se llevó a cabo en agosto de 2021 utilizando las plataformas de acceso PubMed y EBSCOhost. **Resultados:** se identificaron 583 resultados. Se analizaron seis ensayos clínicos aleatorios. La selección se realizó después de la eliminación de duplicados; lectura de títulos, de resúmenes y de texto completo siguiendo el diagrama Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses. **Conclusión:** el Oxígeno nasal de alto flujo demostró ser cómodo, tolerable y eficaz en el tratamiento de la insuficiencia respiratoria hipoxémica e hipercápnica. Fue eficaz en comparación con la oxigenoterapia convencional en la postextubación de pacientes hipoxémicos y en la reducción de la presión parcial de dióxido de carbono en comparación con la Ventilación No Invasiva en pacientes hipercápnicos.

**Palabras Clave:** insuficiencia respiratoria; cuidado crítico; revisión sistemática

\*RN, Centro Hospitalar Universitário do Porto - <https://orcid.org/0000-0002-0911-2397> - Author contribution: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article;  
 \*\*RN, Centro Hospitalar Universitário do Porto - <https://orcid.org/0000-0001-6396-5430> - Author contribution: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article;  
 \*\*\*RN, Centro Hospitalar e Universitário do Porto - <https://orcid.org/0000-0002-2612-9078> - Author contribution: Data analysis and interpretation, Drafting of the article;  
 \*\*\*\*MSc, em Enfermagem no Centro Hospitalar Universitário do Porto - <https://orcid.org/0000-0001-7940-032X> - Author contribution: Drafting of the article;  
 \*\*\*\*\*PhD, em Enfermagem no Centro Hospitalar Universitário do Porto - <https://orcid.org/0000-0002-7522-4362> - Author contribution: Critical revision of the article;  
 \*\*\*\*\*PhD, em Enfermagem na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC), Coimbra - <https://orcid.org/0000-0003-3791-3236> - Author contribution: Critical revision of the article;  
 \*\*\*\*\*PhD em Saúde Pública, Especialidade em Promoção na saúde - Unidade de Investigação em Ciências da Saúde - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC), Coimbra - <https://orcid.org/0000-0003-3914-4020> - Author contribution: Critical revision of the article;  
 \*\*\*\*\*PhD, em Enfermagem - Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA: E), Nursing School of Coimbra (ESEnFC), Portugal. Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, Braga - <http://orcid.org/0000-0002-1064-3523> - Author contribution: Critical revision of the article;

**Correspondência:**  
 Aramid Gomes  
[aramidgomes@gmail.com](mailto:aramidgomes@gmail.com)

Gomes, A., Ramos, S., Rego, A.L., Vieira, C., Silva, J.P., Martins, S., Maia, A.C., & Macedo, A.P. (2023). A efetividade do oxigénio nasal de alto fluxo na insuficiência respiratória: revisão sistemática. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 6(2), 91-102. <https://doi.org/10.37914/riis.v6i2.235>

Recebido para publicação: 29/08/2022  
 Aceite para publicação: 18/03/2023

### INTRODUÇÃO

Em Portugal, segundo dados do observatório nacional de doenças respiratórias, a pneumonia e a Insuficiência Respiratória (IR) foram as patologias respiratórias que representaram um maior impacto no número de internamentos entre os anos 2007 e 2016 (Santos, 2018). Os episódios de internamento por IR têm aumentado em pessoas de ambos os géneros, sendo que entre 2007 e 2016 esses aumentos atingiram uma percentagem de 56%. Quando analisados por idade, verificou-se que estes são particularmente relevantes em pessoas acima dos 79 anos, atingindo um aumento de 120% e em que a mortalidade é elevada, correspondendo a cerca de 25% (Santos, 2018). A IR representa um quadro clínico complexo, resultante de múltiplas doenças que podem afetar os diferentes componentes do sistema respiratório, definindo-se pela presença de um conjunto de sinais e sintomas (síndrome), e por alterações fisiológicas que traduzem a incapacidade do sistema respiratório garantir o washout adequado de CO<sub>2</sub> produzido no organismo e/ou a oxigenação adequada do sangue arterial (Martins, 2019). Esta é classificada como hipoxémica (tipo I), também designada de alvéolo-capilar e que se caracteriza pela queda da PaO<sub>2</sub> (PaO<sub>2</sub> < 60 mmHg em ar ambiente, ou ratio PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> ≤ 300 mmHg em doentes sob oxigenoterapia ou ventiloterapia) e por valores normais ou reduzidos da PaCO<sub>2</sub>; ou como hipercápnica (tipo II) em que ocorre elevação da PaCO<sub>2</sub> (PaCO<sub>2</sub> > 45 mmHg) sendo comum registar-se hipoxemia associada (Gomes & Sotto-Mayor, 2001; Martins, 2019; Pádua et al., 2003; Roussos & Koutsoukou, 2003). Neste contexto, a abordagem da IR pode exigir uma estratégia de escalada terapêutica baseada na aplicação de uma vasta gama de

intervenções não ventilatórias (oxigenoterapia convencional e oxigénio de alto fluxo) e intervenções ventilatórias (Ventilação Não Invasiva [VNI], Ventilação Mecânica, e Extra Corporeal Membrane Oxigenation) (Scala & Heunks, 2018). A razão para aplicar estes suportes artificiais é, essencialmente, ganhar tempo para a terapia etiológica inverter a causa da descompensação aguda do sistema respiratório (Scala & Heunks, 2018). Nestes doentes, em que a probabilidade de morte intra-hospitalar é elevada, e que é tanto maior quanto mais se atrasar o reconhecimento e o tratamento adequado da IR, a estratégia de escalada terapêutica reveste-se de extrema importância (Bellani et al., 2016; Virani et al., 2019). Recentemente, tem havido um interesse crescente por uma alternativa à oxigenoterapia convencional nesta escalada terapêutica: o Oxigénio Nasal de Alto Fluxo (ONAF) (Scala & Heunks, 2018). A utilização desta terapia na pediatria e neonatologia desde os anos 50, garantiu o desenvolvimento de sistemas adaptados a adultos, que fornecem oxigénio aquecido e humidificado de forma confiável, a altos fluxos e através de cânulas nasais, conduzindo à sua utilização no doente crítico adulto (Spoletini et al., 2015; Wilkinson et al., 2016). O ONAF é uma modalidade terapêutica baseada em quatro componentes essenciais: uma fonte de oxigénio de alto fluxo com misturador de ar, que permite definir a FiO<sub>2</sub> até 1, num fluxo que varia entre 5 e 60 l/m; um humidificador; um circuito inspiratório aquecido entre 31º e 37º C e cânulas nasais específicas com um diâmetro mais largo face às cânulas nasais convencionais que permitem, em conjunto, fornecer oxigénio aquecido e humidificado em fluxos bem superiores aos da oxigenoterapia convencional

(Nishimura, 2015). Os efeitos fisiológicos associados ao ONAF passam por: washout do espaço morto da faringe, redução da resistência nasofaríngea, efeito da pressão expiratória positiva conhecida pelo acrónimo PEEP (Positive End-Expiratory Pressure), recrutamento alveolar, maior humidificação, melhor controlo da  $FiO_2$  e depuração mucociliar (Gotera et al., 2013). Em pacientes com IR de várias etiologias, o ONAF tem demonstrado resultar num maior conforto e oxigenação do que a oxigenoterapia convencional fornecida através de máscara facial. No estudo High Flow Nasal Oxygen in the Resuscitation of patients with Acute Lung Injury (FLORALI), o maior estudo multicêntrico randomizado realizado até à data, o tratamento com ONAF em comparação com oxigenoterapia convencional ou VNI não resultou em taxas de entubação significativamente diferentes aos 28 dias, mostrando, no entanto, uma diferença estatisticamente significativa, a favor do ONAF, na mortalidade a 90 dias e na redução da taxa de entubação no subgrupo  $PaO_2/FiO_2 < 200$  mmHg (Frat et al., 2015). Neste sentido, a experiência na utilização do ONAF em adultos é limitada, não havendo diretrizes estabelecidas ou vias de tomada de decisão para orientar o uso do ONAF para adultos (Dres & Demoule, 2017; Ischaki et al., 2017). Assim, nesta revisão sistemática da literatura temos como objetivo conhecer a efetividade do ONAF no tratamento da IR nos adultos em UCI.

### **METODOLOGIA**

#### **Registo do Protocolo**

O protocolo deste estudo foi publicado e registado no International Prospective Register of Systematic Reviews, conhecido como PROSPERO, com o código de

identificação CRD42021271482, não se tendo registado qualquer alteração ao protocolo inicialmente definido (Aramid Gomes et al., 2021).

#### **Tipo de estudo**

As revisões sistemáticas da literatura visam fornecer uma síntese abrangente e imparcial de estudos relevantes num único documento, usando métodos rigorosos e transparentes. Procuram evidências que atendam aos critérios de elegibilidade pré-especificados, por forma a responder a uma pergunta de pesquisa específica (Aromataris & Munn, 2020a; Cumpston et al., 2019).

A metodologia utilizada para o presente artigo consiste numa revisão sistemática de efetividade conforme descrito no manual de revisões sistemáticas do Joanna Briggs Institute (JBI) e que se configurou numa síntese dos resultados pela narrativa. Esta metodologia visa determinar até que ponto uma intervenção, quando usada de maneira apropriada, atinge o efeito pretendido (Tufanaru et al., 2020).

#### **Questão e objetivo de investigação**

Recorremos a mnemónica PICO (população, intervenção, comparação e resultado) para construir a seguinte questão de investigação: “Qual a efetividade do ONAF no tratamento da IR nos adultos em UCI?”. Neste sentido, a (P)opulação: adultos com IR em UCI; a (I)ntervenção: ONAF; a (C)omparação: qualquer tratamento; o (O)resultado: constituiu-se no tratamento da IR. Como objetivo da revisão, pretendemos conhecer a efetividade do ONAF no tratamento da IR nos adultos em UCI (Tufanaru et al., 2020).

#### **Critérios de inclusão e exclusão**

Os critérios de inclusão são: artigos escritos em português, inglês e espanhol; artigos que respondam à

questão de investigação; artigos publicados nos últimos cinco anos (2016-2021); estudos experimentais; adultos internados em UCI e estudos experimentais encontrados nas referências bibliográficas secundárias. Os critérios de exclusão são: artigos que se encontram repetidos na base de dados; artigos fora do âmbito da pergunta PICO, artigos sem texto integral e estudos que apenas cumpram 6 das 13 condições previstas na ferramenta de avaliação de qualidade metodológica.

### **Estratégia de Revisão**

Foi realizada uma pesquisa que decorreu em agosto de 2021. Identificamos os descritores e termos-chave que orientaram a nossa pesquisa bibliográfica, recorrendo ao browser Medical subject Headings (MeSH), onde obtivemos os descritores, “critical care”, “intensive care”, “respiratory insufficiency”, “child”, “pediatrics” e os termos-chave “high flow”. A sua identificação possibilitou estruturar a frase booleana, recorrendo à conjugação dos operadores booleanos AND, OR e NOT com os instrumentos adicionais, entre os quais, os parênteses as aspas e o asterisco. Estes operadores permitiram definir as relações entre os termos da pesquisa, tendo surgido: (“RESPIRATORY INSUFFICIENCY”) AND (“HIGH FLOW”) AND (“CRITICAL CARE” OR “INTENSIVE CARE”) NOT (CHILD\* OR PEDIAT\*). A pesquisa de artigos foi efetuada nos motores de busca PubMed e EBSCOhost, com todas as bases associadas: CINAHL® Complete; MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health: Comprehensive Edition; Cochrane Controlled Trials Register; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina; Cochrane Clinical Answers.

### **Seleção dos estudos**

A análise e seleção dos artigos foi efetuada com recurso ao Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (Moher et al., 2009). A seleção dos artigos foi realizada por dois revisores, estes tiveram em consideração a questão de investigação, o objetivo da revisão e os critérios de inclusão já pré-especificados. Nos casos em que se verificou ausência de consenso por parte dos revisores foi associado um terceiro revisor que permitiu o desempate. Todos os revisores avaliaram de forma independente os estudos a incluir na revisão e o consenso foi alcançado em todos os domínios.

### **Ferramentas de análise de qualidade metodológica dos estudos**

A qualidade metodológica dos estudos que integraram a revisão foi realizada de forma independente por dois revisores e com recurso às ferramentas de avaliação padronizadas pelo JBI (Aromataris & Munn, 2020b). Foi adicionado um terceiro revisor que permitiu o desempate nos casos em que não se obteve consenso. Para os estudos incluídos nesta revisão foi utilizada a checklist for randomized controlled trials que contempla as 13 questões que verificam as condições necessárias para o desenho metodológico do estudo, permitindo perceber erros sistemáticos no desenho, condução e análise, e que podem comprometer a validade das suas inferências (Tufanaru et al., 2020).

### **Metodologia para análise dos resultados dos estudos**

Todos os dados relevantes a serem extraídos para a revisão, foram analisados por dois revisores de forma independente. Foi utilizada uma tabela para o registo sistemático do conteúdo dos estudos, conforme proposto no manual do JBI, e que consistia nos seguintes dados: autores do estudo, título, ano, local



## A efetividade do oxigénio nasal de alto fluxo na insuficiência respiratória: revisão sistemática

de realização do estudo, nível de evidência do estudo, avaliação da qualidade metodológica do estudo, objetivo do estudo em análise, registo da intervenção e dos resultados do estudo (Aromataris & Munn, 2020b).

### RESULTADOS

O EndNote foi o software usado para a gestão dos resultados que surgiram da pesquisa. O processo de inclusão dos artigos contemplou as seguintes etapas: identificação, seleção, elegibilidade e inclusão recorrendo ao diagrama PRISMA (Moher et al., 2009).

A análise da figura 1 permite identificar 583 resultados. Foram eliminados 85 artigos duplicados tendo ficado com 498 artigos, destes, 401 foram excluídos após leitura dos títulos, ficando com 97. A análise dos resumos conduziu à exclusão de 76 artigos. Dos 21 artigos selecionados após leitura dos resumos 10 foram excluídos por não cumprirem os critérios de elegibilidade. Dos 11 artigos avaliados para leitura do texto integral, 5 foram excluídos por baixa qualidade metodológica (< 50 %) após aplicação da ferramenta de análise de qualidade metodológica e 6 foram considerados para integrarem esta revisão.

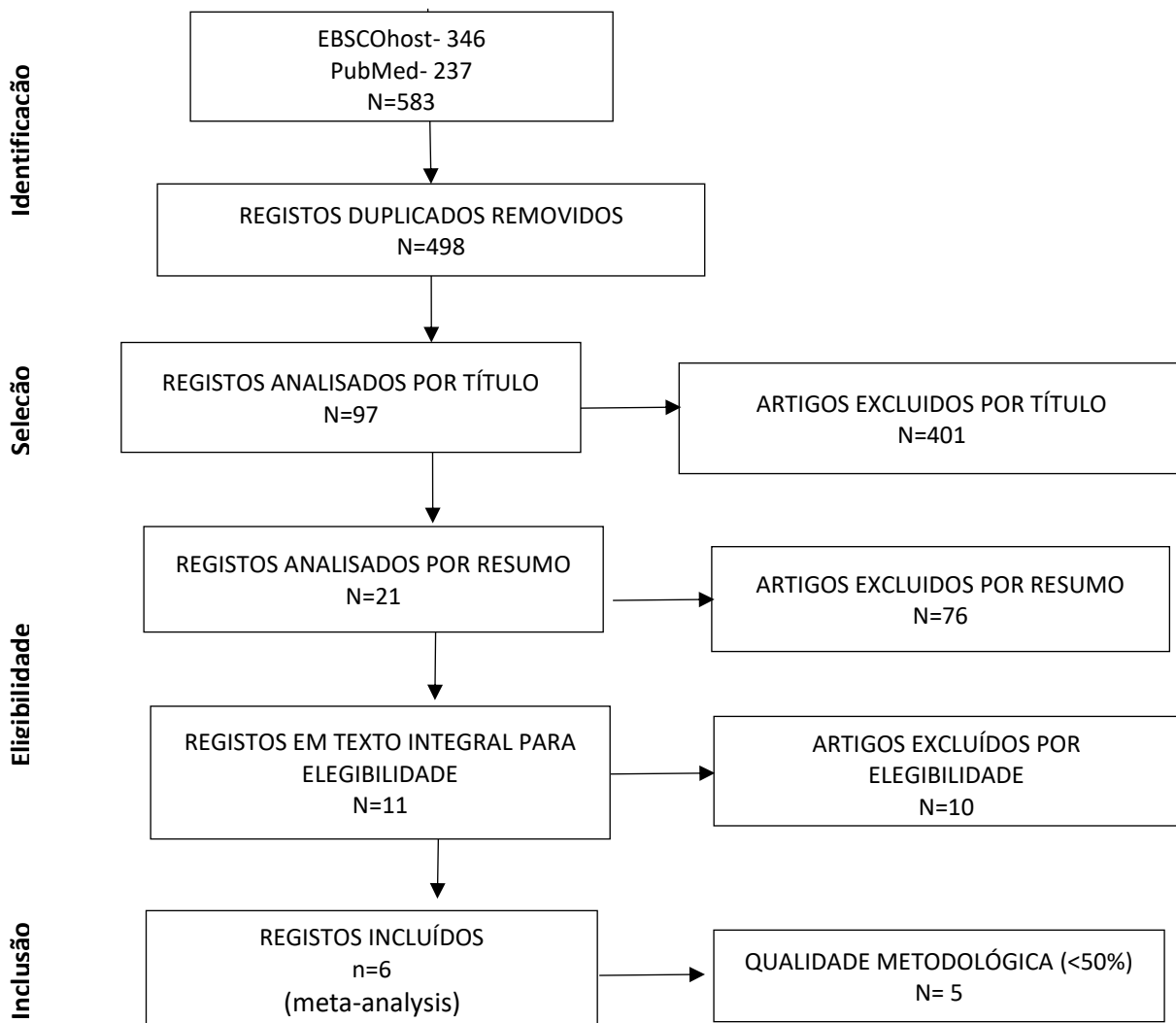


Figura 1

PRISMA (Moher et al., 2009)

## A efetividade do oxigénio nasal de alto fluxo na insuficiência respiratória: revisão sistemática

A análise da tabela 1 permite obter informações sobre o resumo das principais características dos artigos e dos seus resultados. Todos os artigos selecionados para análise são ensaios clínicos randomizados, com nível de evidência 1c de acordo com a classificação JBI (2013).

Tabela 1

Resultados extraídos dos estudos incluídos na revisão sistemática da literatura

<b>AUTORES</b>	Simon et al. (2016)		
<b>TÍTULO</b>	High flow nasal cannula oxygen versus bag-valve-mask for Preoxygenation before intubation in patients with hypoxemic respiratory failure- a randomized controlled trial		
<b>ANO/LOCAL</b>	2016, Alemanha		
<b>NÍVEL DE EVIDÊNCIA JBI (2013)</b>	Randomizado (1c)	<b>AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA</b> (Tufanaru et al., 2020)	7/13 54%
<b>AMOSTRA</b>	n= 40 (n= 20 para ONAF idade média 63, n= 20 para Insuflador Manual, 55% homens idade média 54; PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> >200 ≤300 mmHg)		
<b>OBJETIVO DO ESTUDO</b>			
Comparar a utilização do ONAF com o insuflador manual na pré-oxigenação na intubação em doentes com IR hipoxémica			
<b>INTERVENÇÃO</b>			
Pré-oxigenação com insuflador manual versus ONAF			
<b>RESULTADOS</b>			
1) PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> , PaCO <sub>2</sub> , SpO <sub>2</sub> , FR, FC, pressão arterial média e grau de dificuldade de intubação, sem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos na linha de base; 2) após a pré-oxigenação, a SpO <sub>2</sub> aumentou no grupo com insuflador manual para 94% e no grupo do ONAF para 98% (p= 0,004); 2) a média de SpO <sub>2</sub> mais baixa durante a intubação foi de 89% no grupo do ONAF e 86% no grupo com insuflador manual (p=0.45); 3) no final da intubação não existiram diferenças estatisticamente significativas nas SpO <sub>2</sub> , PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> , PaCO <sub>2</sub> ; 4) os resultados não podem ser inferidos para outras populações.			
<b>AUTORES</b>	Song et al. (2017)		
<b>TÍTULO</b>	The value of high-flow nasal cannula oxygen therapy after extubation in patients with acute respiratory failure		
<b>ANO/LOCAL</b>	2017, China		
<b>NÍVEL DE EVIDÊNCIA JBI (2013)</b>	Randomizado (1c)	<b>AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA</b> (Tufanaru et al., 2020)	8/13 62%
<b>AMOSTRA</b>	n= 60 (n= 30 para ONAF idade média 66, 53.3% homens; n= 30 para oxigenoterapia convencional idade média 71, 60% homens; PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> ≥150 e <300mmHg)		
<b>OBJETIVO DO ESTUDO</b>			
Comparar o ONAF com a oxigenoterapia convencional na pós-extubação em doente com IR hipoxémica			
<b>INTERVENÇÃO</b>			
Oxigenoterapia convencional versus ONAF na pós-extubação			
<b>RESULTADOS</b>			
1) PaO <sub>2</sub> , PaCO <sub>2</sub> , SpO <sub>2</sub> , FC e pressão arterial média sem diferenças estatisticamente significativas na linha de base entre os grupos; 2) a taxa de sucesso com ONAF foi de 90% em comparação com a oxigenoterapia convencional 63,3% (p=0.012); 3) após 24h da extubação a PaO <sub>2</sub> e SpO <sub>2</sub> teve um aumento estatisticamente significativo no grupo do ONAF (p=0.016 e p=0.011 respetivamente); 4) a FR foi menor para o grupo com ONAF (p=0.003) 5) na FC e na pressão arterial média não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (p=0.598 e p=0.824 respetivamente); 6) o desconforto do interface e sintomas de secura das vias respiratórias foi menor no grupo de ONAF (p=0.001); 7) os resultados não podem ser inferidos para outras populações.			
<b>AUTORES</b>	Azoulay et al. (2018)		
<b>TÍTULO</b>	Effect of high-flow nasal oxygen vs standard oxygen on 28-day mortality in immunocompromised patients with acute respiratory		

## A efetividade do oxigénio nasal de alto fluxo na insuficiência respiratória: revisão sistemática

	failure: the HIGH randomized clinical trial		
<b>ANO/LOCAL</b>	2018, França		
<b>NÍVEL DE EVIDÊNCIA JBI (2013)</b>	Randomizado (1c)	<b>AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA</b> (Tufanaru et al., 2020)	9/13 69%
<b>AMOSTRA</b>	n= 778 (n= 388 para ONAF mediana de idade 64, 69.6% homens; n= 388 para oxigenoterapia convencional mediana de idade 63, 63.6%homens; PaO <sub>2</sub> > 100 ≤ 300mmHg)		

### OBJETIVO DO ESTUDO

Comparar o ONAF com a oxigenoterapia convencional na redução da taxa da mortalidade em doentes imunocomprometidos com IR hipoxémica

### INTERVENÇÃO

Oxigenoterapia convencional versus ONAF no tratamento da IR

### RESULTADOS

1) a diferença da taxa de mortalidade (ao 28º e ao 90º dia) e da taxa de VMI não foi estatisticamente significativa entre os grupos (p=0.94 e p=0.17 respetivamente); 2) PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>, FR, FC, conforto, dispneia e infeções associadas aos cuidados de saúde sem diferenças significativas entre os grupos, com tendência para melhores resultados no grupo da ONAF; 3) os resultados não podem ser inferidos para outras populações.

<b>AUTORES</b>	Spoletini et al. (2018)		
<b>TÍTULO</b>	High-flow nasal therapy vs standard oxygen during breaks off noninvasive ventilation for acute respiratory failure: a pilot randomized controlled trial		
<b>ANO/LOCAL</b>	2018, Estados Unidos da América		
<b>NÍVEL DE EVIDÊNCIA JBI (2013)</b>	Randomizado (1c)	<b>AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA</b> (Tufanaru et al., 2020)	7/13 54%
<b>AMOSTRA</b>	n= 47 (n= 23 para ONAF media de idade 68, 65.2% mulheres; n= 24 para oxigenoterapia convencional média de idade 63, 58.3% mulheres; PaO <sub>2</sub> > 100 e ≤300mmHg)		

### OBJETIVO DO ESTUDO

Comparar o ONAF com a oxigenoterapia convencional como coadjuvante da VNI no tratamento de doentes com IR hipoxémica

### INTERVENÇÃO

Oxigenoterapia convencional versus ONAF no tratamento da IR coadjuvado com a VNI

### RESULTADOS

1) PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>, PaCO<sub>2</sub>, SpO<sub>2</sub>, FR, Pressão arterial média, PH, e configurações da VNI, sem diferenças estatisticamente significativas na linha de base entre os grupos; 2) entre os grupos, o tempo de duração da VNI (tendencialmente menor no grupo de ONAF) e de dispneia (tendencialmente mais elevada no grupo de oxigenoterapia convencional) não obtiveram diferenças estatisticamente significativas (p>0.05); 3) o conforto com ONAF foi maior e estatisticamente significativo quando comparado com a VNI e com a oxigenoterapia convencional (p<0.05); 4) o ONAF provocou menor irritação ocular quando comparado com a VNI e maior conforto durante a refeições quando comparado com oxigenoterapia convencional (p<0.05); 5) a FR nos intervalos da VNI aumentou em ambos os grupos, sendo estatisticamente significativo no grupo com oxigenoterapia convencional (p<0,05); 5) a SpO<sub>2</sub> foi semelhante entre VNI, oxigenoterapia convencional e ONAF (tendencialmente >VNI>oxigenoterapia convencional >ONAF) (p<0,05).

<b>AUTORES</b>	Frat et al. (2019)		
<b>TÍTULO</b>	Non-invasive ventilation versus high-flow nasal cannula oxygen therapy with apnoeic oxygenation for preoxygenation before intubation of patients with acute hypoxaemic respiratory failure: a randomised, multicentre, open-label trial		
<b>ANO/LOCAL</b>	2019, França		
<b>NÍVEL DE EVIDÊNCIA JBI (2013)</b>	Randomizado (1c)	<b>AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA</b> (Tufanaru et al., 2020)	9/13 69%
<b>AMOSTRA</b>	n= 313 (n= 142 para VNI média de idade 64, 71% homens; n= 171 para ONAF média de idade 64, 65% homens; PaO <sub>2</sub> ≤ 300mmHg)		

### OBJETIVO DO ESTUDO

Compara o ONAF com a VNI para pré-oxigenação na intubação na IR hipoxémica

### INTERVENÇÃO

## A efetividade do oxigénio nasal de alto fluxo na insuficiência respiratória: revisão sistemática

Pré-oxigenação com VNI versus ONAF

### RESULTADOS

1) PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>, FR, SpO<sub>2</sub> e grau de dificuldade da intubação sem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos na linha de base; 2) para a taxa de risco de hipoxemia grave (SpO<sub>2</sub>< 80%) de 25% os grupos não apresentaram diferenças estatisticamente significativas 3) durante a intubação a taxa de hipoxemia grave foi menor no grupo com pré-oxigenação com VNI (23% com VNI e 27% com ONAF); 4) as médias de SpO<sub>2</sub> durante a intubação nos doentes com PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> ≤ 200mmHg foram mais altas no grupo com VNI (p=0.02); 5) as médias de SpO<sub>2</sub> durante a intubação nos doentes com PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> > 200mmHg foram semelhantes entre os grupos (p=0.31); 6) a SpO<sub>2</sub> é mais elevada no final da pré-oxigenação no grupo da VNI em doentes com PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> ≤ 200mmHg (p=0.02); 7) os resultados podem ser generalizados para todos os doentes com IR hipoxémica na pré-oxigenação em UCI

<b>AUTORES</b>	Papachatzakis et al. (2020)		
<b>TÍTULO</b>	High-flow oxygen through nasal cannula vs. Non-invasive ventilation in hypercapnic respiratory failure: a randomized clinical trial		
<b>ANO/LOCAL</b>	2020, Grécia		
<b>NÍVEL DE EVIDÊNCIA JBI (2013)</b>	Randomizado (1c)	<b>AValiação DA QUALIDADE METODOLÓGICA</b>	7/13 54%
<b>AMOSTRA</b>	n= 40 (n= 20 para VNI média de idade 78, 55% mulheres; n= 20 para ONAF média de idade 76, 50% mulheres;		

### OBJETIVO DO ESTUDO

Comparar o ONAF com a VNI na IR hipercápnica

### INTERVENÇÃO

VNI versus ONAF no tratamento da IR hipercápnica

### RESULTADOS

1) PaCO<sub>2</sub>, PaO<sub>2</sub>, PH, SpO<sub>2</sub>, FC, e HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> sem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos na linha de base; 2) o tempo de internamento não diferiu de forma estatisticamente significativa entre os dois grupos com uma média 11.5 dias (p = 0.655); 3) a taxa de mortalidade foi igual entre os dois grupos (15%); 4) a diminuição da FC entre a linha de base e a alta hospitalar foi estatisticamente significativa apenas no grupo da VNI (p=0.0452); 5) a PaCO<sub>2</sub> no grupo de ONAF foi menor do que no grupo da VNI (50.8 mmHg versus 59.6 mmHg, p = 0.024); 6) sem necessidade de intubação em ambos os grupos; 7) 15% dos doentes do grupo de VNI passaram para ONAF por úlcera nasal desconforto e intolerância; 7) os resultados não podem ser inferidos para outras populações.

Listagem de Siglas: FC- Frequência Cardíaca; FiO<sub>2</sub>- Fração de oxigénio inspirado; FR- Frequência Respiratória; HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>- Bicarbonato; mmHg- milímetros de mercúrio; n- amostra; O<sub>2</sub>- Oxigénio; ONAF- Oxigénio Nasal de Alto Fluxo; p- p de Pearson (<0,05); PaCO<sub>2</sub>- Pressão parcial de Dióxido de Carbono no sangue arterial; PaO<sub>2</sub>- Pressão parcial de oxigénio no sangue arterial; Ph- Potencial hidrogeniônico; SpO<sub>2</sub>. Saturação periférica de Oxigénio; VMI- Ventilação Mecânica Invasiva; VNI- Ventilação Não Invasiva

### DISCUSSÃO

Os artigos que integram esta revisão são maioritariamente europeus, um é da China e outro dos Estados Unidos, tendo o ano de publicação variado entre 2016 e 2020. Nos estudos selecionados foi possível verificar uma homogeneidade em todos as amostras e entre os grupos em análise. A qualidade metodológica variou entre 54% e 69% após a aplicação da ferramenta de análise de qualidade metodológica. Esta baixa qualidade

metodológica representa maior probabilidade de se poderem produzir resultados menos confiáveis, dificultando a sua replicação, por baixa validade interna e externa. Todos estes estudos se centraram na investigação da efetividade do ONAF no tratamento do doente com IR hipoxémica e/ou hipercápnica, comparando o ONAF com o insuflador manual e com a VNI na pré-oxigenação da intubação, o ONAF com oxigenoterapia convencional em três situações distintas: no doente imunocomprometido;

## A efetividade do oxigênio nasal de alto fluxo na insuficiência respiratória: revisão sistemática

na pós-extubação; como coadjuvante da VNI e o último estudo efetua uma comparação do ONAF com a VNI em doentes com IR hipercápnica. Os estudos de Simon et al. (2016) e Frat et al. (2019) debruçaram-se sobre a aplicabilidade do ONAF na pré-oxigenação na intubação em detrimento do insuflador manual e da VNI. A pré-oxigenação usando ONAF na intubação é viável e segura em comparação com o insuflador manual em doentes com IR hipoxémica com  $PaO_2/FiO_2 > 200 \leq 300$  mmHg, comprovada por uma evidência estatisticamente significativa na  $SpO_2$ . Porém, estes valores não são suficientemente robustos para privilegiar a escolha do ONAF em detrimento do insuflador manual, uma vez que no final da intubação não existiram diferenças estatisticamente significativas nos valores médios de  $SpO_2$ ,  $PaO_2/FiO_2$  e  $PaCO_2$  (Simon et al., 2016). A segurança e a viabilidade do ONAF na pré-oxigenação de doentes hipoxémicos com  $PaO_2/FiO_2 > 200 \leq 300$  mmHg, é também sustentada pelo trabalho de Frat et al. (2019) que demonstrou que as médias da  $SpO_2$  não revelaram diferenças estatisticamente significativas quando comparadas às do grupo da VNI na pré-oxigenação. Contudo neste estudo a VNI revelou ser melhor para prevenir a hipoxémia grave em detrimento do ONAF. Esta vantagem apenas foi estatisticamente significativa nos doentes com ratio  $PaO_2/FiO_2 \leq 200$  mmHg (Frat et al., 2019). Após a extubação de doentes com IR a utilização do ONAF obteve um sucesso estatisticamente significativo, quando comparado com a oxigenoterapia convencional (Song et al., 2017). A utilização de ONAF resultou numa melhoria da oxigenação ( $PaO_2$  e  $SpO_2$ ) e numa redução da FR e do desconforto associado à interface e à secreção das vias aéreas (Song

et al., 2017). Porém o estudo de Azoulay et al. (2018) veio salvaguardar que não existiram diferenças estatisticamente significativas na taxa de sobrevivência de doentes imunocomprometidos com IR hipoxémica quando tratados com ONAF em detrimento da oxigenoterapia convencional. Tendencialmente o doente imunocomprometido é mais gravemente hipoxémico (Frat et al., 2016) e o que se esperava, tal como o percebido pelo trabalho de Song et al. (2017) seria que o ONAF apontasse para uma melhor oxigenação, o que não foi comprovado para estes doentes com o trabalho de Azoulay et al. (2018). No entanto foi possível observar uma tendência para melhores resultados com o ONAF na  $PaO_2/FiO_2$ , na FR, na FC, no conforto, na dispneia e nas infeções associadas aos cuidados de saúde (Azoulay et al., 2018). Neste sentido, na abordagem da IR hipoxémica nos doentes imunocomprometidos, este método de oxigenação pode não ser o meio mais eficaz para melhorar a taxa de sobrevivência (Azoulay et al., 2018). Ainda no que diz respeito à comparação do ONAF com a oxigenoterapia convencional o estudo de Spoletini et al. (2018) demonstrou que não existiram diferenças estatisticamente significativas quando estes são utilizados nos intervalos do tratamento da IR com a VNI. Contudo, tal como nos estudos anteriores existiu uma tendência para melhores resultados quando usado o ONAF nos intervalos da VNI em detrimento da oxigenoterapia convencional, estes foram verificados através da FR e do conforto. O ONAF causa menor irritação ocular e facilita a alimentação quando comparado com a oxigenoterapia convencional (Spoletini et al., 2018). Estes resultados podem estar associados aos

## A efetividade do oxigénio nasal de alto fluxo na insuficiência respiratória: revisão sistemática

mecanismos de ação do ONAF que permitem garantir um maior conforto e um menor gasto energético do doente ao satisfazer a necessidade aumentada de fluxo inspiratório e ao proporcionar uma maior rentabilidade no oxigénio fornecido (Mauri et al., 2017). Além disso, estes mecanismos permitem, também, aumentar a capacidade residual funcional, o washout do CO<sub>2</sub> no espaço morto e a melhoria da compliance ao tratamento. Por outro lado, no que diz respeito à IR hipercápnica, o tratamento de primeira linha é a VNI (Nicolini et al., 2014), contudo, o estudo de Papachatzakis et al. (2020), que comparou a VNI com o ONAF, demonstrou resultados controversos. Este trabalho mostrou que o tempo de internamento e a taxa de mortalidade não diferiu de forma estatisticamente significativa entre os dois grupos e apenas se registaram diferenças estatisticamente significativas na FC (melhor no grupo com VNI) e na PaCO<sub>2</sub> (melhor no grupo com ONAF). Por outro lado, foi também possível perceber que o ONAF foi uma alternativa para doentes (15%) que não toleraram a VNI. Os principais motivos relacionados com a intolerância da VNI (lesões cutâneas e irritação ocular), vão ao encontro daquilo que foi descrito no estudo Nicolini et al. (2014). Assim, o ONAF pode ser um tratamento alternativo de insuficiência respiratória hipercápnica, especialmente quando a VNI não é bem tolerada (Papachatzakis et al., 2020).

### CONCLUSÃO

Nos estudos incluídos nesta revisão, não foi possível determinar a efetividade do ONAF no tratamento da IR, devido à baixa qualidade metodológica dos mesmos, o que comprometeu a generalização dos

resultados apresentados. Além disso, a impossibilidade de confrontar os resultados através de síntese quantitativa, pela não inclusão de estudos com grupo de controlo comparáveis entre si, impossibilitou a medição do tamanho do efeito da intervenção. Porém, foi possível conhecer a eficácia do ONAF. Este revelou-se eficaz quando comparado com a oxigenoterapia convencional, com o insuflador manual e com a VNI no tratamento da IR hipoxémica e hipercápnica. Esta eficácia teve evidência significativa quando comparado o ONAF com a oxigenoterapia convencional na pós-extubação de doentes hipoxémicos e na redução da PaCO<sub>2</sub> quando comparado o ONAF com a VNI nos doente hipercápnicos. Na pré-oxigenação de doentes com IR hipoxémica com PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> > 200 ≤ 300 é possível utilizar com eficácia a VNI, ONAF e o insuflador manual. Contudo quando nos reportamos aos doentes com hipoxémia com PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> ≤ 200mmHg a evidência aponta para uma eficácia da VNI em detrimento do ONAF. Adicionalmente o ONAF, provavelmente por via dos seus mecanismos de ação, demonstrou melhores taxas de conforto e redução dos efeitos adversos que decorrem da utilização da VNI ou da oxigenoterapia convencional apontado para o ONAF como uma alternativa eficaz no tratamento da IR. Como recomendações para a prática clínica, pode considerar-se o recurso ao ONAF como uma estratégia eficaz no tratamento da IR hipoxémica e hipercápnica, no contexto da pré-oxigenação, na pós-extubação e coadjuvante à VNI. Para os doentes, o ONAF apresenta-se como uma alternativa mais confortável e tolerável. Como recomendações para a investigação, esta deverá centrar-se em estudos randomizados que apresentem e acrescentem resultados que possam ser

generalizáveis e comparáveis entre si quantitativamente e que permitam a criação de diretrizes para a aplicação do ONAF.

### Financiamento

Esta revisão não contou com nenhum tipo de financiamento

### conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gomes, A. J., Ramos, S., Vieira, C., Pinho, A., Rego, A., & Macedo A.P. (2021). . *The Effectiveness of high-flow oxygen in the respiratory insufficiency: Systematic review*. PROSPERO CRD42021271482. [https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display\\_record.php?ID=CRD42021271482](https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42021271482)
- Aromataris, E., & Munn, Z. (2020a). Chapter 1: JBI Systematic Reviews. In: Aromataris E., Munn Z. Editor. *JBI Manual for Evidence Synthesis*. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-02>
- Aromataris, E., Munn, Z. (Eds) (2020b). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://synthesismanual.jbi.global/>
- Azoulay, E., Lemiale, V., Mokart, D., Nseir, S., Argaud, L., Pène, F., ... & Demoule, A. (2018). Effect of high-flow nasal oxygen vs standard oxygen on 28-day mortality in immunocompromised patients with acute respiratory failure: the HIGH randomized clinical trial. *Jama*, 320(20), 2099-2107. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2018.14282>
- Bellani, G., Laffey, J. G., Pham, T., Fan, E., Brochard, L., Esteban, A., Gattinoni, L., van Haren, F., Larsson, A., McAuley, D. F., Ranieri, M., Rubenfeld, G., Thompson, B. T., Wrigge, H., Slutsky, A. S., Pesenti, A., LUNG SAFE Investigators, & ESICM Trials Group (2016). Epidemiology, Patterns of Care, and Mortality for Patients With Acute Respiratory Distress Syndrome in Intensive Care Units in 50 Countries. *JAMA*, 315(8), 788-800. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.0291>
- Cumpston, M., Li, T., Page, M. J., Chandler, J., Welch, V. A., Higgins, J. P., & Thomas, J. (2019). Updated guidance for trusted systematic reviews: a new edition of the Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. *The Cochrane database of systematic reviews*, 10, ED000142. <https://doi.org/10.1002/14651858.ED000142>
- Dres, M., & Demoule, A. (2017). What every intensivist should know about using high-flow nasal oxygen for critically ill patients. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 29, 399-403. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20170060>
- Frat, J. P., Ragot, S., Girault, C., Perbet, S., Prat, G., Boulain, T., Demoule, A., Ricard, J. D., Coudroy, R., Robert, R., Mercat, A., Brochard, L., Thille, A. W., & REVA network (2016). Effect of non-invasive oxygenation strategies in immunocompromised patients with severe acute respiratory failure: a post-hoc analysis of a randomised trial. *The Lancet. Respiratory medicine*, 4(8), 646-652. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(16\)30093-5](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(16)30093-5)
- Frat, J. P., Ricard, J. D., Quenot, J. P., Pichon, N., Demoule, A., Forel, J. M., Mira, J. P., Coudroy, R., Berquier, G., Voisin, B., Colin, G., Pons, B., Danin, P. E., Devaquet, J., Prat, G., Clere-Jehl, R., Petitpas, F., Vivier, E., Razazi, K., Nay, M. A., ... REVA network (2019). Non-invasive ventilation versus high-flow nasal cannula oxygen therapy with apnoeic oxygenation for preoxygenation before intubation of patients with acute hypoxaemic respiratory failure: a randomised, multicentre, open-label trial. *The Lancet. Respiratory medicine*, 7(4), 303-312. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(19\)30048-7](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(19)30048-7)
- Frat, J. P., Thille, A. W., Mercat, A., Girault, C., Ragot, S., Perbet, S., Prat, G., Boulain, T., Morawiec, E., Cottureau, A., Devaquet, J., Nseir, S., Razazi, K., Mira, J. P., Argaud, L., Chakarian, J. C., Ricard, J. D., Wittebole, X., Chevalier, S., Herbland, A., ... REVA Network (2015). High-flow oxygen through nasal cannula in acute hypoxemic respiratory failure. *The New England journal of medicine*, 372(23), 2185-2196. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1503326>
- Gomes, M. J. M., & Sotto-Mayor, R. (2001). 25 *perguntas frequentes em pneumologia*. Permanyer
- Gotera, C., Lobato, S. D., Pinto, T., & Winck, J. C. (2013). Clinical evidence on high flow oxygen therapy and active humidification in adults. *Revista portuguesa de pneumologia*, 19(5), 217-227. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rppneu.2013.03.005>
- Ischaki, E., Pantazopoulos, I., & Zakyntinos, S. (2017). Nasal high flow therapy: a novel treatment rather than a more expensive oxygen device. *European Respiratory*

- Review, 26(145). <http://dx.doi.org/10.1183/16000617.0028-2017>
- Joanna Briggs Institute. (2013). *New JBI Levels of Evidence*. <http://joannabriggs-webdev.org/assets/docs/approach/JBI-Levels-of-evidence-2014.pdf>
- Martins, A. (2019). Insuficiência Respiratória Aguda. *Medicina Interna* 4(26), 342-344. <https://doi.org/10.24950/rspmi/ce/204/19/4/2019>
- Mauri, T., Turrini, C., Eronia, N., Grasselli, G., Volta, C. A., Bellani, G., & Pesenti, A. (2017). Physiologic effects of high-flow nasal cannula in acute hypoxemic respiratory failure. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 195(9), 1207-1215. <http://dx.doi.org/10.1164/rccm.201605-0916oc>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Annals of Internal Medicine*. 151(4), 264. <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135>
- Nicolini, A., Ferrera, L., Santo, M., Ferrari-Bravo, M., Del Forno, M., & Scifò, F. (2014). Noninvasive ventilation for hypercapnic exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: factors related to noninvasive ventilation failure. *Pol Arch Med Wewn*, 124(10), 525. <http://dx.doi.org/10.20452/pamw.2460>
- Nishimura, M. (2015). High-flow nasal cannula oxygen therapy in adults. *Journal of intensive care*, 3(1), 1-8. <http://dx.doi.org/10.1186/s40560-015-0084-5>
- Pádua, A. I., Alvares, F., & Martinez, J. A. B. (2003). Insuficiência Respiratória. *Medicina*, 36(2/4), 205. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v36i2/4p205-213>
- Papachatzakis, Y., Nikolaidis, P. T., Kontogiannis, S., & Trakada, G. (2020). High-flow oxygen through nasal cannula vs. non-invasive ventilation in hypercapnic respiratory failure: a randomized clinical trial. *International journal of environmental research and public health*, 17(16), 5994. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17165994>
- Roussos, C., & Koutsoukou, A. (2003) Respiratory failure. *European Respiratory Journal*, 22(47 suppl), 3s-14s. <https://doi.org/10.1183/09031936.03.00038503>
- Santos, A. C. (2018). *13º Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias 2016/2017. Panorama das doenças respiratórias em Portugal. Retrato da saúde 2018*. O estado da Saúde em Portugal. [https://www.ondr.pt/files/Relatorio\\_ONDR\\_2018.pdf](https://www.ondr.pt/files/Relatorio_ONDR_2018.pdf)
- Scala, R., & Heunks, L. (2018). Highlights in acute respiratory failure. *European Respiratory Review*, 27(147). <https://doi.org/10.1183/16000617.0008-2018>
- Simon, M., Wachs, C., Braune, S., de Heer, G., Frings, D., & Kluge, S. (2016). High flow nasal cannula oxygen versus bag-valve-mask for preoxygenation before intubation in patients with hypoxemic respiratory failure—a randomized controlled trial. *Pneumologie*, 70(S 01), P381. <http://dx.doi.org/10.4187/respcare.04413>
- Song, H. Z., Gu, J. X., Xiu, H. Q., Cui, W., & Zhang, G. S. (2017). The value of high-flow nasal cannula oxygen therapy after extubation in patients with acute respiratory failure. *Clinics*, 72, 562-567. [http://dx.doi.org/10.6061/clinics/2017\(09\)07](http://dx.doi.org/10.6061/clinics/2017(09)07)
- Spoletini, G., Alotaibi, M., Blasi, F., & Hill, N. S. (2015). Heated humidified high-flow nasal oxygen in adults. *Chest*, 148(1), 253-261. <http://dx.doi.org/10.1378/chest.14-2871>
- Spoletini, G., Mega, C., Pisani, L., Alotaibi, M., Khoja, A., Price, L. L., Blasi, F., Nava, S., & Hill, N. S. (2018). High-flow nasal therapy vs standard oxygen during breaks off noninvasive ventilation for acute respiratory failure: A pilot randomized controlled trial. *Journal of critical care*, 48, 418-425. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2018.10.004>
- Tufanaru C., Munn Z., Aromataris E., Campbell J., Hopp L. (2020). Chapter 3: Systematic reviews of effectiveness. In: Aromataris E., Munn Z. Editor. *JBI Manual for Evidence Synthesis*. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-04>
- Virani, A., Ma, K., Leap, J., Dumont, T., Hertel, J., Singh, A., & Cheema, T. (2019). Acute Respiratory Distress Syndrome Definition, Causes, and Pathophysiology. *Critical Care Nursing Quarterly*, 42(4), 344-348. <http://dx.doi.org/10.1097/cnq.0000000000000274>
- Wilkinson, D., Andersen, C., O'Donnell, C. P., De Paoli, A. G., & Manley, B. J. (2016). High flow nasal cannula for respiratory support in preterm infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd006405.pub3>



**SATISFAÇÃO DO CLIENTE CIRÚRGICO COM OS CUIDADOS INTRAOPERATÓRIOS: UMA REVISÃO SCOPING**

Surgical patient satisfaction with intraoperative nursing care: a scoping review

Satisfacción del paciente quirúrgico con el cuidado intraoperatorio: una revisión *scoping*

Alexandre Lomba\*, Luisa Pais Ferreira\*\*, Lúcia Gerónimo\*\*\*

**RESUMO**

**Enquadramento:** a avaliação da satisfação do cliente com os cuidados de enfermagem é um indicador válido da qualidade dos cuidados e uma ferramenta útil para a melhoria contínua da qualidade dos mesmos. Porém, verifica-se que a temática tem sido pouco explorada no período intraoperatório, impossibilitando a identificação e desenvolvimento de intervenções de enfermagem que a promovam. **Objetivo:** mapear as dimensões da satisfação do cliente com os cuidados de enfermagem no bloco operatório. **Metodologia:** revisão scoping, orientada pela metodologia do The Joanna Briggs Institute, na sua versão de 2020. Após aplicação dos critérios de inclusão, foram incluídos 8 artigos na revisão scoping. **Resultados:** foram identificadas algumas dimensões relevantes da satisfação do cliente com os cuidados de enfermagem no bloco operatório (informação fornecida, relação estabelecida com os enfermeiros, satisfação das necessidades fisiológicas e ambiente físico do bloco operatório) e intervenções de enfermagem capazes de as satisfazer. **Conclusão:** As necessidades informacionais e relacionais do cliente, a sua homeostasia física e emocional e o funcionamento eficiente do bloco operatório são as dimensões mais amiúde identificadas e com maior relevância para a satisfação do cliente com os cuidados de enfermagem no bloco operatório.

**Palavras chave:** satisfação do paciente; enfermagem perioperatória; sala cirúrgica

\*RN, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central - <https://orcid.org/0000-0002-5393-1605>  
- Author contribution: study conception and design, data collection, data analysis and interpretation, drafting of the article, critical revision of the article

\*\*MsC, Escola Superior de Saúde Norte CVP - <https://orcid.org/0000-0002-5641-5585> - Author contribution: study conception and design, drafting of the article, critical revision of the article

\*\*\*MsC, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central - <https://orcid.org/0000-0002-0157-2372> - Author contribution: critical revision of the article

**Autor de correspondência:**  
Alexandre Lomba  
Email: [allomba@gmail.com](mailto:allomba@gmail.com)

Lomba, A., Ferreira, L.P., & Geronimo, L. (2023). Satisfação do cliente cirúrgico com os cuidados intraoperatórios: uma revisão scoping. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 6(2), 103-114. <https://doi:10.37914/riis.v6i2.249>

Recebido para publicação: 11/06/2022  
Aceite para publicação: 13/07/2023

**ABSTRACT**

**Background:** patient satisfaction with nursing care is a valid indicator of the quality of care and a useful tool for continuous quality improvement. Nonetheless, studies concerning patient satisfaction with perioperative nursing care in the operating room have been lacking, which limits the development of nursing interventions that may promote it. **Objective:** to map dimensions of patient satisfaction with perioperative nursing care in the operating room. **Methodology:** scoping review, oriented by The Joanna Briggs Institute methodology for scoping reviews, 2020 version. 8 articles were included in the scoping review after inclusion criteria application. **Results:** relevant dimensions of patient satisfaction with perioperative nursing care in the operating room were identified, namely: information, nurse-patient relationship, satisfaction of physiological needs and operating room environment. Nursing interventions that meet these dimensions were also identified. **Conclusion:** patient's empowerment, therapeutic relationship, physiological homeostasis and operating room efficiency are the most frequently identified dimensions and the more relevant to patient satisfaction with perioperative nursing care in the operating room.

**Keywords:** patient satisfaction; perioperative nursing; operating room

**RESUMEN**

**Marco contextual:** la evaluación de la satisfacción del cliente con la atención de enfermería es un indicador válido de la calidad de atención y una herramienta utilizada para mejorar la calidad de la atención. Sin embargo, parece que el tema há sido poco explorado en el período intraoperatório, lo que hace imposible identificar y desarrollar intervenciones de enfermería que la promuevan. **Objetivo:** mapear las dimensiones de la satisfacción del cliente con el cuidado de enfermería en quirófano. **Metodología:** revisión "scoping" guiada por la metodología de The Joanna Biggs Institute, en la 2020. Después de la aplicación de los criterios de inclusión, se incluyeron 8 artículos en la revisión. **Resultados:** se han identificado algunas dimensiones relevantes en la satisfacción del cliente con la atención de enfermería en quirófano (información recibida, relación establecida con el personal de enfermería, satisfacción de las necesidades fisiológicas y entorno físico del quirófano) y las intervenciones capaces de satisfacerlas. **Conclusión:** Las necesidades de información y relacionales del cliente, su homeostasis física y emocional y el funcionamiento eficiente del quirófano son las dimensiones mas identificadas y com mayor impacto en la satisfacción del cliente con los cuidados de enfermeria en quirófano.

**Palabras clave:** satisfacción del paciente; enfermería perquirúrgica, quirófanos

### INTRODUÇÃO

A qualidade em saúde é uma temática relativamente recente e pouco consensual, havendo diversas conceptualizações acerca da mesma. O modelo que reúne maior consenso será porventura o de Avedis Donabedian. Este definiu qualidade em saúde como o resultado da interação de dois elementos: os atributos inerentes à ciência e tecnologia dos cuidados de saúde e a forma como esses mesmos atributos são aplicados na prática dos cuidados de saúde (Donabedian, 1993). Segundo Donabedian (1988), no âmago desta interação está a relação interpessoal que se estabelece entre os profissionais de saúde e os clientes, crucial para a satisfação do cliente e para a sua adesão e anuência aos cuidados necessários. Por essa razão, o autor defende que a avaliação da satisfação do cliente é indispensável tanto na avaliação da qualidade global dos sistemas de saúde como no seu desenvolvimento e gestão. A convicção de Donabedian tem sido validada pela investigação, que comprova o impacto da avaliação da satisfação do cliente na melhoria da qualidade dos sistemas de saúde (Al-Abri & Al-Balushi, 2014).

A satisfação do cliente pode definir-se como o resultado da diferença entre as expectativas do cliente em relação aos cuidados e a percepção que este tem dos cuidados recebidos (Hawkins et al., 2014; Freitas et al., 2016). A satisfação do cliente representa, assim, o grau em que o cliente se encontra satisfeito com os cuidados de saúde que recebeu, sendo uma avaliação suscetível à influência das expectativas e percepções do próprio cliente (Hertel-Joergensen et al., 2018). É, portanto, uma realidade complexa e subjetiva, que envolve fatores físicos, emocionais, sociais e culturais (Caljouw et al., 2008) e resulta da interação do cliente

com o sistema de saúde em que os cuidados de saúde são prestados (Hawkins et al., 2014). Nesse sentido, a satisfação do cliente com os cuidados de saúde deverá ser entendida pelas instituições e pelos profissionais como um resultado da prestação de cuidados e um indicador de qualidade dos mesmos (Farber, 2010; Hertel-Joergensen et al., 2018). E isto porque a qualidade dos cuidados de saúde é multidimensional, possuindo pelo menos três perspetivas distintas, mas complementares: a organizacional, a dos profissionais de saúde e a dos clientes (Rehnström et al., 2003).

A avaliação da satisfação do cliente permite assim integrar os contributos dos clientes na construção da qualidade em saúde, pois “os sistemas de prestação de cuidados de saúde existem para servir as populações e, por isso, é fundamental que as pessoas sejam colocadas no centro dos esforços para institucionalizar uma cultura da qualidade” (OMS, 2020, p. 15). É nesse sentido que se deverá “suscitar e possibilitar um envolvimento significativo das comunidades servidas pelo sistema e este deve estar preparado para acolher esse envolvimento”, nomeadamente envolvendo “os doentes, as famílias e as comunidades no planeamento, gestão, prestação e avaliação dos serviços de saúde” (OMS, 2020, p. 15). Crê-se que desta forma se poderá “garantir que as prioridades refletem aquilo que interessa e introduz um novo nível de responsabilidade pelos cuidados de qualidade” (OMS, 2020, p. 15).

É nesse sentido que desde 2001, e respondendo às suas competências estatutárias, que a temática da qualidade é abordada pela Ordem dos Enfermeiros (OE), tendo para tal definido padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. A OE ressalva que “nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício

## Satisfação do cliente cirúrgico com os cuidados intraoperatórios: uma revisão scoping

profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde” (Conselho de Enfermagem, 2012, p. 6). Mas se o exercício profissional dos enfermeiros não pode ser negligenciado nesta temática, também os enfermeiros não podem negligenciar que “existem para servir os cidadãos” (Conselho de Enfermagem, 2012, p. 7). Por essa razão, “os enfermeiros têm presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças, perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes” (Conselho de Enfermagem, 2012, p.13). A satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem é um poderoso preditor da satisfação global dos clientes com o sistema de saúde (Özlü & Uzun, 2015), muito se devendo este facto ao carácter relacional da profissão (Freitas et al., 2016). É por isso importante reconhecer que os cuidados de enfermagem perioperatórios não se limitam a procedimentos técnicos, compreendendo também um conjunto de intervenções que pretendem estabelecer uma relação com o cliente e criar um ambiente propício à manifestação das suas preocupações e receios (Breda & Cerejo, 2021). Pela importância da temática, a satisfação do cliente é o primeiro enunciado descritivo dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e também dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, atribuindo-se ao enfermeiro especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória o desenvolvimento e implementação de um sistema de avaliação da

satisfação da pessoa (Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2017).

No entanto, salienta-se a escassez, dispersão e heterogeneidade dos estudos sobre a temática na especificidade da enfermagem perioperatória e no contexto do bloco operatório. Nesse sentido, procedeu-se à pesquisa preliminar, em março de 2022, nas bases de dados JBI Evidence Synthesis, PROSPERO e Open Science Framework (OSF) de modo a verificar a existência de protocolos de revisão ou revisões da literatura, scoping ou sistemática, já realizadas, não se tendo identificado nenhuma realizada ou em curso. Dessa forma, e pela evidente lacuna identificada, optou-se por realizar uma revisão scoping pois será “uma maneira útil para mapear áreas de estudo onde é difícil visualizar a gama de informação que pode estar disponível” (Apóstolo, 2017, p.102). Para tal, foi adotada a metodologia do The Joanna Briggs Institute (JBI) na sua versão de 2020 (Aromataris & Munn, 2020), de forma a conferir rigor e transparência à presente revisão scoping. Esta terá por objetivos mapear as dimensões da satisfação do cliente com os cuidados de enfermagem no bloco operatório.

### PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA REVISÃO

#### Questão de revisão

Qualquer revisão bibliográfica tem por objetivo responder a uma questão, e as revisões scoping não são exceção. Tendo-se adotado a metodologia do JBI, a mnemónica PCC (Participantes, Conceito e Contexto) foi utilizada para a construção da questão de revisão (tabela 1). Assim, a questão que orientou a presente revisão é: “Quais as dimensões da satisfação do cliente com os cuidados de enfermagem no bloco operatório?”.

## Satisfação do cliente cirúrgico com os cuidados intraoperatórios: uma revisão scoping

Com a presente revisão pretendeu-se ainda responder à seguinte questão secundária: “Quais as intervenções de Enfermagem promotoras da satisfação do cliente

com os cuidados de enfermagem no bloco operatório?”.

Tabela 1

Componentes da questão de revisão

<b>PARTICIPANTES</b>	Adultos, com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os géneros e submetidos a intervenção cirúrgica em contexto de internamento hospitalar.
<b>CONCEITO</b>	“Satisfação do cliente” como o conceito principal a explorar no âmbito desta revisão scoping. “Enfermagem perioperatória”, pois são as intervenções inerentes à prática da mesma e promotoras da “satisfação do cliente” que se pretende mapear.
<b>CONTEXTO</b>	Bloco operatório convencional

### Critérios de inclusão

Foram incluídos na pesquisa estudos exploratórios, descritivos e correlacionais, tanto de abordagem quantitativa como qualitativa. Nos estudos quantitativos incluíram-se estudos experimentais (incluindo estudos randomizados controlados, controlados não randomizados ou outros estudos quase-experimentais) e estudos observacionais (estudos descritivos, estudos de coorte, estudos transversais ou estudos de caso). Nos qualitativos incluíram-se estudos fenomenológicos, etnográficos e de metodologia grounded theory, entre outros. Incluíram-se também revisões sistemáticas e literatura cinzenta, como dissertações e artigos de periódicos. Foram incluídos os estudos em língua portuguesa e inglesa, disponibilizados em texto integral. Não foi aplicado limite temporal quanto aos estudos encontrados dado a relativa novidade e evolução dos conceitos definidos como alvo da presente revisão.

### Estratégia de pesquisa

A pesquisa desenvolveu-se em três etapas (Peters, et al., 2020) e de acordo com a metodologia do JBI. Na primeira etapa procedeu-se a uma pesquisa inicial nas bases de dados Medical Literature Analysis and

Retrieval System Online (MEDLINE), via PubMed Central, e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINHAL), via EBSCOhost. Com esta pesquisa pretendeu-se identificar os termos naturais, utilizados pelos autores nos títulos e nos resumos dos estudos, bem como os termos de indexação/ palavras-chave.

Na segunda etapa, e com os termos a utilizar já identificados, realizou-se a pesquisa nas bases de dados PubMed Central, Google Académico, Scientific Electronic Library Online, (SciELO), ResearchGate e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP). Via EBSCOhost procedeu-se à pesquisa na CINAHL, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register. A fórmula booleana em que se fundamentou a pesquisa foi “patient satisfaction” AND (“perioperative nursing” OR “nursing interventions”) AND “operating room”, nas suas adaptações às diferentes bases de dados científicas, ou seja, utilizando os termos selecionados como termos indexados ou como termos naturais.

## Satisfação do cliente cirúrgico com os cuidados intraoperatórios: uma revisão scoping

Numa terceira fase foram pesquisados artigos adicionais, que constavam nas referências bibliográficas dos artigos selecionados, mantendo-se a metodologia de seleção utilizada para os artigos obtidos das bases de dados científicas. O processo de

seleção dos artigos apresenta-se na figura 1, sob a forma de fluxograma e de acordo com o PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews) (Tricco, et al., 2018).

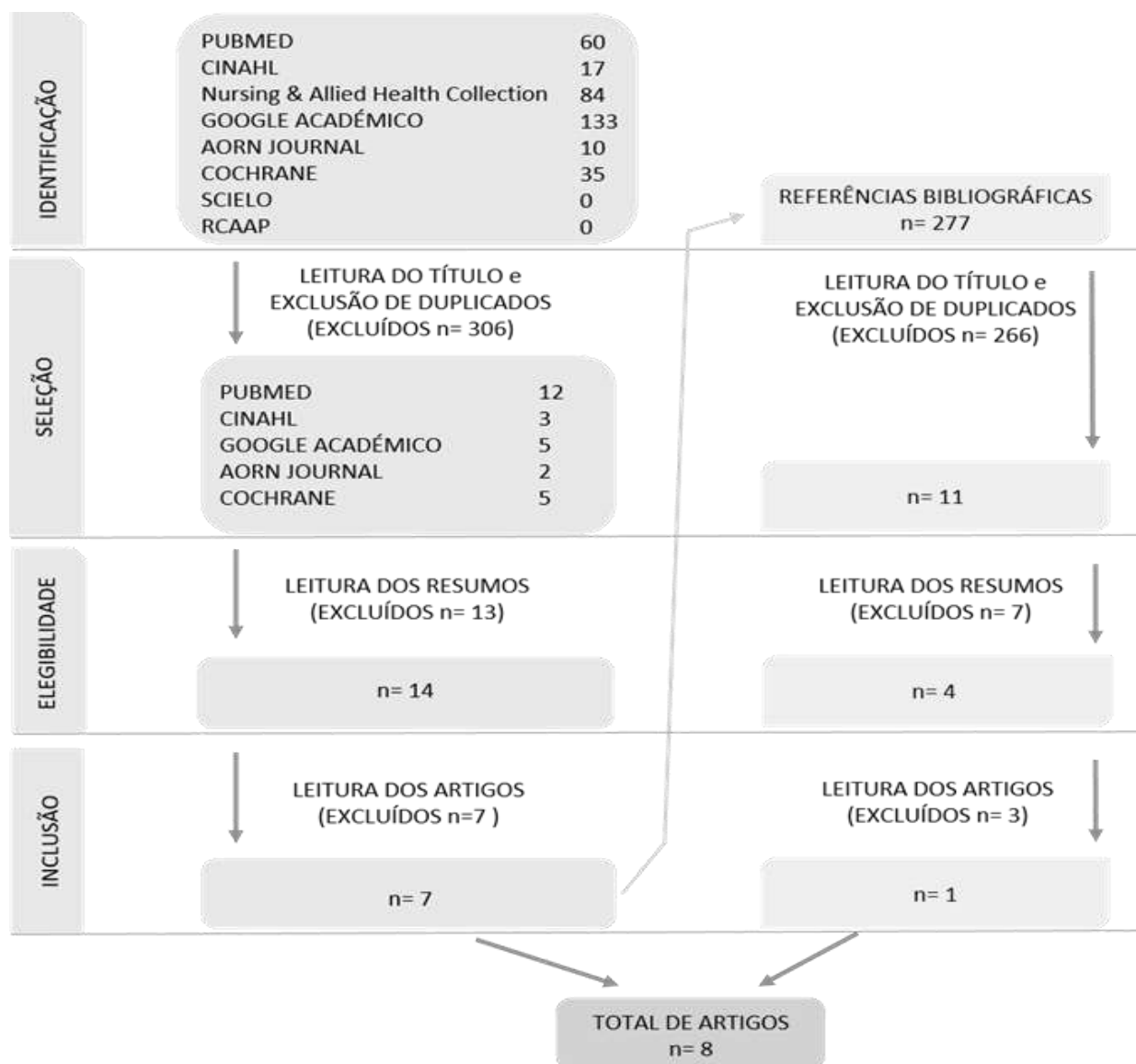


Figura1

Fluxograma do processo de seleção dos artigos (adaptada de PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews) (Tricco, et al., 2018)

## RESULTADOS

Os estudos selecionados foram analisados por dois revisores independentes de acordo com a metodologia

do JBI para as revisões scoping. Foi desenvolvido um instrumento tabelar para a extração de dados, aqui parcialmente reproduzido (tabela 2), de forma a

## Satisfação do cliente cirúrgico com os cuidados intraoperatórios: uma revisão scoping

sumarizar as evidências que dão resposta às questões da presente revisão scoping. Ainda a referir que se optou pela apresentação dos dados extraídos por ordem cronológica regressiva, ou seja, do artigo mais recente para o mais antigo.

Tabela 2

Instrumento de extração de dados dos estudos incluídos na revisão

TÍTULO	AUTOR(ES)/ANO	DIMENSÕES DA SATISFAÇÃO DO CLIENTE	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
1 Patient satisfaction with perioperative nursing care in a tertiary hospital in Ghana.	Anaba, P., Anaba, E. A., & Abuosi, A. A. 2020	<b>Informação fornecida</b> (clareza e quantidade de informação fornecida sobre o procedimento cirúrgico e permanência no bloco operatório). <b>Relação enfermeira-cliente</b> (cuidado demonstrado ao cliente e as expectativas do cliente relativamente aos comportamentos e atitudes das enfermeiras). <b>Medos e preocupações do cliente</b> (o grau de medo ou preocupação do cliente relativamente a situações como ver a sala operatória, acordar durante o procedimento cirúrgico ou dor). <b>Desconforto e necessidades do cliente</b> (resultados adversos da anestesia que poderão influenciar a satisfação do cliente). <b>Serviço</b> (perceção do cliente relativamente aos tempos de espera antes da cirurgia, da cirurgia e da alta da UCPA).	Preservar a privacidade do cliente Promover o controlo da dor, náusea e vómito Manter uma postura empática, de respeito e profissionalismo Envolver o cliente nas decisões relativas aos cuidados a prestar Informar de forma clara, detalhada e inteligível Promover a expressão de receios e preocupações do cliente Promover práticas recomendadas (normotermia, posicionamento na marquês cirúrgica, prevenção da infeção do local cirúrgico) Promover a redução dos tempos de espera no bloco operatório
2 Satisfaction of surgical patients with perioperative nursing care in a Spanish tertiary care hospital	Sillero, S. A., & Zabalegui, A. 2018.	<b>Comunicação com os profissionais de saúde</b> <b>Satisfação das necessidades do cliente</b>	Fornecer mais e melhor informação ao cliente Manter uma postura empática e disponível Aumentar o tempo de contacto/interação com o cliente Prestar cuidados individualizados Promover a participação do cliente nos cuidados Encorajar a colocação de questões
3 Patient and Family Member Needs During the Perioperative Period	Davis, Y., Perham, M., Hurd, A. M., Jagersky, R., Gorman, W. J., Lynch-Carlson, D., & Senseney, D. 2014	<b>Informação</b> <b>Conforto físico</b> <b>Comunicação</b> <b>Apoio psicológico</b> <b>Profissionalismo e competência dos profissionais</b>	Informar e esclarecer sobre a experiência cirúrgica Manter o cliente informado ao longo do processo cirúrgico Promover o controlo da dor e náusea Preservar a privacidade e dignidade do cliente Promover a presença do familiar na área de acolhimento do bloco operatório e na UCPA
4 An Integrative Review of Factors Related to Patient Satisfaction With General	Hawkins, R. J., Swanson, B., & Kremer, M. J. 2012	<b>Dimensões modificáveis</b> (informação fornecida, dor, tempos de espera ou atrasos, competências interpessoais do prestador de cuidados, medo ou ansiedade, náusea e vômitos, preocupação e gentileza dos prestadores de cuidados, atenção dispensada pelos prestadores de cuidados, sentir-se seguro, bem-estar, privacidade).	Segundo as autoras, intervenções de enfermagem que promovam a comunicação com o cliente, a eficiência dos cuidados perioperatórios e direcionadas para a redução da ansiedade do cliente, sem especificar quais.

## Satisfação do cliente cirúrgico com os cuidados intraoperatórios: uma revisão scoping

TÍTULO	AUTOR(ES)/ANO	DIMENSÕES DA SATISFAÇÃO DO CLIENTE	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Anesthesia Care		<b>Dimensões não-modificáveis</b> (idade do cliente).	
5 The importance of Nursing in Perioperative Care: a patient's perspective	Westerling, K.; & Bergbom, I. 2008	<b>No pré-operatório:</b> informação fornecida, esclarecimento de dúvidas e receios, comunicação com as enfermeiras do bloco operatório, acolhimento. <b>No intraoperatório:</b> ser reconhecido, acolhimento, informação fornecida, participação nos cuidados. <b>No pós-operatório:</b> continuidade dos cuidadores, validação do sucesso da cirurgia, reconhecimento da individualidade do cliente.	Estabelecer “relação de ajuda” Promover a continuidade dos cuidadores Informar e esclarecer sobre a experiência cirúrgica Capacitar para a experiência cirúrgica Promover a expressão de sentimentos
6 The quality of perioperative care: development of a tool for the perceptions of patients	Leinonen, T.; Leino-Kilpi, H., Stahlberg, M.-R., & Lertola, K. 2001	<b>Características dos profissionais</b> (gentileza, cortesia, humor, confiabilidade, cooperação em equipa). <b>Atividades desenvolvidas</b> (orientadas para a tarefa (manutenção da homeostasia e segurança física do cliente, informação e disponibilidade para a participação do cliente) e orientadas para a Pessoa (respeito pela dignidade do cliente, disponibilidade para ajudar, agir em defesa do cliente). <b>Pré-condições dos cuidados</b> (disponibilidade para o cliente e justificação dos cuidados prestados). <b>Progressão pelo bloco operatório</b> (tempo de espera para entrar na sala operatória e para ser transferido para a enfermaria) <b>Ambiente</b> (físico e social no bloco operatório).	Comunicar de forma profissional, empática e com recurso ao humor Promover o conforto e o controlo da dor Informar de forma clara e validar a compreensão da informação prestada Promover a colocação de questões e encorajar a expressão de dúvidas e receios Envolver o cliente na tomada de decisão relativamente aos cuidados de enfermagem a prestar Preservar a privacidade e dignidade do cliente Validar o consentimento do cliente para os cuidados a prestar Fornecer suporte emocional Promover a redução dos tempos de espera no percurso cirúrgico Prover um ambiente calmo e sem ruído excessivo
7 Intraoperative Nursing Care as Experienced by Surgical Patients.	Hankela, S., & Kiikkala, I. 1996	<b>Segurança intrapessoal</b> (sucesso do procedimento cirúrgico (melhoria da mobilidade, redução da dor, desempenho de atividades diárias, melhoria da qualidade de vida) e integridade (medo da dor, da morte, da incisão e da alteração da imagem pessoal; medo da anestesia). <b>Segurança extrapessoal</b> (autodeterminação (“papel” do cliente; acesso a informação como condição para a autodeterminação; “papéis” das enfermeiras, autoridade e exercício do poder) e ambiente (sala operatória enquanto ambiente físico, ruídos durante o procedimento, diferentes profissionais de saúde, duração do procedimento). <b>Segurança interpessoal</b> (comportamento das enfermeiras e ações das enfermeiras).	Intervenções orientadas para o cliente (relacionadas com a humanização dos cuidados (toque e prestação de cuidados de enfermagem com respeito pelo cliente e pela sua dignidade), gentileza (disponibilidade para ajudar, promover empatia, bondade e interação com o cliente), cuidar (estar presente, confortar, prestar apoio emocional), apoiar no processo de transição (encorajar, motivar, comunicar e utilizar humor) e advocacia (defender o cliente)). Intervenções orientadas para a execução de tarefas (relacionadas com educação (preparar, instruir e orientar, fornecer informação), fornecer suporte (orientar, promover a participação do cliente e explicar) e componente técnica (observação e monitorização)).
8 The quality of intraoperative nursing care: patient's perspectives.	Leinonen, T., Leino-Kilpi, H., & Jouko, K. 1996.	<b>Perspetiva biológica-fisiológica</b> (anestesia, sensibilidade e gentileza na prestação de cuidados, controlo da dor, náuseas e arrepios).	Promover o controlo da dor e náusea Promover a manutenção da normotermia Informar e esclarecer sobre a experiência cirúrgica

TÍTULO	AUTOR(ES)/ANO	DIMENSÕES DA SATISFAÇÃO DO CLIENTE	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
		<p><b>Perspetiva experiencial</b> (impressões gerais do cliente, receios e medos).</p> <p><b>Perspetiva cognitiva</b> (acessibilidade e adequação da informação fornecida e profissional de saúde que a fornece).</p> <p><b>Perspetiva funcional</b> (trabalho de equipa, continuidade dos cuidados, participação do cliente nos cuidados e tempos de espera antes do procedimento cirúrgico).</p> <p><b>Perspetiva ética</b> (respeito pela privacidade do cliente, vivência de situações incómodas ou desconfortáveis).</p> <p><b>Características e competência das enfermeiras</b> (nível de conhecimentos das enfermeiras, domínio dos equipamentos utilizados no procedimento cirúrgico, atuação em situações de emergência, competências relacionais das enfermeiras).</p> <p><b>Perspetiva ambiental</b> (adequação técnica do ambiente, segurança e ruído).</p>	<p>Informar sobre o decorrer do procedimento cirúrgico</p> <p>Validar a compreensão da informação fornecida</p> <p>Encorajar o cliente a questionar sobre os cuidados</p> <p>Promover a expressão de receios e preocupações do cliente</p> <p>Promover a participação do cliente nas decisões relativas aos cuidados a prestar</p> <p>Comunicar de forma profissional, empática e com recurso ao humor</p> <p>Esclarecer sobre atrasos ocorridos</p> <p>Promover ambiente calmo e sereno na sala operatória</p>

## DISCUSSÃO

O objetivo da presente revisão é responder à questão “Quais as dimensões identificadas da satisfação do cliente com os cuidados de enfermagem no bloco operatório”. Nesse sentido, todos os artigos selecionados identificam dimensões da satisfação do cliente com os cuidados de enfermagem no intraoperatório, apesar de utilizarem metodologias diferentes para tal. Foi também possível identificar as intervenções de enfermagem que pretendem responder a essas mesmas dimensões ou necessidades dos clientes.

Na maioria dos estudos (Anaba et al., 2020; Davis et al., 2014; Leinonen et al., 1996; Leinonen et al., 2001; Sillero & Zabalegui, 2018) os autores utilizaram uma abordagem quantitativa, com recurso a questionários de avaliação da satisfação do cliente com os cuidados de enfermagem hospitalares, mas não específicos para o período intraoperatório. Por sua vez, Westerling & Bergbom (2008) e Hankela & Kiikala (1996) optaram

por uma abordagem qualitativa, pela realização de entrevistas, identificando diretamente dos discursos dos clientes as dimensões e intervenções de enfermagem relevantes para a sua satisfação com os cuidados de enfermagem no período intraoperatório. Por sua vez, Hawkins et al. (2012) optaram por uma revisão integrativa da literatura, com identificação das dimensões, com impacto na satisfação do cliente com os cuidados de enfermagem previamente identificadas em outros estudos e com relevância para o período intraoperatório.

Apesar das diferentes metodologias, as dimensões identificadas são relativamente semelhantes, algo que se torna ainda mais significativo se verificarmos que os artigos selecionados cobrem um período de quase 30 anos e diferentes geografias. Informação fornecida, qualidade da interação com as enfermeiras, participação nos cuidados e a satisfação das necessidades físicas como o controlo da dor, são dimensões evidenciadas por todos os autores e às



## Satisfação do cliente cirúrgico com os cuidados intraoperatórios: uma revisão scoping

quais as intervenções de enfermagem identificadas pretendem responder.

Nos artigos selecionados, a informação fornecida e a comunicação com os clientes revelaram ter uma relação importante com a satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem no perioperatório sendo, segundo Davis et al. (2014), uma das dimensões mais valorizadas pelos clientes. Sillero & Zabalegui (2018) referem também que os clientes têm uma melhor experiência cirúrgica quando percebem que estão bem informados e compreendem o processo cirúrgico e, por essa razão, sugerem intervenções para incrementar a quantidade e qualidade da informação prestada aos clientes. A informação prestada permite que o cliente se sinta participativo e capaz de controlar a situação, podendo assim compreender e apreciar o período intraoperatório e minimizar a ansiedade (Westerling & Bergbom, 2008). Sobre esta dimensão, também Leinonen et al. (2001) referem que nos cuidados de enfermagem perioperatórios é importante informar adequadamente o cliente, mas também encorajar a colocação de dúvidas e permitir a expressão de opiniões. Leinonen et al. (1996) referem ainda que o cliente deve ser informado ao longo de todo o processo cirúrgico e que a compreensão da informação deverá ser validada, tendo verificado que a falta de informação sobre o desenrolar do procedimento cirúrgico foi a única causa de insatisfação dos clientes. Por a informação fornecida ter um impacto tão significativo na satisfação do cliente, Anaba et al. (2020) referem que a aquisição e desenvolvimento de competências comunicacionais das enfermeiras é crucial para a melhoria da qualidade dos cuidados no perioperatório.

Dos artigos selecionados emerge também a relevância da qualidade da relação enfermeiro-cliente para a satisfação deste com a experiência cirúrgica. No entanto, essa relação requer tempo, disponibilidade e continuidade por parte dos enfermeiros ao longo de todo o período perioperatório, algo que Westerling & Bergbom (2008) e Sillero & Zabalegui (2018) verificaram ser francamente valorizado pelos clientes. Também Anaba et al. (2020) concluíram que, das cinco dimensões avaliadas no seu estudo, a relação enfermeira-cliente era a única preditora da satisfação global do cliente com os cuidados de enfermagem perioperatórios. É também por esse motivo que Hankela & Kiikkala (1996) defendem, na conclusão do artigo, que a principal função da enfermeira durante o período intraoperatório é suportar o cliente na integração das suas vivências neste período. Tal só será possível se os enfermeiros estabelecerem com o cliente uma relação de proximidade, confiança, que respeite a sua autodeterminação e dignidade, e permissiva à partilha e à participação do cliente. Nesse sentido, assume especial importância a visita pré-operatória, essencial no cuidado perioperatório, como intervenção promotora dessa relação enfermeiro-cliente, com repercussão direta na qualidade dos cuidados no intraoperatório (Westerling & Bergbom, 2008).

Relativamente à dimensão das necessidades físicas/fisiológicas dos clientes, Anaba et al. (2020) referem a necessidade de adotar boas práticas e protocolos, tanto no controlo da dor, náuseas e vômitos, como no controlo de infeção nosocomial. Davis et al. (2012) corroboram que o controlo da dor e das náuseas é muito valorizado pelos clientes, pelo que deveria ser alvo de atenção pelos enfermeiros

perioperatórios. Davis et al. (2014) concluíram ainda que os clientes também valorizavam a informação fornecida no período pré-operatório relativamente ao controlo da dor e das náuseas decorrentes do procedimento cirúrgico e anestésico. Leinonen et al. (2001) referem ainda que é necessário avaliar a existência de dor prévia ao procedimento cirúrgico, pois verificaram que a intensidade da dor prévia ao procedimento afeta de modo adverso a experiência cirúrgica do cliente e a sua satisfação com os cuidados prestados. Hawkins et al. (2012) verificaram também que a dor era a segunda dimensão mais referenciada nos estudos incluídos na revisão integrativa que realizaram, estando identificada em 6 dos 9 estudos. Porém, os resultados de Sillero et al. (2018) contradizem os restantes estudos, pois a dor no pós-operatório não teve impacto significativo na satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem. As autoras atribuem tal achado à expectativa que os clientes incluídos no estudo possuíam de experienciar dor no pós-operatório. Salienta-se ainda, nesta dimensão, a importância das intervenções de enfermagem no âmbito da manutenção da normotermia para a satisfação dos clientes com a experiência cirúrgica. Leinonen et al. (1996) referem que a sensação de frio e os calafrios foram as experiências menos satisfatórias vivenciadas pelos clientes no bloco operatório.

O funcionamento do bloco operatório, apesar de identificado sob diferentes dimensões nos artigos, merece também particular atenção. Nesse sentido, as intervenções de enfermagem que promovem a gestão dos tempos de espera no âmbito do funcionamento do bloco operatório foram identificadas como relevantes para a satisfação dos clientes com os cuidados

perioperatórios. Leinonen et al. (2001) referem que quanto maior for o tempo de espera de um cliente, menor será a sua satisfação com os cuidados, o que está de acordo com os achados de Leinonen et al. (1996) em que os clientes identificaram os tempos de espera para entrar para a sala operatória e para serem transferidos para o internamento como causa de insatisfação. Também Hawkins et al. (2012) identificaram a mesma problemática, sendo referida em 4 dos 9 estudos incluídos na revisão integrativa. Anaba et al. (2020) salientam ainda que tempos de espera longos são importantes preditores de insatisfação com os cuidados, e que por essa razão deverão ser alvo de atenção especial tanto pelos profissionais de saúde como pelos responsáveis pela gestão dos serviços. Nesse sentido, os diferentes autores advertem da necessidade de intervenções de enfermagem que promovam a eficiência dos blocos operatórios, de maneira a não perturbar a prestação de cuidados e a melhorar o percurso do cliente.

### CONCLUSÃO

Com esta revisão pretendeu-se identificar as dimensões da satisfação do cliente com os cuidados de enfermagem no bloco operatório e, quando possível, as intervenções de enfermagem que lhes dão resposta. A informação fornecida, a comunicação com os profissionais de saúde, a relação estabelecida com os enfermeiros, o controlo da dor, das náuseas e vômitos e a gestão dos tempos de espera no âmbito do funcionamento do bloco operatório são as dimensões mais frequentemente identificadas nos artigos incluídos nesta revisão. Segundo os diferentes autores, estas deverão ser consideradas na promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de

enfermagem no perioperatório. Assim, para que o cliente vivencie a sua experiência cirúrgica de forma satisfatória, será necessário mantê-lo informado do processo cirúrgico, suportá-lo no seu percurso físico e emocional e garantir que a sua homeostasia e segurança são mantidas. Se as intervenções de enfermagem identificadas se integrarem numa relação de ajuda com os enfermeiros do perioperatório, maior será a satisfação do cliente com os cuidados de enfermagem no bloco operatório. Podemos assim afirmar que a satisfação do cliente com a experiência cirúrgica é tão dependente das relações que estabelece com os profissionais de saúde, como o sucesso do ato cirúrgico é dependente das competências técnicas desses mesmos profissionais. Considera-se também importante refletir sobre as limitações dos estudos selecionados. Na maioria dos artigos selecionados foram adaptados instrumentos de avaliação não específicos para o intra-operatório, pela inexistência dos mesmos. Nos restantes artigos, os dados foram colhidos dos clientes por meio de entrevista, o que implicou amostras muito reduzidas. Porém, e apesar destes autores terem chegado a resultados semelhantes aos dos restantes, o tamanho reduzido das amostras não lhes permitiu capitalizar os resultados das entrevistas para o desenvolvimento de instrumentos específicos para a avaliação da satisfação do cliente com os cuidados de enfermagem no bloco operatório.

Face ao exposto, considera-se que a atual revisão scoping é um suporte para a investigação futura relativamente à satisfação do cliente com os cuidados de enfermagem no bloco operatório. Mais estudos serão necessários para construir instrumentos específicos para a avaliação da satisfação do cliente

com os cuidados de enfermagem no intraoperatório e para avaliar quais as intervenções de enfermagem mais eficazes na satisfação das expectativas dos clientes. Esta revisão poderá ser assim um ponto de partida para a reflexão sobre a prática e para a implementação da avaliação da satisfação dos clientes como ferramenta para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem perioperatórios.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al-Abri, R., & Al-Balushi, A. (2014). Patient Satisfaction Survey as a Tool Towards Quality Improvement. *Oman Medical Journal*, 29(1), 3-7. doi:10.5001/omj.2014.02
- Anaba, P., Anaba, E. A., & Abuosi, A. A. (2020). Patient satisfaction with perioperative nursing care in a tertiary hospital in Ghana. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. doi: 10.1108/IJHCQA-01-2020-0021
- Apóstolo, J. L. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, ESEnfC.
- Aromataris, E., & Munn, Z. (Edits.). (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. The Joanna Briggs Institute. doi:10.46658/JBIMES-20-01
- Breda, L. F., & Cerejo, M. da N. R. (2021). Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(5), 1-8. doi:10.12707/RV20088
- Caljouw, M. A., Beuzekom, M. v., & Boer, F. (2008). Patient's satisfaction with perioperative care: development, validation, and application of a questionnaire. *British Journal of Anaesthesia*, 100(5), pp. 637-644. doi:10.1093/bja/aen034
- Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especialidades em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Leiria.
- Conselho de Enfermagem. (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos. Divulgar*. Ordem dos Enfermeiros. Obtido de

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgacao-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Davis, Y., Perham, M., Hurd, A. M., Jagersky, R., Gorman, W. J., Lynch-Carlson, D., & Senseney, D. (Abril de 2014). Patient and Family Member Needs During the Perioperative Period. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 29(2), 119-128. doi:10.1016/j.jopan.2013.05.013

Donabedian, A. (1988). The Quality of Care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743-1748.

Donabedian, A. (1993). Quality in Health Care: Whose Responsibility Is It? *American College of Medical Quality*, 8(2), 32-36. doi:10.1177/0885713X9300800202

Farber, J. (setembro de 2010). Measuring and Improving Ambulatory Surgery Patient's Satisfaction. *AORN Journal*, 92(3), 313-321. doi:10.1016/j.aorn.2010.01.017

Freitas, M. J., Parreira, P. M., & Domingues, J. P. (jul./ago./set. de 2016). Avaliação das propriedades psicométricas da Escala Satisfação do Cliente com os Cuidados de Enfermagem no Hospital. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(10), 9-17. doi:10.12707/RIV16031

Hankela, S., & Kiiikkala, I. (1996). Intraoperative Nursing Care as Experienced by Surgical Patients. *AORN Journal*, 63(2), 435-442.

Hawkins, R. J., Swanson, B., & Kremer, M. J. (Outubro de 2012). An Integrative Review of Factors Related to Patient Satisfaction With General Anesthesia Care. *AORN Journal*, 96(4), 368-376. doi:10.1016/j.aorn.2012.07.015

Hawkins, R. J., Swanson, B., & Kremer, M. J. (2014). Content Validity Testing of Questions for a Patient Satisfaction With General Anesthesia Care Instrument. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 29, 28-35. doi:10.1016/j.jopan.2013.05.011

Hertel-Joergensen, M., Abrahamsen, C., & Jensen, c. (2018). Translation, adaptation and psychometric validation of the Good Perioperative Nursing Care Scale (GPNCS) with surgical patients in perioperative care. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 29, 41-48. doi:10.1016/j.ijtn.2018.03.001

Leinonen, T., Leino-Kilpi, H., & Jouko, K. (1996). The quality of intraoperative nursing care: The patient's perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 24(4), 843-852.

Leinonen, T., Leino-Kilpi, H., Stahlberg, M.-R., & Lertola, K. (2001). The quality of perioperative care: development of a tool for the perceptions of patients. *Journal of Advanced Nursing*, 35(2), 294-306.

OMS. (2020). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*. Genebra. Obtido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>

Özlü, Z., & Uzun, Ö. (2015). Evaluation of satisfaction with nursing care of patients hospitalized in surgical clinics of different hospitals. *International Journal of Caring Sciences*, 8, 19-24. Obtido de <http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/3-Karaman-%20Original.pdf>

Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A., & Khalil, H. (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis - Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version)*. (A. E., & M. Z, Edits.) The Joanna Briggs Institute. doi:10.46658/JBIMES-20-12

Rehnström, L., Christensson, L., Leino-Kilpi, H., & Unosson, M. (2003). Adaptation and psychometric evaluation of the Swedish version of the Good Nursing Care Scale for Patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(3), 308-314. doi: 10.1046/j.1471-6712.2003.00232.x

Sillero, S. A., & Zabalegui, A. (2018). Satisfaction of surgical patients with perioperative nursing care in a Spanish tertiary care hospital. *SAGE Open Medicine*, 6, 1-9. doi:10.1177/2050312118818304

Tricco, A., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K., Colquhoun, H., Levac, D., . . . Hempel, S. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*. doi:10.7326/M18-0850

Westerling, K., & Bergbom, I. (2008). The importance of Nursing in Perioperative Care: a patient's perspective. *Journal of Advanced Perioperative Care*, 3(4), 133-144.



# RIIS

Revista de  
Investigação &  
Inovação em Saúde

## Normas de publicação da revista RIIS

A **Revista de Investigação & Inovação em Saúde (RIIS)** é uma revista científica divulgada em formato eletrónico que tem como objetivo divulgar o conhecimento científico produzido na área das ciências da saúde, educação e investigação. Exige-se que todos os artigos tenham profundidade científica, sejam originais, respeitem os princípios éticos e demonstrem clara relevância para o avanço científico da problemática em estudo.

É da exclusiva responsabilidade dos autores o conteúdo dos artigos, bem como o respeito pelos princípios éticos inerentes à investigação, cumprindo as normas e orientações da revista. A declaração única do autor de partilha dos direitos autorais, da originalidade do artigo, do cumprimento dos requisitos éticos e de potenciais conflitos de interesse encontra-se em anexo para preenchimento pelo primeiro autor (DA).

O processo de revisão por pares da RIIS é duplamente cego pelo que não deverá ser identificada a autoria do artigo no corpo do mesmo.

A RIIS tem uma periodicidade de publicação semestral.

Sugere-se que os apoios, financiamentos ou colaborações externas sejam mencionados na secção de agradecimentos.

### ARTIGOS

A publicação dos artigos na RIIS pode ser sob a forma de artigo de investigação empírica, artigo de revisão, artigo teórico/ensaio. Estes deverão ser submetidos na plataforma/ página <https://www.riis.essnortecvp.pt> preenchida. Os artigos podem ser submetidos em português ou inglês. O título, o resumo e as palavras-chave têm de estar em português, inglês e espanhol. O texto deve ser datilografado, letra Calibri, tamanho 11, espaço 1,5, em formato word, justificado, páginas em formato A4, evitando negritos e sublinhados, variação de tipo de letra, fundos de cor. O artigo não deverá ultrapassar as 15 páginas incluindo referências, tabelas e figuras.

As tabelas e as figuras só devem ser incluídas se absolutamente necessárias para a compreensão do artigo. Têm de ser identificadas ao longo do texto com a numeração por ordem de inclusão. As tabelas têm de apresentar o número e título em cabeçalho. As figuras têm de apresentar a sua identificação no rodapé. No caso de conterem abreviaturas, devem ser apresentadas nos rodapés das mesmas.

**Os artigos de investigação empírica deverão conter as seguintes secções:** Título, Resumo, Palavras-chave, Introdução, Enquadramento/Fundamentação Teórica, Metodologia, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências bibliográficas.

**Os artigos de revisão deverão conter as seguintes secções:** Título, Resumo, Palavras-chave, Introdução, Procedimentos

Metodológicos de Revisão, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências bibliográficas.

**Os artigos teóricos/ensaios deverão conter as seguintes secções:** Título, Resumo, Palavras-chave, Introdução, Desenvolvimento/Dissertação, Conclusão, e Referências bibliográficas.

**Título:** máximo 12 palavras. Escrito em português, inglês e espanhol.

**Resumo:** máximo 200 palavras. Deve incluir a divisão pelas seguintes secções: enquadramento, objetivos, metodologia, resultados e conclusão.

**Palavras-chave:** máximo 4, escritas em português, inglês e espanhol. Devem estar transcritas de acordo com os descritores MeSH (disponível em: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html> e/ou <http://decs.bvs.br/>).

**Introdução:** Enunciado do problema, argumentos de relevância de acordo com a literatura. Objetivos do estudo.

**Enquadramento / Fundamentação Teórica:** Apresentação do estado da arte relativa ao tema em estudo. Sugere-se a inclusão de trabalhos publicados nos últimos 5 anos, indexados em base de dados.

**Metodologia:**

Amostra/Participantes/População/Tipo de estudo/ Desenho. Instrumentos de recolha de dados, procedimentos e considerações ético-legais. Técnicas de análise de dados utilizadas.

**Resultados:** Apresentação e análise de dados. Rigor da análise.

**Discussão:** Análise comparativa dos resultados com o conhecimento existente acerca do tema e relevância dos novos conhecimentos que emergem do estudo.

**Conclusão:** Conclusões relacionadas com os objetivos/questões/hipóteses de investigação. Os resultados devem suportar ou refutar a temática estudada e apresentada no artigo. Limitações do estudo. Implicações para as ciências da saúde, educação e investigação. Sugestões para investigações futuras.

**Agradecimentos:** (facultativo) Devem ser evidenciados todos os apoios, financeiros, técnicos ou institucionais, que contribuíram para o desenvolvimento do trabalho, mas que não têm peso de autoria.

**Normas de referência bibliográfica:** deve ser utilizada a norma da *American Psychological Association* (APA) 6ª Edição. As referências devem ser de fonte primária, incluídas no texto, cuja apresentação deve ser feita por ordem alfabética. Sugere-se a integração de uma referência publicada na RIIS.

**(Exemplos para a elaboração das Referências bibliográficas)**

## ESPECIFICAÇÃO DE AUTOR

### Com 1 Autores

Bolander, V. (1998)

### Com 2 a 7 Autores:

Roper, N., Logan, W., & Tierney, J.

### Com mais de 7 autores:

Cooper, I., Eagle, K., Home, L., Robertson, A., Taylor, D., Reims, H. ... Smith, W.A.

### Editor como Autor:

Melo, M. C., & Lopes, J. M. (Eds).

### Autor Coletivo:

Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis

### Sem Autor Expresso:

Entrada pelo título se a obra é anónima no local do autor coloca-se anónimo

## PUBLICAÇÃO SEM ANO

Autor (s.d.).

## LIVROS

### Um autor

Bolander, V. (1998). *Enfermagem Fundamental*. (1ª ed). Lisboa: Lusodidacta.

### Dois a sete autores

Roper, N., Logan, W. & Tierney, A. J. (1995). *Modelo De enfermagem*. (3ª ed.) Alfragide: McGraw-Hill.

### Oito ou mais autores, coloque os seis primeiros nomes dos autores, seguido de reticências e o último autor

Benavente, A., Silva, R., Gomes, P., Aníbal, A., Guerra, B., Santos, P., ... Simões, C. (1987). *Do outro lado da escola*. Lisboa. Instituto de Estudos para o Desenvolvimento.

Akai, K., Hayashi, M., & Nishimatsu, Y. (Eds). (1981). *Weak rock: soft fractured and weathered rock: proceedings of the international symposium Tokyo, 1981*. Rotterdam: A. A. Balkema,

## Capítulo de livros

Napolitano, J. (2013). Development, sustainability and international politics. In L. Meuleman (Ed.), *Transgovernance: Advancing sustainability governance* (pp. 163-211). Berlin: Springer

## Coletividade autor:

Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Lisboa: Direção Geral da Saúde

## Teses, dissertações e outras provas académicas

Ferreira, P. (2004). *Melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados de saúde ao doente diabético tipo 2* (Tese de Mestrado). Instituto de Higiene e Medicina Social da Faculdade de Medicina

## Atas de congressos

Congresso Nacional de bibliotecários, arquivística e documentalista (1987). *Integração europeia: um desafio à informação: atas de conferência*. Coimbra: Minerva, 1987.

## ARTIGOS DE PUBLICAÇÕES PERIÓDICAS

**(Nota:** A nível de autores segue as regras do livro)

Gomes, R. M. (2012, janeiro). Serra da Estrela. *Revista Fugas*, 152, (4), 20-21.

## DOCUMENTOS LEGISLATIVOS E JUDICIAIS

Decreto-Lei nº 192/89 de 08 de junho (1989). *Diário da República nº 131/89. I Série*. Ministério, da agricultura pescas e alimentação. Lisboa, Portugal.

PORTARIA nº 1111/89 de 29 de dezembro (1989) *Diário da República nº 298. I Série*. Ministérios das Finanças e da Indústria e Energia. Lisboa, Portugal.

## DOCUMENTOS ELETRÓNICOS

### Livros

Almodovar, A., & Cardoso, J. L. (1998). *A history of portuguese economic thought* London: Routledge. Retirado de URL:<http://www.ebrary.com/lib/mctbrasil>

### Artigos de publicações periódicas

Nono, M. A. & Mizukami, N. (2002). Casos de ensino e processos de aprendizagem profissional docente. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, 83 (203), 172. retirado de <http://site.ebrary.com/lib/mctbrasil/Doc?id=10055894&ppg=172>. ISSN 0034-71803.

## CHECKLIST DE AUTOVERIFICAÇÃO

### 1. ESTRUTURA DO ARTIGO Tipo

- É um artigo de revisão
- É um artigo de investigação empírica
- É um artigo teórico/ensaio

#### Informação dos autores

- A identificação dos autores com o respetivo nome, habilitações, categoria profissional, instituição onde trabalham e contacto telefónico.
- Máximo 7 autores.

#### Título

- Escrito em português, inglês e espanhol.
- Máximo 12 palavras.

#### Resumo

- Está apresentado em português, inglês espanhol.
- Inclui descrição das secções: enquadramento, objetivos, metodologia, resultados e conclusão.
- Máximo 200 palavras.

#### Palavras-chave

- São apresentadas, no máximo, 4 palavras-chave em português, espanhol e inglês.
- Estão transcritas de acordo com os descritores MeSH (pesquisa em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html> e/ou <http://decs.bvs.br/>)
- 

#### Formatação do texto

- O texto apresenta uma estrutura com todas as secções, conforme está descrito na Revista, em função do tipo de artigo.
- Está em formato A4 Word, justificado, letra Calibri, tamanho 11, espaço 1,5.
- Está sem erros semânticos e morfológicos e em coerência com o acordo ortográfico.
- Sem negritos e sublinhados, nem variação de tipo de letra, fundos de cor.
- Tem no máximo 15 páginas.
- Sem notas de rodapé.

### Tabelas e figuras

- São apenas os necessários para a compreensão do artigo.
- Tabelas com título em cabeçalho e figuras com o título em rodapé de acordo com o estilo APA 6ª edição.
- A apresentação dos dados, resultados e o formato dos símbolos da linguagem estatística devem ser claros.
- Estão numeradas por ordem de inclusão no texto, em função de cada tipo.
- As figuras são legíveis e com indicação da fonte (o formato deverá ser em JPG ou TIF e ter no mínimo 200 DPI de resolução).

### Citações

- Todos os autores citados constam da lista de referências bibliográficas.
- Todas as citações literais e paráfrases cumprem as normas American Psychological Association (APA, 6ª edição, 2010).

### Referências

- Foram elaboradas de acordo com a norma APA 6ª edição.
- Não deve ultrapassar 20 referências.
- Permitem colocar em evidência as publicações mais representativas do “estado da arte” do tema em estudo (preferencialmente dos últimos 5 anos).
- Referência de um artigo publicado na Revista RIIS

### 2. PROCEDIMENTOS DE SUBMISSÃO DO ARTIGO

- Efetuada o registo na plataforma da Revista RIIS <https://www.riis.essnortecvp.pt>
- Enviei os seguintes documentos:**
- Artigo integral



# Corpo Editorial | Editorial | Consejo Editorial

## Editor

Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa  
Unidade de Investigação e Desenvolvimento

## Editor Chefe

Liliana Mota, PhD  
Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

## Editor Adjunto

Fernanda Príncipe, PhD  
Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

## Secretariado Editorial

Odete Silva  
Manuela Castro

## Conselho Editorial

Alice Brito - PhD  
Escola Superior de Enfermagem do Porto

Ana Paula Macedo - PhD  
Universidade do Minho

Ana Torres - PhD  
Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

Celeste Dias - PhD  
Centro Hospitalar Universitário de São João

Cláudia Maria Gomes de Sousa - PhD  
Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

Carlise Rigon Dalla Nora - PhD  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Cintia Fassarella - PhD  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Cristina Araújo Martins - PhD  
Universidade do Minho

Elsa Maria Oliveira Pinheiro de Melo - PhD  
Escola Superior de Saúde da Universidade Aveiro

Ester Goutan Roura - PhD  
Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya

Fernanda Bastos - PhD  
Escola Superior de Enfermagem do Porto

Fernando Alberto Soares Petronilho - PhD  
Universidade do Minho

Germano Couto - PhD  
Universidade Fernando Pessoa

Henrique Pereira - PhD  
Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

Irma da Silva Brito - PhD  
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

José Vilelas - PhD  
Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa

Maria Goreti Silva Ramos Mendes - PhD  
Universidade do Minho

Maria Henriqueta de Jesus Silva Figueiredo - PhD  
Escola Superior de Enfermagem do Porto

Maria Manuela Frederico Ferreira - PhD  
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Maria Manuela Henriques Pereira Ferreira - PhD  
Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

Maria Otilia Brites Zangão - PhD  
Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

Maribel Domingues Carvalhais - PhD  
Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

Miguel Padilha - PhD  
Escola Superior de Enfermagem do Porto

Olga Maria Pimenta Lopes Ribeiro - PhD  
Escola Superior de Saúde de Santa Maria

Paula Encarnação - PhD  
Universidade do Minho

Rafaela Schaefer - PhD  
Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Raquel Simões de Almeida - PhD  
Escola Superior de Saúde-IPP/ANARP

Rui Miguel Freitas Gonçalves - PhD  
ACES Baico Tâmega

Sónia Novais- PhD  
Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

Vera Maria Saboia - PhD  
Universidade Federal Fluminense-Rio de Janeiro

Veronica Rita Dias Coutinho - PhD  
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra