

REVISTA MULTIDISCIPLINAR CESP

Nº2 | Abril 2023

Propriedade

Instituto Superior Politécnico Jean Piaget de Benguela

Director da Revista

Paulo Inglês

Editor

Paulo Inglês

Editora especial

Gorete Baptista

Conselho Editorial

Elísio Macamo

Jean-Michel Mabeko Tali

Maria Gorete Baptista

Marissa Moorman

Natália Viti

Paulo Inglês

Conselho Científico

Bonifácio Tchimboto

Edalina Rodrigues Sanches

Ermelinda Liberato

Jon Schubert

Jorge Matos

Margarida Paredes

Maria Gorete Baptista

Natália Viti

Patrícia Gomes

Paulo Inglês

Sandra Pombo

Tanaka Lukeba Canda

Vanessa Oliveira

Ficha Técnica

Periodicidade

Semestral

ISSN

2184-7374

Depósito legal

421/2020

Capa

Sofia Mateus & Laboratório Criativo

Instituto Superior Politécnico Jean Piaget de Benguela

Revisão

Gorete Baptista e Paulo Inglês

Edição *online*

Mónica Gomes

Bartolomeu Ndumbo

José Kassala

Gabinete de Comunicação e Imagem

Instituto Superior Politécnico Jean Piaget de Benguela

Publicação integral online

<https://revistamultidisciplinar.ipiagetbenguela.org/>

Endereço e Contactos

Instituto Superior Politécnico Jean Piaget de Benguela

Estrada Nacional 100, Lobito-Benguela

Bairro Nossa Senhora da Graça

CP 1393 Benguela/Angola

Telefone: (+244) 222 723 169

Email: cesp.benguela@unipiaget-angola.org

Site: <https://www.cesp.ipiagetbenguela.org/>

REVISTA MULTIDISCIPLINAR CESP

Edição Especial – 2^{as} Jornadas Científicas de Saúde Pública do ISP Jean
Piaget Benguela



NOTA DE ABERTURA

As jornadas científicas de Saúde Pública do Instituto Superior Politécnico Jean Piaget de Benguela têm constituído um marco na representação da componente de investigação voltada para a saúde do indivíduo, família e comunidade, nas suas diferentes vertentes. A Saúde Pública (SP) é definida como “a arte e a ciência de prevenir a doença, prolongar a vida e promover a saúde através de esforços organizados da sociedade” (Acheson, 1988; OMS). As actividades de SP visam reforçar o sistema de ação e as melhorias nos serviços de saúde com o objectivo de manter os cidadãos saudáveis, melhorar a sua saúde e bem-estar e prevenir a sua deterioração. Foca-se no total espectro de saúde e bem-estar e não apenas na erradicação de certas doenças. A SP é considerada como o conjunto de medidas executadas pelo Estado para garantir o bem-estar físico, mental e social da população.

A Organização PAN Americana da Saúde, define 11 funções essenciais da SP em qualquer país: Monitorização, análise e avaliação da situação de Saúde do Estado; Vigilância, investigação, controlo de riscos e danos à Saúde; Promoção da Saúde; Participação social em Saúde; Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planeamento e gestão pública da Saúde; Promoção e garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de Saúde; Administração, desenvolvimento e formação de Recursos Humanos em Saúde; Promoção e garantia da qualidade dos serviços da Saúde; Pesquisa e incorporação tecnológica em Saúde e Coordenação do processo de Regionalização e Descentralização da Saúde.

A Declaração de Jacarta sobre a Promoção da Saúde no Século XXI proporciona uma visão e um enfoque na promoção para a saúde, no próximo século. A promoção da saúde tem vindo a ser considerada, cada vez mais, como um elemento essencial para conseguir ganhos em saúde. É um processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos para controlarem e melhorarem a sua saúde.

As evidências científicas corroboram que a promoção da saúde tem uma eficácia real! As estratégias de promoção da saúde podem desenvolver e mudar os estilos de vida, assim como as condições sociais, económicas e ambientais que determinam a saúde. A

promoção da saúde é uma forma concreta de obter mais equidade em matéria de saúde.

A Carta de Ottawa identifica cinco estratégias para a promoção da saúde: estabelecer políticas públicas saudáveis; criar ambientes favoráveis à saúde; reforçar a acção comunitária; desenvolver as competências pessoais e reorientar os Serviços de Saúde.

Quando se investe e se intervém na promoção da saúde, está-se a agir sobre as determinantes da saúde e a contribuir para: os ganhos em saúde; a redução das desigualdades em saúde; a promoção dos direitos fundamentais do ser humano e o desenvolvimento social, sendo o objectivo final aumentar as expectativas de vida saudável e reduzir as desigualdades, neste domínio, entre países e entre grupos.

A SP tem de gerir os recursos de modo a garantir que os seus serviços cheguem ao maior número possível de pessoas. Não seria ético disponibilizar serviços de vanguarda para determinadas pessoas e descuidar das condições de saúde das restantes, já que parte de um princípio comunitário e não pessoal. Ao depender do Estado, a SP não deve fazer quaisquer discriminações entre os habitantes de uma mesma região.

Pelo exposto, pode-se afirmar que a SP é o ramo da ciência que busca prevenir e tratar doenças através da análise de indicadores de saúde e sua aplicação nos campos da biologia, epidemiologia e outros campos relacionados. Tratando assim da protecção da saúde a nível populacional, procurando melhorar as condições de saúde das comunidades através da promoção de estilos de vida saudáveis, das campanhas de sensibilização, da educação e da investigação. As equipas são constituídas por diversos especialistas: médicos, enfermeiros, psicólogos comunitários, técnicos do serviço social, sociólogos, nutricionistas, estatísticos e outras áreas afins.

Das várias funções da SP, destacam-se a prevenção epidemio-patológica (com vacinações massivas e gratuitas), a protecção sanitária (controlo do meio ambiente e da contaminação), a promoção sanitária (através da educação) e a restauração sanitária (para recuperar a saúde).

Compete aos organismos de SP avaliar as necessidades de saúde da população, investigar o aparecimento de riscos para a saúde e analisar os determinantes de tais riscos. De acordo com o que for detectado, devem ser estabelecidas as prioridades e desenvolver programas e planos que permitam responder a essas necessidades.

No contexto actual da Saúde Global assiste-se à melhoria de alguns dos indicadores de saúde facto que, em parte, fica a dever-se ao grande investimento feito na área da investigação biomédica mais dirigida aos meios de diagnóstico e de tratamento, bem como aos determinantes da saúde ligados ao estilo de vida e aos comportamentos humanos.

As II Jornadas Científicas de Saúde Pública que decorreram de 18 a 20 de Maio de 2022, num sistema híbrido e com um programa diversificado, evidenciaram uma forte componente pedagógico-científica representativa dos cursos de saúde da nossa instituição, tendo como enfoque as áreas de Enfermagem e Obstetrícia, Análises Clínicas, Ciências Farmacêuticas, Radiologia e Imagiologia, Psicologia da Saúde, entre outras áreas transversais da Saúde Pública. As actividades realizadas incluíram diferentes formatos, tais como: Conferências; Painéis de Comunicações livres e apresentação de pósteres; Workshops e apresentação dos livros: "PSICOLOGIA's-Saber & Intervir"; "LITERACIA EM SAÚDE E AUTOUIDADO: Evidências que projectam a prática clínica". Ambos os livros direccionados para a promoção da saúde!

Os participantes nas jornadas científicas, activos e passivos, foram nacionais e estrangeiros, estes intervindo por videoconferência, havendo representatividade de entidades governamentais de Angola.

De referir o envolvimento de algumas Instituições de ensino superior, incluindo uma estrangeira com cooperação interinstitucional, o IPB-Instituto Politécnico de Bragança- Escola Superior de Saúde, nomeadamente na apresentação de diversas investigações e na Comissão Científica para a revisão dos trabalhos submetidos a apresentação, resultando este número especial da Revista Multidisciplinar Cesp.

O balanço final dos trabalhos desenvolvidos foi muito positivo, nomeadamente nos achados científicos que podemos encontrar neste número especial da Revista Multidisciplinar CesP! Convictos que contribuámos para o aumento da literacia em

Saúde Pública, continuaremos na rota da promoção da saúde e da prevenção da doença, almejando alcançar qualidade de vida e bem-estar geral!

Editora especial para este número e Coordenadora das Jornadas de Saúde Pública
Gorete Batista



PREVALÊNCIA DA COVID-19 E PERFIL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE INFECTADOS NO MUNICÍPIO DE BENGUELA

Isabel Talina Catraio¹
Maria Gorete Baptista²
Marcelina Bernardo Nguelessi³

Resumo: Os profissionais de saúde constituem um grupo de risco para a COVID-19 por estarem expostos directamente aos pacientes infectados com SARS-CoV-2. O objectivo do estudo foi estimar a prevalência da COVID-19 em profissionais de saúde do município de Benguela no período de Setembro de 2020 a Setembro de 2021 e analisar o perfil dos profissionais infectados. Realizado estudo descritivo, retrospectivo, de abordagem quantitativa, através da análise documental. Aplicado Formulário de Investigação de Casos de COVID-19. Registaram-se 975 casos, destes apenas 28 foram diagnosticados em profissionais de saúde, com uma prevalência de 2,9%, idades compreendidas entre 21 e 65 anos prevalecendo o sexo feminino (57%) e 36% dos eram enfermeiros. Os profissionais trabalhavam em diversas áreas, com maior destaque para as áreas dos consultórios (14,3%), enfermarias (14,3%) e UTI (10,7%). Os profissionais de saúde foram diagnosticados com o método de RT-PCR, apenas 21% foram hospitalizados e obtiveram alta. 42,9% dos profissionais de saúde tinham sido vacinados contra a COVID-19, 6 (21,4%) tinham a 1ª dose e 6 (21,4%) tinham a 2ª dose. A prevalência de COVID-19 em profissionais de saúde foi pequena, concluindo-se que o uso massivo dos EPIs e a desinfecção correcta tem sido efectiva para o controlo da infecção.

Palavras-chave: COVID-19; profissionais de saúde; Prevalência.

PREVALENCE OF COVID-19 AND PROFILE OF INFECTED HEALTH PROFESSIONALS IN THE MUNICIPALITY OF BENGUELA

Abstract: Health professionals are a risk group for COVID-19 because they are directly exposed to patients infected with SARS-CoV-2. The objective of the study was to estimate the prevalence of COVID-19 in health professionals in the municipality of Benguela from September 2020 to September 2021 and to analyze the profile of infected professionals. A descriptive, retrospective study with a quantitative approach was carried out through document analysis. COVID-19 Case Investigation Form applied. There were 975 cases, of which only 28 were diagnosed in health professionals, with a

¹ Mestre em Saúde Pública. Coordenadora Executiva dos Mestrados do Instituto Superior Politécnico Jean Piaget de Benguela (ISPJPB), Angola, isabeltalina24@gmail.com

² Doutora em Biomedicina. Coordenadora dos Mestrados do ISPJPB, membro CESP, Professora-adjunta na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, gorete@ipb.pt

³ Estudante do Curso de Análises Clínicas e Saúde Pública do ISPJPB

prevalence of 2.9%, aged between 21 and 65 years, females prevailing (57%) and 36% were nurses. The professionals worked in several areas, with greater emphasis on the areas of medical offices (14.3%), wards (14.3%) and ICU (10.7%). Health professionals were diagnosed with the RT-PCR method, only 21% were hospitalized and discharged. 42.9% of health professionals had been vaccinated against COVID-19, 6 (21.4%) had the 1st dose and 6 (21.4%) had the 2nd dose. The prevalence of COVID-19 in health professionals was small, concluding that the massive use of PPE and correct disinfection has been effective in controlling the infection.

Keywords: COVID-19; Health professionals; Prevalence.

INTRODUÇÃO

A *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19) é uma doença infecciosa causada pelo novo coronavírus associado à síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2). A COVID-19 chegou com força, afectando o trabalho de diversos profissionais da saúde, os quais têm lutado incansavelmente na assistência aos infectados e na contenção da disseminação do vírus (Souza e Souza & Souza, 2020).

A transmissão do vírus SARS-CoV-2 ocorre por contacto próximo e sem protecção com secreções e gotículas de um indivíduo infectado (OPAS, 2020). Segundo Helioterio et al. (2020), as infecções da COVID-19 estão associadas à inadequação ou falhas nas medidas de precaução e de protecção, escassez de equipamentos de protecção individual (EPI), presença de aglomerações, indivíduos infectados e assintomáticos que mantiveram contacto com médicos, enfermeiros e demais trabalhadores da saúde, dentre outros fatores.

Os sintomas da COVID-19 podem variar, a maioria dos casos ocorre com sintomatologia leve. Os sintomas da COVID-19 mais comuns são: febre, tosse seca e cansaço. Entre outros sintomas menos comuns estão dores musculares, dor de garganta, cefaleia, congestão nasal, conjuntivite, perda do olfato e do paladar e erupções cutâneas (Mendonça et al., 2021).

O diagnóstico da COVID-19 é realizado através dos exames de Biologia Molecular com resultado detectável para SARS-CoV-2 realizado pelo método *Reverse transcription polymerase chain reaction* (RT-PCR) em tempo real, o teste rápido de antígeno e o exame imunológico com resultado reagente para IgM e/ou IgG realizado pelos

seguintes métodos: Ensaio imune enzimático (ELISA) e Imunocromatografia (teste rápido) para detecção de anticorpos (SES, 2020).

O início do tratamento da COVID-19 depende do reconhecimento precoce dos sinais, monitorados de forma contínua, levando em consideração as manifestações clínicas e as características gerais da infecção (Silva et al., 2020).

Em Angola, bem como em outros países, muitos profissionais de saúde foram afastados das actividades profissionais por terem adquirido a infecção e muitos morreram em consequência da COVID-19 (Batista et al., 2021). Conhecer a prevalência da COVID-19 em profissionais de saúde é importante para compreender as consequências desta pandemia na saúde dos profissionais que actuam na linha de frente.

Assim, a questão de investigação que norteou o presente estudo foi: foi a prevalência da COVID-19 em profissionais de saúde do município de Benguela no período de Setembro de 2020 a Setembro de 2021 e quais as características associadas?

1. DISTRIBUIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA COVID-19

Desde que a COVID-19 foi caracterizada como uma pandemia pela OMS, milhares de pessoas foram infectadas no mundo (Duprat & Melo, 2020).

Em todo o mundo, milhões de profissionais de saúde estão fornecendo atendimento na linha de frente do cuidado aos pacientes de COVID-19 que requerem hospitalização, sendo o maior contingente composto por enfermeiros. A *American Nurses Association* calcula que aproximadamente 3,8 milhões de enfermeiros nos EUA e mais de 20 milhões de enfermeiros em todo o mundo estão envolvidos no enfrentamento da pandemia (Teixeira et al., 2020).

Nos EUA, mais de 62.000 médicos, enfermeiros e outros profissionais foram infectados até 26 de maio de 2020 e, no Brasil, até 15 de agosto já havia 257.156 casos confirmados em profissionais, o que representa 22% dos casos suspeitos. As categorias profissionais com maior número de registos eram: técnico/auxiliares de enfermagem (88.358; 34,4%); enfermeiros (37.366; 14,5%); e médicos (27.423; 10,7%) (Duprat & Melo, 2020).

2. TRANSMISSÃO DA COVID-19

A transmissão é favorecida através do contacto próximo e desprotegida com materiais contaminados que servem de veículo para transmissão, assim como por secreções ou excreções de um indivíduo infectado, principalmente por meio de gotículas respiratórias. Pode acontecer, dependendo da concentração de partículas virais no ambiente, tendo sido demonstrada viabilidade viral em dispersão aerossol por três horas ou mais (Bezerra et al., 2020). De acordo com Godoy, Panciera e Melo (2022) a transmissão por aerossol pode ocorrer em situações específicas em que são realizados procedimentos médicos que geram aerossóis.

Há evidências limitadas de transmissão por fômites (objectos ou materiais que podem estar contaminados com vírus viável, como utensílios, móveis, estetoscópios ou termómetros) no ambiente imediato em torno de uma pessoa infectada. Essa transmissão pode ocorrer ao se tocar os fômites e depois tocar boca, nariz ou olhos (OPAS, 2021).

O risco ocupacional para os profissionais da saúde pode aumentar em certos ambientes clínicos ou com uma higienização das mãos incorrecta, jornadas de trabalho longas ou uso inadequado ou incorrecto ou indisponibilidade de EPI. Por outro lado, alguns profissionais da saúde podem correr um risco maior de desenvolver COVID-19 grave por serem mais velhos, terem doenças preexistentes ou por serem gestantes. Esses trabalhadores não devem realizar tarefas com níveis de risco médio, alto ou muito alto segundo as recomendações da OMS (OPAS, 2021).

3. DIAGNÓSTICO DA COVID-19

O diagnóstico da COVID-19 é feito através de informações clínicas (sinais e sintomas) por informações epidemiológicas (história de exposição a pessoa com a doença) por exames laboratoriais específicos para deteção do SARS-CoV-2, e por exames de imagem em especial a Tomografia Computadorizada de Tórax (TAC) (Chou et al., 2020).

3.2. Diagnóstico clínico

O diagnóstico da COVID-19 pode ser feito por investigação clínico-epidemiológica, anamnese e exame físico adequado ao paciente, caso este apresente sinais e sintomas característicos da COVID-19. Deve-se considerar o histórico de contacto próximo ou domiciliar nos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais e sintomas com pessoas já confirmadas para COVID-19. Também se deve suspeitar de casos clínicos típicos sem vínculo epidemiológico claramente identificável (Brasil, 2021). A identificação e o diagnóstico precoce da COVID-19 são essenciais para evitar a transmissão e fornecer cuidado de suporte no momento oportuno (Brasil, 2020).

3.3. Diagnóstico laboratorial

O diagnóstico laboratorial pode ser realizado tanto por testes de biologia molecular, sorologia.

3.3.1. Teste Imunocromatográfico

O teste rápido baseia-se na detecção de anticorpos da classe IgM e IgG (fase convalescente) e são feitos a partir de amostras sangue total, soro ou plasma, com finalidade de identificar indivíduos que apresentam infecção previamente e estão, teoricamente imunes a novas contaminações pela doença, a técnica empregada é a imunocromatografia, na qual a reacção química ocorrida entre antígenos e anticorpos resultam em uma cor diferente. O anticorpo IgM pode aparecer a partir do quinto dia após a infecção, sendo o momento mais adequado à testagem (Assis et al., 2020).

O teste rápido de antígeno (Ag) é um exame imunocromatografico infecção activa (fase aguda) é a expressão de forma qualitativa, sinalizando a presença ou ausência do antígeno pesquisado, a partir de uma amostra de secreção respiratória colhida por meio de swab introduzido nas cavidades. O exame tem como finalidade detectar proteínas produzidas na fase de replicação viral para determinar se o individuo esta infectado, se tornando assim uma ferramenta importante para redução da disseminação do vírus, já que é capaz de detectar o vírus na fase activa, fornecendo o resultado em poucos minutos (Assis et al., 2020).

3.3.2. Testes Moleculares para Sars-coV-2

A RT-PCR é uma técnica molecular que tem a finalidade de identificar RNA viral permitindo assim a amplificação e a detecção do material genético em algumas horas, considerada desde o início da pandemia, a metodologia padrão para o diagnóstico da COVID-19 (Trindade & Fortes, 2021).

O actual teste de biologia molecular da COVID-19 aplicado em grande parte dos países, incluindo Angola, utiliza como amostra material colhido da nasofaringe, orofaringe ou uma pequena amostra de sangue. Até o momento, esse é o teste mais confiável, apresentando uma sensibilidade que pode variar de 63% a 93% e especificidade de 100% (Cordeiro, 2021).

Embora o teste molecular seja bastante eficaz na detecção do genoma viral, é certamente importante avaliar a realização em massa de testes imunocromatográficos na população geral e assim detectar, principalmente, casos assintomáticos com maior rapidez (Souza, Lima & Rodrigues, 2021).

3.3.3. Diagnóstico por imagem

Em relação aos exames de imagens, diversos estudos trouxeram a TAC como exame de escolha. No início da infecção, o achado de vidro fosco pode estar isolado no espaço subpleural e, com a evolução do quadro, distribui-se para os lobos pulmonares. Tais achados apontam para lesões intersticiais ou alveolares, normalmente encontradas na fase aguda ou crónica de doenças inflamatórias, tumorais e infecciosas como influenza e a SARS. Outros sinais que também podem ser identificados na TAC, mas que apresentam uma menor prevalência, são: bronco grama aéreo, derrame pleural raro e ampliação dos linfonodos mediastinais. Embora estes achados sejam mais raros, é importante salientar que eles também ocorrem e que, na ausência de outras doenças que possam levar a essa alteração, deve-se pensar em COVID-19 (Pitta et al., 2021).

4. MEDIDAS PREVENTIVAS PARA COVID-19

A prevenção revela-se como a ferramenta principal para vencer a pandemia da COVID-19. As principais medidas devem estar assentes na mudança do

comportamento, com foco no distanciamento social associado às regras de biossegurança. As medidas mais comuns são: isolamento, quarentena e distanciamento social (Moraes et al., 2021), além da vacinação.

O isolamento social é uma medida que visa separar as pessoas doentes dos não doentes, para evitar a propagação do vírus. O isolamento pode ocorrer de em domiciliar ou em ambiente hospitalar, conforme o estado clínico do paciente e tem prazo mínimo de 10 dias (Brasil, 2021).

Mesmo diante dos altos índices epidemiológicos, para os profissionais de saúde, não existe a possibilidade de isolamento, pois são estes actuaentes na linha de frente contra a COVID-19, incorrendo em maior risco de contágio (Barreto et al., 2021).

A quarentena é a reclusão ou vigilância de indivíduos pelo período máximo de incubação de uma doença, contando a partir da data do último contacto com um caso clínico ou portador, ou da data em que esse indivíduo sadio abandonou o local em que se encontrava a infecção (OPAS, 2020).

De acordo com Aquino (2020) o distanciamento social é um conjunto de acções que buscam limitar o convívio social de modo a controlar a propagação de doenças contagiosas com objectivo de reduzir a probabilidade de contacto entre pessoas portadoras de uma infecção com outras que não estão infectadas, minimizando a transmissão da doença e consequentemente a mortalidade.

A vacinação da COVID-19 é conhecida como uma das acções em saúde de maior eficiência, tendo grande impacto na redução da mortalidade e aumento no número de anos vividos (Santos & Lopes, 2021).

Enquanto as barreiras imunológicas não estiverem consolidadas e asseguradas pela ciência, os trabalhadores da saúde, principalmente os que estão em contacto com os pacientes portadores da COVID-19, contam somente com barreiras físicas, compostas pelos EPIs, o isolamento, a higienização de mãos e do ambiente para a protecção e minimização do risco de contágio (Vega et al., 2021).

5. METODOLOGIA

Para dar resposta aos objectivos da presente investigação: estimar a prevalência da COVID-19 em profissionais de saúde do município de Benguela e analisar dados de

perfil associados, realizou-se um estudo descritivo, retrospectivo e quantitativo, efectuado através da análise documental do período de Setembro de 2020 a Setembro de 2021.

A recolha de dados foi realizada no mês de Fevereiro de 2022 na Direcção Municipal de Saúde de Benguela (DMSB). Para a recolha dos dados utilizou-se um instrumento de recolha de dados que foi estruturado com base nas seguintes variáveis de estudo: sociodemográficas (idade, sexo, categoria, unidade de saúde, área de trabalho e residência), número de casos, tipo de diagnóstico, sintomas, comorbidades, número de profissionais hospitalizados, número de vacinados, condições de encerramento e causas do óbito. Os dados foram levantados por meio do Formulário de Investigação de Casos de COVID-19.

Considerando os aspectos ético-legais, foi apresentado o Projecto de investigação e solicitada autorização à DMSB para a implementação da pesquisa.

6. RESULTADOS, ANÁLISE E DISCUSSÃO

Durante o período em análise o Município de Benguela registou 975 casos de COVID-19, destes 28 foram diagnosticados em profissionais de saúde, obtendo-se uma prevalência de 2,9%. Dados apresentados em estudos asiáticos sugerem que aproximadamente 4% de todas as infecções por SARS-CoV-2 ocorreram em profissionais de saúde (Pan et al., 2020). No México, segundo Antonio-Villa et al. (2020), encontrou-se alta prevalência de infecção em profissionais de saúde (31,9%). Portanto, a prevalência encontrada no presente estudo foi considerada baixa comparando com os dados apresentados por outros autores acima referenciados.

De acordo com Soares et al. (2021), as altas taxas de contágio entre os profissionais de saúde podem ser justificadas pela transmissão ocupacional, tendo em vista o redireccionamento de profissionais de saúde sem treinamento de protecção ao tratar pacientes com COVID-19, bem como a falta ou uso incorrecto de EPIs, o que pode potencializar a cadeia de transmissão viral.

Verificou-se que no mês de Outubro de 2020 houve maior registo de casos de COVID-19 em profissionais de saúde. Foi possível verificar também que houve uma tendência de incremento dos casos a partir do mês de Setembro de 2021 (**Gráfico 1**).

Os profissionais de saúde infectados pela COVID-19 tinham idades compreendidas 21 e 65 anos. No que se refere ao sexo dos profissionais infectados, esta análise identificou o predomínio do sexo feminino com 57%. Tal afirmação pode estar relacionada com o grande número dessas profissionais nos hospitais e por ser uma formação historicamente ocupada em grande parte por mulheres, uma vez que análises envolvendo a população geral não trazem evidências de predileção do vírus por um ou outro sexo (Soares et al., 2021). Os dados do presente estudo, corroboram com o estudo realizado por Duarte et al. (2020), os casos de COVID-19 ocorreram, predominantemente, entre o sexo feminino e adultos jovens. A predominância do sexo feminino também é coerente com o estudo realizado somente com profissionais da saúde de Wuhan, China, no qual dos 88 pacientes, 61,25% eram mulheres (Soares et al., 2021).

Em relação a residência dos profissionais de saúde diagnosticados com COVID-19, 11 (39,3%) residiam na Zona B (4 Miramar, 3 Golfinho, 2 Asfalto B e 2 Bela Vista Alta), 5 (17,9%) residiam na Zona A (4 Camunda e 1 Canequetela), 4 (14,3%) residiam na Zona F (Graça), 3 (10,7%) residiam na Zona C (Asfalto C), 3 (10,7%) residiam na Zona D (2 Fronteira e 1 Calomanga) e 2 (7,1%) residiam na Zona E (Cotel). Portanto, a Zona B apresentou maior registo de casos, com 39,3%.

No que diz respeito a categoria profissional (**Gráfico 2**), 10 (36%) eram enfermeiros, 5 (18%) eram médicos e 13 (46%) pertenciam a outras categorias não detalhadas nos registos. Dentre os profissionais que estão na linha de frente do cuidado ao paciente com COVID-19, o maior contingente é o de enfermagem, uma vez que a maior parte de seu trabalho envolve contacto directo com pacientes, tornando esses profissionais mais vulneráveis à doença (Duprat & Melo, 2020).

O estudo demonstrou também que maior parte (43%) dos profissionais de saúde diagnosticados com COVID-19 trabalhavam no HGB, um hospital destinado a acolher pacientes graves com suspeita e diagnóstico de COVID-19.

No presente estudo foi possível verificar que os profissionais diagnosticados com COVID-19 trabalhavam em diversas áreas, com maior destaque para as áreas dos consultórios (14,3%), Enfermarias (14,3%) e UTI (10,7%).

O estudo demonstrou que maior parte (82%) dos casos de COVID-19 em profissionais de saúde, foram diagnosticados pelo método de RT-PCR. De acordo com Trindade & Fortes (2021) o RT-PCR é uma técnica molecular altamente sensível e específica com finalidade de identificar RNA viral em algumas horas, considerada desde o início da pandemia, a metodologia padrão para o diagnóstico da COVID-19. Portanto, tem sido método comumente utilizado para confirmação dos casos de COVID-19.

Quanto a vacinação, o estudo demonstrou que apenas 42,9% dos profissionais infectados com COVID-19 tinham sido vacinados, 6 (21,4%) tinham a 1ª dose e 6 (21,4%) tinham a 2ª dose. De acordo com Santos e Lopes (2021) as vacinas não conferem proteção imediata, pois é necessário um certo tempo para estimular o sistema imune. Além disso, é necessário completar o esquema de número de doses previstas para cada vacina. Mesmo com o número de doses completos, as eficácias das vacinas não chegam a 100%, sendo possível o adoecimento, mesmo que numa frequência muito menor, de indivíduos vacinados. O que só poderá ser melhor controlado quando tivermos elevadas coberturas vacinais, ou seja, grande proporção da população vacinada. Dessa forma, apesar de todo o benefício trazido pela introdução da vacinação contra a COVID-19, ainda é necessário manter os cuidados gerais, como distanciamento social, uso correcto de máscaras, lavagem de mãos e uso de álcool gel frequentemente (Santos & Lopes, 2021).

O presente estudo demonstrou que maior parte (82%) dos casos de COVID-19 em profissionais de saúde eram assintomáticos (**Gráfico 3**). Os profissionais sintomáticos (18%) apresentaram tosse, febre, cefaleia e mal-estar geral. De acordo com Brasil (2020) os sintomas mais comuns são tosse, febre, coriza, dor de garganta e dispneia. Dos profissionais de saúde diagnosticados com COVID-19, apenas 6 (21%) foram hospitalizados. Todos os profissionais de saúde não tinham comodidades e obtiveram alta. Kambhampati et al. (2020) afirmam que nos Estados Unidos, 6% dos profissionais de saúde infectados com COVID-19 foram hospitalizados. No entanto, investigações

sobre a prevalência de comorbidades em profissionais de saúde devem ser realizadas para melhor compreensão.

CONCLUSÃO

Durante o período em análise o Município de Benguela apresentou uma prevalência de 2,9% de COVID-19 em profissionais de saúde, uma prevalência baixa comparada com outros estudos.

Os profissionais de saúde infectados pela COVID-19 tinham idades compreendidas 21 e 65 anos, 57% dos casos eram do sexo feminino e 38,3% residiam na Zona B.

O estudo demonstrou que 36% dos profissionais infectados pela COVID-19 eram enfermeiros e 43% trabalhavam no HGB. Foi possível verificar que os profissionais trabalhavam em diversas áreas, com maior destaque para as áreas dos consultórios (14,3%), Enfermarias (14,3%) e UTI (10,7%).

Também foi demonstrado no presente estudo que 82% dos profissionais de saúde eram assintomáticos e foram diagnosticados com o método de RT-PCR. Os profissionais sintomáticos (18%) apresentaram tosse, febre, cefaleias e mal-estar geral. Dos profissionais infectados, apenas 42,9% tinham sido vacinados, 6 (21,4%) tinham a 1ª dose e 6 (21,4%) tinham a 2ª dose. Todos os profissionais de saúde não tinham comorbidades, apenas 6 (21%) foram hospitalizados e obtiveram alta.

Com a realização da pesquisa pode-se perceber que a prevalência de COVID foi pequena. Percebe-se então que o uso massivo dos EPIs pelos profissionais e a desinfecção correcta que tem sido feita nos locais de trabalho tem sido efetiva e repercutiu directamente no número de contaminados. A protecção da saúde dos profissionais de saúde é fundamental para evitar a transmissão de COVID-19 nos estabelecimentos de saúde e espera-se que os resultados do presente estudo, possam servir de subsídio para futuros estudos.

BIBLIOGRAFIA

Antonio-Villa, N. E. et al. (2020). Health-care workers with COVID-19 living in Mexico City: clinical characterization and related outcomes. *Clin Infect Dis*; 28:ciaa1487.

- Aquino, E. M. L. et al. (2020). Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(Supl.1):2423-2446.
- Assis, L. C. de et al. (2020). Testes sorológicos no diagnóstico da Covid-19: Revisão de literatura. *Revista Conexão Ciência*, 15(4).
- Barreto, C. M. da S. (2021). COVID-19 e seus impactos aos profissionais de saúde actuantes na pandemia: Um estudo teórico reflexivo. *Research, Society and Development*, 10(8): e17610817169.
- Batista, M. H. de J. et al. (2021). Reflexão acerca do uso de equipamentos de protecção individual por profissionais e estagiários de saúde frente o Covid-19. *International Journal of Development Research*, 11(01):43776-43781.
- Bezerra, G. D. et al. (2020). O impacto da pandemia por covid-19 na saúde mental dos profissionais da saúde: revisão integrativa. *Revista enfermagem actual in Derme* | edição especial COVID19, e-020012.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2020). Diretrizes para diagnóstico e tratamento da Covid19. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. *Coordenação-geral de gestão de tecnologias em saúde coordenação de gestão de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas*. Brasília – DF 17 de abril, 81 f.:il.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2021). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Guia de vigilância epidemiológica: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019 – covid-19*. Brasília: Ministério da Saúde, 86 f.: il.
- Chou R, et al. (2020). *Uso de exames de imagem de tórax na COVID-19: guia de aconselhamento rápido*. Pacific Northwest Evidence-Based Practice Center, Oregon Health and Science University, Portland, Oregon, EUA. Organização Pan-Americana da Saúde.
- Cordeiro, T. P. (2021). *Diagnóstico Laboratorial da Infecção e Determinação do Estado Imune para o SARS-CoV-2*. [Dissertação do Mestrado]. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade Ciências da Saúde. Porto, 106 f.:il.

- Duarte, M. M. S. et al. (2020). Descrição dos casos hospitalizados pela COVID-19 em profissionais de saúde nas primeiras nove semanas da pandemia, Brasil, 2020. *Epidemiol. Serv. Saude*, Brasília, 29(5):e2020277.
- Duprat, I. P. & Melo, G. C. de. (2020). Análise de casos e óbitos pela COVID-19 em profissionais de enfermagem no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*;45:e30.
- Godoy, M. A. de, Panciera, S. C. & Melo, A. de. (2022). Protocolos e medidas de prevenção e segurança nas UBS frente à pandemia do COVID-19. *Revista Faculdades do Saber*, 7(14): 1053 – 1064.
- Helioterio, M. C. et al. (2020). Covid-19: por que a proteção de trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia? *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(3):e00289121. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio.
- Kambhampati, A. K. et al. (2020). COVID-19 Associated Hospitalizations Among Health Care Personnel— COVID-NET, 13 States, March 1May 31, 2020. *Morb Mortal Wkly Rep*; 69(43):1576–1583.
- Mendonça, L. G. et al. (2021). Perfil do COVID-19 e do H1N1: aspectos epidemiológicos e clínicos. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(1):854-873. Curitiba, Jan/Feb.
- Moraes, R. O. et al. (2021). Distanciamento social e isolamento durante a pandemia de COVID-19: medidas de prevenção e fatores que impactaram na adesão. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, 7(11): 103131-103157, nov.
- OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. (2020). *Transmissão do SARS-CoV-2: implicações para as precauções de prevenção de infecção*. Resumo científico, 9 de Julho. Disponível em: <https://iris.paho.org/> - acesso Set. 2021.
- OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. (2021). *COVID-19: Saúde e segurança ocupacional para os profissionais da saúde. Orientação provisória 2 de fevereiro de 2021*. OPAS-W/BRA/PHE/COVID-19/21-0020.
- Pan, A. et al. (2020). Association of Public Health Interventions With the Epidemiology of the COVID-19 Outbreak in Wuhan, China. *JAMA*; 323(19):1915–23.

- Pitta, L. S. da C. et al. (2021). Alterações tomográficas pulmonares no COVID-19: revisão integrativa da literatura. *Research, Society and Development*, 10(13): e308101321194.
- Santos, A. de O. & Lopes, L. T. (2021). *Profissionais de saúde e cuidados primários*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Coleção Covid-19; v. 4. Brasília, DF, 346 f.: il
- SES – Secretaria do Estado de Saúde. (2020). Governo do Estado de Mato Grosso do Sul. *Recomendações técnicas sobre a utilização dos testes diagnósticos para SARS-CoV-2 Critérios para retestagem laboratorial diante de resultados divergentes de COVID-19*. Disponível em: <https://www.saude.ms.gov.br/> - acesso Set. 2021.
- Silva, A. W. C. et al. (2020). Perfil epidemiológico e determinante social do COVID-19 em Macapá, Amapá, Amazônia, Brasil. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, ano 05, Edição 4(4): 05-27. Abril.
- Soares, É. de F. M. et al. (2021). Perfil clínico e epidemiológico da covid-19 em profissionais de saúde: uma revisão da literatura. *Rev Bras Med Trab*; 19(3):372-381.
- Souza, A. C. L. de, Lima, A. C. de & Rodrigues, L. F. T. Propriedades e limitações dos principais exames para diagnóstico da Covid-19. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Faculdade UNA Pouso Alegre. Curso de graduação de Biomedicina. Pouso Alegre – MG 2021, 24 f.:il.
- Souza e Souza, L. P. S. & Souza, A. G. (2020). Enfermagem brasileira na linha de frente contra o novo Coronavírus: quem cuidará de quem cuida? *J. nurs. Health*, 10(n.esp.):e20104005.
- Teixeira, C. F. de S. et al. (2020). A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(9):3465-3474.
- Trindade, N. da S. & Fortes, I. G. (2021). RT-PCR: importância e limitações no diagnóstico da covid-19. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, 7(8): 85067-85075, Agosto.
- Vega, E. A. U. et al. (2021). Riscos de adoecimento ocupacional em profissionais da saúde que atendem pacientes com COVID-19: revisão integrativa. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 29:e3455.

GRÁFICOS

Gráfico 1- Distribuição por mês dos casos de COVID-19 em profissionais da saúde

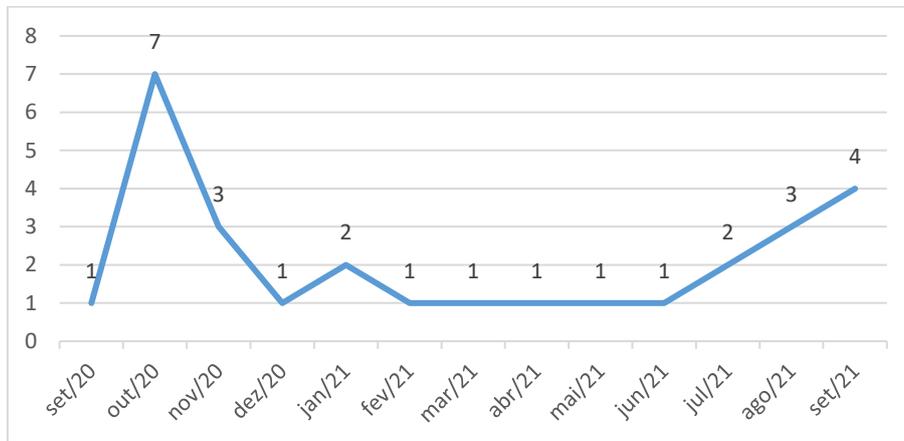


Gráfico 2- Casos de COVID-19 de acordo com a categoria profissional

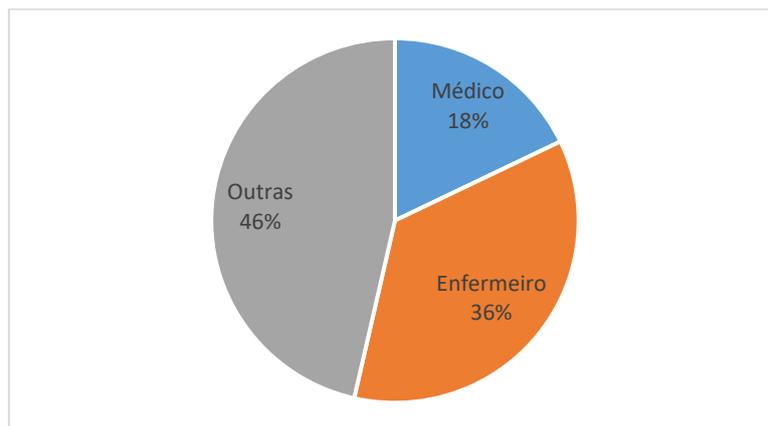
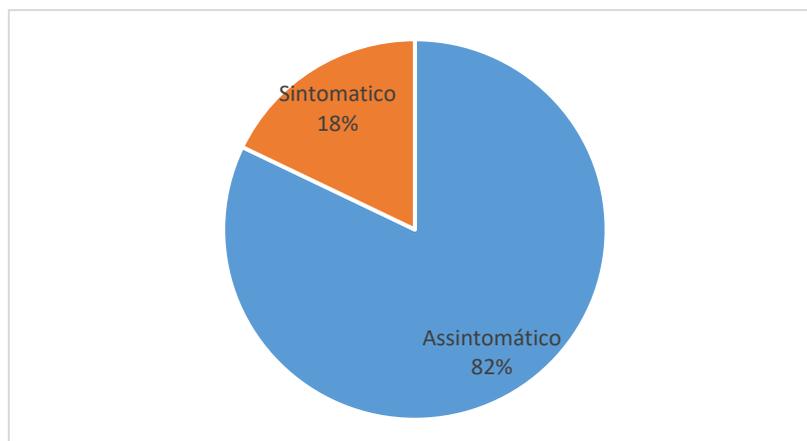


Gráfico 3- Casos de COVID-19 de acordo com o quadro clínico



ÍNDICE DE QUALIDADE NA UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL E HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS DOS PROFISSIONAIS SAUDE

Matilde Delmina da Silva Martins¹

Teresa Isaltina Gomes Correia²

Liliana Sofia Torrão Santos³

Resumo: Apesar dos avanços da saúde pública, as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde continuam a ocorrer em doentes e em profissionais. Estas podem ser diminuídas se os profissionais adotarem Precauções Básicas do Controlo da Infeção. A presente investigação teve como objectivo analisar o índice de qualidade na utilização de EPI e na higienização das mãos dos profissionais dos serviços de medicina de um hospital do norte de Portugal e os fatores associados. Foi realizado um estudo transversal analítico, sendo observados 60 profissionais em três momentos da utilização de Equipamento de Protecção Individual e de higienização das mãos, através de grelhas de observação. Nos resultados observaram-se baixos níveis dos índices de qualidade de utilização de luvas (73,3%), de utilização de avental/bata (68,3%) e de higienização das mãos (95,0%). A profissão influenciou os três índices de qualidade e as habilitações literárias e profissionais influenciaram o índice de qualidade na higienização das mãos. Concluindo, os profissionais revelaram índices de qualidade baixos. Sugere-se reforço na formação dos profissionais sobre a importância destas medidas.

Palavras-chave: infeção hospitalar, equipamento de protecção individual, higiene das mãos

QUALITY INDEX IN THE USE OF PERSONAL PROTECTION EQUIPMENT AND HAND HYGIENE BY HEALTH PROFESSIONALS

Abstract: Despite advances in public health, Healthcare Associated Infections continue to occur in patients and professionals. These can be reduced if professionals adopt Basic Infection Control Precautions. The present investigation aimed to analyze the quality index in the use of PPE and hand hygiene of professionals in the medical services of a hospital in the north of Portugal and the associated factors. An analytical cross-sectional study was carried out, observing 60 professionals in three moments of the use of Personal Protective Equipment and hand hygiene, through observation grids. The results showed low levels of quality indices for using gloves (73.3%), using an apron/gown (68.3%) and hand hygiene (95.0%). Profession influenced the three quality indices and literary and professional qualifications influenced the hand hygiene quality index. In conclusion, professionals revealed low quality scores. Reinforcement in the training of professionals on the importance of these measures is suggested.

Keywords: hospital infection, personal protective equipment, hand hygiene

¹Doutor em Ciências de Enfermagem; Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, Bragança, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Portugal <https://orcid.org/0000-0003-2656-5897>; E-mail: matildemartins@ipb.pt

² Doutor em Biologia Humana; Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, Bragança, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde, Portugal. <http://orcid.org/0000-0001-9975-7908> E-mail teresacorreia@ipb.pt

³ - Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica; Unidade Local de Saúde do Nordeste, Bragança, Portugal; <https://orcid.org/0000-0003-3412-2666> ; E-mail: liliana_santo@5hotmail.com

INTRODUÇÃO

A qualidade dos cuidados de saúde é uma preocupação crescente na atualidade no seio das instituições, pelo que a prevenção de acontecimentos adversos para as pessoas é prioritária (DGS, 2015). As infeções que resultam de uma reacção adversa à presença de um agente infeccioso, em regime ambulatorio ou hospitalar, mas que não estavam presentes no momento da admissão do doente, são designadas como infeções localizadas ou sistémicas e estão associadas a cuidados de saúde (McKibben et al., 2015). Segundo a DGS, (2015), os profissionais e serviços de saúde têm a obrigação e dever de zelar pela saúde dos cidadãos e das famílias em situação de doença, minimizando e prevenindo os problemas ou complicações associadas a cuidados de saúde.

No entanto, em alguns casos, o contacto com estes serviços, associa-se à aquisição de infeções, pela suscetibilidade dos utentes, pela necessidade de meios de intervenção terapêutica e diagnóstico invasivos e, algumas vezes, por não cumprimento das precauções básicas de controlo de infeção (PBCI) Vários estudos evidenciam que um terço da IACS são evitáveis, através do cumprimento de medidas simples como seja a utilização correcta de EPI e a higienização das mão (DGS, 2018, 2019, Graveto, 2018, Trannin, 2016).

Considerando os desafios supracitados, a questão que norteou a presente investigação foi "Qual o índice de qualidade na utilização de EPI e na higienização das mãos dos profissionais dos serviços de medicina de um hospital do norte de Portugal e quais os fatores associados?".

1. ENQUADRAMENTO

As IACS sendo infeções adquiridas após a admissão do doente podem-se manifestar durante o internamento ou após a alta, desde que seja possível estabelecer uma relação com algum dos diversos tipos de procedimentos hospitalares (Huang et al. 2016). À escala mundial, elas têm uma importância crescente uma vez que nenhum país e nenhuma unidade de saúde pode ignorar as implicações destas infeções e o seu impacto nos doentes, nas unidades de saúde e na comunidade. Estas implicações das IACS repercutem-se num aumento da morbimortalidade, em número de dias de internamento e em elevados custos para a pessoa/família, para a instituição e para o país (DGS, 2018). Também, alguns estudos realizados pelo *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) em 2013 concluíram que, 4 100 000 pessoas, na Europa contraíram uma IACS. Cerca, de 20-30% das infeções hospitalares poderiam ser evitadas com programas de higiene e controlo (ECDC, 2017). Segundo o relatório anual do programa prioritário de 2018, em Portugal entre 2013 e 2017 houve uma redução da prevalência das IACS em meio hospitalar de 10,5% (em 2012) para 7,8% (DGS, 2018). A DGS (2018), refere que, continua a existir uma diferença significativa entre Portugal e a média Europeia, que atinge os 6,1%, ficando explícito que existe ainda um longo caminho a percorrer.

Os profissionais podem ser expostos a fluidos biológicos capazes de transmitir doenças causadas por uma variedade de microrganismos. O uso de EPI tem como função proteger os doentes e os profissionais da transferência de microrganismos pelo sangue e fluidos corporais (CDC, 2020). Os EPI, são dispositivos ou meios utilizados pelos profissionais, isoladamente ou em associação, que visam protegê-los de um ou mais riscos concomitantes. A sua utilização é aconselhada e recomendada sempre que não seja possível controlar os riscos onde a atividade de prestação de cuidados de saúde se desenvolve (DGS, 2015). A chave para a seleção e uso adequados de EPI é entender os perigos e o risco de exposição a que os profissionais e doentes estão sujeitos (CDC, 2020). Lima, Santana & Silva (2017), verificaram que a utilização de EPI, pelos profissionais de enfermagem, é uma condição essencial para a prevenção de acidentes e doenças nos mesmos. O EPI é também fundamental no controlo de infeções cruzadas

nos ambientes hospitalares protegendo e promovendo a segurança e a saúde dos enfermeiros e dos doentes ao seu cuidado. As mãos dos profissionais são progressivamente colonizadas durante a prestação de cuidados com inúmeros microrganismos, alguns deles agentes potencialmente patogénicos. Logo, na ausência de cuidados de higiene das mãos, o grau de contaminação das mesmas é directamente proporcional à duração da prestação de cuidados (DGS, 2019). Cerca de 30% dos casos de IACS são considerados preveníveis por medidas simples, sendo a lavagem correcta das mãos pelos profissionais a mais efetiva. Assim, a higienização das mãos de acordo com os 5 momentos preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), constitui uma das medidas com mais impacto na prevenção e controlo das IACS e consequentemente no controlo das resistências aos antimicrobianos, constituindo um contributo importante na redução da morbilidade e mortalidade dos doentes (DGS, 2019). Graveto, Rebola, Fernandes & Costa (2018), no seu estudo, observaram claramente a enorme importância que tem a prática da higiene das mãos dos enfermeiros durante a prestação de cuidados para reduzir as IACS. Concluíram ainda que é importante a atualização contínua dos conhecimentos e consequente monitorização e a sua mobilização para a prática clínica.

2. METODOLOGIA

Para prosseguir o objectivo da investigação: analisar o índice de qualidade na utilização de EPI e na higienização das mãos dos profissionais dos serviços de medicina de um hospital do norte de Portugal e ainda os fatores associados, foi desenvolvido um estudo transversal analítico.

A população neste estudo coincide com a amostra, 60 profissionais, uma vez que todos eles se disponibilizaram a participar no estudo. A todos os participantes foi pedido e aceite o consentimento livre e esclarecido para lhes dar conhecimento sobre o tema e objectivos do estudo, bem como as condições, confidencialidade e anonimato do mesmo e o direito de o participante mudar de ideias e abandonar a investigação sem qualquer penalização e sem obrigatoriedade de justificarem o eventual abandono.

Foram utilizados como instrumentos de recolha de dados, um questionário de caracterização profissional, uma grelha de observação para auditoria à utilização do EPI por parte da equipa multiprofissional e uma grelha de observação para auditoria à higienização das mãos por parte da equipa multiprofissional. De referir que os profissionais foram observados na utilização de EPI e na higienização das mãos em 3 momentos da prestação de cuidados, sempre no turno de trabalho da manhã (8-16h), por ser o único turno onde prestam cuidados os 3 grupos profissionais. A recolha de dados decorreu durante o período compreendido entre 15 de janeiro e 15 de fevereiro de 2020. O questionário de caracterização profissional foi preenchido pelos participantes, ficando guardado em envelope fechado e na sua posse até ao terminar da colheita de dados das observações. Seguidamente foram aplicadas as grelhas de observação. Após a realização das três observações, foi solicitado ao profissional a entrega do envelope onde, com o questionário de caracterização profissional e à sua frente, o investigador colocou as observações que diziam respeito ao participante, tendo sido de imediato selado e devidamente codificado para que em nenhum momento o participante fosse identificado.

Para a colheita de dados e apresentação dos mesmos, obteve-se a devida autorização favorável do hospital do norte de Portugal, na pessoa do seu Presidente do Conselho de Administração. O projeto foi também analisado pela Comissão de Ética de um hospital do norte de Portugal, que emitiu parecer nº 14/2020 positivo. Os dados foram inseridos e analisados em programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0.

Foi considerada como variável dependente, o índice de qualidade (IQ) na utilização de EPI e o IQ na higienização das mãos que são classificadas em IQ baixo (até 75%), IQ parcial (76-84%) e IQ bom (= ou > a 85%) (*Infection Control Nurses Association* [ICNA]), 2005). Procedeu-se à análise descritiva da amostra através de tabelas de frequência absolutas e relativas para as variáveis de natureza qualitativa e à média, mediana e desvio padrão para as variáveis de natureza quantitativa contínua. Para detectar a existência de diferenças estatisticamente significativas nos indicadores de utilização de EPI e higienização das mãos consoante o sexo, o serviço, formação

específica na área de infeção hospitalar e conhecimentos da utilização de EPI e higienização das mãos realizaram-se testes *t de student* para duas amostras independentes. Quando se utilizam como variável explicativa a profissão perspetivou-se a realização de testes 1-way ANOVA, mas adotou-se a alternativa não paramétrica do teste *Kruskal-Wallis* devido à violação do pressuposto da normalidade populacional. Para o cálculo dos índices de qualidade foi aplicada a seguinte fórmula (ICNA, 2005):

Total de respostas SIM x 100 = (IQ) de ___%

Total de respostas aplicáveis

Para examinar a relação entre os diferentes indicadores de utilização de EPI e higienização das mãos e as variáveis idade, habilitações literárias e profissionais e tempo de serviço interpretam-se os coeficientes de correlação de *Pearson* e respetiva significância estatística. Quando estava em causa o cruzamento de duas variáveis de natureza qualitativa perspetivou-se a realização de Testes de Independência do *Qui-Quadrado* de forma a averiguar relações estatisticamente significativas entre variáveis. O nível de significância considerado foi de 0,05.

3. RESULTADOS

A informação que se segue diz respeito aos traços sociais e profissionais da amostra de 60 profissionais que constituem as equipas dos serviços de medicina homens e medicina mulheres de um hospital do norte de Portugal. A amostra é constituída maioritariamente por enfermeiros (54%). Verifica-se também que 28% dos profissionais são assistentes operacionais e apenas 18% são médicos. Observaram-se baixos níveis dos índices qualidade de utilização de luvas (73,3%), de utilização de avental/bata (68,3%) e de higienização das mãos (95,0%).

Como se observa na Tabela 1, são do sexo feminino, 87,5% dos enfermeiros, 70,6% dos assistentes operacionais e 81,8% dos médicos. Em termos de serviço a distribuição da amostra é praticamente equitativa (48,3% em medicina homens e 51,7% em medicina mulheres). Relativamente às habilitações literárias e profissionais 71,8% dos enfermeiros têm uma licenciatura/bacharelato, 18,8% têm uma especialidade e 9,4% têm um mestrado. Em relação aos médicos, 54,6% têm uma especialidade e

45,4% têm um mestrado. Quanto aos assistentes operacionais, 47,1% têm o ensino secundário, 35,3% têm o 3º ciclo e 17,6% têm bacharelato/licenciatura. Em termos etários, os profissionais situam-se entre os 26 anos e os 64 anos de idade obtendo uma média de 39,85 anos. O grupo profissional mais jovem diz respeito aos médicos com uma média de idade de 36,45 anos. O grupo profissional mais envelhecido corresponde aos assistentes operacionais com uma média de idade de 42,30 anos. Em relação ao tempo de serviço, estamos perante uma amostra com uma média de 11,20 anos, sendo que os enfermeiros são os que apresentam maior média de tempo de serviço (15,31 anos) e os assistentes operacionais com menor média (5,12 anos). Quando questionados se participaram em formação específica na área da infeção hospitalar nos últimos três anos a maior parte da amostra (54,2%) respondeu negativamente. Apenas entre no grupo dos médicos é que a maioria (70%) já participou numa formação desse tipo. Mencione-se também que estas formações normalmente decorrem no próprio serviço (Tabela 1).

Corretamente o EPI e todos responderam saber higienizar as mãos de acordo com os cinco momentos. É na utilização do EPI onde surgem maiores dúvidas entre os profissionais (Tabela 2).

Como podemos verificar através da Tabela 3, apenas consoante a profissão se detetou diferenças estatisticamente significativas com $p < 0,05$ no IQ na utilização de luvas, $p < 0,001$ na utilização de avental/bata e $p < 0,05$ na higienização das mãos. Os enfermeiros são os que apresentam uma performance significativamente melhor, em todos os índices de qualidade. No pólo oposto estão os médicos na utilização de luvas e de avental/bata e os assistentes operacionais na higienização das mãos. Se bem que não se registem mais diferenças estatisticamente significativas é de salientar que no serviço de medicina mulheres existem valores médios e medianos superiores em todos os índices de qualidade. Observa-se também que quanto maior for a habilitação literária e profissional do participante maior o índice de qualidade na higienização das mãos ($p < 0,001$) (Tabela 3).

4. DISCUSSÃO

No desenvolvimento do estudo deparamo-nos com algumas limitações que impõem cautela no que diz respeito à interpretação dos seus resultados. O IQ relativo à utilização de máscara cirúrgica não foi possível analisar uma vez que apenas em 7 observações se aplicava o seu uso obrigatório. Apesar de só terem sido incluídos dois serviços acreditamos que a inclusão de outros serviços teria enriquecido este estudo, por forma a comparar estes resultados com os resultados obtidos noutros serviços. Em relação à aplicação das grelhas de observação aos profissionais, apenas foram realizadas três observações a cada um deles, uma vez que, dado o surgir da situação pandémica mundial com o novo coronavírus, *Severe Acute Respiratory Syndrome-Coronavirus-2* (SARS-CoV-2), o serviço de medicina tal como os outros serviços do hospital, iniciou as normas e orientações dadas pela DGS no sentido do controlo da mesma, motivo pelo qual não foi possível obter um maior número de observações aos profissionais. Com os resultados do nosso estudo pudemos comprovar que os índices de qualidade na utilização de luvas, na utilização de avental/bata e na higienização das mãos, se encontram maioritariamente no nível baixo (índices de qualidade < a 75%). Apesar de não existir diferença estatisticamente significativa, em nenhum dos serviços, é de referir que existem valores de médias superiores em todos os índices de qualidade em medicina mulheres. Tal pode ser justificado pelo facto de no serviço de medicina mulheres haver profissionais mais jovens e um maior número de profissionais com habilitações literárias superiores do que no serviço de medicina homens. Para além destes fatores, também a maioria dos profissionais do serviço de medicina mulheres diz ter tido formação na área da infeção hospitalar nos últimos três anos situação esta que não se verificou no serviço de medicina homens. Foi no IQ do avental/bata que se observou uma menor média de observações no nível baixo e foi no IQ da higienização das mãos que se observou uma maior média de observações no nível baixo. Estes dados são preocupantes e que, apesar de se revelar muito necessária a formação contínua destes profissionais tanto na utilização correcta de EPI como na higienização das mãos, é neste último tema que recai a maior urgência. Trannin et al. (2016) realizaram um estudo no Brasil onde observaram a taxa de adesão à higienização das mãos por parte

dos profissionais antes de terem formação sobre o tema, foi de 28,6%, igualmente preocupante comparativamente com o nosso estudo. Comparando os índices de qualidade com os grupos etários, verificou-se que existe uma maior percentagem de cumprimento no grupo etário entre os 35 anos e os 50, sendo que a menor percentagem de cumprimento em todos os índices de qualidade diz respeito aos profissionais com mais de 50 anos. À semelhança do nosso estudo, também no estudo de Soares (2017), os participantes com idade compreendida entre os 36-44 anos foram aqueles que adotaram PBCI de forma mais adequada.

Quanto ao IQ em relação ao sexo, verificou-se que na utilização de luvas, utilização de avental/bata e na higienização das mãos o sexo feminino é o que mais cumpre comparativamente com o sexo masculino. Igualmente se verificou que a maior percentagem de participantes com IQ baixo diz respeito ao sexo masculino. O estudo de Soares (2017) vem corroborar estes resultados, uma vez que através do seu estudo verificou que os participantes do sexo masculino são os que menos cumprem na adoção das PBCI.

Analisando a relação entre as habilitações literárias e profissionais e os índices de qualidade, verificou-se que existe diferença estatisticamente significativa entre as mesmas e o IQ na higienização das mãos, o que nos permite dizer que quanto maior for a habilitação literária e profissional, maior é o IQ na higienização das mãos. Por outro lado, não verificamos relação estatisticamente significativa entre as habilitações literárias e profissionais e os índices de qualidade na utilização de luvas e na utilização de avental/bata. No estudo levado a cabo por Conceição (2017), à semelhança do nosso estudo, verificou através dos resultados obtidos que não há relação entre as habilitações literárias e a adesão à utilização adequada dos EPI. No que diz respeito à formação específica na área da infeção hospitalar e à sua relação com os índices de qualidade, os participantes que disseram ter formação foram os que obtiveram melhor percentagem em todos os índices de qualidade. Estes dados levam-nos a refletir sobre a necessidade de se investir ainda mais na formação dos profissionais já que cerca de 54,2% referiram não ter frequentado formação específica. Por outro lado, os estudos de Conceição (2017) e Loureiro (2017) não corroboram o nosso estudo, uma vez que

ambos mencionaram haver uma maior percentagem de profissionais a participar numa formação nos últimos três anos. Esta diferença com o nosso estudo poderá ser justificada pelo facto de em ambos os estudos referidos a formação ter sido em serviço, o que leva a uma maior adesão por parte dos profissionais.

Na análise da correlação entre a profissão e os índices de qualidade verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas, sendo que os enfermeiros são o grupo profissional com maior IQ na utilização de luvas (69,4%), na utilização de avental/bata (74%) e na higienização das mãos (40,2%). No sentido oposto encontram-se os médicos com o menor IQ na utilização de luvas (44,4%) e na utilização de avental/bata (26,7%). Já no IQ na higienização das mãos, os assistentes operacionais revelaram a menor percentagem de adesão em relação aos outros grupos profissionais. À semelhança com os dados obtidos no nosso estudo, também no estudo de Florêncio (2015), o IQ na utilização de luvas foi de 61% para os enfermeiros, de 58% para os médicos e 51% para os assistentes operacionais e no IQ na utilização de avental/bata obteve o resultado de 70% para os enfermeiros, de 10% para os médicos e de 30% para os assistentes operacionais.

CONCLUSÃO

O estudo revelou médias de índices de qualidade na utilização de EPI e higienização das mãos baixos. Não se verificaram diferenças, estatisticamente significativas, entre o serviço de medicina homens e medicina mulheres e os índices de qualidade na utilização de EPI e higienização das mãos. Em relação ao IQ na utilização de luvas, na utilização de avental/bata e na higienização das mãos, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa com os diferentes grupos profissionais, percebendo que os enfermeiros são os que mais cumprem e os médicos e AO os que menos cumprem, apesar de os médicos serem o grupo profissional mais detentor de formação específica na área de infeção nos últimos três anos. Não se verificou diferença, estatisticamente significativa, entre a idade dos profissionais e os índices de qualidade na utilização de EPI e higienização das mãos. As habilitações literárias e profissionais revelaram-se importantes para uma melhor performance no que diz

respeito ao cumprimento da higiene das mãos de acordo com os 5 momentos, uma vez que se concluiu que quanto maior as habilitações literárias dos profissionais da amostra, maior era o IQ na higienização das mãos. O mesmo não se verificou quanto ao IQ na utilização de EPI, não havendo diferenças, estatisticamente significativas. De igual forma, no que diz respeito ao tempo de serviço dos profissionais e a sua relação com os índices de qualidade, não se verificaram diferenças significativas. Sugerimos, estabelecer uma ligação efetiva com o PPCIRA, como forma de promover ações de formação dinâmicas em ambos os serviços, para melhorar a adesão aos EPI e à higiene das mãos. A realização de outros estudos com amostras e em períodos maiores, de forma a poder fazer comparações com outros serviços e outras unidades hospitalares.

BIBLIOGRAFIA

Centers for Disease Control and Prevention. (2020). *Considerations for Selecting Protective Clothing used in Healthcare for Protection against Microorganisms in Blood and Body Fluids*. Stockholm.

<https://www.cdc.gov/niosh/npptl/topics/protectiveclothing/#references>

Conceição, O. (2017). *Adesão e determinantes da utilização adequada dos Equipamentos de Proteção Individual pelos profissionais de saúde* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu.

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa.

Direção-Geral da Saúde. (2018). *Infeções e Resistência aos Antimicrobianos – Relatório Anual do Programa Prioritário de 2018*. Lisboa.

Direção-Geral da Saúde. (2019). *Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. Lisboa.

European Centre for Disease Control and Prevention. (2017). *Healthcare-associated infections*. Stockholm.

http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Healthcareassociated_infections/Pages/index.aspx

- Florêncio, V. (2015). *A Prevenção da Infecção por Staphylococcus aureus Meticilino-Resistente (MRSA) na Pessoa Idosa: A Parceria como Intervenção de Enfermagem para Promover o Cuidado de Si* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa.
- Graveto, J., Rebola, R., Fernandes, E., & Costa, P. (2018). Higiene das mãos - adesão dos enfermeiros após processo formativo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71 (3), 1258- 1262.
- Huang, P., Pichon, B., Gao, S., Ribner, A., Cosgrove, S., & Black, R. (2016). The impact of hospital-acquired infections with multidrug-resistant bacteria in an oncology intensive care unit. *Int J Infect Dis* 31, 32-36.
- Infection Control Nurses Association. (2005). *Audit Tools for Monitoring Infection Control Guidelines within the community Setting*. London.
https://docuri.com/download/infectioncontrolaudittooljuly2009_59c1cf35f581710b2863c3ef_pdf
- Lima, C., Santana, V., & Silva, S. (2017). Uso do equipamento de protecção individual: abordando a dificuldade de adesão do profissional de enfermagem. *Temas em Saúde*, 17(1), 104-117.
- Loureiro, S. (2017). *Utilização do equipamento de protecção individual pelos enfermeiros em isolamento de contacto: adesão e necessidades de formação* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu.
- McKibben, L., Horan, T., Tokars, I., Fowler, G., Cardo, M., Pearson, L., Brennan, J., & Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (2015). Guidance on Public Reporting of Healthcare-Associated Infections: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. *AJIC special article*. 33(4). 217-226.
- Soares, I. (2017). *Precauções Básicas do Controlo da Infecção: conhecimento e adesão dos enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde de Viseu. Viseu.
- Trannin, K., Campanharo, C., Lopes, M., Okuno, M., & Batista, M. (2016). Adesão à higiene das mãos: intervenção e avaliação. *Cogitare Enferm*, 21(2), 01-07.

Consultado em 6 de maio de 2020, disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44246>

TABELAS

Tabela 1- *Distribuição dos participantes por categoria profissional, serviço, sexo, grupo etário, habilitações literárias e profissionais, formação específica na área de infecção hospitalar, local onde realizou a formação, idade e tempo de serviço.*

Variáveis	Enfermeiros		Assistentes operacionais		Médicos		Total	
	N	%	n	%	N	%	n	%
Serviço								
Medicina Homens	15	46,9	9	52,9	5	45,5	29	48,3
Medicina Mulheres	17	53,1	8	47,1	6	54,5	31	51,7
Sexo								
Masculino	4	12,5	5	29,4	2	18,2	11	18,3
Feminino	28	87,5	12	70,6	9	81,8	49	81,7
Grupo etário								
Até 35 anos	8	25,0	4	23,5	5	45,5	17	28,3
36 a 50 anos	18	59,4	10	58,8	5	45,5	34	56,7
Mais de 50 anos	5	15,6	3	17,6	1	9,0	9	15,0
Habilitações literárias e profissionais								
Básica 3º Ciclo (9º Ano)	0	0	6	35,3	0	0	6	10
Secundário (12º Ano ou Curso Profissional Equivalente)	0	0	8	47,1	0	0	8	13,3
Bacharelato/Licenciatura	23	71,8	3	17,6	0	0	26	43,4
Especialidade	6	18,8	0	0	6	54,5	12	20
Mestrado	3	9,4	0	0	5	45,4	8	13,3
«Nos últimos três anos, participou em formação específica na área de infecção hospitalar?»								
Sim	13	40,6	7	41,2	7	70,0	27	45,8
Não	19	59,4	10	58,8	3	30,0	32	54,2
«Se sim, especifique onde realizou»								
Formação no serviço	8	61,5	29,4	71,4	4	57,1	17	63
Formação na Instituição	3	23,1	5,9	14,3	1	14,3	5	18,5
Formação fora da Instituição	2	15,4	5,9	14,3	2	28,6	5	18,5
Média da Idade (anos)	39,72		42,3		36,45		39,85	
Média do Tempo de serviço (anos)	15,31		5,12		8,64		11,20	

DP: Desvio padrão; Min: Mínimo; Máx: Máximo.

Tabela 2- Distribuição dos participantes por conhecimentos e dúvidas sobre a utilização de

Variáveis	Enfermeiros		Assistentes operacionais		Médicos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
«Sabe utilizar corretamente os equipamentos de protecção individual?»								
Sim	31	96,9	17	100	1	100	59	98,3
Não	1	3,1	0	0	0	0	1	1,7
«Sabe higienizar as mãos de acordo com os 5 momentos?»								
Sim	31	100	17	100	1	100	60	100
Não	0	0	0	0	0	0	0	0
Maiores dúvidas								
Na higienização das mãos	15	46,9	7	41,2	1	9,1	23	38,3
Na utilização do equipamento de protecção individual	17	53,1	10	58,8	1	90,9	37	61,7

EPI e higienização das mãos.

Tabela 3- Índices de qualidade por serviço, formação específica na área da infeção hospitalar, profissão, dúvidas na utilização de EPI e higienização das mãos, grupo etário, sexo e habilitações literárias e profissionais

Média do IQ			
	utilização de luvas	utilização de avental/bata	higienização das mãos
Serviço			
Medicina Homens	57,28	54,94	27,90
Medicina Mulheres	62,54	65,81	32,16
P	0,146	0,186	0,538
Formação específica na área de infeção hospitalar			
Sim	61,5	62,0	32,5
Não	59,0	60,6	29,0
P	0,688	0,742	0,678
Dúvidas			
Higienização das mãos	61,8	66,4	34,7
Utilização do equipamento de protecção individual	58,9	56,9	27,3
P	0,635	0,221	0,280
Profissão			
Enfermeiro	69,4	74,0	40,2
Assistente Operacional	52,3	57,3	15,6
Médico	44,4	26,7	23,1
P	<0,05	<0,001	<0,05
Grupo etário			
Até 35 anos	60,45	60,39	28,00
36 a 50 anos	63,07	64,90	32,29

Mais de 50 anos	47,53	44,44	25,78
P	0,150	0,231	0,547
Sexo			
Masculino	52,02	55,75	20,18
Feminino	61,79	61,63	32,32
P	0,164	0,476	0,150
Habilitações literárias e profissionais			
Básica 3º Ciclo	47,2	54,4	11,2
Secundário ou equivalente	66,1	67,9	22,2
Bacharelato/Licenciatura	59,3	57,9	28,4
Especialidade	57,4	56,1	39,8
Mestrado	79,6	88,9	74,3
P	0,339	0,624	<0,001

CONHECIMENTO E PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS EM UNIDADES DO DOENTE CRÍTICO

Matilde Delmina da Silva Martins¹

Lúcia Filomena Macedo Amorim²

Maria Gorete de Jesus Baptista³

Resumo: A prática mais simples e eficaz na prevenção das Infeção Associada aos Cuidados (IACS) de Saúde continua a ser higienização das mãos. Neste estudo pretendemos analisar o conhecimento e a perceção dos profissionais de saúde sobre a higienização das mãos no Serviço de Urgência (SU) e Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) de um Centro Hospitalar do Norte de Portugal. Foi um estudo transversal analítico, realizado em 88 profissionais de saúde. Recorremos ao questionário adaptado da OMS, "Perceção e Conhecimentos dos profissionais de saúde sobre higiene das mãos e suas implicações na IACS". O estudo obteve parecer favorável da comissão ética (n.º 52/2019). Nos resultados verificámos que os médicos têm um melhor conhecimento (18.7%) e a sua perceção do conhecimento é maior na UCIP. Os profissionais da UCIP e as mulheres possuem mais conhecimentos. O conhecimento vai aumentando até aos 5 anos de serviço, nos dois serviços.

Palavras-chave: Conhecimentos, pessoal da saúde, higiene das mãos

KNOWLEDGE AND PERCEPTION OF HEALTH PROFESSIONALS ABOUT HAND HYGIENE IN CRITICALLY PATIENT UNITS

Abstract: The simplest and most effective practice in the prevention of Healthcare Associated Infections (HAIs) continues to be hand hygiene. In this study, we intend to analyze the knowledge and perception of health professionals about hand hygiene in the Emergency Service (SU) and Multipurpose Intensive Care Unit (PICU) of a Hospital Center in the North of Portugal. It was an analytical cross-sectional study, carried out with 88 health professionals. We used the adapted WHO questionnaire, "Perception and Knowledge of health professionals about hand hygiene and its implications for HAI". The study obtained a favorable opinion from the ethics committee (n.º 52/2019). In the results, we verified that physicians have better knowledge (18.7%) and their perception of knowledge is greater in the PICU. PICU professionals and women have more knowledge. Knowledge increases up to 5 years of service, in both services.

KeyWords: Knowledge, health personnel, hand hygiene

¹Doutor em Ciências de Enfermagem; Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, Bragança, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Portugal <https://orcid.org/0000-0003-2656-5897>; E-mail matildemartins@ipb.pt

² Mestre em Enfermagem Medico Cirurgica; Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, Penafiel, Portugal. <https://orcid.org/0000-0002-9963-215X>; E-mail lucia.amorim87@gmail.com

³Doutor em Biomedicina; Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, Bragança; Centro de Estudos e Pesquisa do ISPJPB-Angola. <https://orcid.org/0000-0002-6750-1825>; E-mail gorete@ipb.pt

INTRODUÇÃO

As Infecções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS) constituem um problema bastante actual e real na atualidade em contexto de prestação de cuidados, representam um impacto enorme quer a longo prazo em co-morbilidades, na resistência antimicrobiana quer na admissão hospitalar, acresce ainda, as repercussões económicas para o paciente/família, para a instituição e não menos importante o desgaste a todos os níveis bio- psico- social e emocional (Graveto et al., 2018). As IACS, causam altas taxas de mortalidade e morbidade, provocam no doente um impacto negativo e aumentam os recursos humanos e materiais, o tempo médio de internamento, traduzindo -se em gastos económicos elevados (Almeida et al., 2016, R. Silva & Kozusny-Andreani, 2020). A prática mais simples, económica e eficaz na prevenção das IACS continua a ser a higienização das mãos, visto que no primeiro momento há a possibilidade de quebrar a transmissão de agentes extrínsecos para o doente (Lourenço, 2020). A lavagem das mãos com água e sabão, uma técnica simples, tem como objectivo reduzir os microrganismos presentes na pele e interromper a transmissão da doença. Os produtos antissépticos são importantes na prevenção de IACS, reduzem o risco de transmissão, (Frozza Salvi et al., 2020). Segundo o relatório da Direção Geral de Saúde (DGS) de 2017, a taxa de adesão dos profissionais de saúde, à higienização das mãos, em 2016, foi de 73%, e em 2018 foi de 75.2 %, o que vem a evidenciar que os profissionais têm vindo a aderir à higienização das mãos, mas ainda ficam aquém dos desejados 100%, (DGS, 2018). Lourenço, no seu estudo, refere que muitos não a executam, devido a sobrecarga no serviço, falta de instalações adequadas e de material (Lourenço, 2020). Por isso, torna-se importante delinear estratégias, que permitam a redução das complicações resultantes destes comportamentos.

Sendo assim, a presente investigação teve como ponto de partida a questão de Investigação: Qual o conhecimento e a perceção dos profissionais de saúde sobre a higienização das mãos?, tendo como objectivo analisar o conhecimento e a perceção

dos profissionais de saúde sobre a higiene das mãos, no SU e na UCIP de um Centro Hospitalar do Norte de Portugal.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A lavagem das mãos, quando realizado de forma correcta, é o método mais eficaz na redução das IACS (Tarso et al., 2017) e, conseqüentemente nas complicações associadas a estas, como seja a diminuição das taxas de mortalidade e morbidade e das despesas do Sistema de Saúde (Graveto et al., 2018). A higienização das mãos é uma medida crucial na prevenção das IACS, medida simples, pouco dispendiosa e fácil de executar. Tal prática deve fazer parte do dia a dia dos profissionais de saúde realizada de forma consciente, responsável e com frequência, de forma a ser eficaz e eficiente (Tarso et al., 2017). O Modelo preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), destaca 5 momentos cruciais que são: Antes do contacto com o doente, antes de procedimentos limpos/assépticos, após risco de exposição a fluídos orgânicos, após contacto com o doente e após contacto com o ambiente envolvente do doente (DGS, 2019). A maioria dos profissionais de saúde referem a importância da higienização das mãos antes da realização de procedimentos assépticos (90%) e após contacto com o doente (90%), após a exposição a fluídos (86%) e antes do contacto com o doente (76%), enquanto (44%) refere após contacto com áreas do meio ambiente do doente (Santos, 2017). Neste estudo, 94.7% dos profissionais de saúde reconhecem as mãos como principal meio de transmissão de microrganismos, mas 36% não realizam a higienização das mãos de acordo com a norma, antes e após o contacto com o doente (Oliveira et al., 2019). A Norma nº 007/2019 destaca outras indicações *“quando as mãos estão visivelmente sujas ou contaminadas ou outros fluídos orgânicos, antes da preparação e administração de fármacos e manipulação de dispositivos médicos, antes da manipulação e/ou preparação de alimentos, antes da colocação de luvas: o uso de luvas não dispensa a higienização das mãos, imediatamente após remoção de luvas estéreis ou de luvas não estéreis, preparação pré-cirúrgica das mãos e após utilização das instalações sanitárias”* (DGS, 2019 p. 2). Torna-se importante a higienização das mãos por fricção com SABA quando as mãos estão visivelmente limpas, nunca esquecendo os espaços interdigitais, palma da mão, dedo polegar e punho, respeitando todas as

normas da DGS. Após a lavagem das mãos é importante secar com um toalhete individual e descartável (Soares et al., 2017) e dobrar as mangas do uniforme para cima, os anéis, alianças, relógios, pulseiras não devem ser utilizados na prestação de cuidados (Soares et al., 2017). As unhas naturais, devem estar limpas, curtas e verniz, extensões, a presença de feridas, abrasões e lesões na pele estas devem ser fechadas com penso oclusivo e impermeável, assim como hidratar a pele com creme dermoprotetor (Miranda, 2020). A Norma nº 007/2019, recomendam que os profissionais de saúde devem realizar a higienização das mãos no local e momento da prestação de cuidados de saúde, utilizar adequadamente os produtos disponíveis (SABA e sabão), cumprir a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento e colaborar com o responsável pelo controlo de infeção na avaliação da adesão à prática da HM e noutras actividades relacionadas com esta prática; A DGS (2019), definiu 3 métodos, de acordo com os procedimentos a efetuar que são: Lavagem; Fricção Antisséptica e Preparação pré cirúrgica das mãos. Os profissionais de saúde reconhecem a higienização das mãos como uma medida importante na prevenção das IACS, sentem dificuldades e referem que a formação que possuem é pouca para o cumprimento desta prática e que necessitam de mais formação/ treino (Cabrita, 2017). Para melhorar os obstáculos que existem foi elaborada uma Estratégia Multimodal constituída por cinco elementos, a mudança no sistema, a formação e treino, a observação e informação de retorno, os lembretes em locais estratégicos e o clima institucional seguro, de acordo com Norma nº 007/2019. Pelo que, a formação e a sua monitorização são uma mais-valia na adesão e nas atitudes dos profissionais de saúde (Graveto et al., 2018). A formação contínua, adequação de recursos materiais, infraestruturas e reconstrução de práticas, pelos gestores e supervisores são cruciais na adesão a esta temática (Santos, 2017), a elaboração de protocolos de acordo com as recomendações preconizadas, garantindo a segurança para o doente e maior eficácia na prevenção das IACS reduzindo o seu impacto nos serviços (Oliveira et al., 2019) e colocação de cartazes e lembretes visíveis a todos os profissionais (Pina et al., 2014). Relativamente à perceção sobre as práticas de higienização das mãos pelos profissionais de saúde, 90.75% estão conscientes do risco de os doentes adquirirem IACS e têm a perceção de que é um problema de grande

importância, 90% dos profissionais consideraram a medida eficaz, e que leva à redução destas IACS (Oliveira, A. C., & Paula, A. O., 2017).

2. METODOLOGIA

Trata -se de um estudo transversal analítico, realizado numa população de 183 profissionais de saúde. Foram definidos como critérios de inclusão, os profissionais disponibilizarem - se a participar no estudo, trabalharem nos serviços SU e UCIP, ser médico/enfermeiro/técnico de diagnóstico e terapêutico e respondessem à totalidade do questionário. Foram excluídos 12 por não responderem à totalidade do questionário e 83 não se disponibilizaram a participar no estudo. Após a aplicação dos critérios de inclusão obtivemos uma amostra de 88 participantes, 71 profissionais do SU e 17 da UCIP. Como instrumento de recolha de dados (IRD) recorreremos ao questionário adaptado da Organização mundial de Saúde, intitulado na "Perceção e Conhecimentos dos profissionais de saúde sobre higiene das mãos e suas implicações na IACS". É constituído por quatro partes, a primeira parte diz respeito às variáveis socio demográficas (sexo, idade e estado civil), a segunda parte às variáveis profissionais (profissão, tempo de serviço e serviço), a terceira parte refere -se à perceção relativamente às práticas higienização das mãos constituída por 15 perguntas e a parte IV refere – se aos conhecimentos sobre as práticas de higienização das mãos constituída por 6 perguntas fechadas.

As variáveis independentes são as características sociodemográficas (o sexo (masculino/ feminino), a idade (20-29 anos, 30-39 anos, 40-49 anos, 50-59 anos e o estado civil (casado, solteiro, divorciado) e profissionais dizem respeito à profissão (médico, enfermeiro, técnico de diagnóstico e terapêutica), ao tempo de serviço em anos (<1 ano, [1 ,5],]5 ,10], >10) e o serviço (SU/UCIP). A variável dependente é o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a higienização das mãos, foi operacionalizado de acordo com as respostas certas e erradas dadas pelos profissionais de saúde em que o score que varia de 0 a 30, em que 0 é o score mínimo corresponde a todas as questões erradas e score 30 é score máximo corresponde a todas questões

certas. As respostas foram consideradas como certas tendo por base as orientações da Norma nº 007/2019, e quanto à percepção selecionamos as questões nº 10, 11, 17 e 18 da parte III do questionário "Percepção relativamente às práticas de higienização das mãos" do respetivo questionário. As questões nº 10, 11 e 17 valem 5 pontos cada uma e a questão 18 está classificada em 4 pontos, da seguinte forma (0%-25%=1; 26%-50%=2; 51%-75%=3; 76%-100% =4). Para a realização deste estudo, após a autorização por parte do Conselho de Administração, entramos em contacto com o/a Sr.(a) Enfº(a) Chefe de cada serviço (Su e UCIP). Os questionários foram entregues em mão em envelope fechado ao/a Enf, º(a) chefe de cada serviço que os fez chegar aos profissionais de saúde que participaram no estudo. Cada participante após o Consentimento informado preenchido colocava-o num local previamente definido, de forma a não ser possível qualquer identificação dos participantes. Após o preenchimento do IRD, colocava-o novamente num envelope que fechava e entregava ao enfermeiro chefe. Deste modo foi garantido o anonimato da sua identidade, a confidencialidade dos dados e a garantia que os dados recolhidos são apenas para o estudo em vigor, em que cada participante, antes de preencher o questionário, assinou um consentimento informado, livre e esclarecido onde é explicado os objetivos do estudo. Na primeira semana de julho a investigadora passou nos respetivos serviços para recolha dos mesmos. Cada IRD foi numerado de forma aleatória e sequencial e os dados foram inseridos e analisados pelo número de identificação, em base de dados informática, de forma a garantir o sigilo e anonimato ao longo de todo o processo. O estudo obteve parecer favorável por parte da Comissão de Ética do referido Centro Hospitalar onde foi desenvolvido o estudo, conforme referência nº 52/2019. O tratamento de dados obtidos foi realizado através do programa informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) versão 20. Para tal recorremos ao Qui-quadrado para comparação por proporções. A normalidade das variáveis foi testada através do teste *Kolmogorov-Smirnov*, quando as variáveis não seguiam uma distribuição normal optamos por testes não paramétricos. Para a análise da relação dos conhecimentos com as variáveis sociodemográficas e profissionais, utilizamos o Mann-Whitney U test e o Kruskal-Wallis. A relação da percepção do conhecimento com as

variáveis sociodemográficas e profissionais, recorreremos à ANOVA e através do Pearson correlation analisamos a associação entre o conhecimento e a percepção do conhecimento. O nível de significância deste estudo é de 5%.

3. RESULTADOS

Verificamos que 70,45% (62) da amostra é do sexo feminino, 55,68% (49) são casados, a idade média foi de $35,77 \pm 6.74$ anos, entre os 30-39 anos (55,7%), 48,86% são enfermeiros, 38,64% trabalham há mais de 10 anos e 80,68% trabalham no serviço de urgência (Tabela 1).

Quando relacionamos os conhecimentos com as variáveis pessoais, verificamos que é estatisticamente significativo, a variável sexo com o conhecimento ($P= 0.041$; $U=587.5$), em que os conhecimentos dos profissionais de saúde do sexo feminino são superiores aos do sexo masculino (média = $18.2/16.3$). Quanto às variáveis profissionais verificamos que é estatisticamente significativo o tempo de serviço ($\chi^2(3) = 7.905$, $p = 0.048$), que vai aumentando de forma crescente até 5 anos e depois vai diminuindo. Também é estatisticamente significativo a variável serviço ($P < 0.001$, $U=124$), em que os profissionais da UCIP (22.8) possuem um maior conhecimento que os do serviço de urgência (16.4) (Tabela 2).

Relativamente à percepção dos conhecimentos dos profissionais com as variáveis sociodemográficas, não é estatisticamente significativa, enquanto a relação da percepção do conhecimento com as variáveis profissionais, através da ANOVA, é estatisticamente significativa, o efeito de interação serviço $F(1,71) = 8.699$, $P=0.004$ e profissão $F(2,71) = 3.608$ $P=0.032$ (Tabela 3).

Quando analisamos a associação entre o conhecimento e a percepção do conhecimento, através do teste de correlação de person, verificamos uma correlação positiva, ou seja, à medida que aumenta a percepção do conhecimento aumenta o conhecimento. A percepção dos conhecimentos dos médicos foi maior na UCIP é maior ($SU/UCIP = 15.5/17.0$), nos restantes profissionais, não se verificou diferença.

4. DISCUSSÃO

A nossa amostra é maioritariamente feminina o que está de acordo o com o relatório do SNS (2018), onde 77% dos profissionais de saúde são mulheres, 83.7% enfermeiras, 79.9% técnicas superiores de diagnóstico e terapêutica e 64.4% médicas. A maioria é casado (55.68%), com idade situada entre os 30 - 39 anos (55.7%), corroborando com o estudo desenvolvido por Silva (2017), a faixa etária mais representativa era 31 aos 40 anos de idade (47,2%). A média da nossa amostra poderá ser ligeiramente mais elevada, por incluir médicos. Estes, têm uma formação superior com mais anos e iniciam as suas funções no mercado de trabalho com mais idade (Instituto Nacional de Estatística, 2021). Trabalham há mais de 10 anos (38.64%), também, no estudo de Tinoco (2014), concluiu que os profissionais de saúde trabalham aproximadamente até 10 anos, visto que o SU e UCIP são dois serviços exigentes, em que os profissionais de saúde preferem iniciar a sua carreira nestes serviços, o grau de exigência, o desafio, a enriquecedora experiência, o vasto leque de conhecimentos em várias especialidades. Aqui não prestam apenas cuidados ao doente em estado crítico como também aperfeiçoamento, desenvolvimento de competências, racionalização, pensamento crítico e reflexivo na prestação de cuidados, gestão e manipulação de equipamentos inovadores e diferenciados, tornando-se serviços desafiantes para os profissionais que começam a trabalhar (Lobeiro, 2019).

Maioritariamente, trabalhavam no SU (80.68%) versus UCIP com (19.32%), também no estudo de Tinoco (2014), (32.2%) exerciam no SU e (23.3%) na UCIP. O SU necessita de mais recursos humanos comparativamente com às UCIP, dado ser um serviço com uma afluência maior, ilimitada, diversificada de doentes e especialidades, logo, a necessidade de maior número de profissionais de saúde, nesta tipologia de serviço, enquanto na UCIP o número de doentes é limitado ao número camas, ou seja, a menor necessidade de profissionais para prestação de cuidados (International Council of Nurses, 2000).

Os médicos (18.72%) apresentam mais conhecimentos, seguido dos enfermeiros (17.14%) e por fim os técnicos de diagnóstico e terapêutica (17.06%), contrariamente a um estudo realizado por Tinoco (2014) em que os enfermeiros apresentaram melhor

adesão e conhecimento às práticas de higienização das mãos face às restantes classes profissionais.

Posteriormente relacionamos os conhecimentos com as variáveis sociodemográficas e profissionais e verificamos diferenças, estatisticamente significativas, entre o conhecimento com o sexo ($p=0.041$, $u=587.5$), o tempo de serviço ($P=0.048$) e o serviço ($p < 0.001$). Constatamos que os conhecimentos dos profissionais de saúde do sexo feminino são superiores aos do sexo masculino (média = 18.2/16.3). As mulheres apresentaram uma maior adesão às práticas de higienização das mãos, mencionando os homens como fatores de risco com menor aderência à prática higienização das mãos (Araújo et al., 2016). As mulheres são, intrinsecamente, mais vocacionadas para a arte do cuidar, já desde a época de Florence Nightingale. Também Andrade, 2013, conclui que as mulheres apresentam maior conhecimento e procedem corretamente à higienização das mãos, quando comparadas com os homens (Andrade, 2013).

O conhecimento vai aumentando com o tempo de serviço até aos 5 anos de tempo de serviço depois decresce. Isto pode dever-se a estes serviços serem muito exigentes e desafiantes, para os jovens recém-licenciados, pelas suas características. São serviços que exigem uma integração prolongada com inclusão de formação diferenciada aos profissionais recém-admitidos. Por outro lado, também, estes são serviços, que pela sua exigência, levam a um desgaste rápido, pelo que os profissionais de saúde, com mais tempo de serviço, tende a solicitar transferência de serviço e a não procurar formação e algum desinteresse pela atualização de conhecimentos (Pontes et al, 2008).

Os profissionais de saúde da UCIP apresentaram um conhecimento superior aos profissionais do SU. Isto pode dever-se ao facto de o SU ser um serviço que atende pessoas em situações urgentes/emergentes, onde a afluência é imprevisibilidade com exigência de prestação de cuidados imediatos e com ritmo de trabalho acelerado levando, alguma vezes, ao não cumprimento rigoroso do protocolado (Brazão, 2016). Por outro lado, as UCIP são unidades com um rácio de profissionais mais elevado, onde

a maioria dos procedimentos e protocolado e até auditado levando a que estes profissionais sejam mais conhecedores e cumpridores das norma e protocolos (Araujo et al., 2016, Brazão, 2016).

Relativamente à percepção não observamos resultados estatisticamente significativos as variáveis sociodemográficas, mas verificamos diferenças, estatisticamente significativas, com a profissão, em que os médicos da UCIP (17.0%) apresentam uma média de percepção do conhecimento comparativamente aos do SU (15.5%). Os médicos na UCIP têm uma percepção maior em relação do SU (SU =15.5 e UCIP =17.0). Os médicos, na UCIP, integram uma equipa fixa, têm uma formação mais diferenciada, intensivistas, os doentes são altamente críticos o que exige, também, o cumprimento rigoroso das orientações de boas práticas, traduzindo-se, por vezes, numa melhoria na qualidade dos cuidados prestados (Ribeiro, 2019). O SU com características muito particulares quer em relação à rotatividade de médicos quer em relação ao número de doentes, com equipas médica heterogéneas, funcionando em alguns casos por contratação direta ou através do recurso a empresas, levando a uma elevada rotatividade de médicos no serviço de urgência dificultando a adesão e conhecimento sobre a correcta higienização das mãos (Ribeiro, 2019).

A associação entre os conhecimentos e a percepção dos conhecimentos é positiva, ou seja, à medida que aumenta a percepção do conhecimento aumenta o conhecimento. Concluíram que a percepção adequada sobre a importância da higienização das mãos e o conhecimento, são uma mais-valia na prestação de cuidados (Oliveira et al., 2019).

CONCLUSÃO

As Mulheres, os casados, os médicos, os que têm tempo de serviço entre 1-5 anos e os que trabalham na UCIP apresentam maior média de percepção de conhecimentos. Assim sugerimos: sensibilização, educação e formação sobre esta temática a todos os profissionais, mas mais direccionadas para os grupos com menos conhecimentos; a realização de outros estudos, com amostras maiores e noutros serviços que permitam fazer generalizações.

BIBLIOGRAFIA

Andrade, O. M. B. (2013). Perspetiva dos Profissionais de Saúde sobre a Prática de Higienização das Mãos. Instituto Politécnico de Viseu.

Araújo, D. D. de .et al. (2016). A importância da higienização das mãos no controle das infecções em serviços de saúde. *Rev. enferm. UFPE*, p. 4880-4884.

Brazão, M. L.; Nóbrega, S.; Bebiana, G.; Carvalho.; (Julho/Setembro 2016). Atividade dos Serviços de Urgência Hospitalares. Volume 23, nº 3, pág 8 – 14. revista da sociedade portuguesa de medicina interna.

Cabrita, R. R. (2017). *Fatores que dificultam a adesão dos profissionais de saúde às boas práticas de higiene das mãos*. Escola Superior de Enfermagem, Lisboa.

Direção Geral de Saúde. (2019). *Norma nº 007/2019*. Lisboa

Fernandes D. R., Braga F. T. M. M., Silveira R. C. C. P., Garbin L. M. Hand hygiene: knowledge and skill of caregivers in the hematopoietic stem cell transplantation. *Revista Brasileira Enfermagem*. 2019;72(6):1653-61.

Frozza Salvi, E. S., Pompermaier, C., Floriani, F., Barrionuevo, V., Santin, D. C., & Giroto, E. (2020): *Higiene de mãos. Anuário pesquisa e extensão unoesc xanxerê*, 5, e27151. Consultado em 25 de Abril de 2021, disponível em: <https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/apeux/article/view/27151>

Graveto, J. M. G. do N., Rebola, R. I. F., Fernandes, E. A., Costa, P. J. dos S. (2018). Hand hygiene: Nurses' adherence after training. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(3), 1189–1193.

Instituto Nacional de Estatística. (2021). Estatísticas da Saúde : 2019. Lisboa : INE, 2021.

International Council of Nurses. (2000). Position statement: Occupational health and safety for nurses. Acedido a 9 de Setembro de 2021, a partir de <http://www.icn.ch/pshealthsafetyoo.htm>

Lobeiro, N. M. D. (2019). *Relatório de estágio: Abordagem Especializada do Doente Crítico*. 102. ESSLEI – IPLEIRIA Portugal:

Lourenço, I. M. R. (2020). *A Higiene das Mãos na vanguarda da segurança dos cuidados e dos cuidados seguros*. Consultado em 25 de abril de 2021, disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.17/3525>

Oliveira M.A. de, Leuthier R. M., Oliveira Filho J. R., Leite M. A. P., Fernandes L.G. A., Santos A. F., et al. (2019). *Hand hygiene: knowledge and attitudes of healthcare professionals*. J Nurs UFPE on line. 2019;13: e236418 Consultado em 25 de Abril de 2021, disponível em : <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.236418>

Oliveira, A. C. de, & Paula, A. O. de. (2017). A perceção dos profissionais de saúde em relação à higienização das mãos. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)*, 321–326. REBEN_71-2_POR.indd (scielo.br)

Pina E., e Noriega E., (2014). DGS. Campanha nacional de higiene das mãos. Consultado em 25 de Abril de 2021, disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/dia-mundial-da-higiene-dasmaos-2014.aspx>

Pontes, Bela [et al.] – Competências dos enfermeiros que exercem funções nos serviços de urgência periféricos da RAM. Barcarena: Universidade Atlântica, 2008.

Santos, C. I. G, (2017), *Gestão do procedimento higienização das mãos por enfermeiros: fatores determinantes e avaliação microbiológica* (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal

Silva, L., Barreto, R., Gebrim, C., Suzuki, K., Barbosa, M., & Prado, M. (2015). Crenças de profissionais da saúde sobre o risco de colonização por agentes microbiológicos. *Atas do Congresso IberoAmericano em Investigação Qualitativa*, 1, 295-298. Consultado em 6 de maio de 2021, disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/69/67>

Silva, C. (2017). *Saberes e práticas dos profissionais do bloco operatório na prevenção da infeção por microrganismos multirresistentes* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Escola Superior de Saúde. Viana do Castelo.

Silva, R., Kozusny-Andreani, D. (2020). *Infections related to health care: knowledge, attitude and practice of the nursing team*. Research, Society and Development, [S. l.], v. 9, n. 10, p. e3819108818, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i10.8818.

Serviço Nacional de Saúde. (2018). Relatório social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde. Lisboa.

Soares, N. R. M., Souza, D. J. de, Ferreira, M. B. G., Senne, E. C. V. de, Paiva, L., & Contim, D. (2017). Conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de enfermagem sobre higiene das mãos no ambiente hospitalar. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 5(3), 362–371.

Souza, L. M. B. de, Alievi, M. F., Piasentin, C. Z., Bandeira, V. A. C., Loro, M. M., Stumm, E. M. F., & Kolankiewicz, A. C. B. (2018). *Analysis of the knowledge of nursing professionals in relation to hygienization of hands*. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, 8(2), 142–149.

Tarso, A.B.; Delgado, C.C.; Alves, D.A.B.; Fontes, F.C.; Santos, P.V.A. (2017). *A higienização das mãos no controle da infecção hospitalar na unidade de terapia intensiva*. *Revista Eletrônica Atualiza Saúde | Salvador*, v. 6, n. 6, p. 96-104, jul./dez. 2017

Tinoco, C. (2014). *Percepção dos profissionais de saúde sobre as boas práticas de higiene das mãos* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde de Viseu.

TABELAS

Tabela 2 - Distribuição dos participantes por sexo, estado civil, idade, profissão, tempo de serviço e serviço

Sexo	Estado civil			Idade (anos)					
	F	M	Cas.	Sol.	Div.	20-29	30-39	40-49	50-59
N	62	26	49	30	9	13	49	24	2
%	70.45	29.55	55.68	34.09	10.23	17.8	55.7	27.3	2.3
X = 35.77, dp = 6.74 (23- 53)									
Profissão	Tempo de Serviço (anos)			Serviço					
	Médico	Enfermeiro	TDT	< 1	[1,5]	]5,10]	>10	SU	UCIP
N	29	43	16	6	24	24	34	71	17

% 32.95 **48.86** 18.18 6.82 27.27 27.27 **38.64** **80.68** 19.32

Legenda: SU-serviço de urgência; UCIP-Unidade de cuidados intensivos polivalente; TDT – Técnico de Diagnóstico e terapêutica; sol – Solteiro; cas – casado; div - divorciado.

Tabela 2 - Análise da relação dos conhecimentos com cada uma das variáveis sociodemográficas e profissionais

Variáveis	Nível	N(%)	Ordem das médias	Teste estatístico	Resultado
Sexo	Masculino	26 (30%)	16.3 ± 3.99	Mann-Whitney U	587.5$P=0.041$;
	Feminino	62 (70%)	18.2 ± 4.43		
Estado civil	Casado	49 (56%)	18.2 ± 4.10	Kruskal-Wallis	2.962, $P=0.227$
	Solteiro	30 (34%)	17.3 ± 4.84		
	Divorciado	9 (10%)	15.6 ± 13.75		
Profissão	Médico	29 (33%)	18.7 ± 3.98	Kruskal-Wallis	2.015, $P=0.365$
	Enfermeiro	43 (49%)	17.1 ± 4.90		
	Técnico	16 (18%)	17.1 ± 3.23		
Tempo de serviço	< 1	6 (7%)	12.8 ± 4.58	Kruskal-Wallis	7.905, $P=0.048$
	[1,5]	24 (27%)	18.5 ± 4.28		
	]5,10]	24 (27%)	17.8 ± 3.70	
	> 10	34 (39%)	17.8 ± 4.47		
Serviço	SU	71 (81%)	16.4 ± 3.56	Mann-Whitney U	$P<0.001$, $U=124$
	UCIP	17 (19%)	22.8 ± 3.68		
Variável contínua					
Idade	Pearson Correlation				0.152 $P=0.152$,

Legenda: SU- Serviço de Urgência; UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Tabela 3 - Relação entre a Percepção do conhecimento com a caracterização profissional

Variáveis	N(%)	Percepção do conhecimento global (Média ± Desvio Padrão)	ANOVA
Profissão	Médico	29 (33%)	15.9 ± 0.92
	Enfermeiro	43 (49%)	15.3 ± 1.10
	Técnico	16 (18%)	15.4 ± 0.68
	< 1	6 (7%)	14.6 ± 1.12
			$p=0.032$,

Tempo de	[1,5]	24 (27%)	15.2 ± 1.20	p=0.099
Serviço	]5,10]	24 (27%)	15.8 ± 0.67
	> 10	34 (39%)	15.8 ± 0.89	
Serviço	SU	71 (81%)	15.3 ± 0.88	p=0.004
	UCIP	17 (19%)	16.4 ± 1.07	

MAIS HIGIENE E MAIS QUALIDADE DE VIDA PARA UMA MELHOR SAÚDE: AS CRIANÇAS DO 1.º CICLO DO ENSINO BÁSICO

Eugénia Maria Garcia Jorge Anes⁽¹⁾

Ana Luís Dias⁽²⁾

Resumo: A higiene infantil engloba a compreensão, estudo e planeamento de medidas promotoras de saúde, como forma de prevenção das doenças infantis (González, 2009). Qualidade de vida relacionada com saúde refere-se às dimensões físicas, psicológicas, mentais, sociais e funcionais do bem-estar da criança (Monteiro, 2011). Este estudo objetiva avaliar hábitos de higiene e qualidade de vida em crianças do 1º Ciclo do Ensino Básico. É descritivo, transversal e analítico, de abordagem quantitativa. Foi utilizado o módulo de higiene do questionário GSHS e a escala KIDSCREEN-52©. Amostra constituída por 111 crianças, maioritariamente do sexo feminino (56,8%), com idades entre 7 (18,9%) e 10 anos (19,8%). Foram identificadas correlações positivas e fracas entre a frequência de tomar banho, lavar as mãos depois de ir à casa de banho, lavar o cabelo e tomar banho e a qualidade de vida. Esta associação é significativa nas dimensões saúde e atividade física, tempo livre, estado de humor em geral, sobre si próprio, família e ambiente familiar e amigos, questões económicas e ambiente escolar e aprendizagem. Destacam-se hábitos positivos em relação à higiene e a qualidade de vida, verificando-se que a qualidade de vida varia no mesmo sentido que os hábitos de higiene.

Palavras-chave: Saúde; Higiene; Qualidade de vida; Crianças.

MORE HYGIENE AND MORE QUALITY OF LIFE FOR BETTER HEALTH: CHILDREN IN THE 1ST CYCLE OF BASIC EDUCATION

Abstract: Child hygiene encompasses the understanding, study and planning of health-promoting measures as a way of preventing childhood illnesses (González, 2009). Health-related quality of life refers to the physical, psychological, mental, social and functional dimensions of the child's well-being (Monteiro, 2011). This study aims to evaluate hygiene habits and quality of life in children of the 1st Cycle of Basic Education. It is descriptive, transversal and analytical, with a quantitative approach. The hygiene module of the GSHS questionnaire and the KIDSCREEN-52© scale were used. Sample made up of 111 children, mostly female (56.8%), aged between 7 (18.9%) and 10 years (19.8%). Positive and weak correlations were identified between the frequency of showering, washing hands after going to the bathroom, washing hair and showering and quality of life. This association is significant in the dimensions health and physical activity, free time, mood in general, about oneself, family and family environment and friends, economic issues and school and learning environment. Positive habits in relation to hygiene and quality of life stand out, verifying that the quality of life varies in the same direction as the hygiene habits.

Keywords: Health; Hygiene; Quality of life; Kids

- (1) PHD. Professora Adjunta, Instituto Politécnico de Bragança, Investigadora Integrada da UICISA: e Professora na Escola de Saúde IPB. Bragança, Portugal. eugenia@ipb.pt. Telm 919353215. (2) Enfermeira. Hospital Cascais, Portugal.

INTRODUÇÃO

A higiene engloba uma série de processos que se destinam a assegurar o bem-estar físico e psíquico dos indivíduos, bem como a sua articulação harmoniosa com o meio envolvente. Ao nível do indivíduo, a higiene caracteriza-se por dois aspetos principais: a higiene física e a higiene mental. A higiene física visa a manutenção de uma adequada limpeza do corpo, removendo a sujidade, secreções e microrganismos que, durante a atividade diária se tenham instalado sobre ele. Enquanto a higiene mental caracteriza-se pela manutenção dos indivíduos em ambiente não causadores de stress excessivo, que sejam suscetíveis de desencadear perturbações psíquicas ou neurológicas, bem como a ausência de estímulos suscetíveis de desencadear essas mesmas alterações.

A Organização Mundial de Saúde, define qualidade de vida como a saúde física, estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais e as relações do indivíduo com o contexto em que está inserido. Ainda a Organização Mundial de Saúde ilustra a qualidade de vida como conceito mais genérico, como a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que se insere e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHO, 1994; WHOQOL, 1996).

Atualmente, a sociedade tem vindo a demonstrar um interesse crescente pela qualidade de vida e promoção da saúde (Jacoto, 2014). No entanto, no que concerne a estudos em relação à qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças, deparamo-nos com uma grande lacuna a nível da investigação (Abreu, 2015) que, ao ser esbatida, possibilitaria um aumento da probabilidade de se poder identificar crianças e adolescentes em risco (Guedes & Guedes, 2011). Quanto mais precocemente for inculcida a prática da higiene pessoal enquanto promotora de saúde, mais se contribui para o bem-estar pessoal e coletivo dos indivíduos.

Assim, através desta investigação pretendemos dar resposta ao seguinte objectivo principal avaliar hábitos de higiene e qualidade de vida em crianças do 1º Ciclo do Ensino Básico de uma escola do Nordeste Transmontano.

1. METODOLOGIA

Estudo de natureza quantitativo, uma vez que é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador (Fortin, 2009). Quanto ao desenho de investigação, trata-se de um estudo descritivo, transversal e analítico.

As variáveis dependentes são os Hábitos de Higiene e a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde. As variáveis independentes são as variáveis de caracterização (idade, sexo, ano de escolaridade e com quem vive).

Para avaliação dos Hábitos de Higiene foi utilizado o Módulo Higiene da Escala Mundial de Saúde Escolar (Global School-based Student Health survey – GSHS). Esta foi desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em colaboração com as Nações Unidas (United Nations Children’s Fund-UNICEF, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization-UNESCO e Joint United Nations Program on HIV/AIDS-UNAIDS) e com a assistência técnica do CDC (Centers for Disease Control and Prevention). O objectivo do GSHS – Global School-based Student Health survey, é obter informações sistemáticas dos alunos para apoiar programas e políticas de saúde escolar e de saúde juvenil em todo o mundo. De acordo com o Guia do GSHS, este é constituído por 10 Módulos: Uso de álcool, Comportamentos alimentares, Uso de drogas, Higiene, Saúde mental, Atividade física, Fatores de protecção, Comportamentos sexuais, Uso de tabaco, Violência e lesão não intencional.

A Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde é avaliada através de um instrumento genérico, o KIDSCREEN-52 (Gaspar & Matos, 2008), podendo ser utilizado para medição, monitorização e avaliação. Foi criado pelo “The KIDSCREEN Groupe” no âmbito do O projeto de “Protecção e Promoção da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em Crianças e Adolescentes numa perspectiva Europeia de Saúde Pública”,

usualmente designado por KIDSCREEN. Foi traduzido e adaptado para português pela equipa da Aventura Social (Gaspar & Matos, 2008).

Este instrumento pode ser aplicado em vários contextos e por diversos profissionais, a crianças e adolescentes dos 8 aos 18 anos de idade, é um questionário de autopreenchimento com tempo que ronda os 10 a 15 minutos, sendo composto por 52 questões que se encontram divididas por 10 dimensões. Todas as questões podem ser respondidas numa escala tipo Likert com cinco pontos (Guedes & Guedes, 2011). As 10 dimensões são: saúde e atividade física, sentimentos, estado de humor geral, sobre ti próprio, tempo livre, família e ambiente familiar, questões económicas, amigos, ambiente escolar e aprendizagem e provocações.

Por conseguinte, o instrumento de colheita de dados é um questionário constituído pelo Módulo de Higiene da Escala Mundial de Saúde Escolar (Global School-based Student Health survey – GSHS), pelo instrumento KIDSCREEN-52 e por questões de caracterização. Acolheita de dados decorreu em 2021. Foram respeitados e defendidos os direitos determinados pelo código de ética, de acordo com a Declaração de Helsínquia e Convenção de Oviedo. Foi solicitada autorização para o desenvolvimento do estudo à respetiva escola. Foram obtidas autorizações para utilização das escalas. Foi solicitado um consentimento informado aos pais e/ou encarregados de educação e às crianças para participarem no estudo.

Foi avaliada a consistência interna da Qualidade de Vida KIDSCREEN-52 - Versão Crianças, através do coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach, este varia entre um mínimo de 0.67 (fraco, mas aceitável) na dimensão Tempo Livre a um máximo de 0.82 (bom) na dimensão Estado de Humor Geral. A categorização dos valores de Alfa tem como referência Hill (2014). Os valores obtidos na aferição portuguesa por Gaspar e Matos (2008) podem ser observados na tabela 1. No geral os valores são ligeiramente mais elevados quando comparados com os valores obtidos na presente investigação (**Tabela 1**).

A população perfaz um total de 127 crianças, de onde resultou uma amostra constituída por 111 alunos, os que aceitaram participar no estudo com consentimento

e autorização dos seus encarregados de educação. O método de amostragem utilizado foi a amostragem não probabilística acidental por conveniência.

2. RESULTADOS E ANÁLISE

Todos os resultados aqui apresentados têm fonte na presente investigação, motivo pelo qual será omitida a sua fonte na apresentação dos quadros e tabelas. Amostra constituída por 111 crianças, maioritariamente do sexo feminino (63-56,8%), com idades entre 7 (21-18,9%) e 10 anos (22-19,8%), apresentando maior representatividade os 8 e os 9 anos com 32-28,8% e 36-32,4%, respetivamente. O ano escolar mais representativo é o 4º ano com 42-37,8%. Residem todos com familiares.

Relativamente à Higiene, a grande maioria apresenta bons hábitos (Quadro 1). A maioria tomava banho e lavava o cabelo ou 2 a 4 vezes (47.7% e 39.6%) por semana ou todos os dias. Referem ter costume de lavar sempre as mãos antes das refeições (66.7%) e depois de ir à casa de banho (74.8%). No que respeita à higiene oral, mais de metade da amostra lavava os dentes 2 vezes por dia o (53.2%), sendo o período da manhã e antes de deitar os momentos mais frequentes. A grande maioria refere tomar banho sozinho (84.6%) e, mudar de roupa interior e exterior todos os dias (89.2%-82.9%) (**Quadro 1**).

As estatísticas descritivas dos valores obtidos pelas crianças relativamente à Qualidade de Vida, podem ser apreciadas na tabela 2. Podem observar-se os valores mínimo e máximo, médias e respetivos desvios padrão. E constatar que em termos médios as crianças apresentam em geral bons scores (**Tabela 2**).

Encontrámos correlações significativas, positivas e fracas entre lavar as mãos antes das refeições e a qualidade vida com o tempo livre ($r = .208$) e com os amigos ($r = .279$) (Tabela 3). Assim, como os coeficientes são positivos isso significa que à medida que aumenta a frequência com que as crianças lavam as mãos antes das refeições melhor é a sua qualidade de vida nestas dimensões.

O mesmo acontece entre lavar depois de ir à casa de banho e a qualidade vida com o tempo livre ($r = .208$), Família e Ambiente Familiar ($r = .269$), questões económicas ($r = .210$) e com os amigos ($r = .318$) (Tabela 3). Assim, à medida que

aumenta a frequência com que as crianças lavam as mãos depois de irem à casa de banho melhor é a sua qualidade de vida nestas dimensões. Ao contrário, a relação com o estado de humor geral é negativa ($r = .190$) (**Tabela 3**).

Entre a frequência de tomar banho e a qualidade vida (Tabela 4) com a Saúde e Atividade Física ($r = .349$) e Ambiente Escolar e Aprendizagem ($r = .191$), foram encontradas correlações significativas, positivas e fracas. Assim, como os coeficientes são positivos isso significa que à medida que aumenta a frequência com que as crianças tomam banho melhor é a sua qualidade de vida nestas dimensões (**Tabela 4**).

O mesmo acontece com a frequência de lavar o cabelo e a qualidade vida com a Saúde e Atividade Física ($r = .242$), Questões Económicas ($r = .218$) e com os amigos ($r = .194$) (Tabela 4). Assim, à medida que aumenta a frequência com que as crianças lavam o cabelo melhor é a sua qualidade de vida nestas dimensões.

Relativamente à mudança de roupa interior ou exterior, não foram encontradas correlações significativas com a qualidade vida (**Tabela 5**).

Os presentes resultados vão ao encontro dos encontrados por Costa et al. (2008) e Zusman et al. (2007).

CONCLUSÃO

Assim concluímos que foram identificadas correlações positivas e fracas entre a frequência de tomar banho, lavar as mãos depois de ir à casa de banho, lavar o cabelo e tomar banho e a qualidade de vida. Esta associação é significativa nas dimensões saúde e atividade física, tempo livre, estado de humor em geral, sobre si próprio, família e ambiente familiar e amigos, questões económicas e ambiente escolar e aprendizagem.

A família constitui o núcleo por excelência da educação, a par da escola constituem o palco de eleição conducente à aquisição de hábitos de vida saudáveis. A precocidade de qualquer intervenção que estimule esses hábitos é fundamental na promoção de hábitos salutogénicos. As escolas e as famílias continuam a ser espaços privilegiados de cuidados de suporte à vida e à saúde dos seus membros constituindo-

se elas mesmas como unidades dotadas de energias com capacidade auto organizativa. (Figueiredo, 2009).

A identificação dos determinantes da qualidade de vida nas crianças e o diagnóstico precoce de qualquer alteração constituem elementos-chave para a criação de uma futura sociedade saudável.

BIBLIOGRAFIA

Abreu, G. (2015). Auto-Perceção da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (Dissertação de Mestrado). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias – Faculdade de Educação Física e Desporto, Lisboa.

Abreu, M., Marques, I., Martins, M., Fernandes, T., & Gomes, P. (2016). Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em Crianças e Adolescentes – Estudo Bicêntrico e Comparação de Dados Europeus. *Nascer e Crescer Revista de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto*, 3, 141-146.

Costa, C., Pereira, M., Passadouro, R., Spencer, B., (2008). Higiene Oral na Criança, Boca Sã, Família Vigilante. Consultado a 1 de julho de 2021 em: https://www.researchgate.net/profile/RuiPassadouro/publication/23971803_Children's_oral_hygiene_Healthy_mouth_families_supervise/links/54a56dfc0cf267bdb908215d/Childrens-oral-hygiene-Healthy-mouthfamilies-supervise.pdf

Figueiredo, M. H. – Enfermagem de Família: Um contexto do cuidar. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Consultado a: 16 de fevereiro de 2021 em <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Fam%20lia%20Um%20Con%20texto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>

Fortin, M. F., Côté, J. & Fillion, F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta.

Gaspar, T., Matos, M., Ribeiro, J., & Leal, I. (2006). Qualidade de vida e bem-estar em crianças e adolescentes. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2(2), 47-60.

González, F. (2009). Educación para la Salud de 0 a 6 años. In Cuadernos de Educación y Desarrollo. Vol.1, nº5 (julho 2009).

Guedes, D., & Guedes, J. (2011). Tradução, Adaptação Transcultural e Propriedades Psicométricas do KIDSCREEN-52 para a População Brasileira. Revista Paulista de Pediatria, 29(3), 364-371.

Jacoto, L. (2014). Qualidade de Vida, Vinculação e Resiliência em Adolescentes Institucionalizados (Dissertação de Mestrado). Universidade Fernando Pessoa, Porto.

Hill, Manuela Magalhães e Hill, Andrew (2014), Investigação por questionário, Edições Sílabo, 2ª edição, Lisboa

Monteiro, M. (2011). Competências para a Vida em Adolescentes: Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e da Competência Social (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – Departamento de Psicologia, Faro, Algarve.

World Health Organization (1994). Quality Of Life Assessment: an annotated bibliography. Geneva: WHO.

Zusman SP.; et al. (2007). National oral health knowledge, attitudes and behavior survey of Israeli 12-years-old, 2002. Oral Health and Preventive Dentistry. 5 (4). pp.271-8.

TABELAS E QUADROS

Tabela 1 – Avaliação da Consistência Interna (Kidscreen-52).

	Alfa de Cronbach*	Alfa de Cronbach **
Saúde e Atividade física	0,73	0,77
Sentimentos	0,79	0,84
Estado de Humor Geral	0,82	0,86
Sobre si próprio	0,68	0,60
Tempo Livre	0,66	0,81
Família e Ambiente familiar	0,73	0,84
Questões Económicas	0,75	0,88
Amigos (as)	0,69	0,84
Ambiente Escolar e Aprendizagem	0,67	0,84
Provocação	0,71	0,75

Quadro 1 – Caraterização da amostra – Módulo Higiene (GSHS).



Tabela 2 – Estatísticas descritivas (Kidscreen-52)

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Saúde e Atividade física	8,00	24,00	20,68	2,83
Sentimentos	7,00	30,00	27,54	3,16
Estado de Humor Geral	6,00	26,00	9,65	3,96
Sobre si próprio	12,00	25,00	22,45	3,08
Tempo Livre	9,00	25,00	22,28	3,04
Família e Ambiente familiar	14,00	30,00	27,07	2,74
Questões Económicas	3,00	15,00	10,67	4,16
Amigos (as)	14,00	30,00	26,59	3,70
Ambiente Escolar e Aprendizagem	20,00	30,00	27,27	2,59
Provocação	3,00	14,00	5,35	2,78

Tabela 3 – Correlação entre lavar as mãos e qualidade de vida.

	Refeições	Casa banho	de
Saúde e Atividade física	,113	,125	
Sentimentos	,099	,149	
Estado de Humor Geral	-,045	-,190*	
Sobre si próprio	-,060	,194*	
Tempo Livre	,208*	,197*	
Família e Ambiente familiar	,132	,269**	
Questões Económicas	,184	,210*	
Amigos (as)	,279**	,318**	
Ambiente Escolar e Aprendizagem	,036	,094	
Provocação	-,132	-,088	

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Tabela 4 - Tomar banho, lavar o cabelo e qualidade de vida.

	Tomar banho	Lavar cabelo	o
Saúde e Atividade física	,349**	,242*	
Sentimentos	,050	-,013	
Estado de Humor Geral	-,136	-,045	
Sobre si próprio	-,010	-,092	
Tempo Livre	,149	,115	
Família e Ambiente familiar	,095	,095	
Questões Económicas	,114	,218*	
Amigos (as)	,053	,194*	
Ambiente Escolar e Aprendizagem	,191*	,106	
Provocação	-,125	,053	

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Tabela 5 - Mudança de roupa e qualidade de vida.

	Roupa interior	Roupa exterior
Saúde e Atividade física	,042	,017
Sentimentos	,026	,005
Estado de Humor Geral	,078	-,066
Sobre si próprio	-,137	,002
Tempo Livre	-,104	-,005
Família e Ambiente familiar	,146	-,036
Questões Económicas	,180	,180
Amigos (as)	-,052	,086
Ambiente Escolar e Aprendizagem	,041	,038
Provocação	,016	-,108

QUALIDADE DE VIDA E CONHECIMENTOS DA PESSOA PORTADORA DE DIABETES MELLITUS TIPO 2

Eugénia Maria Garcia Jorge Anes⁽¹⁾

Catarina Alexandra Dias Morais⁽²⁾

Joana Moreira Ribeiro Gonçalves de Oliveira⁽³⁾

Resumo: A qualidade de vida (QV) constitui um conceito amplo, subjetivo, abrangendo a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções e a relação com o meio ambiente. O conhecimento sobre a doença e o tratamento são fundamentais na gestão deste processo, contribuindo para a melhoria da QV e consequentemente do estado de saúde desta população. Objetivou-se avaliar a QV e os conhecimentos acerca da doença e do tratamento na pessoa portadora de DM tipo 2. Estudo de natureza quantitativa, observacional, transversal, descritivo e analítico, em 90 portadores de DM tipo 2. A amostra é acidental e não probabilística. Efetuado em 2022, por formulário (DQOL-15 e o QCD-20). Amostra majoritariamente feminina, com idades majoritariamente acima dos 71 anos. Apresentam melhor scores de QV e níveis de conhecimentos os participantes do sexo feminino. O melhor nível de conhecimentos corresponde aos indivíduos mais novos e com menos doenças associadas. Os casados são o grupo que apresenta maiores scores de QV. A QV e o Conhecimento variam no mesmo sentido. Estas avaliações são fundamentais no sucesso da implementação de estratégias para a melhoria do estado de saúde.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus; Conhecimentos, Qualidade de vida.

QUALITY OF LIFE AND KNOWLEDGE OF PEOPLE WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

Abstract: Quality of life (QoL) is a broad, subjective concept, encompassing physical health, psychological state, level of independence, social relationships, beliefs and convictions, and relationship with the environment. Knowledge about the disease and treatment are fundamental in the management of this process, contributing to the improvement of the QoL and, consequently, of the health status of this population. The objective was to evaluate QoL and knowledge about the disease and treatment in people with type 2 DM. This is a quantitative, observational, cross-sectional, descriptive and analytical study in 90 patients with type 2 DM. The sample is accidental and not probabilistic. Performed in 2022, by form (DQOL-15 and QCD-20). Mostly female sample, mostly aged over 71 years. Female participants present better QoL scores and knowledge levels. The best level of knowledge corresponds to younger individuals with fewer associated diseases. Married people are the group with the highest QoL scores. QOL and Knowledge vary in the same direction. These assessments are essential for the successful implementation of strategies to improve health status.

Keywords: Diabetes Mellitus; Knowledge, Quality of life.

⁽¹⁾ Professora Adjunta, Instituto Politécnico de Bragança, Investigadora Integrada da UICISA: e professora na Escola de Saúde IPB. Bragança, Portugal. eugenia@ipb.pt. Telm 919353215

⁽²⁾ Enfermeira. ⁽³⁾ Enfermeira, Hospital Universitário do Algarve, Portugal

INTRODUÇÃO

A diabetes, também conhecida por Diabetes *Mellitus* (DM), é definida como uma doença crónica e incurável, que resulta da falência ou da deficiência de secreção da insulina, ou da sua ação. Caracteriza-se por uma hiperglicemia (aumento da glicose no sangue) crónica, que pode ser tratada de forma a permitir uma melhor Qualidade de Vida (QV).

O sucesso do tratamento depende de um grande esforço por parte do doente e da equipa multidisciplinar de modo a prevenir complicações agudas e diminuir o risco de complicações tardias (Couto & Camarneiro, 2002).

Esta doença constitui um grande problema no âmbito das doenças crónicas, estando classificada pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2020) como uma das quatro doenças silenciosas que causam mais mortes. Em 2016, 1,6 milhões de pessoas morreram por diabetes e os mais recentes relatórios demonstram que ao longo dos últimos anos, a diabetes teve um aumento de 5% em estatísticas de morte prematura, ao contrário das restantes doenças "silenciosas", que registaram uma diminuição da mesma taxa. Em países desenvolvidos, a taxa de morte prematura causada pela diabetes diminuiu entre 2000 e 2010, mas registou um aumento preocupante até 2016. Isto é um fator que causa grande impacto na saúde de uma população, assim como na economia de um país. É, portanto, uma crescente preocupação a nível mundial (OMS, 2020). Refere ainda que existem 422 milhões de adultos portadores de Diabetes *Mellitus* em todo o mundo e cerca de 90% sofrem de DM tipo 2. É uma doença crónica de grande relevância, tanto pelo impacto que provoca sobre o estado de saúde do portador, bem como pelas transformações e complicações que podem interferir na QV.

Nestes doentes a avaliação da QV tem sido bastante utilizada para avaliar o impacto geral das co-morbilidades, visto esta doença ser crónica e estar associada a uma elevada morbidade e mortalidade (Silva, 2012).

Existem diversos fatores que podem afetar a QV destes doentes, tais como: a idade, o sexo, a obesidade, a presença de complicações, o tipo de tratamento antidiabético, entre outros. Além disso, quanto maior o número de complicações dos diabéticos tipo 2, pior será a QV (Silva, 2012). A QV do diabético pode piorar quando existe uma diminuição da atividade física habitual, o aumento dos níveis de índice de massa corporal (IMC), HbA_{1c} e uso de álcool (Silva, 2012). E, segundo o Observatório Nacional da Diabetes (2015), a prevalência da DM nas pessoas obesas é cerca de quatro vezes maior do que nas pessoas com IMC normal.

Algumas variáveis parecem ter impacto negativo na QV, nomeadamente o sexo feminino, menos habilitações literárias, antecedentes de hipoglicemias graves e complicações microvasculares. Doentes sujeitos a insulino-terapia e com história de hipoglicemias parecem apresentar maiores barreiras à atividade física. (Santos, Beça & Mota, 2015). A OMS (2020) refere a importância do conhecimento na gestão da patologia, no sentido de evitar o desencadear de doenças secundárias.

Ao contrário de outras doenças crónicas a Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM tipo 2) depende de um extenso autocuidado diário, razão pela qual os conhecimentos da pessoa diabética e a sua capacitação são um processo fundamental com vista a atingir os objectivos terapêuticos (Hara, Hisatomi, Ito, Nakao, Tsuboi & Yoko, 2014).

Perante a doença, o individuo tem que adquirir determinadas competências (como monitorizar parâmetros fisiológicos, entre outros) que lhe permitam lidar no dia-a-dia com os sintomas e limitações que esta possa causar. Para que tal aconteça, é necessário que possuam um conhecimento correto acerca da sua saúde e doença, assim como a possibilidade de resolver os problemas quando estão a tentar implementar um comportamento saudável. (OMS, 2002)

A DM implica conhecimento de habilidades que envolvem alterações na alimentação, peso, medicação e outras, realizadas pelo próprio paciente no processo denominado autocuidado. Estas exigências, quando colocadas em prática corretamente, possibilitam à pessoa diabética um melhor controlo metabólico, preservando ou melhorando a sua QV com custos razoáveis e prevenindo complicações (Pereira, Costa, Sousa & Jardim, 2012).

No entanto, na realidade os números indicam que 50 a 80% das pessoas diabéticas têm défice de conhecimentos e menos de metade consegue um bom controlo glicémico no caso da DM, a superação deste problema passa por encontrar técnicas e estratégias eficientes na promoção do autocuidado e autocontrolo, de modo a capacitar a pessoa diabética para controlar a sua patologia (Pereira, Costa, Sousa & Jardim, 2012).

Na prevenção e educação para a saúde, a Organização Mundial de Saúde contempla o aumento dos conhecimentos e informações sobre a saúde, como umadas cinco áreas de intervenção. O fornecimento de informação é um aspeto considerado básico para que a pessoa tome decisões conscientes sobre a sua saúde, permitindo que esta enfrente as dificuldades e incertezas, e mantenha a sua autonomia face aos técnicos de saúde. (Paúl & Fonseca, 2001).

Estratégias de empoderamento dos pacientes devem ter em conta a sua participação ativa nas actividades de autocuidado. Conseguir realizar as tarefas de autocuidado de forma eficiente promove um sentido de confiança no controlo glicémico o que promove por sua vez a autoeficácia (D'Souza, Karkada, Hanrahan, Venkatesaperumal & Amirtharaj, 2015).

A educação é reconhecida como a chave do regime de gestão na diabetes (D'Souza, Karkada, Hanrahan, Venkatesaperumal & Amirtharaj, 2015).

Assim, torna-se fundamental a avaliação dos níveis de qualidade de vida e conhecimento para que possam ser implementas estratégias efetivas às necessidades desta população. Este trabalho tem com objectivo principal avaliar a Qualidade de Vida e o Conhecimento acerca da doença e do tratamento na pessoa portadora de DM tipo 2.

3. METODOLOGIA

Este estudo é de natureza quantitativa e caracteriza-se como observacional, transversal, descritivo e analítico. Quantitativo, uma vez que se recorre a recursos e técnicas de estatística, procurando traduzir em termos numéricos os conhecimentos; observacional, por permitir a análise de determinadas variáveis, como conhecimentos

e a qualidade de vida das pessoas com DM tipo 2, não existindo qualquer tipo de intervenção ou controlo no fator de estudo por parte do grupo; descritivo, pois descreve os resultados das variáveis e transversal por decorrer num único momento.

Para dar resposta ao objectivo estipulado foram seleccionadas como variáveis independentes o sexo, a idade, o estado civil, o estado de saúde, a existência de outras doenças e variáveis dependentes são a qualidade de vida e o conhecimento acerca da doença e do tratamento na pessoa portadora de Diabetes *Mellitus* tipo 2.

A variável Qualidade de Vida foi operacionalizada tendo por base a escala DQOL-15 (Diabetes Quality of Life). É um questionário desenvolvido pelo grupo Diabetes Control and Complications Trial (DCCT), originalmente em língua inglesa, para pacientes com DM₁ e, em seguida, utilizado também para diabetes DM₂. É de auto-resposta e tem como objectivo a avaliação da qualidade de vida da pessoa portadora de diabetes *Mellitus*. A versão original deste questionário faz uma avaliação complexa da qualidade de vida em diabéticos a partir dos dez anos de idade. É formado por 60 itens, onde avalia o impacto da Diabetes, as preocupações devido à diabetes, a satisfação com o tratamento, a qualidade de vida em geral e auto-avaliação da saúde. Neste trabalho utilizamos versão portuguesa do questionário DQOL-15 (Almeida & Pereira, 2008), que é formado por 15 questões, as quais se agrupam em três fatores que avaliam o Impacto da diabetes na vida actual, a Satisfação com o tratamento e a vida e a Preocupação quanto ao futuro. Através de uma escala de likert de 5 pontos, que vai desde o nunca até sempre.

A variável Conhecimento acerca da doença e tratamento na pessoa portadora de Diabetes *Mellitus* tipo 2. - Esta variável foi operacionalizada tendo por base a escala QCD-20 (Questionário dos conhecimentos da diabetes). O QCD foi desenvolvido com vista a avaliar o conhecimento das pessoas acerca da doença e tratamento. A definição dos domínios do conhecimento a avaliar teve por base o modelo de autorregulação de Leventhal, que define várias dimensões de representação cognitiva da doença: Identidade, consequências, causa, duração, controlo/cura e reações emocionais. A versão original do QCD de 35 itens, organizados nas seguintes dimensões: Identidade, Causas, Duração, Tratamento, Limitações, Controlo e Complicações da diabetes. No

presente estudo, utilizamos a versão actual, que contem 20 itens (Sousa, McIntyre, Martins & Silva, 2015), os itens do QCD usados neste estudo apresentam um formato com 3 opções de resposta, tal como na versão original: verdadeiro (V), falso (F) e não sei (NS). O total das respostas corretas (soma das respostas V e F corretas) constitui uma medida dos conhecimentos sobre a doença e tratamento. A análise das respostas por domínio em termos de respostas incorretas e «não sei», permite identificar áreas de desconhecimento acerca da doença e tratamento.

A colheita foi efetuada em 2022, por formulário, constituído por dois questionários específicos, o DQOL-15 - "Diabetes Quality of Life" e o QCD-20 - "Questionário dos conhecimentos da diabetes" e questões de caracterização.

A população-alvo do nosso estudo foram os sócios da Associação de Diabéticos do Distrito de Bragança com Diabetes, especificamente sócios portadores de DM tipo 2, constituída por 900 associados. Importa realçar que a lista se encontra desatualizada, pois nem todos são diabéticos e que alguns já faleceram. Desta população, obtivemos uma amostra de 90 pessoas com idades compreendidas entre os 25 e 90 anos.

O método de amostragem foi acidental, não probabilística, pois nem todos tiveram a mesma oportunidade de participar no estudo, uma vez que foram convidados a participar os utentes que recorreram à associação em janeiro de 2022.

Foram tidos em conta todos os procedimentos éticos de acordo com a Declaração de Helsínquia e Convenção de Oviedo. O respeito pelo consentimento livre e esclarecido, o respeito pela confidencialidade das informações pessoais, o respeito à reserva da intimidade. Foi solicitada autorização à Associação de Diabéticos, de forma a procedemos à recolha de dados e solicitada autorização para utilização das escalas aos respetivos autores.

4. RESULTADOS: ANÁLISE E DISCUSSÃO

Será aqui efetuada a descrição da amostra, seguida da análise inferencial entre as variáveis dependentes, a Qualidade de Vida e o Conhecimentos na pessoa portadora de DM tipo 2 e posteriormente a sua análise com as variáveis de caracterização. É assumido o grau de confiança de 95%, com nível de significância de 5% ou 0,05. É

utilizada estatística paramétrica, verificados os pressupostos de normalidade. Nomeadamente o teste t para amostras independentes, para comparar médias entre dois grupos. E o teste de ANOVA one-way para comparação de médias entre três ou mais grupos.

Caraterização da amostra

Esta amostra é constituída 64% por mulheres e 36% por homens (Tabela 1). Relativamente a idade ela varia de 30 a 91 anos, com média de 73,49 e desvio padrão de 10,33, em que no sexo feminino a pessoa mais nova tem 30 anos e a mais velha tem 89 anos, e no sexo masculino a pessoa mais nova tem 56 anos e a mais velha tem 91 anos. Relativamente à idade (Tabela 1), ela varia entre 30 e 91 anos, apresentado uma média de 73,49 anos e um desvio padrão de 10,33 anos. No que se refere ao estado civil, verificámos que 39% dos participantes são casados, 31% divorciados, 3% solteiros e 27% são viúvos.

Verificamos também que 71 % dos diabéticos não são portadores de outros diagnósticos, no entanto 29 % referiram ter outras doenças para além da diabetes (**Tabela 1**).

Das pessoas portadoras de DM tipo 2 apenas 26 participantes referiram ser portadores de outros diagnósticos, sendo o Pé diabético (14) o diagnóstico mais referido, seguido da lesão ocular (8), disfunção renal (2), e por fim herpes genital e gripe dos quais tem apenas 1 portador em cada (**Tabela 2**).

Um estudo realizado na Alemanha diz que aproximadamente 2 em cada 3 doentes diabéticos apresentam uma ou mais das três doenças relacionadas com a diabetes ou eventos considerados como potenciais complicações da sua doença (Koster, Huppertz, Hauner & Schubert, 2014).

Relação da QV e o nível de Conhecimentos da pessoa portadora de DM tipo 2

O coeficiente de correlação de Pearson foi utilizado para verificar a relação entre o índice de qualidade de vida e a nível de conhecimentos acerca da doença e tratamento na pessoa portadora de DM. Na tabela 3, observamos o valor 0,34 para o teste, que significa que à medida que aumenta a QV, aumenta também o Conhecimento e vice-

versa, logo variam no mesmo sentido. No entanto o valor da correlação é baixo, ou seja, traduz uma baixa correlação positiva entre as variáveis (**Tabela 3**).

Qualidade de Vida da pessoa portadora de DM tipo 2 e o Sexo

Relativamente à Qualidade de Vida da pessoa portadora de DM tipo 2 (Tabela 4), tendo em conta o sexo, verifica-se que no sexo feminino os indivíduos apresentam uma maior qualidade de vida (53,52) em comparação com a faixa etária dos 71-91 anos (50,42). Estas diferenças são significativas ($p=0,04131073$) (**Tabela 4**).

Segundo a WHO (2020) as mulheres vivem mais tempo e com mais QV que os homens, porque segundo o autor os comportamentos de risco são inferiores relacionados com saúde e nutrição comparativamente aos homens. Num estudo realizado na USF Tejo há um número mais elevado de qualidade de vida no sexo feminino porque uma grande percentagem mostrou ter mais conhecimentos que o sexo masculino (Silva, 2012).

Nível de Conhecimentos da pessoa portadora de DM tipo 2 e o Sexo

No que concerne aos Conhecimentos da pessoa portadora de Diabetes Mellitus Tipo 2, tendo em conta o sexo (Tabela 5), verifica-se que no sexo feminino, os indivíduos apresentam maior nível de conhecimentos (10,67) em comparação com o sexo masculino, em que a média é negativa (8,70). As diferenças estatísticas são significativas entre o sexo e a média do nível de Conhecimentos na pessoa portadora de DM tipo 2 ($p=0,01406199$) (**Tabela 5**).

Relativamente ao sexo, a Direção-Geral da Saúde (2011) refere que a nível nacional, existe uma diferença significativa na prevalência da doença entre homens e mulheres, apresentando os homens níveis superiores 15,9%, contra 10,9% nas mulheres.

Qualidade de Vida da pessoa portadora de DM tipo 2 e a Idade

Na avaliação da QV da pessoa portadora de DM tipo 2, tendo em conta o seu grupo etário, verifica-se que na faixa etária entre os 30-70 anos os indivíduos apresentam uma maior qualidade de vida (56,33) em comparação com a faixa etária dos 71-91 anos

(49,92). As diferenças observadas são significativas ($p=0,000014833$). O que permite concluir que o nível de qualidade de vida é maior nos indivíduos mais jovens (**Tabela 6**).

Segundo Isabel Silva (2006) afirma que após o estudo entre Qualidade de Vida e o avanço da idade de uma forma geral, os indivíduos com Diabetes *Mellitus*, demonstram ter uma Qualidade de Vida inferior à dos que não são portadores da doença e decrescente à medida que a idade avança.

Nível de Conhecimentos da pessoa portadora de DM tipo 2 e a Idade

Relativamente ao conhecimento e à idade (Tabela 7), verifica-se que são os indivíduos entre os 30-70 anos, que apresentam um maior nível de Conhecimentos (11,63) em comparação com a faixa etária dos 71-91 anos (8,93). As evidências estatísticas mostram diferenças significativas ($p= 0,000431015$). Assim, os participantes mais jovens possuem mais conhecimento (**Tabela 7**).

Os níveis de conhecimento diminuem com a idade, pois os indivíduos mais idosos são aqueles que possuem taxas mais elevadas de analfabetismo e escolaridade menor, e conseqüentemente, menor nível de conhecimentos, o que condiciona a aprendizagem e conhecimento no tratamento, prevenção e diagnóstico da doença (Ramirez-Perdomo, Perdomo-Romero & Rodríguez-Vélez, 2019).

Qualidade de Vida da pessoa portadora de DM tipo 2 e estado civil (ter ou não companheiro/a)

Por questões de conveniência de análise dos dados e de acordo com as características da população, esta variável foi operacionalizada em dois grupos, ter ou não companheiro/a.

Assim, os indivíduos com companheiros apresentam maior QV (53,92), em comparação com os sem companheiros (51,46). Há evidências estatísticas de diferenças entre os dois grupos ($p=0, 0109159742$) (**Tabela 8**).

Segundo Piening (2002), um melhor ajustamento conjugal está relacionado com maiores níveis de satisfação e menor impacto na DM, com menos angústia e melhor qualidade de vida em geral. Maiores níveis de intimidade conjugal em portadores de DM, foram relacionados com melhor QV, o que segundo estudos

referenciados, o facto de a população se casada será uma condicionante positiva para o controlo de doenças como a DM.

Nível de Conhecimentos da pessoa portadora de DM tipo 2 e o estado civil (ter ou não companheiro/a)

Em relação ao nível de Conhecimentos na pessoa portadora de DM tipo2 e ter ou não companheiro/a (Tabela 9), verifica-se que os participantes com companheiro apresentam mais conhecimentos (9,89) que os portadores sem companheiro (9,94). Não há evidências estatísticas de diferenças entre os grupos ($p=0,947598599$) (**Tabela 9**).

Segundo a DGS (2020), pessoas sem companheiros apresentam mais conhecimentos que as pessoas com companheiros, uma vez que de forma abrangente as pessoas sem companheiros a faixa etária e menor e a escolaridade é superior, sugerindo que participantes mais escolarizados têm maiores conhecimentos acerca da diabetes.

Qualidade de Vida da pessoa portadora de DM tipo 2 e ser ou não portador de outros diagnósticos

Em relação à QV e ser ou não portador de outros diagnósticos, verifica-se que aqueles que não têm doenças associadas têm um valor superior de QV (52,47) comparativamente aos que tem outras doenças (52,27), no entanto não é um valor significativo (Tabela 10). As diferenças entre os grupos não são significativas (**Tabela 10**).

Segundo a Direção-Geral da Saúde (2020), a educação estruturada permite, a curto prazo, melhorias significativas em certos parâmetros biológicos, como o valor médio das glicemias, mas, principalmente, da adaptação à nova situação de doença controlada sem diagnósticos associados tem uma maior QV.

Nível de Conhecimentos da pessoa portadora de DM tipo 2 e ser portador de outros diagnósticos

O nível de Conhecimentos em relação ao Ser ou Não portador de outros diagnósticos (Tabela 11), é superior (10,31) em quem não têm outras doenças comparativamente

com os que afirmam ter outras doenças (9,15). No entanto, não há evidências estatísticas de diferenças entre os grupos ($p=0,17295898$) (**Tabela 11**).

De acordo com a Direção-Geral da Saúde (2020), o crescente interesse pela educação terapêutica e pelo conhecimento da DM por parte dos portadores, tem vindo a diminuir o aparecimento de outros diagnósticos, porque com o passar dos anos observa-se um maior interesse e conhecimentos por parte da população.

CONCLUSÃO

A DM tipo 2 é uma doença metabólica complexa, multifatorial, presente em todo o mundo e que afeta a qualidade e o estilo de vida das pessoas e comunidades. É necessário, pois, reduzir a incidência desta doença, prevenindo o seu aparecimento com medidas preventivas, sobretudo em indivíduos de alto risco. (Lyra, Oliveira, Lins & Cavalcanti, 2006). Por outro lado, tornam-se imprescindível a promoção do conhecimento, indispensável à qualidade de vida desta população.

As principais conclusões deste estudo realçam três fatores associados ao conhecimento e à qualidade de vida desta população, como sejam o sexo, a idade e o estado civil, apresentado scores superiores as mulheres, os mais jovens e aqueles que têm companheiro.

Verificou-se uma correlação positiva, embora fraca, entre a QV e o Conhecimento, o que significa que variam no mesmo sentido.

É importante que haja estratégias de rastreio e conhecimentos, em populações de maior risco para o desenvolvimento de diabetes, pois mais importante que tratar é prevenir. Estas avaliações são fundamentais e determinantes no sucesso da implementação de estratégias e programas dirigidos às necessidades específicas destes doentes. Contribuindo assim para a melhoria do estado de saúde destes doentes.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, J.P. & Pereira, M.G. (2008). Questionário de avaliação da qualidade de vida para adolescentes com diabetes tipo 1: estudo de validação do DQOL. *Análise Psicológica*; 2(XXVI): 295-307.
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Norma 002/2011: Diagnóstico e classificação da diabetes mellitus*. Lisboa: Autor.
- Direção-Geral de Saúde. (2020). *Programa Nacional para a Diabetes 2019*.
- Koster, I.; Huppertz, E., Hauner, H. & Schubert I. (2014) Costs of Diabetes Mellitus in Germany, Costs of Managing Hyperglycaemia and Diabetes Complications in 2010 Compared to 2001. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*; 122(09): 510-516 DOI: 10.1055/s-0034-1375675
- Lyra R, Oliveira M, Lins D. & Cavalcanti N. (2006). Prevenção do diabetes mellitus tipo 2. *Arq Bras Endocrinol Metab*; 50 (2): 239- 249.
- Observatório Nacional de Diabetes. (2015). *Diabetes: Factos e números – O ano de 2014: Relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes (7ª ed.)*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia.
- Piening, S. P. (2002). *Patients and partners coping with diabetes: Toward a dyadic perspective*. Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences, 62(9-A), 3189.
- WHO (1996). *Quality of Life Assessment Group. What quality of life?. World Health Forum*1996;17(4):354-356 Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/54358>
- Ramirez-Perdomo C, Perdomo-Romero A & Rodríguez-Vélez M. (2019) Conocimientos y prácticas para la prevención del pie diabético. *Rev Gaúcha Enferm*. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180161>.
- Silva, C. C. (2012). *Associação entre nível de atividade física habitual e qualidade de vida em adultos com diabetes melito tipo 2*. Dissertação de mestrado não publicada. Instituto Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil.
- Sousa, M. R.; McIntyre, T.; Martins, T. & Silva, E. (2015). Questionário dos Conhecimentos da Diabetes (QCD): propriedades psicométricas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*; 33(1): 33-41.

WHO (2020). *World Health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Geneva: World Health Organization.

TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra.

	Portador de Diabetes	n	%
Sexo	Feminino	58	64
	Masculino	32	36
Idade	$\bar{x} = 73,49$		
	$\sigma = 10,33$		
Estado Civil	Casados	35	39
	Divorciados	28	31
	Solteiro	3	3
	Viúvo	24	27
Outras doenças	Sim	26	29
	Não	64	71
Total		90	100

Tabela 2 – Caracterização da amostra: outras doenças.

Portadores de outras doenças	Disfunção renal	Gripe	Herpes genital	Lesão ocular	Pé diabético	Total
Feminino	2	1	1	6	10	20
Masculino	-	-	-	2	4	6
Total	2	1	1	8	14	26

Tabela 3 - Correlação do nível de Conhecimentos e da QV da pessoa portadora de DM tipo 2: QDC-20 e DQOL-15.

Portadores de DM tipo 2	Conhecimento	Qualidade de Vida
Conhecimento	1	
Qualidade de Vida	0,34	1

Tabela 4 - Qualidade de Vida da pessoa portadora de DM tipo 2 e o sexo: DQOL-15

Portadores de DM tipo 2	Qualidade de Vida		Valor de p
	\bar{x}	σ	
Feminino	53,52	8,04	0,04131073
Masculino	50,42	4,66	
Total	52,41	7,16	

Tabela 5 - Nível de Conhecimentos da pessoa portadora de DM tipo 2 e o Sexo: QDC-20.

Portadores de DM tipo 2	Conhecimentos		Valor de p
	\bar{x}	σ	
Feminino	10,67	3,33	0,01406199
Masculino	8,72	3,90	
Total	9,98	3,64	

Tabela 6 - Qualidade de Vida da pessoa portadora de DM tipo 2 e a Idade: DQOL-15.

Portadores de DM tipo 2	Qualidade de Vida		Valor de p
	\bar{x}	σ	
30 – 70	56,33	8,99	0,000014833
71 – 91	49,92	4,15	
Total	52,41	7,16	

Tabela 7 - Conhecimentos da pessoa portadora de DM tipo 2 e a Idade: QDC-20.

Portadores de DM tipo 2	Conhecimentos		Valor de p
	\bar{x}	σ	
30 - 70	11,63	3,69	0,000431015
71 - 91	8,93	3,23	
Total	9,98	3,64	

Tabela 8 – Qualidade de Vida da pessoa portadora de DM tipo 2 e ter ou não companheiro/a: DQOL-15.

Portadores de DM tipo 2		Qualidade de Vida		Valor de p
		\bar{x}	σ	
Com companheiros	Casados	53,92	8,85	0,0109159742
Sem Companheiros	Divorciados	51,46	5,67	
	Solteiro			
	Viúvo			
Total		52,41	7,16	

Tabela 9 - Relação do nível de Conhecimentos da pessoa portadora de DM tipo 2 e ter ou não companheiro/a: QDC-20.

Portadores de DM tipo 2		Conhecimentos		Valor de p
		\bar{x}	σ	
Com companheiros	Casados	9,94	4,50	0,947598599
Sem Companheiros	Divorciados	9,89	2,99	
	Solteiro			
	Viúvo			
Total		9,98	3,64	

Tabela 10 – Qualidade de Vida da pessoa portadora de DM tipo 2 e ser portador de outros diagnósticos: DQOL-15.

Portadores de DM tipo 2		Qualidade de Vida		Valor de p
		\bar{x}	σ	
Outras doenças	Sim	52,27	7,71	0,9224297
	Não	52,47	6,98	
Total		52,41	7,16	

Tabela 11 - *Nível de Conhecimentos da pessoa portadora de DM tipo 2 e ser portador de outros diagnósticos: QDC-20.*

Portadores de DM tipo 2		Conhecimentos		Valor de p
		\bar{x}	σ	
Outras doenças	Sim	9,15	3,13	0,17295898
	Não	10,31	3,80	
Total		9,98	3,64	

RELAÇÃO ENTRE SONO E EXCESSO DE PESO/OBESIDADE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Rodrigo Alexandre da Cunha Fernandes¹

Maria do Carmo Félix Serrano²

António José Gonçalves Fernandes³

Ana Maria Geraldês Rodrigues Pereira⁴

Resumo: As mudanças de estilo de vida na sociedade moderna refletem-se na elevada prevalência mundial de obesidade e na má higiene do sono, embora, um sono adequado desempenhe um papel fundamental na saúde do indivíduo. Uma potencial ligação entre o sono e o excesso de peso/obesidade tem sido bastante documentada, embora não pareça haver consenso entre os autores. **Objetivo:** Analisar a relação da qualidade e duração do sono com o excesso de peso e obesidade em indivíduos maiores de 18 anos. **Material e métodos:** Esta revisão foi redigida de acordo com as recomendações PRISMA, com o protocolo de revisão registado na plataforma PROSPERO. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica num espaço temporal de 10 anos, nas bases de dados *Pubmed* e *Web of Science*, tendo sido selecionados 8 estudos. O risco de viés foi avaliado através da ferramenta *JBI Critical Appraisal Checklist*. **Resultados:** Dos 8 estudos incluídos, 50% constataram a associação entre a curta duração de sono e o excesso de peso/obesidade, embora tenham sido estabelecidas associações com a longa duração em 37,5% dos estudos. Relativamente à qualidade do sono, esta característica foi avaliada em três estudos, verificando-se a associação do excesso de peso/obesidade com a má qualidade do sono em um dos estudos (33%). **Conclusão:** Os resultados desta revisão revelaram a existência de relação entre a qualidade e a duração do sono e o excesso de peso/obesidade. Assim, considera-se imperativa uma promoção da higiene do sono, assim como a continuidade de desenvolvimento de estudos nesta área.

Palavras-chave: Adultos, duração do sono, excesso de peso, obesidade, qualidade do sono.

¹ Licenciado; Instituto Politécnico de Bragança, Portugal; rodrigoacfernandes@gmail.com;

² Licenciado; Instituto Politécnico de Bragança, Portugal; carmoserrano@hotmail.com

³ Doutor; Centro de Investigação de Montanha (CIMO), Instituto Politécnico de Bragança, Bragança, Portugal; Laboratório Associado para a Sustentabilidade e Tecnologia em Regiões de Montanha (SusTEC), Bragança, Portugal; toze@ipb.pt

⁴ Doutor; (CIMO), Instituto Politécnico de Bragança, Portugal; (SusTEC), Instituto Politécnico de Bragança, Portugal; amgpereira@ipb.pt (autor correspondente)

RELATIONSHIP BETWEEN SLEEP AND OVERWEIGHT/OBESITY: A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW

Abstract: Lifestyle changes in modern society are reflected in the high worldwide prevalence of obesity and poor sleep hygiene, although adequate sleep plays a

fundamental role in the general health of the individual. A potential link between sleep and overweight/obesity has been well documented, although there seems to be no consensus among authors. Objective: To analyze the relationship between sleep quality and duration with overweight and obesity in individuals over 18 years of age. Material and methods: This review was written in line with PRISMA recommendations, with the review protocol registered on the PROSPERO platform. A bibliographic search was carried out over a period of 10 years, in the Pubmed and Web of Science databases, having been selected 8 studies. The risk of bias was assessed using the JBI Critical Appraisal Checklist tool. Results: Of the 8 studies included, 50% found an association between short sleep duration and overweight/obesity, although associations with long sleep duration were established in 37.5% of the studies. Regarding sleep quality, this characteristic was evaluated in three studies, with an association between overweight/obesity and poor sleep quality being verified in one of the studies (33%). Conclusion: The results of this review revealed the existence of a relationship between sleep quality and duration and overweight/obesity. Therefore, sleep hygiene promotion and continuous development of studies in this area are recommended.

Keywords: Adults, sleep duration, overweight, obesity, sleep quality.

INTRODUÇÃO

O excesso de peso e a obesidade são considerados há mais de duas décadas como sendo dos maiores problemas de saúde pública a nível mundial, tendo vindo a aumentar em proporções alarmantes em todas as faixas etárias, tanto em países em desenvolvimento como em países considerados desenvolvidos (Kyle, Dhurandhar & Allison, 2016).

Em adultos, o excesso de peso define-se através do Índice de Massa Corporal (IMC), quando se obtém um valor entre 25 e 29,9 kg/m², sendo considerado obesidade um IMC igual ou superior a 30 kg/m² (World Health Organization, 2021).

Os últimos dados da Organização Mundial de Saúde refletem a elevada prevalência de excesso de peso e de obesidade em todo o mundo, ao declararem que em 2016, mais de 1,9 mil milhões de adultos, o correspondente a 39% da população adulta mundial encontrava-se em excesso do peso e 13% (650 milhões de adultos) em obesidade (World Health Organization, 2021).

Embora um grande número de estudos esclareça o papel de fatores comportamentais como a alimentação e a prática de exercício físico (Wu, Zhai & Zhang, 2014), para além de fatores genéticos (Pigeyre et al., 2016) na etiologia do excesso de peso e da obesidade, o sono é atualmente reconhecido como um comportamento de

saúde que pode também desempenhar um papel importante nesta condição (Wu, Zhai & Zhang, 2014).

O sono é um processo fundamental para o equilíbrio metabólico e termodinâmico do corpo, que desempenha um papel vital nas funções cognitivas, físicas e emocionais (Diekelmann & Born, 2010). A *National Sleep Foundation* define como adequada uma duração de sono para adultos de 7 a 9 horas (Hirshkowitz *et al.*, 2015), todavia, a duração média do sono vem diminuindo significativamente na sociedade moderna devido às mudanças no estilo de vida (Bixler, 2009).

Esta potencial ligação com o excesso de peso e a obesidade tem sido estudada ao longo dos anos, e embora não haja um consenso, a existência de uma relação com a curta duração do sono (Cappuccio *et al.*, 2008; Marshall, Glozier & Grunstein, 2008; Roda *et al.*, 2016), bem como a relação com uma má qualidade do sono (Fogelholm *et al.*, 2007; van den Berg *et al.*, 2008; Lauderdale *et al.*, 2009), tem sido documentada.

A presente revisão sistemática da literatura tem como objectivo avaliar a relação da qualidade e duração do sono com o excesso de peso e a obesidade em indivíduos maiores de 18 anos.

1. MATERIAL E MÉTODOS

A presente revisão sistemática foi redigida de acordo com as recomendações PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) (Page *et al.*, 2021), cujas diretrizes consistem numa *checklist* composta por 27 itens e um fluxograma que descreve os artigos incluídos e excluídos, assim como os motivos das exclusões ao longo das diferentes fases da elaboração da revisão sistemática (Selçuk, 2019). O protocolo de revisão foi registado na plataforma PROSPERO (*International Prospective Register for Systematic Review*) (Schiavo, 2019).

Questão de investigação

A questão de investigação foi formulada de acordo com a estratégia PICO (Aslam & Emmanuel, 2010): "Existe relação entre a duração e a qualidade do sono com o excesso de peso e a obesidade?", sendo P (População): Adultos (Pessoas com mais de

18 anos de idade), I (Intervenção/Exposição): Características do sono, C (Comparação): Duração e qualidade do sono, O (Resultados): Associação entre duração e qualidade do sono com o excesso de peso e a obesidade.

Elegibilidade e critérios de inclusão

Com o objectivo de obter artigos elegíveis para esta revisão, estabeleceu-se um conjunto de critérios de inclusão, abrangendo apenas estudos redigidos em inglês e português sobre a relação entre a duração e a qualidade do sono com o excesso de peso e a obesidade, entre pessoas de ambos os géneros com 18 ou mais anos de idade. A pesquisa foi limitada a estudos disponíveis em texto integral publicados no período temporal de janeiro de 2011 a novembro de 2021. Foram excluídos estudos realizados em mulheres grávidas, acamados e indivíduos com comorbidades, assim como artigos de opinião e de revisão.

Crítérios de pesquisa, bases de dados e descritores

Os artigos foram seleccionados através de uma pesquisa realizada em duas bases de dados, *Pubmed* e *Web of Science*, usando as seguintes combinações de descritores e marcadores booleanos: ((*Duration of sleep*) OR (*Quality of sleep*)) AND ((*Obesity*) OR (*Overweight*)) AND ((*Adults*) OR (*Elderly*)).

Seleção de estudos

A seleção dos estudos foi realizada pelos pesquisadores, de forma independente com o auxílio do software *EndNote* versão 20.2.1 e apenas os estudos seleccionados por todos os pesquisadores foram incluídos. O fluxograma (Fig. 1) detalha todo o processo de seleção dos estudos a incluir na revisão sistemática. Numa primeira pesquisa foram identificados 3.196 estudos das bases de dados *PubMed* (2.121 estudos) e *Web of Science* (1.075 estudos), dos quais 493 estudos foram excluídos devido à duplicidade em ambas as bases de dados. Dos 2.703 estudos seleccionados, após leitura do título, 1.217 estudos foram excluídos por falta de relevância e numa fase posterior 1.452 estudos foram excluídos após leitura do resumo. Foram seleccionados 34 artigos, que após leitura do texto integral foram excluídos 26 por não preencherem os critérios de inclusão e apenas 8 foram considerados para esta revisão sistemática.

Extração de dados

O processo de extração de dados foi realizado pelos pesquisadores, de forma independente, a fim de serem extraídos os dados mais revelantes de cada estudo, que posteriormente foram agrupados em duas tabelas. Na Tabela 1, constam itens como: autor, ano de publicação, país, tipo de estudo, tamanho da amostra, género da amostra, faixas etárias da amostra, instrumentos de recolha de dados, classificação das características do sono e classificação do índice de massa corporal. Foram também compilados os objectivos e resultados de cada estudo incluído na revisão sistemática (Tabela 2).

Avaliação do risco de viés dos estudos

A ferramenta utilizada para analisar o risco de viés e a qualidade metodológica dos estudos elegíveis, foi o JBI *Critical Appraisal Checklist* (Moola *et al.*, 2020). Cada pesquisador avaliou independentemente cada estudo quanto ao potencial risco de viés. Caso as classificações fossem diferentes, o resultado era discutido, de modo a alcançar um consenso – conforme está referido nas recomendações PRISMA (Page *et al.*, 2021). O risco de viés é considerado alto quando o estudo obtém até 49% de respostas “sim”, moderado quando o estudo obtém 50% a 69% e baixo quando se atinge mais de 70% de respostas afirmativas (Peters *et al.*, 2015).

2. RESULTADOS

Todos os estudos incluídos na revisão sistemática são do tipo transversal (Grandner *et al.*, 2015; Suliga *et al.*, 2017; Sung, 2017; Cho *et al.*, 2018; Krističević, Štefan & Sporiš, 2018; Vézina-Im *et al.*, 2018; Muhammad *et al.*, 2020; Li, 2021). Quanto ao país de origem dos estudos, foi possível verificar que o país mais representado é a Coreia do Sul (2 artigos; 25,0%), seguido do Canadá (1 artigo; 12,5%), Estados Unidos da América (1 artigo; 12,5%), Polónia (1 artigo; 12,5%), China (1 artigo; 12,5%), Croácia (1 artigo; 12,5%) e Indonésia (1 artigo; 12,5%).

O tamanho amostral variou entre 244 (Muhammad *et al.*, 2020) e 41.805 indivíduos (Cho *et al.*, 2018), com predominância do género feminino (5 artigos, 62,5%) (Sung, 2017; Krističević, Štefan & Sporiš, 2018; Vézina-Im *et al.*, 2018; Cho *et al.*, 2018;

Li, 2021), não estando identificado o género da amostra em 3 dos estudos (Grandner *et al.*, 2015; Suliga *et al.*, 2017; Muhammad *et al.*, 2020). As faixas etárias variaram entre estudos, estando abrangidos indivíduos de 18 a 110 anos.

A duração do sono foi avaliada em todos os artigos (Grandner *et al.*, 2015; Suliga *et al.*, 2017; Sung, 2017; Cho *et al.*, 2018; Vézina-Im *et al.*, 2018; Krističević, Štefan & Sporiš, 2018; Muhammad *et al.*, 2020; Li, 2021). Para a recolha dessa informação foram utilizados na maioria questionários elaborados pelos próprios autores de cada estudo (7 artigos; 87,5%) (Grandner *et al.*, 2015; Suliga *et al.*, 2017; Sung, 2017; Vézina-Im *et al.*, 2018; Cho *et al.*, 2018; Muhammad *et al.*, 2020; Li, 2021;), sendo utilizado também o questionário adaptado da “*Night Eating Diagnostic Scale*” (1 artigo; 12,5%) (Krističević, Štefan & Sporiš, 2018). Por sua vez, a qualidade do sono foi avaliada em apenas 3 artigos (37,5%) (Vézina-Im *et al.*, 2018; Krističević, Štefan & Sporiš, 2018; Muhammad *et al.*, 2020). A escala de *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI) foi o instrumento de recolha de dados mais utilizado (2 artigos; 25,0%) (Krističević, Štefan & Sporiš, 2018; Muhammad *et al.*, 2020), tendo sido usada ainda uma versão adaptada da mesma escala (1 artigo; 12,5%) (Vézina-Im *et al.*, 2018).

O IMC dos indivíduos foi avaliado em todos os artigos (Grandner *et al.*, 2015; Suliga *et al.*, 2017; Sung, 2017; Cho *et al.*, 2018; Krističević, Štefan & Sporiš, 2018; Vézina-Im *et al.*, 2018; Muhammad *et al.*, 2020; Li, 2021). Em 3 dos artigos, os dados foram reportados pela própria amostra (Sung, 2017; Vézina-Im *et al.*, 2018; Krističević, Štefan & Sporiš, 2018), sendo que nos restantes estudos a informação foi obtida pelos investigadores através da medição e pesagem (Grandner *et al.*, 2015; Suliga *et al.*, 2017; Cho *et al.*, 2018; Muhammad *et al.*, 2020; Li, 2021).

A categorização das variáveis “duração do sono”, “qualidade do sono” e “índice de massa corporal” foi heterogénea ao longo dos estudos, como se encontra reportado na Tabela 1.

Duração do sono vs excesso de peso/obesidade

Dos estudos observados, o estudo conduzido por Krističević, Štefan & Sporiš (2018) refere a existência de associação entre o excesso de peso/obesidade com a

“muito curta” duração e a “muito longa” duração do sono, com valores de *odds ratio* (OR) de 2,64 ($p < 0,05$) e 3,27 ($p < 0,001$), respetivamente.

Os estudos de Suliga et al. (2017) (OR = 1,19, $p < 0,05$), Cho et al. (2018) (OR = 1,36, $p < 0,001$) e Li (2021) (OR = 1,832, $p = 0,007$) relataram associação com a “curta duração” do sono. Suliga et al. (2017) (OR = 1,23, $p < 0,05$) e Li (2021) (OR = 1,37, $p = 0,027$) constataram também uma associação entre o excesso de peso/obesidade com a “longa duração” do sono.

Por sua vez, Sung (2017) apurou a existência de uma associação inversa entre a “longa duração” do sono e o excesso de peso/obesidade (OR = 0,77, $p < 0,01$), enquanto Muhammad et al. (2020) verificaram a existência de uma correlação negativa entre a duração do sono e o peso corporal ($r = -0,228$, $p < 0,001$), bem como uma correlação negativa com o índice de massa corporal ($r = -0,202$, $p = 0,001$).

No estudo realizado por Vézina-Im et al. (2018), não se verificou qualquer associação entre a duração do sono e o excesso de peso/obesidade.

Duração do sono vs excesso de peso/obesidade por género

Dois estudos avaliaram a associação entre a duração do sono com o excesso de peso/obesidade no género feminino, verificando no estudo conduzido por Cho et al. (2018) a existência de relação com a “curta duração” do sono (OR = 1,18, $p < 0,001$) e no estudo de Suliga et al. (2017) uma relação com a “longa duração” do sono (OR = 1,14, $p < 0,05$). No género masculino, Suliga et al. (2017) verificaram a existência de uma associação com a “curta duração” do sono (OR = 1,18, $p < 0,05$).

Duração do sono vs excesso de peso/obesidade por faixas etárias

O estudo realizado por Grandner et al. (2015) verificou a existência de associação entre a “curta duração” do sono com o excesso de peso/obesidade nas faixas etárias de 18-29 e 30-49 anos, apresentado coeficientes da regressão linear (β) de 1,87 ($p < 0,05$) e 1,22 ($p < 0,01$), respetivamente. No estudo de Cho et al. (2018), por sua vez foi relatada a associação entre a “curta duração” (OR = 1,56, $p < 0,001$) e “longa duração” do sono (OR = 1,26, $p < 0,001$) com o excesso de peso/obesidade, em mulheres de 30-49 anos,

verificando-se em homens da mesma faixa etária uma associação com a “curta duração” do sono (OR = 1,25, $p < 0,001$).

Qualidade do sono vs excesso de peso/obesidade

Dos estudos incluídos na presente revisão sistemática, três estudos (37,5%) avaliaram a relação entre a qualidade de sono e o excesso de peso/obesidade. Um dos estudos (Krističević, Štefan & Sporiš, 2018) apurou a existência de uma associação do excesso de peso/obesidade com a “má qualidade” do sono (OR = 1,40, $p < 0,001$). Por sua vez, Muhammad *et al.* (2020) verificaram a existência de uma correlação positiva entre a qualidade do sono (Score de PSQI) e o peso corporal ($r = 0,129$, $p < 0,043$) e ainda a mesma correlação com o IMC ($r = 0,176$, $p = 0,006$). No estudo conduzido por Vézina-Im *et al.* (2018), não se verificou qualquer associação entre a qualidade do sono e o sobrepeso/obesidade.

Risco de viés dos estudos

Os resultados da avaliação do risco de viés de cada estudo encontram-se na Tabela 3. Dos oito estudos avaliados, seis (75%) (Grandner *et al.*, 2015; Suliga *et al.*, 2017; Sung, 2017; Cho *et al.*, 2018; Krističević, Štefan & Sporiš, 2018; Vézina-Im *et al.*, 2018; Li, 2021) foram classificados como tendo baixo risco de viés e os restantes dois artigos (25%) (Krističević, Štefan & Sporiš, 2018; Muhammad *et al.*, 2020) foram avaliados como tendo moderado risco de viés.

2. DISCUSSÃO

A presente revisão visou compreender a relação entre a qualidade e a duração do sono com o excesso de peso/obesidade.

Duração do sono vs excesso de peso/obesidade

Observando os resultados obtidos pelos estudos integrados na presente revisão, os estudos de Suliga *et al.* (2017), Cho *et al.* (2018) e Li (2021) constataram uma relação entre a obesidade e a “curta duração” de sono, transversal a ambos os géneros, uma associação que está relatada em vários outros estudos (Hasler *et al.*, 2004; Park *et al.*, 2009; Kobayashi *et al.*, 2012; Yiengprugsawan *et al.*, 2012; Xiao *et al.*, 2013; Park *et*

al., 2018). No estudo de Park *et al.* (2018), para além da associação com a obesidade, é estabelecida ainda uma relação com o excesso de peso (OR = 1,15, $p < 0,001$).

O estudo de Cho *et al.* (2018), destaca a relação entre a obesidade e a “curta duração” de sono em mulheres, enquanto Suliga *et al.* (2017), estabelece a mesma relação em homens. No estudo de coorte conduzido por Yiengprugsawan *et al.* (2012), obtiveram-se associações semelhantes às referidas anteriormente, em homens (OR = 1,36, $p < 0,05$) e em mulheres (OR = 1,49, $p < 0,05$).

Segundo os resultados obtidos no estudo conduzido por Muhammad *et al.* (2020), verificou-se uma correlação negativa entre a duração do sono e o peso corporal ($r = -0,228$, $p < 0,001$), ou seja, constataram que quanto menor a duração de sono, maior era o peso corporal. Associações similares foram encontradas em outros estudos não abrangidos na presente revisão (Hasler *et al.*, 2004; Chaput *et al.*, 2008; López-García *et al.*, 2008; Itani *et al.*, 2011; Lyytikäinen *et al.*, 2011; Ning *et al.*, 2020).

A relação entre uma “longa duração” do sono e o excesso de peso/obesidade foi observada no estudo de Li (2021) e de Suliga *et al.* (2017), tendo sido encontrados resultados semelhantes no estudo de Brady *et al.* (2018) realizado nos Estados Unidos ($p < 0,001$). Krističević, Štefan & Sporiš (2018), por sua vez, observaram uma relação entre uma duração de sono “muito longa” e o sobrepeso/obesidade.

O estudo conduzido por Suliga *et al.* (2017) relacionou a “longa duração” do sono com a obesidade em mulheres, indo ao encontro dos resultados obtidos por Yiengprugsawan *et al.* (2012) no seu estudo longitudinal (OR = 1,36, $p < 0,05$).

Contrariamente aos artigos descritos anteriormente, que relatam associações entre a “curta/longa duração” do sono com o excesso de peso/obesidade, Vézina-Im *et al.* (2018), não encontraram nos seus resultados associações estatisticamente significativas, tal como Lauderdale *et al.* (2009), Vgontzas *et al.* (2014) e Stranges *et al.* (2008).

Os mecanismos responsáveis pela relação entre o sono e o excesso de peso/obesidade ainda não estão totalmente compreendidos. No que diz respeito à

curta duração do sono, são considerados alguns mecanismos como responsáveis pelo aumento do risco de excesso de peso/obesidade (Patel, 2009). Algumas evidências indicam que a restrição na duração do sono implica alterações nos níveis das hormonas reguladoras do apetite, como a leptina e a grelina, levando ao aumento da ingestão de alimentos através do aumento do apetite (Brondel *et al.*, 2010; Taheri *et al.*, 2004), para além de que pessoas que se mantêm mais horas acordadas têm também mais oportunidades para comer (Knutson, 2012). Além disso, a curta duração do sono estando associada à fadiga e conseqüente redução significativa da atividade física, aumenta também o risco de ter excesso de peso ou obesidade (Patel *et al.*, 2006).

Os mecanismos explicativos da relação entre a longa duração do sono e o excesso de peso/obesidade são pouco descritos na literatura. Um gasto de energia reduzido relacionado ao maior tempo despendido na cama e a conseqüente pouca atividade física assume-se como uma explicação viável (Chaput *et al.*, 2008; Watanabe *et al.*, 2010; Lyytikäinen *et al.*, 2011).

Qualidade do sono vs excesso de peso/obesidade

Krističević, Štefan & Sporiš (2018) referem nos seus resultados a existência de uma relação entre a “má qualidade” do sono com o sobrepeso/obesidade, corroborando com os resultados obtidos no estudo conduzido por Park *et al.* (2018) (OR = 1,03, $p < 0,05$).

Por sua vez, Muhammad *et al.* (2020) constataram que a qualidade do sono estava correlacionada positivamente com o IMC. Para esta correlação, os autores utilizaram a pontuação obtida na escala PSQI para caracterizar a variável qualidade do sono, onde quanto maior a pontuação, menor é a qualidade do sono. Tendo isso em conta, verificaram que na amostra com uma elevada pontuação, o IMC era também elevado. Contrariamente, os resultados de Vargas, Flores & Robles (2014), não mostraram associação entre a qualidade do sono e o IMC.

Ao contrário de Krističević, Štefan & Sporiš (2018) e Muhammad *et al.* (2020), Vézina-Im *et al.* (2018) não encontraram nos seus resultados associações

estatisticamente significativas entre a qualidade do sono e o excesso de peso ou a obesidade.

Similarmente aos mecanismos descritos relativamente à curta duração do sono, a má qualidade ativa os mesmos mecanismos da regulação do apetite, causando assim maior apetite e conseqüente adiposidade (Kilkus *et al.*, 2012; Gonnissen *et al.*, 2013)

CONCLUSÃO

Dado o número cada vez maior de pessoas com dificuldades em usufruir de um sono adequado e o aumento da prevalência do excesso de peso e da obesidade na população mundial, a associação entre ambos merece atenção especial, bem como a importância da intervenção no sono em contexto de controlo de peso.

Os resultados da presente revisão consolidaram a existência de tais associações. Entre os estudos incluídos, a curta duração, bem como a má qualidade do sono revelaram-se como importantes preditores do excesso de peso/obesidade, tendo existido ainda associação com a longa duração.

A revisão apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Em primeiro lugar, o facto de não terem sido incluídos na revisão estudos prospetivos, mas apenas estudos transversais. Embora a associação entre a duração do sono, a qualidade do sono e o excesso de peso/obesidade tenha uma implicação clínica significativa, um estudo transversal não é capaz de determinar uma relação causa-efeito.

Outra das limitações prende-se com o risco de viés no momento da recolha de dados. O peso corporal e a altura foram autorrelatados em três artigos (37,5%), enquanto que em todos os estudos em que foi realizada a avaliação da duração e qualidade do sono, estes dados foram baseados em autorrelatos, devendo-se, portanto, reconhecer que a subjetividade do autorrelato pode ter efeito nos resultados. Outras limitações, como a falta de padronização do instrumento utilizado e a

heterogeneidade das categorias das variáveis nos estudos incluídos podem também comprometer a fidedignidade dos resultados obtidos.

Tendo em conta que os mecanismos responsáveis pela associação entre o sono e o excesso de peso/obesidade ainda não estão totalmente compreendidos, principalmente na associação com a longa duração de sono e dada a importância da temática no contexto clínico, torna-se fundamental a continuidade no desenvolvimento de estudos nesta área.

BIBLIOGRAFIA

Aslam S & Emmanuel P. Formulating a researchable question: A critical step for facilitating good clinical research. *Indian J Sex Transm Dis AIDS* **31**:47-50, 2010.

Bixler E. Sleep & society: an epidemiological perspective. *Sleep Med* 10 Suppl **1**:S3-6, 2009.

Brady EM, Bodicoat DH, Hall AP, Khunti K, Yates T, Edwardson C & Davies MJ. Sleep duration, obesity and insulin resistance in a multi-ethnic UK population at high risk of diabetes. *Diabetes Res Clin Pract* **139**:195-202, 2018.

Brondel L, Romer MA, Nougues PM, Touyarou P & Davenne D. Acute partial sleep deprivation increases food intake in healthy men. *Am J Clin Nutr* **91**:1550-1559, 2010.

Cappuccio FP, Taggart FM, Kandala NB, Currie A, Peile E, Stranges S & Miller MA. Meta-analysis of short sleep duration and obesity in children and adults. *Sleep* **31**:619-626, 2008.

Chaput JP, Després JP, Bouchard C & Tremblay A. The association between sleep duration and weight gain in adults: a 6-year prospective study from the Quebec Family Study. *Sleep* **31**:517-523, 2008.

Cho KH, Cho EH, Hur J & Shin D. Association of Sleep Duration and Obesity According to Gender and Age in Korean Adults: Results from the Korea National Health and

Nutrition Examination Survey 2007-2015. *JOURNAL OF KOREAN MEDICAL SCIENCE* **33**, 2018.

Diekelmann S & Born J. The memory function of sleep. *Nat Rev Neurosci* **11**:114-126, 2010.

Fogelholm M, Kronholm E, Kukkonen-Harjula K, Partonen T, Partinen M & Härmä M. Sleep-related disturbances and physical inactivity are independently associated with obesity in adults. *Int J Obes (Lond)* **31**:1713-1721, 2007.

Gonnissen HK, Hursel R, Rutters F, Martens EA & Westerterp-Plantenga MS. Effects of sleep fragmentation on appetite and related hormone concentrations over 24 h in healthy men. *Br J Nutr* **109**:748-756, 2013.

Grandner MA, Schopfer EA, Sands-Lincoln M, Jackson N & Malhotra A. Relationship Between Sleep Duration and Body Mass Index Depends on Age. *OBESITY* **23**:2491-2498, 2015.

Hasler G, Buysse DJ, Klaghofer R, Gamma A, Ajdacic V, Eich D, Rössler W & Angst J. The association between short sleep duration and obesity in young adults: a 13-year prospective study. *Sleep* **27**:661-666, 2004.

Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, Alessi C, Bruni O, DonCarlos L, Hazen N, Herman J, Adams Hillard PJ, Katz ES, Kheirandish-Gozal L, Neubauer DN, O'Donnell AE, Ohayon M, Peever J, Rawding R, Sachdeva RC, Setters B, Vitiello MV & Ware JC. National Sleep Foundation's updated sleep duration recommendations: final report. *Sleep Health* **1**:233-243, 2015.

Itani O, Kaneita Y, Murata A, Yokoyama E & Ohida T. Association of onset of obesity with sleep duration and shift work among Japanese adults. *Sleep Med* **12**:341-345, 2011.

Kilkus JM, Booth JN, Bromley LE, Darukhanavala AP, Imperial JG & Penev PD. Sleep and eating behavior in adults at risk for type 2 diabetes. *Obesity (Silver Spring)* **20**:112-117, 2012.

Knutson KL. Does inadequate sleep play a role in vulnerability to obesity? *Am J Hum Biol* **24**:361-371, 2012.

Kobayashi D, Takahashi O, Deshpande GA, Shimbo T & Fukui T. Association between weight gain, obesity, and sleep duration: a large-scale 3-year cohort study. *Sleep Breath* **16**:829-833, 2012.

Krističević T, Štefan L & Sporiš G. The Associations between Sleep Duration and Sleep Quality with Body-Mass Index in a Large Sample of Young Adults. *International journal of environmental research and public health* **15**, 2018.

Kyle TK, Dhurandhar EJ & Allison DB. Regarding Obesity as a Disease: Evolving Policies and Their Implications. *Endocrinol Metab Clin North Am* **45**:511-520, 2016ab *Clin North Am* **45**:511-520, 2016.

Lauderdale DS, Knutson KL, Rathouz PJ, Yan LL, Hulley SB & Liu K. Cross-sectional and longitudinal associations between objectively measured sleep duration and body mass index: the CARDIA Sleep Study. *Am J Epidemiol* **170**:805-813, 2009.

Li Q. The association between sleep duration and excess body weight of the American adult population: a cross-sectional study of the national health and nutrition examination survey 2015-2016. *BMC PUBLIC HEALTH* **21**, 2021.

López-García E, Faubel R, León-Muñoz L, Zuluaga MC, Banegas JR & Rodríguez-Artalejo F. Sleep duration, general and abdominal obesity, and weight change among the older adult population of Spain. *Am J Clin Nutr* **87**:310-316, 2008.

Lyytikäinen P, Rahkonen O, Lahelma E & Lallukka T. Association of sleep duration with weight and weight gain: a prospective follow-up study. *J Sleep Res* **20**:298-302, 2011.

Marshall NS, Glozier N & Grunstein RR. Is sleep duration related to obesity? A critical review of the epidemiological evidence. *Sleep Med Rev* **12**:289-298, 2008.

Moola S, Munn Z, Tufanaru C, Aromataris E, Sears K, Sfetc R, Currie M, Lisy K, Qureshi R, Mattis P & Mu P-F. Chapter 7: Systematic Reviews of Etiology and Risk, 2020.

Muhammad HFL, Pratama SA, Sulistyoningrum DC, Hartono MN, Huriyati E, Lee YY & Muda W. The impact of sleep quality and duration on leptin, appetite, and obesity indices in adults. *MEDICAL JOURNAL OF INDONESIA* **29**:417-421, 2020.

Ning X, Lv J, Guo Y, Bian Z, Tan Y, Pei P, Chen J, Yan S, Li H, Fu Z, Chen Y, Du H, Chen Z, Yu C & Li L. Association of Sleep Duration with Weight Gain and General and Central Obesity Risk in Chinese Adults: A Prospective Study. *Obesity (Silver Spring)* **28**:468-474, 2020.

Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, Shamseer L, Tetzlaff JM, Akl EA, Brennan SE, Chou R, Glanville J, Grimshaw JM, Hróbjartsson A, Lalu MM, Li T, Loder EW, Mayo-Wilson E, McDonald S, McGuinness LA, Stewart LA, Thomas J, Tricco AC, Welch VA, Whiting P & Moher D. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Bmj* **372**:n71, 2021.

Park SE, Kim HM, Kim DH, Kim J, Cha BS & Kim DJ. The association between sleep duration and general and abdominal obesity in Koreans: data from the Korean National Health and Nutrition Examination Survey, 2001 and 2005. *Obesity (Silver Spring)* **17**:767-771, 2009.

Park SK, Jung JY, Oh CM, McIntyre RS & Lee JH. Association Between Sleep Duration, Quality and Body Mass Index in the Korean Population. *J Clin Sleep Med* **14**:1353-1360, 2018.

Patel SR, Malhotra A, White DP, Gottlieb DJ & Hu FB. Association between reduced sleep and weight gain in women. *Am J Epidemiol* **164**:947-954, 2006.

Patel SR. Reduced sleep as an obesity risk factor. *Obes Rev* **10** Suppl 2:61-68, 2009.

Peters MDJ, Godfrey CM, McInerney P, Soares CB, Khalil H & Parker D. The Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2015: methodology for JBI scoping reviews. 2015.

Pigeyre M, Yazdi FT, Kaur Y & Meyre D. Recent progress in genetics, epigenetics and metagenomics unveils the pathophysiology of human obesity. *Clin Sci (Lond)* **130**:943-986, 2016.

Roda C, Charreire H, Feuillet T, Mackenbach JD, Compernelle S, Glonti K, Bárdos H, Rutter H, McKee M, Brug J, De Bourdeaudhuij I, Lakerveld J & Oppert JM. Lifestyle correlates of overweight in adults: a hierarchical approach (the SPOTLIGHT project). *Int J Behav Nutr Phys Act* **13**:114, 2016.

Schiavo JH. PROSPERO: An International Register of Systematic Review Protocols. *Med Ref Serv Q* **38**:171-180, 2019.

Selçuk AA. A Guide for Systematic Reviews: PRISMA. *Turk Arch Otorhinolaryngol* **57**:57-58, 2019.

Stranges S, Cappuccio FP, Kandala NB, Miller MA, Taggart FM, Kumari M, Ferrie JE, Shipley MJ, Brunner EJ & Marmot MG. Cross-sectional versus prospective associations of sleep duration with changes in relative weight and body fat distribution: the Whitehall II Study. *Am J Epidemiol* **167**:321-329, 2008.

Suliga E, Koziel D, Ciesla E, Rebak D & Gluszek S. Sleep duration and the risk of obesity - a cross-sectional study. *MEDICAL STUDIES-STUDIA MEDYCZNE* **33**:176-183, 2017.

Sung B. Analysis of the Relationship between Sleep Duration and Body Mass Index in a South Korean Adult Population: A Propensity Score Matching Approach. *Journal of lifestyle medicine* **7**:76-83, 2017.

Taheri S, Lin L, Austin D, Young T & Mignot E. Short sleep duration is associated with reduced leptin, elevated ghrelin, and increased body mass index. *PLoS Med* **1**:e62, 2004.

van den Berg JF, Knvistingh Neven A, Tulen JH, Hofman A, Witteman JC, Miedema HM & Tiemeier H. Actigraphic sleep duration and fragmentation are related to obesity in the elderly: the Rotterdam Study. *Int J Obes (Lond)* **32**:1083-1090, 2008.

Vargas PA, Flores M & Robles E. Sleep quality and body mass index in college students: the role of sleep disturbances. *J Am Coll Health* **62**:534-541, 2014.

Vézina-Im L-A, Lebel A, Gagnon P, Nicklas TA & Baranowski T. Association between sleep and overweight/obesity among women of childbearing age in Canada. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique* **109**:516-526, 2018.

Vgontzas AN, Fernandez-Mendoza J, Miksiewicz T, Kritikou I, Shaffer ML, Liao D, Basta M & Bixler EO. Unveiling the longitudinal association between short sleep duration and the incidence of obesity: the Penn State Cohort. *Int J Obes (Lond)* **38**:825-832, 2014.

Watanabe M, Kikuchi H, Tanaka K & Takahashi M. Association of short sleep duration with weight gain and obesity at 1-year follow-up: a large-scale prospective study. *Sleep* **33**:161-167, 2010.

World Health Organization. Obesity and overweight. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Consultado em 01-02-2022. 2021.

Wu Y, Zhai L & Zhang D. Sleep duration and obesity among adults: a meta-analysis of prospective studies. *Sleep Med* **15**:1456-1462, 2014.

Xiao Q, Arem H, Moore SC, Hollenbeck AR & Matthews CE. A large prospective investigation of sleep duration, weight change, and obesity in the NIH-AARP Diet and Health Study cohort. *Am J Epidemiol* **178**:1600-1610, 2013.

Yiengprugsawan V, Banwell C, Seubsman SA & Sleight AC. Short sleep and obesity in a large national cohort of Thai adults. *BMJ Open* **2**:e000561, 2012.

Tabela 1: Visão geral dos estudos incluídos na revisão sistemática

Estudo	Autor, Ano	Tipo de estudo	País	Tamanho da amostra	Género da amostra		Faixa etária da amostra	Instrumentos de recolha de dados (Características do sono)		Classificação das características do sono		Instrumentos de recolha de dados (Índice de massa corporal)	Classificação do Índice de Massa Corporal (Excesso de peso/obesidade)
					M	F		Duração do sono	Qualidade do sono	Duração do sono	Qualidade do sono		
1	Sung, 2017	Transversal	Coreia do Sul	2698	1129 (41,8%)	1569 (58,2%)	20-64	Questionário elaborado pelos autores	-	"Curta duração": <7 horas de sono "Adequada duração": ≥7 horas de sono	-	Calculado pelo inquiridor, após a medição e pesagem serem reportados pelo indivíduo	· Obesidade: ≥ 25,0 kg/m ²
2	Vézina-Im <i>et al.</i> , 2018	Transversal	Canadá	9749	0	9749 (100%)	18-44	Questionário elaborado pelos autores	Escala PSQI adaptada pelos autores	"Curta duração": <7 horas de sono "Adequada duração": ≥7 horas de sono	Escala com pontuação de 3 a 15 pontos: Quanto menor pontuação, maior a qualidade de sono.	Calculado pelo inquiridor, após a medição e pesagem serem reportados pelo indivíduo	· Excesso de Peso: 25,0 – 29,9 kg/m ² · Obesidade: ≥ 30,0 kg/m ²
3	Cho <i>et al.</i> , 2018	Transversal	Coreia do Sul	41805	19391 (46,4%)	22414 (53,6%)	18-110	Questionário elaborado pelos autores	-	"Curta duração": ≤5 horas de sono "Adequada duração":	-	Calculado pelo inquiridor, após ser realizada a medição e pesagem	· Obesidade: ≥ 25,0 kg/m ²

										6-8 horas de sono			
										"Longa duração": ≥9 horas de sono			
4	Grandner <i>et al.</i> , 2015	Transversal	Estados Unidos da América	5335	NI	NI	18-80	Questionário elaborado pelos autores	-	"Muito curta duração": ≤4 horas de sono	-	Calculado pelo inquiridor, após ser realizada a medição e pesagem	NI
										"Curta duração": 5-6 horas de sono			
										"Adequada duração": 7-8 horas de sono			
										"Longa duração": ≥9 horas de sono			
5	Suliga <i>et al.</i> , 2017	Transversal	Polónia	10367	NI	NI	37-66	Questionário elaborado pelos autores	-	"Curta duração": ≤6 horas de sono	-	Calculado pelo inquiridor, após ser realizada a medição e pesagem	- Obesidade: ≥ 30,0 kg/m ²
										"Adequada duração":			

										7-8 horas de sono			
										"Longa duração": ≥9 horas de sono			
6	Li, 2021	Transversal	China	2495	1244 (49,9%)	1251 (50,1%)	≥18	Questionário elaborado pelos autores	-	"Curta duração": <7 horas de sono	-	Calculado pelo inquiridor, após ser realizada a medição e pesagem	- Excesso de Peso: 25,0 – 29,9 kg/m ² · Obesidade: ≥ 30,0 kg/m ²
										"Adequada duração": 7-9 horas de sono			
										"Longa duração": >9 horas de sono			
7	Krističević, Štefan & Sporiš, 2018	Transversal	Croácia	2100	1041 (49,6%)	1059 (50,4%)	18-24	Questionário adaptado da "Night Eating Diagnostic Scale"	Escala PSQI	"Muito curta duração": <6 horas de sono	"Má qualidade": >5 pontos	Calculado pelo inquiridor, após a medição e pesagem serem reportados pelo indivíduo	· Excesso de Peso/Obesidade: ≥ 25,0 kg/m ²
										"Curta duração": 6-7 horas de sono	"Boa qualidade": ≤5 pontos		
										"Adequada duração":			

										7.1-9 horas de sono			
										"Longa duração": 9.1-10 horas de sono			
										"Muito longa duração": >10 horas de sono			
8	Muhammad <i>et al.</i> , 2020	Transversal	Indonésia	244	NI	NI	18-56	Questionário elaborado pelos autores	Escala PSQI	"Curta duração": <7 horas de sono "Adequada duração": ≥7 horas de sono	"Má qualidade": >5 pontos "Boa qualidade": ≤5 pontos	Calculado pelo inquiridor, após ser realizada a medição e pesagem	NI

Abreviaturas:

NI: Não identificado | PSQI: *Pittsburgh Sleep Quality Index*

Tabela 2: Objetivos e resultados dos estudos incluídos na revisão sistemática

Estudo	Objetivo do estudo	Resultados do estudo
--------	--------------------	----------------------

		Duração do sono vs excesso de peso/obesidade	Qualidade do sono vs excesso de peso/obesidade
1	Avaliar a relação entre a duração do sono e o índice de massa corporal numa população adulta sul-coreana.	Este estudo verificou a existência de uma associação inversa entre a <u>longa duração de sono</u> e a <u>obesidade</u> (OR = 0,77, 95% CI: 0,65–0,90, $p < 0,01$).	-
2	Investigar a relação entre o sono e o sobrepeso/obesidade entre mulheres canadenses em idade reprodutiva.	Neste estudo não se verificou qualquer associação estatisticamente significativa entre a duração do sono e o sobrepeso/obesidade.	Neste estudo não se verificou qualquer associação estatisticamente significativa entre a qualidade do sono e o sobrepeso/obesidade.
3	Investigar a associação entre a duração do sono auto-relatado e a obesidade e obesidade abdominal em adultos coreanos de acordo com o sexo e a idade.	Este estudo verificou a existência de uma associação entre a <u>curta duração de sono</u> (OR = 1,36, 95% CI: 1,18–1,57, $p < 0,001$) e a <u>obesidade</u> entre a população geral. Entre a população masculina de 30-49 anos, verificou-se a existência de uma associação entre a <u>curta duração de sono</u> (OR = 1,25, 95% CI: 1,02–1,54, $p < 0,001$) e a <u>obesidade</u> . Entre a população feminina, verificou-se a existência de uma associação entre a <u>curta duração de sono</u> (OR = 1,18, 95% CI: 1,07–1,32, $p < 0,001$) e a <u>obesidade</u> . Já entre a população feminina de 30-49 anos, verificou-se a existência de uma associação entre a <u>curta duração de sono</u> (OR = 1,56, 95% CI: 1,00–1,90, $p < 0,001$) e a <u>longa duração de sono</u> (OR = 1,26, 95% CI: 1,00–1,58, $p < 0,001$) com a <u>obesidade</u> .	-
4	Investigar se a associação da duração do sono com a obesidade e doenças cardiometabólicas difere entre faixas etárias.	Este estudo verificou a existência de uma associação entre a <u>curta duração de sono</u> e o <u>sobrepeso</u> na faixa etária de 18–29 anos ($\beta = 1,87$, 95% CI: 0,44–3,30, $p < 0,05$) e na faixa etária de 30–49 anos ($\beta = 1,22$, 95% CI: 0,32–2,11, $p < 0,01$).	-

5	Examinar as relações entre a duração do sono auto-relatada, o índice de massa corporal (IMC) e a percentagem de gordura corporal e ainda determinar se tais associações são iguais em homens e mulheres.	<p>Este estudo verificou a existência de uma associação entre a <u>curta duração de sono</u> (OR = 1,19, 95% CI: 1,07–1,33, $p < 0,05$) e a <u>longa duração de sono</u> (OR = 1,23, 95% CI: 1,03–1,48, $p < 0,05$) com a <u>obesidade</u> entre a população geral.</p> <p>Entre a população masculina, verificou-se a existência de uma associação entre a <u>curta duração de sono</u> (OR = 1,18, 95% CI: 1,08–1,28, $p < 0,05$) e a <u>obesidade</u>.</p> <p>Entre a população feminina, verificou-se a existência de uma associação entre a <u>longa duração de sono</u> (OR = 1,14, 95% CI: 1,02–1,26, $p < 0,05$) e a <u>obesidade</u>.</p>	
6	Examinar a relação entre a duração do sono e a adiposidade excessiva da população adulta nos Estados Unidos.	Este estudo verificou a existência de uma associação entre a <u>curta duração de sono</u> (OR = 1,832, 95% CI: 1,215–2,762, $p = 0,007$) e a <u>longa duração de sono</u> (OR = 1,370, 95% CI: 1,043–1,800, $p = 0,027$) com a <u>obesidade</u> .	
7	Explorar associações entre a duração do sono e a qualidade do sono com o sobrepeso/obesidade numa grande amostra de adultos jovens.	Este estudo verificou a existência de uma associação entre a <u>muito curta duração de sono</u> (OR = 2,64, 95% CI: 1,23–5,66, $p < 0,05$) e a <u>muito longa duração de sono</u> (OR = 3,27, 95% CI: 2,04–5,23, $p < 0,001$) com o <u>sobrepeso/obesidade</u> .	Este estudo verificou a existência de uma associação entre a <u>má qualidade do sono</u> e o <u>sobrepeso/obesidade</u> (OR = 1,40, 95% CI: 1,10–1,78, $p < 0,01$).
8	Avaliar o impacto da qualidade e duração do sono nos índices de leptina, apetite e obesidade em adultos indonésios.	Este estudo verificou a existência de uma correlação negativa entre a <u>duração de sono</u> e o <u>peso corporal</u> ($r = -0,228$, $p < 0,001$) e ainda a mesma correlação com o <u>índice de massa corporal</u> ($r = -0,202$, $p = 0,001$).	Este estudo verificou a existência de uma correlação positiva entre a <u>qualidade do sono</u> (Score de PSQI) e o <u>peso corporal</u> ($r = 0,129$, $p < 0,043$) e ainda a mesma correlação com o <u>índice de massa corporal</u> ($r = 0,176$, $p = 0,006$).

Abreviaturas:

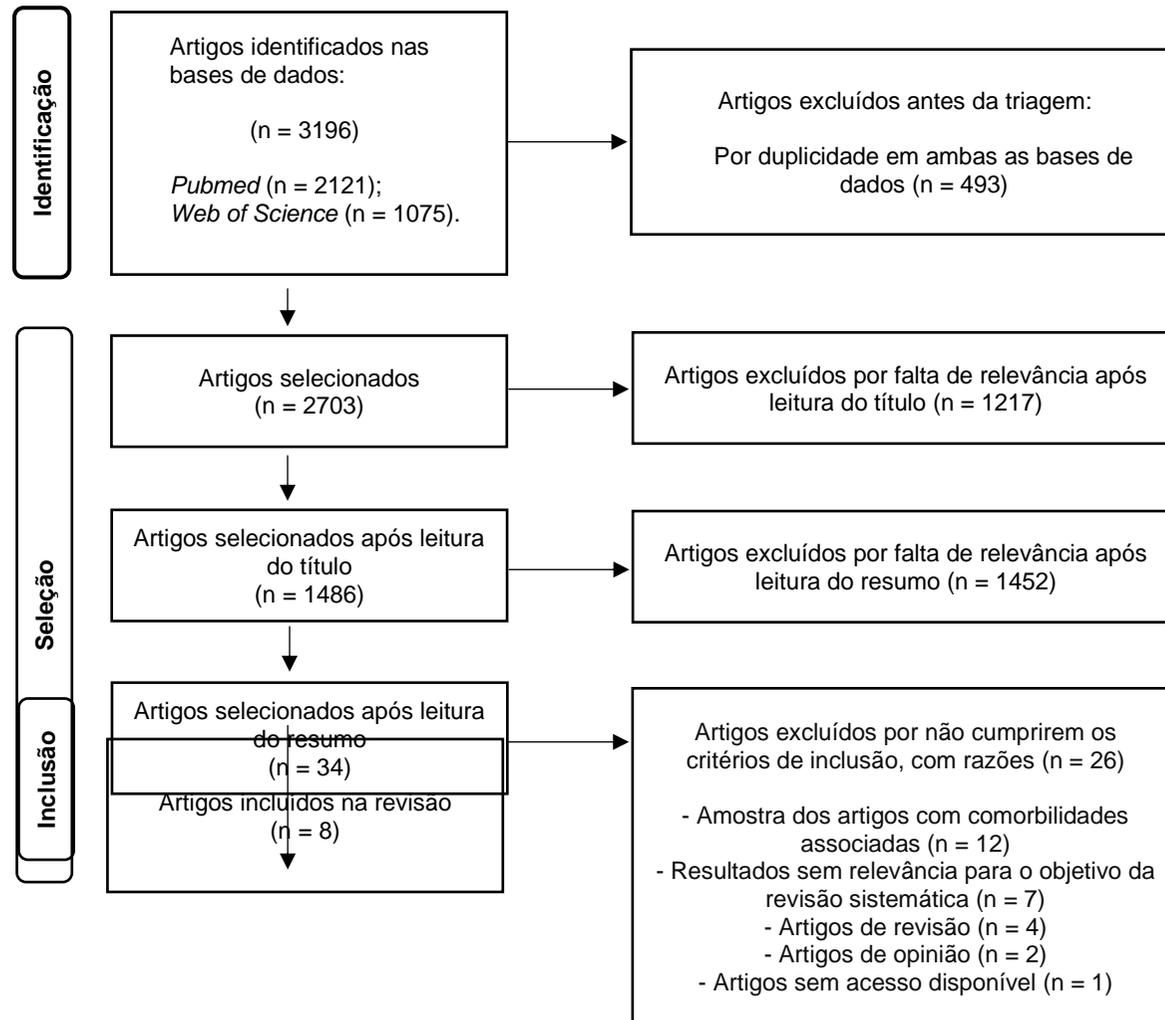
CI: Intervalo de confiança | OR: Odds ratio

Tabela 3: Avaliação do risco de viés dos estudos incluídos na revisão sistemática

JBI Critical Appraisal Checklist	Sung, 2017	Vézina-Im et al., 2018	Cho et al., 2018	Grandner et al., 2015	Suliga et al., 2017	Li, 2021	Krističević, Štefan & Sporiš, 2018	Muhammad et al. 2020
1. Os critérios de inclusão da amostra foram claramente definidos?	S	S	S	S	S	S	S	S
2. Os sujeitos em estudo e o cenário estão descritos em detalhe?	S	S	S	S	S	S	S	S
3. A exposição foi medida de forma válida e confiável?	S	S	S	S	S	S	S	S
4. Foram usados critérios objectivos e padronizados para a medição da condição?	N	S	S	S	S	S	S	S
5. Os fatores de confusão foram identificados?	S	S	S	S	S	N	N	N
6. As estratégias para lidar com os fatores de confusão foram declaradas?	S	S	S	S	S	N	N	N
7. Os resultados foram medidos de forma válida e confiável?	N	N	S	N	S	S	N	N
8. Foi utilizada uma análise estatística apropriada?	S	S	S	S	S	S	S	S
Risco de viés (% de respostas "sim")	Baixo risco de viés (75%)	Baixo risco de viés (87,5%)	Baixo risco de viés (100%)	Baixo risco de viés (87,5%)	Baixo risco de viés (100%)	Baixo risco de viés (75%)	Moderado risco de viés (62,5%)	Moderado risco de viés (62,5%)

Abreviaturas: N: Não | NA: Não aplicável | PC: Pouco claro | S: Sim

Figura 1: Fluxograma de seleção de artigos



PESO DO RECÉM-NASCIDO: INFLUÊNCIA DO IMC PRÉ-GESTACIONAL, GANHO PONDERAL E TRIMESTRE DE DIAGNÓSTICO EM GESTANTES COM DIABETES GESTACIONAL

Maria João Oliveira¹

António Fernandes²

Eva Pinto Ferreira³

Josiana Vaz⁴

Ana Maria Pereira⁵

Resumo: A Diabetes Gestacional (DG) constitui um problema de saúde pública relacionado com complicações para a mãe e para o feto. O Índice de Massa Corporal (IMC) e o aumento de peso inadequado durante a gestação têm sido associados ao peso do recém-nascido (RN). No estudo averiguou-se a relação entre o IMC pré-gestacional, o trimestre de diagnóstico da DG e o ganho ponderal durante a gestação com o peso do RN ao nascer e ainda as possíveis correlações com as variáveis maternas (IMC pré-gestacional e ganho ponderal durante a gestação). Estudadas 456 grávidas com DG e respetivo RN, acompanhados na consulta de Nutrição, entre 2018 e 2020, nas variáveis: idade, peso prévio à gravidez, IMC prévio à gestação, ganho ponderal na gestação e trimestre de diagnóstico da DG; do RN: género e peso ao nascer. Verificou-se que: antes de engravidar 2% das grávidas tinham um peso inferior ao adequado, 31,4% tinham excesso de peso e 29,6% eram obesas; 31,4% tiveram um ganho ponderal inferior ao recomendado e 38,8% excederam-no. Mais de metade das grávidas tiveram o seu diagnóstico de DG no 2º trimestre. Dos RN, 9,6% eram leves e 13,2% classificados em Grandes para a idade gestacional. Tanto o IMC pré-gestacional como o ganho ponderal durante a gestação demonstraram estar correlacionados com o peso do RN ao nascer. As variáveis maternas IMC pré-gestacional e ganho ponderal durante a gestação revelaram-se inversamente correlacionadas entre si.

Palavras-chave: Gravidez; IMC pré-gestacional; Ganho ponderal; peso ao nascer; recém-nascido

¹Licenciado; Instituto Politécnico de Bragança, Portugal; mariajoaooliveiraz@outlook.com

²Doutor; Centro de Investigação de Montanha (CIMO), Instituto Politécnico de Bragança, Portugal; Laboratório Associado para a Sustentabilidade e Tecnologia em Regiões de Montanha (SusTEC), Instituto Politécnico de Bragança, Portugal; toze@ipb.pt

³Licenciada; Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

⁴Doutor; (CIMO), Instituto Politécnico de Bragança, Portugal; (SusTEC), Instituto Politécnico de Bragança, Portugal; josiana@ipb.pt; (autor correspondente)

⁵Doutor; (CIMO), Instituto Politécnico de Bragança, Portugal; (SusTEC), Instituto Politécnico de Bragança Portugal; amgpereira@ipb.pt

NEWBORN WEIGHT: INFLUENCE OF PRE-GESTATIONAL BMI, WEIGHT GAIN AND DIAGNOSIS TRIMESTER IN PREGNANT WOMEN WITH GESTATIONAL DIABETES

Abstract: Gestational Diabetes (GD) is a public health problem related to complications for the mother and fetus. Body Mass Index (BMI) and inadequate weight gain during pregnancy have been associated with newborn (NB) weight. The study investigated the relationship between pre-pregnancy BMI, the trimester of diagnosis of GD and weight gain during pregnancy with the birth weight of the NB and also the possible correlations with maternal variables (pre-pregnancy BMI and gain weight during pregnancy). A total of 456 pregnant women with GD and their NB were studied, followed up at the Nutrition consultation, between 2018 and 2020, in the variables: age, weight prior to pregnancy, BMI prior to pregnancy, weight gain during pregnancy and trimester of diagnosis of GD; of NB: gender and birth weight. It was found that: before becoming pregnant, 2% of pregnant women were underweight, 31.4% were overweight and 29.6% were obese; 31.4% had a lower weight gain than recommended and 38.8% exceeded it. More than half of pregnant women were diagnosed with GD in the 2nd trimester. Of the NBs, 9.6% were light and 13.2% were classified as Large for gestational age. Both pre-gestational BMI and weight gain during pregnancy have been shown to be correlated with the newborn's weight at birth. Pre-pregnancy BMI and weight gain during pregnancy were inversely correlated with each other.

Key-words: Pregnancy; pre-pregnancy BMI; weight gain; birth weight; newborn

INTRODUÇÃO

A Diabetes Gestacional (DG) consiste numa das patologias mais frequentes durante o período de gestação. Define-se como uma diminuição da tolerância à glicose que é reconhecida ou diagnosticada pela primeira vez durante gravidez (Williamson, 2006; DGS, 2011). Esta patologia está associada a um maior risco de morbidade e mortalidade perinatais, macrosomia, nados mortos, partos distócicos, morbidade relacionada com a cesariana, hipoglicemia após o parto, entre outros (Kamana, 2015; Diane, 2006).

Os critérios de diagnóstico de acordo com o Relatório do Consenso sobre Diabetes e Gravidez, baseados nos resultados do estudo *Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO)* (The HAPO Study Cooperative Research Group, 2008) e tendo por base premissas da Associação Internacional dos Grupos de Estudos de Diabetes e Gravidez (IADPSG) (International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel, 2010), consistem num valor de glicemia em jejum superior ou igual a 92 mg/dL mas inferior a 126 mg/dL no 1º trimestre ou uma Prova de Tolerância Oral à Glicose positiva entre as 24 e as 28 semanas de gestação (DGS, 2011) (SPD, 2017). Em Portugal, a taxa de prevalência da Diabetes Gestacional aumentou significativamente nos últimos anos representando,

atualmente, 8,8% da população parturiente do Serviço Nacional de Saúde (Raposo, 2020; DGS, 2015). Em 2016, Zhu & Zhang (2016) relataram uma grande variação na prevalência de DG em diferentes regiões do mundo, incluindo maior prevalência no Médio Oriente e Norte de África (12,9%), Sudoeste Asiático (11,7%) e regiões do Oeste do Pacífico (11,7%) e menor prevalência na Europa (5,8%). Na América Central e do Sul, a prevalência foi de 11,2% no entanto este valor derivou apenas de dados de dois países: Brasil (5,7%) e Cuba (16,6%).

Durante a gravidez, é natural que o peso aumente, devido à formação da placenta, líquido amniótico, crescimento do bebé, volume do útero e do sangue e tecido mamário (IOM, 2009). Tendo em conta o Índice de Massa Corporal (IMC) prévio à gravidez, a recomendação de aumento de peso ideal durante a gestação para uma grávida com baixo peso prévio é entre 12,5 e 18kg, normoponderal entre 11,5 e 16kg e com excesso de peso no mínimo 7 e no máximo 11,5kg. Já as grávidas previamente obesas não devem ultrapassar o ganho de 9kg, sendo o mínimo recomendado 5kg (Zhu & Zhang, 2016). Um inadequado ganho de peso está associado ao aumento do risco de atraso de crescimento intrauterino e mortalidade perinatal, enquanto o elevado ganho de peso da grávida está associado ao aumento de peso do bebé ao nascimento e, secundariamente, ao aumento do risco de complicações na vida adulta (Picciano, 2003; Stang Huffman, 2016).

Ficou demonstrado nas últimas décadas que a acessibilidade aos cuidados de saúde especializados na gravidez, desde o planeamento ao parto e ao pós-parto, diminuiu drasticamente a morbilidade e mortalidade materna, fetal e infantil (DGS, 2020). O esquema de vigilância e conduta durante a gravidez, de acordo com a Direção-Geral da Saúde, visa integrar os cuidados pré-natais numa perspetiva mais abrangente que inclua cuidados pré-concepcionais, vigilância da gravidez e consulta do puerpério assegurando a continuidade de cuidados; identificar e orientar precocemente complicações e fatores de risco que possam afetar a evolução da gravidez e o bem-estar do feto, promover a saúde e a educação para a saúde ao longo da gravidez e apoiar na preparação para o parto e parentalidade (DGS, 2020).

O peso ao nascer, aferido na primeira hora após o nascimento, é um parâmetro usado mundialmente para avaliar as condições de saúde do recém-nascido (RN) (Frota, 2019). Este é um bom indicador de saúde do RN, pois reflete as condições nutricionais e metabólicas da mãe durante a gestação e o desenvolvimento fetal intrauterino o qual tem influência direta

no crescimento e desenvolvimento da criança e nas condições de saúde do indivíduo na vida adulta (Tourinho & Reis, 2013; Coelho *et al.*, 2015). A avaliação do crescimento intrauterino é feita, muitas vezes, pelo peso de nascimento. A distribuição do peso pela idade gestacional define o recém-nascido como: leve para a idade gestacional (LIG) sempre que o peso seja inferior ao percentil 10, adequado para a idade gestacional (AIG) sempre que o peso esteja entre o percentil 10 e 90 e grande para a idade gestacional (GIG) sempre que superior ao percentil 90 (Coelho *et al.*, 2015). Classificam-se ainda como bebés macrossómicos os recém-nascidos cujo peso ao nascer seja igual ou superior a 4000g (Cunha *et al.*, 2007).

Achados epidemiológicos apontam que a inadequação ponderal materna tanto pré-gestacional quanto gestacional constitui um problema de saúde pública inegável, na medida em que favorece o desenvolvimento de intercorrências gestacionais e influencia as condições de saúde do RN, nomeadamente o peso ao nascer (WHO, 1995). Estudos como o de Mahmoodi *et al.* (2017) e Neyestanak *et al.* (2017) comprovaram a associação do peso do RN com características maternas nomeadamente o peso pré-gestacional, o ganho de peso na gravidez e a prática de atividade física.

O estudo teve como principal objectivo averiguar a relação entre o IMC pré-gestacional, o trimestre de diagnóstico da DG e o ganho ponderal durante a gestação com o peso do RN ao nascer numa população de mulheres com diagnóstico de DG. Pretende-se ainda verificar as possíveis correlações entre as variáveis maternas (IMC pré-gestacional e ganho ponderal durante a gestação) de forma a permitir a otimização da vigilância da grávida.

3. MÉTODOS

Para atingir os objectivos anteriormente mencionados realizou-se um estudo quantitativo, analítico, observacional e longitudinal baseado numa amostra de 456 puérperas com diagnóstico de Diabetes Gestacional e respetivo recém-nascido que foram seguidas, entre 2018 e 2020, na consulta de Nutrição/Obstetrícia no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho - Unidade II. Os dados foram recolhidos a partir da base de dados "Registo Nacional DG BASE", dos anos 2018, 2019 e 2020.

As variáveis recolhidas da puérpera foram a idade, o peso prévio à gravidez, o IMC prévio à gestação (em kg/m²), o ganho ponderal durante a gestação (em kg), o trimestre de diagnóstico da DG, já do RN recolheu-se o género e o peso ao nascer (em g).

A análise exploratória foi feita com o *software* estatístico *Statistical Package for the Social Sciences for Windows 28.0.1 (SPSS)*[®]. Realizou-se, inicialmente, a análise estatística descritiva dos dados calculando-se frequências absolutas e relativas para as variáveis qualitativas, nomeadamente classificação do IMC pré gestacional, classificação do ganho ponderal durante a gestação, classificação do peso de RN, género do RN e trimestre de diagnóstico da DG. Para as variáveis quantitativas, nomeadamente, a idade, peso prévio à gravidez, IMC pré-gestacional, ganho ponderal durante a gestação e o peso do recém-nascido, calcularam-se medidas de tendência central, isto é, a média e mediana e medidas de dispersão, nomeadamente o desvio padrão, o máximo e o mínimo. Os testes estatísticos foram utilizados com um nível de confiança de 95% ($\alpha = 5\%$). Por isso, rejeitou-se a hipótese nula quando $p\text{-value} \leq 0,05$. Sendo a probabilidade de significância ($p\text{-value}$) o menor valor de α a partir do qual se rejeita a hipótese nula. Já a probabilidade de significância dá a probabilidade de obter o valor observado para a estatística de teste se a hipótese nula for verdadeira (Maroco, 2003). Para testar a normalidade dos dados recorreu-se ao *Teste de Kolmogorov-Smirnov* com a correção de *Lillefors* ($n \geq 30$) ou *Teste de Shapiro-Wilk* ($n < 30$), já a homogeneidade de variâncias foi testada com recurso ao *Teste de Levene* (Maroco, 2003).

Para estudar a correlação entre o IMC pré gestacional e o peso do recém-nascido utilizou-se o *Teste de Spearman*, isto porque, quando testada a condição de aplicação de um teste paramétrico, nomeadamente a normalidade dos dados, verificou-se que os dados do IMC pré gestacional não seguiam a distribuição Normal. O *Teste de Spearman* testa a hipótese nula de o IMC pré-gestacional não estar correlacionado com o peso do RN, contra a hipótese alternativa de o IMC pré-gestacional estar correlacionado com o peso do RN (Maroco, 2003). O estudo da correlação entre o ganho ponderal durante a gestação e o peso do RN permitiu a aplicação de um teste paramétrico, nomeadamente o *Teste R de Pearson*, isto porque ambas as variáveis seguiam a Distribuição Normal Padronizada. Este teste testa a hipótese nula de o ganho ponderal durante a gestação não estar correlacionado com o peso do RN, contra a hipótese alternativa de estas variáveis estarem correlacionadas (Maroco, 2003). Para

comparar o peso do RN segundo o trimestre de diagnóstico da DG utilizou-se o *Teste T-Student* para amostras independentes, isto porque, uma vez mais, quando testadas as condições de aplicação dos testes paramétricos os dados eram elegíveis (The HAPO Study Cooperative Research Group, 2008). Este teste permite testar a hipótese nula de as médias serem iguais ($H_0: \mu_1 = \mu_2$) contra a hipótese alternativa das médias serem diferentes ($H_1: \mu_1 \neq \mu_2$), em que μ é a média (Maroco, 2003).

Este estudo foi conduzido com as indicações definidas na Declaração de Helsínquia (World Medical Association, 2013) e aprovadas pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/ Espinho. A anonimização dos dados foi garantida através da supressão dos atributos.

4. RESULTADOS

Conforme referido anteriormente, na análise foram incluídos dados de 456 grávidas com diagnóstico de DG com idade entre 18 e 49 anos, sendo a média da idade média de 32,9 ($\pm 5,7$ anos). O peso prévio à gravidez médio foi 73,5 ($\pm 17,5$) kg, já o IMC pré gestacional variou entre 17 e 52 kg/m², sendo o valor médio de 27,7 ($\pm 6,2$) kg/m². Verificou-se que 9 grávidas tinham um peso inferior ao adequado para a altura (2%), 169 eram normoponderais (37,1%), 143 tinham excesso de peso (31,4%) e 135 eram obesas (29,6%), antes de engravidar. A maioria das grávidas (57%, n=260) tiveram o seu diagnóstico de DG no 2º trimestre e o ganho ponderal durante a gestação variou entre -6kg e 36kg, sendo o ganho médio de 11,2kg ($\pm 6,1$) (Tabela I).

Verificou-se ainda que 31,4% das grávidas tiveram um ganho ponderal inferior (GPI) ao recomendado (n= 143), 29,8% um ganho ponderal adequado (GPA) (n=136) e 38,8% excederam as recomendações de ganho ponderal (n=177), constatando-se desta forma uma desadequação de ganho ponderal, maioritariamente por excesso, em 70,2% das puérperas (Figura I).

Entre os 456 recém-nascidos elegíveis, 51,1% eram do sexo feminino (n=233) e 48,9% do sexo masculino (n=223) (Figura II). O peso dos RN ao nascer variou entre 1255g e 4640g, sendo o peso médio de 3284,8 ($\pm 480,5$) g, sendo que 9,6% eram leves para a idade gestacional

(LIG) (n= 44), 77,2% tinham um peso adequado atendendo à idade gestacional (AIG) (n=352) e 13,2% dos recém-nascidos eram classificados em Grandes para a idade gestacional (GIG) (n=60), 50% dos quais macrossômicos (n=30) (**Figura III**).

Correlação entre o IMC pré-gestacional e o peso do RN ao nascer

Da análise da correlação entre o IMC pré-gestacional e o peso do recém-nascido verificou-se uma correlação direta estatisticamente significativa entre estas variáveis (p -value= 0,000; $R^2= 0,223$), ainda que fraca, pois o coeficiente de correlação é próximo de zero. Posto isto, à medida que aumenta o IMC pré-gestacional aumenta o peso do RN ao nascer. Relativamente ao peso do recém-nascido, os bebés com um peso AIG (77,2%, n= 352) nasceram sobretudo de mães cujo IMC pré gestacional se classificava em Normoponderal (28,7%, n= 131). Já os classificados em GIG (13,2%, n=60), eram provenientes de puérperas com um IMC prévio ≥ 30 kg/m² (5,9%, n= 27). De realçar que nenhuma puérpera com baixo peso prévio gerou um recém-nascido GIG (**Figura IV**).

Correlação entre o ganho ponderal durante a gestação e o peso do RN ao nascer

As variáveis ganho ponderal durante a gestação e peso do RN estão estatisticamente positivamente correlacionadas, ainda que esta correlação seja fraca (p -value= 0,000; $R^2= 0,166$), pelo que à medida que aumenta o ganho ponderal durante a gestação aumenta o peso do RN ao nascer. As mães cujo ganho ponderal durante a gestação foi superior ao recomendado (38,8%, n=177) são as que geram mais filhos GIG (7,5%, n= 34). Por sua vez, os recém-nascidos LIG (9,6%, n= 44) são maioritariamente de grávidas com um ganho ponderal gestacional inferior (4,8%, n= 22) relativamente às recomendações (**Figura V**).

Correlação entre o trimestre de diagnóstico da DG e o peso do RN ao nascer

Da análise estatística, conclui-se que o peso do RN ao nascer não varia consoante o trimestre de diagnóstico da DG (p -value= 0,149), ou seja, independentemente de a DG ser diagnosticada no primeiro ou no segundo trimestre, as médias são iguais (a média do 1º trimestre é 3338,34g e do 2º trimestre é 3279,53g). Os RN GIG (13,2%, n=60) são maioritariamente de puérperas com diagnóstico de DG no primeiro trimestre de gestação (7,2%, n= 33) (**Figura VI**). Já os LIV (9,6%, n= 44) são sobretudo provenientes de puérperas cujo diagnóstico de DG ocorreu no segundo trimestre (5,5%, n= 25) (**Figura VII**).

Correlação entre o IMC pré-gestacional e o ganho ponderal durante a gestação

Da análise da correlação entre o IMC pré-gestacional e o ganho ponderal verificou-se uma correlação inversa estatisticamente significativa, ainda que fraca (p -value= 0,000; $R^2 = 0,286$), assim à medida que aumenta o IMC pré gestacional diminui o ganho ponderal durante a gestação. Durante a gestação constata-se que as grávidas com excesso de peso (15,4%, n=70) e obesidade (13,6%, n=62) são as que apresentam um ganho ponderal superior (GPS) ao recomendado (38,8%, n=177) (**Figura VIII**). O ganho de peso adequado ocorre maioritariamente em grávidas cujo peso prévio era adequado para a altura, na medida em que das 37,1% (n=169) grávidas previamente normoponderais, 11,6% (n=53) ganhou tanto peso quanto o recomendado. De igual modo se verificou que as grávidas previamente normoponderais eram também as que mais apresentavam um GPI ao recomendado.

5. DISCUSSÃO

A idade média das gestantes da amostra, igual a 32,9 anos, revelou-se ligeiramente superior à idade média estimada das grávidas em Portugal, que foi de 32,3 anos em 2021, e na Europa que foi de 31 anos em 2020 (PORDATA, 2022). Ainda que inferior, este valor aproxima-se da faixa etária considerada tardia para a gestação, igual a 35 anos ou mais. A ocorrência deste tipo de gravidez tem vindo a aumentar mundialmente o que poderá ser justificado pelas mudanças sociais que proporcionam uma maior inserção da mulher no mercado de trabalho, procura por alguma estabilidade socioeconómica e nível educacional e adiamento do casamento, atrasando o desejo de engravidar (PORDATA, 2022). A gravidez em idade avançada traz consequências importantes em relação à saúde da mãe e do feto, na medida em que predispõe a maiores riscos obstétricos como a Diabetes Gestacional (Alvez *et al.*, 2017; Monteiro & Gonçalves, 2012; Gravena *et al.*, 2013).

Relativamente ao IMC pré-gestacional, verificou-se uma elevada prevalência de excesso de peso (31,4%) e obesidade (29,6%) entre as grávidas. Este resultado vai ao encontro do perfil nutricional da população portuguesa, sendo que a prevalência nacional em 2015 de sobrecarga ponderal nas faixas etárias 25-34 e 35-44 anos, que englobam o período considerado fértil, foi de 31,0% e 36,8%, respetivamente (Gaio, 2015). Um estudo desenvolvido em Portugal, revelou que a prevalência de excesso de peso em mulheres em

idade reprodutiva (20-39) foi de 37,5%, valor este que corrobora com o encontrado no presente estudo (do Carmo, 2008). Os resultados verificados assemelham-se também aos encontrados por vários autores, numa população de mulheres brasileiras (Gonçalves *et al.*, 2012; Melo ASO *et al.*, 2007), e também num estudo realizado na Dinamarca (Nohr *et al.*, 2008). Todos estes valores aproximam-se da prevalência em Itália, Finlândia e Austrália (Guelinckx *et al.*, 2008; HAPO Study Cooperative Research Group, 2010).

O ganho ponderal durante a gravidez foi outro dos parâmetros em análise. A população de grávidas deste estudo teve um ganho ponderal médio de 11,20kg, com 38,8% das gestantes com ganho excessivo relativamente ao recomendado pelo IOM. Relacionando o ganho ponderal com as recomendações do IOM, a maioria dos estudos aponta para uma taxa de 30-40% de ganho ponderal excessivo durante a gravidez, que corresponde ao valor encontrado neste estudo (Bodnar *et al.*, 2010; Cedergren, 2007; DeVader *et al.*, 2007; Gaillard *et al.*, 2013). Outros autores demonstraram ganhos ponderais médios semelhantes aos encontrados (Gonçalves *et al.*, 2012; Melo ASO *et al.*, 2007; Nohr *et al.*, 2008; Heude, 2012; Ludwig & Currie, 2010). As variações no valor médio de ganho ponderal encontrado em cada estudo poderão ser explicadas pelas acentuadas diferenças económicas e sociais entre os países onde foram desenvolvidos, o que influencia o estado nutricional prévio das gestantes, já que o estudo onde se verificou uma menor média de ganho ponderal foi no estudo desenvolvido no Nepal (Shreshta *et al.*, 2010).

Influência do IMC pré-gestacional no peso do recém-nascido

O presente estudo apurou que quanto maior o IMC pré-gestacional maior o peso do RN ao nascer, achado este que é corroborado por Jolly *et al.* (2003) no seu estudo envolvendo 350 311 grávidas uruguaias que demonstrou que mulheres com excesso de peso e obesidade prévias à gravidez apresentam 1,68 e 2,10 vezes maior risco de RN GIG, respetivamente (Jolly *et al.*, 2003). Também Li *et al.* (2013) verificou que o excesso de peso e a obesidade pré-gestacional estão associados a um risco 2,56 vezes superior de RN GIG (2013). Para além disso, a obesidade materna prévia à gravidez está associada a um risco 3,23 vezes maior de macrossomia em comparação com mulheres previamente normoponderais (King, 2007).

Influência do ganho ponderal no peso do recém-nascido

Neste estudo, verificou-se também que o peso do RN aumenta com o aumento do ganho ponderal o que é consistente com vários estudos (Shreshta *et al.*, 2010; King, 2007; Kiel *et al.*, 2007; Siega-Riz, 2009; Early Childhood Obesity Prevention Policies, 2011; Zhao *et al.*, 2018).

De acordo com Zhao *et al.* (2018) o mecanismo responsável relaciona-se com a resistência à insulina frequentemente verificada em mulheres com desadequação ponderal durante a gestação (Gale *et al.*, 2007). Isto porque a resistência à insulina causa distúrbios metabólicos que resultam num aumento da disponibilidade de nutrientes e aporte energético para o feto (Gale *et al.*, 2007), resultando em hiperinsulinemia (Ay *et al.*, 2009; Hull *et al.*, 2008), aceleração do crescimento fetal e, eventualmente, maior peso do RN ao nascer (Ay *et al.*, 2009; Hull *et al.*, 2008; Forsum *et al.*, 2006; Filho *et al.*, 2018).

Estes achados parecem indicar que um IMC pré-gestacional desadequado e um ganho ponderal excessivo durante a gestação são dois fortes preditores do peso adverso do RN ao nascer. Assim, enfatizam a importância de garantir um adequado IMC prévio e de um ganho ponderal gestacional apropriado a cada categoria de IMC, como recomenda o IOM (2009).

Para além disso demonstram a necessidade de assistência precoce no controlo e acompanhamento da evolução ponderal gestacional através do aconselhamento nutricional personalizado.

Influência do trimestre de diagnóstico da DG no peso do recém-nascido

São escassos os estudos que relacionem o trimestre de diagnóstico da DG com o peso dos RN. No presente estudo não se verificou correlação estatisticamente significativa entre estes parâmetros e este desfecho é suportado por outro estudo (Padilha *et al.*, 2007).

Influência do IMC pré-gestacional no ganho ponderal durante a gestação

De forma a averiguar se as mulheres antes de engravidar quer em planeamento familiar, quer na vigilância à grávida deveriam ter um acompanhamento nutricional mais sensível, avaliou-se a possível relação entre o IMC pré-gestacional e o ganho ponderal durante a gestação. Desta forma, verificou-se que quanto maior o IMC pré-gestacional menor o aumento ponderal durante a gestação, ou seja, mulheres previamente com excesso de peso ou obesidade ganharam menos peso durante a gestação. Embora a correlação encontrada

tenha sido estatisticamente significativa, mas fraca, vai ao encontro do preconizado pelo IOM que estabelece um ganho ponderal maior para as gestantes inicialmente com baixo peso e menor para as com excesso de peso e obesidade. Este achado é corroborado por Padilha *et al.* (2007) que verificaram que o ganho de peso médio entre gestantes com excesso de peso e obesidade pré-gestacional foi significativamente menor, quando comparado às normoponderais e com baixo peso (Lenderman *et al.*, 1997). De igual forma Lederman *et al.* (1997), Olson & Strawderman (2003) e Andreto *et al.* (2006) corroboram com este resultado.

Este achado realça a relevância de programas de educação pré-natal dedicados ao aconselhamento e orientação nutricional precoce em grávidas, particularmente com excesso de peso ou obesidade pré-gestacional, os quais poderão ser uma mais valia não apenas na prevenção de ganho ponderal excessivo e diminuição da ocorrência de fetos macrossômicos, mas também como meio de educar as mães de forma a perpetuar os conhecimentos de alimentação saudável nas gerações futuras.

O presente estudo apresenta algumas limitações destacando-se o pequeno tamanho amostral, uma vez que apesar de na literatura se encontrarem associações entre as variáveis que se pretendiam estudar, na maioria, as suas amostras eram constituídas por milhares de puérperas. Relativamente à classificação utilizada para o estado nutricional pré-gestacional não há ainda uma padronização universal em relação aos valores de IMC. Alguns autores utilizam a classificação da OMS (2010) enquanto outros os critérios do IOM (2009). Os critérios da OMS (2010) são mais sensíveis ao excesso de peso, que é uma preocupação actual do ponto de vista da saúde pública. De igual forma se verificou na avaliação do ganho ponderal durante a gestação, isto porque, neste estudo, foram consideradas as recomendações da IOM (2009), no entanto noutros estudos é utilizado o ganho ponderal por trimestre (Melo ASO *et al.*, 2007). É fundamental realçar a importância de considerar o ganho de peso por trimestre, isto porque, existem evidências de uma maior influência dos dois primeiros trimestres no peso do RN.

CONCLUSÃO

O presente estudo demonstrou que, de facto, tanto o excesso de peso ou a obesidade prévia à gestação, como o ganho ponderal excessivo durante a gestação tem implicações no

peso do RN. O aumento das taxas de obesidade em mulheres em idade reprodutiva alerta para a necessidade de maior vigilância da sua repercussão no crescimento fetal e compreensão dos mecanismos envolvidos. Assim, o desenvolvimento de estratégias para aumentar a consciência pública sobre os riscos da obesidade materna e do ganho de peso durante a gravidez em prole da saúde futura do RN revelam-se obrigatórias e cada vez mais urgentes. De igual forma a intervenção nutricional precoce em grávidas com desadequação ponderal pré-gestacional por excesso poderá ser uma estratégia a considerar sempre no plano de vigilância da grávida.

Fica clara a necessidade de outros estudos que possam indicar demais situações e fatores de risco que possam influenciar a relação existente do IMC pré-gestacional e o ganho de peso gestacional com o peso do RN ao nascer. Assim como o investimento em estudos que acompanham a grávida desde o início da concepção até ao parto, que apesar de possuir associadas algumas limitações como o custo e as perdas de "follow-up", seriam muito úteis para avaliar a persistência destes resultados.

BIBLIOGRAFIA

Alvez, N., Feitosa, K., Mendes, M., & Caminha, M. (2017). *Rev Gaúcha Enferm. Complicações na gestação em mulheres com idade maior ou igual a 35 anos*, pp. 2017-2042.

Andreto, L., Souza, A. d., Figueirosa, J., & Filho, J. (2006). *Cadernos de Saúde Pública. Fatores associados ao ganho ponderal excessivo em gestantes atendidas em um serviço de pré-natal na cidade de Recife, Pernambuco.*

Association, W. M. (2013). *Journal of the American Medical Association. Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects.*

AY, L. e. (Junho de 2009). *BJOG. Maternal anthropometrics are associated with fetal size in different periods of pregnancy and at birth*, pp. 953-963.

Bodnar, L., Siega-Riz, A., Simhan, H., Himes, K., & Abrams, B. (Junho de 2010). *Am J Clin Nutr. Severe obesity, gestacional weight gain, and adverse birth outcomes*, pp. 1642-1648.

Carmo, I. e. (2008). Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity. *Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003-2005*.

Cedergren, M. (Out de 2007). Obstet Gynecol. *Optimal gestacional weight gain for body mass index categories*, pp. 759-764.

Coelho, N., Cunha, D., Esteves, A., Lacerda, E., & Filha, M. (2015). Rev Saúde Pública. *Padrão de consumo alimentar gestacional e peso ao nascer.*, pp. 49-62.

DeVader, S., Neeley, H., Myles, T., & Leet, T. (Outubro de 2007). Obstet Gynecol. *Evaluation of gestational weight gain guidelines for women with normal prepregnancy body mass index*, pp. 745-751.

DGS. (31 de 01 de 2011). Circular Normativa nº 007/2011. *Diagnóstico e conduta na Diabetes Gestacional*.

DGS. (Novembro de 2015). *Programa Nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco*.

Diabetologia, S. P. (2017). Rev Port Diabetes. *Consenso "Diabetes Gestacional": Atualização 2017*, pp. 24-38.

Diane, L., Splett, P., & Gunderson, E. (Setembro de 2006). J Am Diet Ass. *Impact of gestational Diabetes mellitus nutrition practice guidelines implemented by registered dietitians on pregnancy outcomes*, pp. 1426-1433.

Early Childhood Obesity Prevention Policies. (2011).

Filho, L. e. (2018). *Impacto no trimestre de diagnóstico na Diabetes Gestacional, no tratamento utilizado e na classificação de peso do recém-nascido.*, pp. 137-146.

Forsum, E., Lof, M., Olausson, H., & Olhager, E. (Agosto de 2006). Br J Nutr. *Maternal body composition in relation to infant birthweight and subcutaneous adipose tissue*, pp. 408-414.

Frota, M. e. (2019). Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba. *Importância pediátrica dos recém-nascidos com baixo peso ao nascer*, pp. 125-129.

- Gaillard, R., Durmus, B., Hofmann, A., Mackenbach, J., Steegers, E., & Jaddoe, V. (Maio de 2013). Obesity (Silves Spring). *Risk factors and outcomes of maternal obesity and excessive weight gain during pregnancy*, pp. 1046-1055.
- Gaio, V. e. (2015). Observações - Boletim Epidemiológico. *Prevalência de excesso de peso e de obesidade em Portugal: resultados do primeiro Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015)*.
- Gale, C., Javaid, M., Robinson, S., & Law, C. (2007). The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. *Maternal Size in Pregnancy and Body Composition in Children*, pp. 3904-3911.
- Gonçalves, C., Sassi-Mendoza, Cesar, J., Catro, N. d., & Bortolomedi, A. (2012). Rev Bras Ginecol Obstet. *Índice de massa corporal e ganho de peso gestacional como fatores preditores de complicações e do desfecho da gravidez.*, pp. 304-309.
- Gravena, A., Paula, M., Marcon, S., Carvalho, M., & Pelloso, S. (2013). Acta Paul Enferm. *Idade materna e fatores associados a resultados perinatais.*, pp. 130-135.
- Group, H. S. (Abril de 2010). BJOG. *Hyperglycaemia and Adverse Oregnancy Outcome Study: associations with maternal body mass index.*, pp. 575-584.
- Group, T. H. (2008). N Engl J Med. *Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes*, pp. 1991-2002.
- Guelinckx, I., Devlieger, R., Beckers, K., & Vansant, G. (Janeiro de 2008). Obesity Reviews. *Maternal obesity; pregnancy complications, gestacional weight gain and nutrition*, pp. 140-150.
- Heude, B. e. (Fevereiro de 2012). Matern Child Health J. *Pre-pregnancy body mass index and weight gain during pregnancy: relations with gestacional diabetes and hypertension, and birth outcomes.*, pp. 355-363.
- Hull, H., Dinger, M., Knehans, A., Thompson, D., & Fields, D. (2008). Am J Obstet Gynecol. *Impact of maternal body mass idnex on neonate birthweight and body composition.*, pp. 1-6.
- IOM, & Council, N. R. (2009). *Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines*.

Jolly, M., Siebre, N., Harris, J., Regan, L., & Robinson, S. (Novembro de 2003). *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. Risk factors for macrosomia and its clinical consequences: a study of 350311 pregnancies*, pp. 9-14.

KC Kamana, Shakya, S., & H, Z. (2015). *Ann Nutr Metab. Gestacional Diabetes mellitus and macosomia: a literature review.*, pp. 14-20.

Kiel, D., Dodson, E., Artal, R., Boehmer, T., & Leet, T. (Outubro de 2007). *Obstet Gynecol. Gestational weight gain and pregnancy outcomes in obese women: how much is enough?*, pp. 752-758.

King, J. (2007). *Perinatol Reprod Hum. Obesity in Pregnancy: Maternal and neonatal effects*, pp. 210-217.

Lenderman, S., Paxton, A., Heymsfields, S., Wang, J., Thornton, J., & Pierson, R. (Outubro de 1997). *Obstet Gynecol. Body fat and water changes during preganncy in women with different body weight and weight gain.*, pp. 483-488.

Li, N. e. (2013). *Maternal Prepregnancy Body Mass Index and Gestacinal Weight Gain on Pregnancy Outcomes*, p. e82310.

Ludwigs, D., & Currie, J. (Setembro de 2010). *Lancet. The association between pregnancy weight gain and birthweight: a within-family comparison.*, pp. 989-990.

M Cunha, A. M. (2007). *Acta Pediatr Port. Percentis do peso de nascimento para a idade gestacional, numa população de recém-nascidos.*, pp. 187-193.

Mahmoodi, Z., Karimlou, M., Saijadi, H., Deiman, M., Vameghi, M., & Dolatian, M. (2017). *Oman Medical Journal. A communicative model of mothers lifestyles during pregnancy with low birthweight based on social determinants of health: a path analysis.*, pp. 306-314.

Maroco, J. (2003). *Análise Estatística com utilização do SPSS*. Lisboa.

Melo, A. e. (2007). *Rev Bras Epidemiol. Estado nutricional materno, ganho de peso gestacional e peso ao nascer.*, pp. 249-257.

Monteiro, D., & Gonçalves, Z. (2012). *Femina. Complicações maternas em gestantes com idade avançada*, pp. 275-279.

- Neyestanak, M., Lavasani, M., & Afrooz, G. (2017). Journal of Midwifery and Reproductive Health. *The relationship between maternal biosocial determinants and infant birthweight.*, pp. 935-941.
- Nohr, E., Vaeth, M., JL, B., Sorensen, T. I., Olsen, J., & Rasmussen, K. (Junho de 2008). Am J Clinic Nutr. *Combined associations of pregnancy.*, pp. 1750-1759.
- Olson, O., & Strawderman, M. (Janeiro de 2003). J Am Diet Assoc. *Modifiable behavioral factors in biopsychosocial model predict inadequate and excessive gestational weight gain*, pp. 48-54.
- OMS. (s.d.). Obtido de Um estilo de vida saudável - recomendações da OMS: <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/a-healthy-lifestyle---who-recommendations>
- OMS. (1995). WHO Bulletin. *Maternal anthropometry and pregnancy outcome a WHO collaborative study.*, p. 73.
- Padilha, P. e. (Outubro de 2007). Rev Bras Ginecol Obstet. *Associação entre o estado nutricional pré-gestacional e a predição do risco de intercorrências gestacionais.*
- Panel, I. A. (Março de 2010). Diabetes Care. *International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy*, pp. 676-682.
- Picciano, M. (Junho de 2003). J Nutr. *Pregnancy and lactation: physiological adjustments, nutritional requirements and the role of dietary supplements*, pp. 1997S-2002S.
- PORDATA.(2022).PORDATA.Obtido de <https://www.pordata.pt/Europa/Idade+m%C3%a9dia+da+m%C3%a3e+ao+nascimento+de+um+filho-2408>
- Raposo, J. (2020). Rev Port Diabetes. *Diabetes: Factos e Números 2016, 2017 e 2018.*, pp. 19-27.
- Shreshta, I. e. (2010). Original Article Nepal Medical College Journal. *Correlation between Gestational Weight Gain and Birthweight of the Infants.*, pp. 106-109.

Siega-Riz, A. (Outubro de 2009). *Am J Obstet Gynecol. A systematic review of outcomes of maternal weight gain according to the Institute of Medicine recommendations: birthweight, fetal growth and postpartum weight retention.*, pp. 1-14.

Stang, J., & Huffman, L. (Abril de 2006). *Journal of Academy of Nutrition and Dietetics. Position of Nutrition and Dietetics: Obesity, Reproduction and Pregnancy Outcomes.*, pp. 677-691.

Tourinho, A., & Reis, L. (2013). *Com. Ciências Saúde. Peso ao Nascer: Uma Abordagem Nutricional*, pp. 19-30.

Williamson, C. (21 de Fevereiro de 2006). *Nutrition Bulletin. Nutrition in pregnancy*, pp. 28-59.

Zhao, R., Xu, M. W., Huang, S., & Cao, X. (Fevereiro de 2018). *Women Birth. Maternal prepregnancy body mass index, gestational weight gain influence birth weight*, pp. e20-e25.

Zhu, Y., & Zhang, C. (2016). *Curr Diab Rep. Prevalence of Gestacional Diabetes and risk of progression to type 2 Diabetes: a global perspective.*, p. 7.

TABELAS E FIGURAS

Tabela I Estatística descritiva das variáveis relativas às puérperas.

	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
Idade (anos)	456	18	49	32,9	5,7
Peso prévio à gravidez (kg)	456	41	136	73,5	17,46
IMC pré-gestacional (kg/m²)	456	17	52	27,7	6,2
Ganho ponderal (kg)	456	-6	36	11,2	6,08

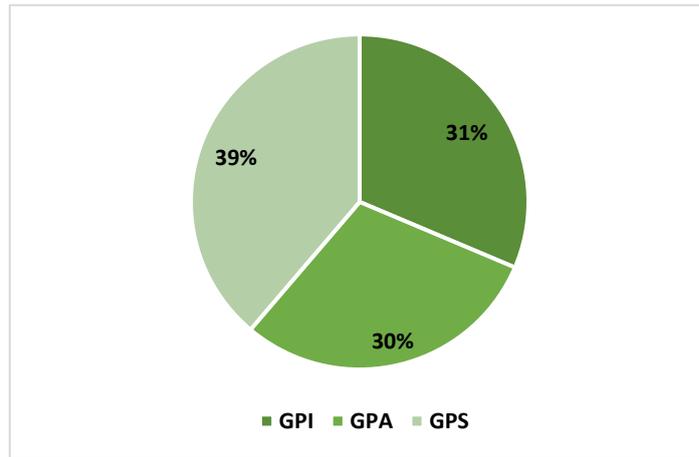


Figura I Classificação do ganho ponderal durante a gestação segundo o IOM (IOM, 2009).

Nota: GPI- Ganho Ponderal Inferior; GPA- Ganho Ponderal Adequado; GPS- Ganho Ponderal Superior.

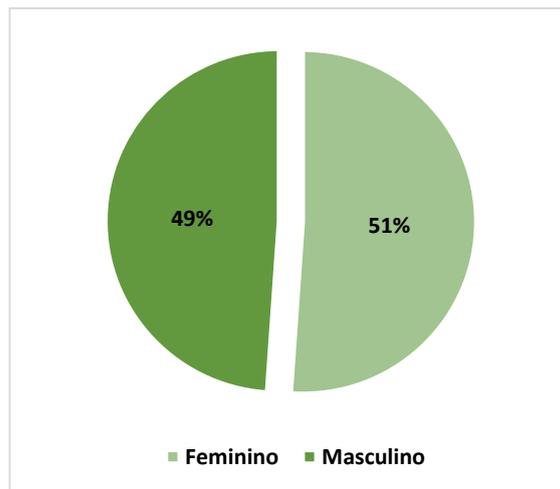


Figura II Classificação dos RN quanto ao género.

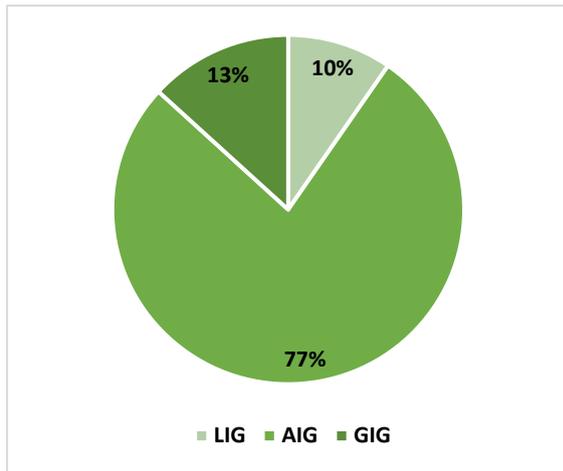


Figura III Classificação do peso do recém-nascido tendo por base os “Percentis do peso de nascimento para a idade gestacional.” (Cunha et al., 2007)

Nota: LIG- Leve para a idade gestacional; AIG- Adequado para a idade gestacional; GIG- Grande para a idade gestacional

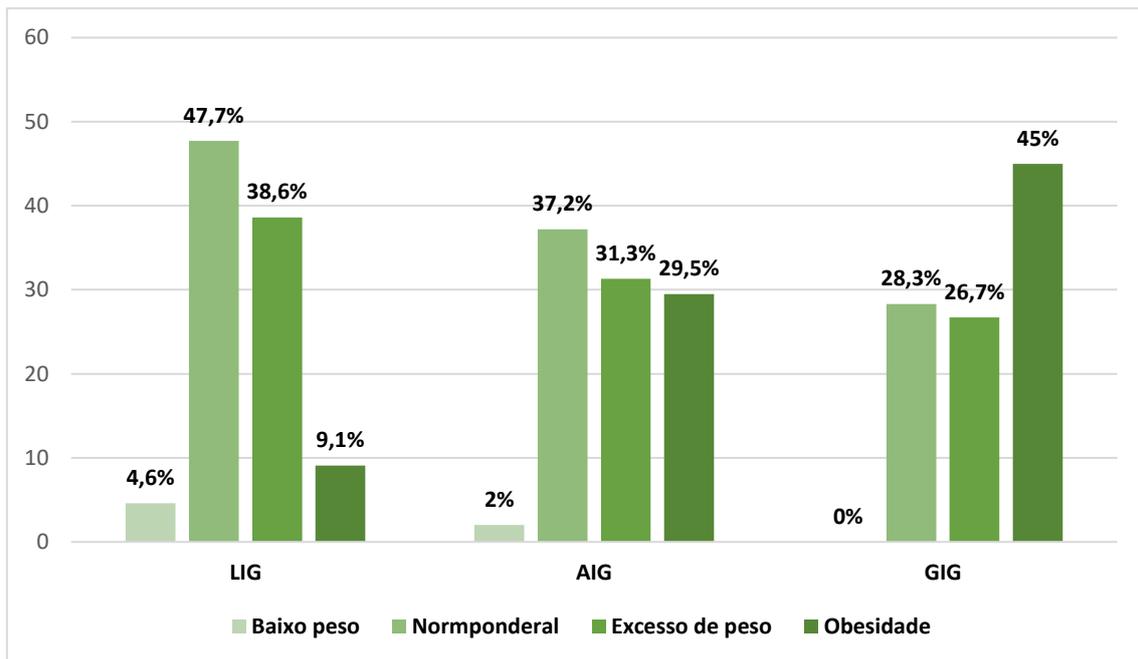


Figura IV Classificação do IMC pré-gestacional das puérperas por classe de peso dos recém-nascidos (Cunha et al., 2007).

Nota: LIG- Leve para a Idade Gestacional; AIG- Adequado para a Idade Gestacional; GIG- Grande para a Idade Gestacional.

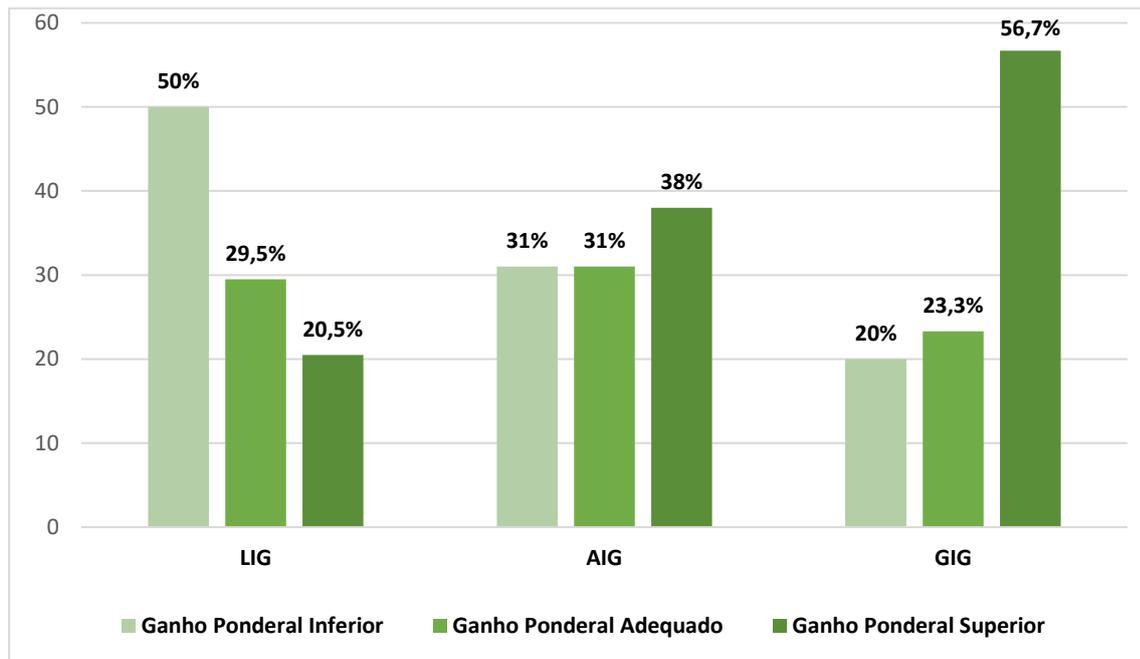


Figura V Classificação do ganho ponderal durante a gestação segundo o IOM (IOM, 2009) por classe de peso dos recém-nascidos (Cunha et al., 2007).

Nota: LIG- Leve para a Idade Gestacional; AIG- Adequado para a Idade Gestacional; GIG- Grande para a Idade Gestacional.

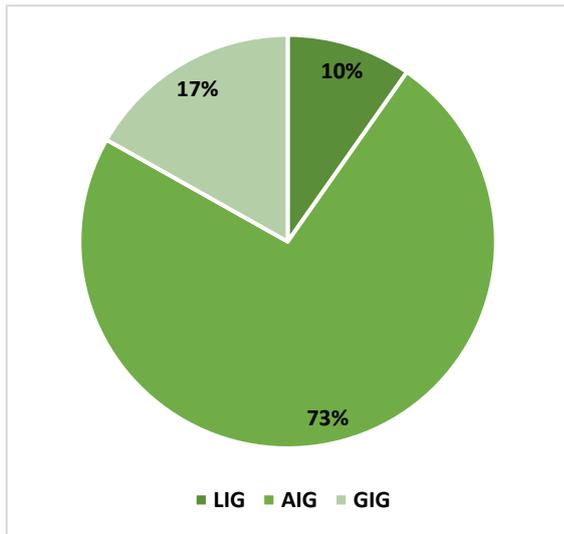


Figura VI Classificação do peso dos recém-nascidos (Cunha et al., 2007) de puérperas com diagnóstico de DG no 1º trimestre.

Nota: LIG- Leve para a Idade Gestacional; AIG- Adequado para a Idade Gestacional; GIG- Grande para a Idade Gestacional.

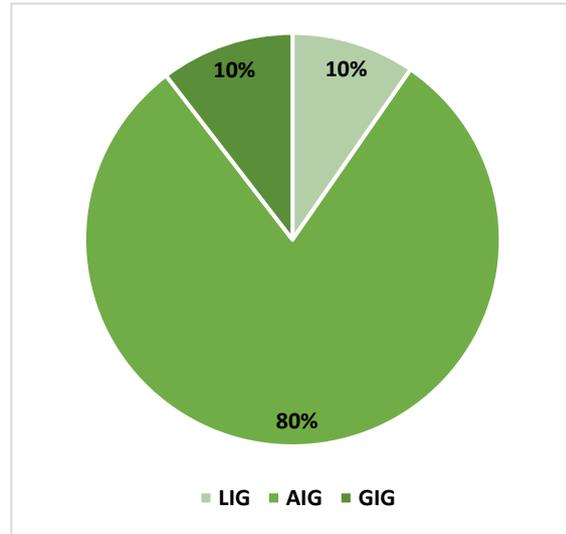


Figura VII Classificação do peso dos recém-nascidos (Cunha et al., 2007) de puérperas com diagnóstico de DG no 2º trimestre.

Nota: LIG- Leve para a Idade Gestacional; AIG- Adequado para a Idade Gestacional; GIG- Grande para a Idade Gestacional.

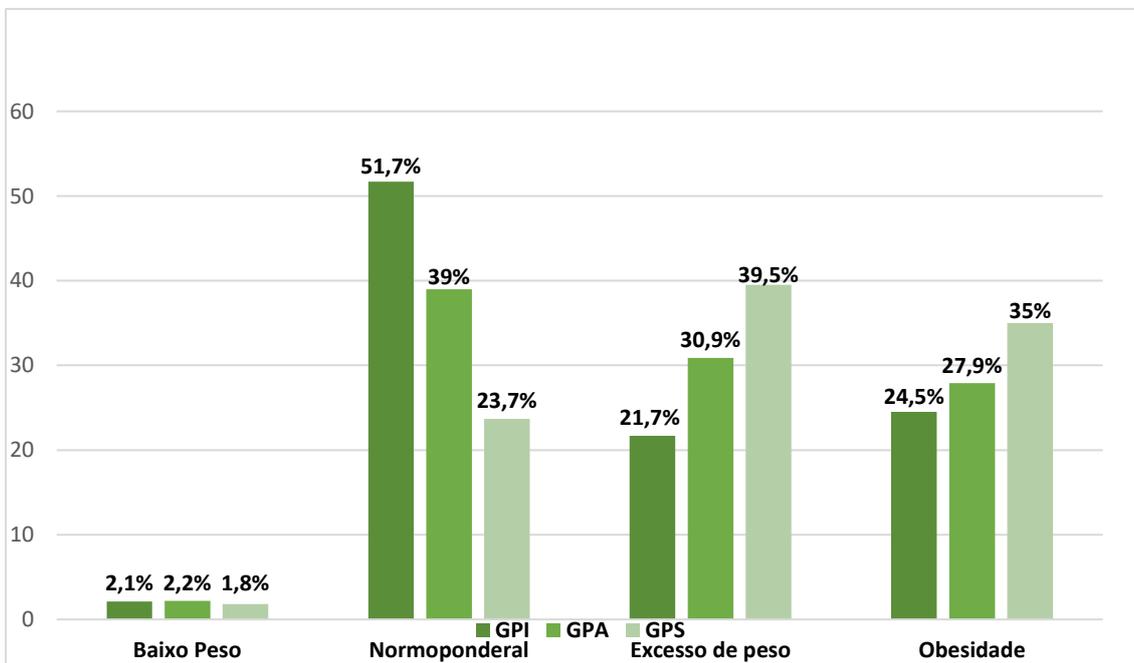


Figura VIII Classificação do ganho ponderal segundo o IOM (IOM, 2009) por classe de IMC.

Nota: GPI- Ganho Ponderal Inferior; GPA- Ganho Ponderal Adequado; GPS- Ganho Ponderal Superior.

CONHECIMENTO E CONSUMO DE SUPLEMENTOS ALIMENTARES EM FREQUENTADORES DE GINÁSIOS

Nuno Miguel Ferreira¹

Filipe Daniel de Almeida Ferreira²

António José Gonçalves Fernandes³

Ana Maria Geraldês Rodrigues Pereira⁴

Resumo: Os suplementos alimentares são géneros alimentícios destinados a complementar um regime alimentar normal e que constituem fontes concentradas de nutrientes. Objetivos: Avaliar o conhecimento e o consumo de suplementos alimentares em pessoas que frequentam ginásios. Material e métodos: Foi realizado um estudo transversal, observacional, quantitativo e analítico, numa amostra de 278 frequentadores de ginásios, para aferir o consumo e o conhecimento sobre suplementação. Para se avaliar o conhecimento sobre suplementos alimentares foi utilizado o questionário de Karbownik *et al* (2019). Resultados: A maioria da amostra (72,7%), afirmou não consumir suplementos alimentares, mas quem os consumia teve como principal preferência o consumo de proteínas (69,9%) e creatina (49,3%). O consumo de suplementos foi mais elevado no sexo masculino, em jovens e que treinavam por mais horas. Quanto ao conhecimento, obteve-se uma média de 12 pontos, numa escala de 0-17, revelando-se bom. Conclusão: Embora se tenha verificado um baixo consumo de suplementos pelos elementos da amostra, assim como um bom conhecimento sobre suplementos alimentares, considera-se pertinente aumentar a literacia sobre o seu consumo.

Palavras-chave: Conhecimento; consumo; suplementos alimentares

¹Nuno Miguel Ferreira; Licenciado; Instituto Politécnico de Bragança, Campus de Santa Apolónia, 5300-253 Bragança, Portugal; nunoferreira789@gmail.com

²Filipe Daniel de Almeida Ferreira; Licenciado; Instituto Politécnico de Bragança, Campus de Santa Apolónia, 5300-253 Bragança, Portugal; filipredaferreira@gmail.com

³António Fernandes; Doutor; Centro de Investigação de Montanha (CIMO), Instituto Politécnico de Bragança, Campus de Santa Apolónia, 5300-253 Bragança, Portugal; Laboratório Associado para a Sustentabilidade e Tecnologia em Regiões de Montanha (SusTEC), Instituto Politécnico de Bragança, Campus de Santa Apolónia, 5300-253 Bragança, Portugal; toze@ipb.pt

⁴Ana Maria Pereira; Doutor; Centro de Investigação de Montanha (CIMO), Instituto Politécnico de Bragança, Campus de Santa Apolónia, 5300-253 Bragança, Portugal; Laboratório Associado para a Sustentabilidade e Tecnologia em Regiões de Montanha (SusTEC), Instituto Politécnico de Bragança, Campus de Santa Apolónia, 5300-253 Bragança, Portugal; amgpereira@ipb.pt (autor correspondente)

KNOWLEDGE AND CONSUMPTION OF FOOD SUPPLEMENTS IN GYM GOERS

Abstract: Food supplements are foodstuffs intended to complement a normal diet and are concentrated sources of nutrients. Objectives: To assess the knowledge and consumption of food supplements among gym-goers. Material and methods: Was done a cross-sectional, observational, quantitative and analytical study, in a sample of 278 gym-goers, to assess the consumption and knowledge about supplementation. For

evaluation of Knowledge about dietary supplements was used the questionnaire by Karbownik *et al* (2019). Results: The majority of the sample (72.7%) stated that they did not consume dietary supplements, but those who did consume them had as main preference the consumption of protein (69.9%) and creatine (49.3%). The consumption of supplementation was higher in males, in young people and those who trained for more hours. Regarding knowledge, it was obtained an average of 12 points, on a scale from 0-17, proving to be good. Conclusion: The consumption of supplementation was higher in males, in young people and those who trained for more hours. Although there was a low consumption of supplements by the sample elements, and a good knowledge about dietary supplements, it is important to increase literacy about their consumption.

Keywords: Knowledge; consumption; food supplements

INTRODUÇÃO

Nos dias atuais, a população está mais sensibilizada para a importância de uma vida saudável. É cada vez mais comum os adolescentes, adultos e idosos frequentarem ginásios, seja por iniciativa própria ou por indicação médica, com o objectivo de ganho de massa muscular, perda de peso, fortalecimento muscular e manutenção da saúde (Paes, 2012). Os suplementos alimentares, são géneros alimentícios que se destinam a complementar um regime alimentar e constituem fontes concentradas de nutrientes (Pontes, 2013). O seu consumo tornou-se cada vez mais frequente entre atletas e praticantes de atividade física que procuram saúde e bem-estar (Costa et al.; 2013; Quintã, 2014; Rocha & Pereira, 1998;). Estes produtos, apesar de muitas vezes serem encarados como “naturais” e “milagrosos”, são passíveis de efeitos adversos (Catarino, 2016; Miragaia & Gomes 2018). Por isso, é essencial ter profissionais qualificados com conhecimentos acerca destes produtos (Carvalho & Oliveira 2018). Pessoas que usam suplementos alimentares têm como fontes de informação profissionais de saúde, colegas, amigos ou familiares, os *media* ou o local de venda dos produtos (Cunha, 2015). Atualmente, ainda há quem use estes produtos sem a devida orientação e conhecimento, o que acaba por gerar sérios danos à sua saúde (De Souza & Schneider, 2016; Galvão, 2017; Paes, 2012). Contudo, em casos específicos, quando usados da forma correcta, estes suplementos tornam-se benéficos para a saúde humana (Mustafa et al, 2017).

Assim, este estudo tem como objectivo: Avaliar o conhecimento e o consumo de suplementos alimentares em pessoas que frequentam ginásios.

1. METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal, observacional, quantitativo e analítico, entre maio e junho de 2022, baseado numa amostra não probabilística por conveniência de 278 elementos frequentadores de um ginásio. Foram excluídos do estudo os indivíduos menores de 18 anos e as modalidades desportivas que envolviam exclusivamente menores de 18 anos. A recolha de dados foi precedida por um consentimento informado devidamente assinado pelos participantes e a Instituição envolvida no estudo, tendo sido garantido o cumprimento dos requisitos éticos de acordo com a declaração de Helsínquia (Li *et al.*, 2018). Para a recolha de dados utilizou-se um questionário autoadministrado.

A primeira parte do questionário incluía parâmetros antropométricos e sociodemográficos, abordando o grau de parentesco, o género, altura, idade e habilitações literárias. A segunda parte do questionário referia-se à frequência de treino, actividades de lazer e existência de alguma patologia. A terceira parte do questionário abordava o consumo de suplementos, incluindo questões relativas às suas fontes de informação, frequência e motivos da suplementação. A quarta parte do questionário dizia respeito ao conhecimento sobre suplementos alimentares, tendo sido utilizado o questionário de Karbownik *et al* (2019). A escala deste questionário encontra-se cotada de 0 a 17 valores, sendo considerado de 0-6 como conhecimento fraco, 7 a 12 como conhecimento bom e 13 a 17 valores como conhecimento muito bom. A análise estatística dos dados envolveu o uso do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 28.0. Numa primeira fase foi realizado o estudo descritivo dos dados com recurso ao cálculo de frequências absolutas e relativas sempre que as variáveis eram de natureza qualitativa. No caso das variáveis quantitativas calculou-se a média (medida de tendência central) e medidas de dispersão (mínimo, máximo e desvio padrão) (Marôco 2018). Numa segunda fase realizou-se o estudo analítico.

Assim, para verificar se o consumo de suplementos depende da modalidade praticada utilizou-se o teste de Qui-quadrado de Pearson. Este teste exige que se verifique a regra prática, ou seja, só pode ser aplicado quando se verificam as seguintes condições: (1) $N > 20$; (2) as frequências esperadas devem ser superiores a 1 e (3) das frequências estudadas seja, superiores ou iguais a 5. Quando violada a regra prática do

teste utilizou-se o teste exato de Fisher com alternativa (Marôco 2018). Da mesma forma, utilizou-se o teste de Qui-quadrado de Pearson para verificar se o consumo de suplementos depende de se tem doença ou não, se sente suficientemente seguro sobre o uso de suplementação e do género dado que a regra prática do teste não foi violada. Já para verificar se o consumo de suplementos depende da modalidade praticada utilizou-se o teste de Qui-quadrado de Pearson nas modalidades musculação, *bike* e aulas de grupo, uma vez que se verificou a regra prática do teste. Quando esta foi violada utilizou-se, em alternativa, o teste exato de Fisher, nomeadamente nas modalidades de *Personal training*, *kickboxing* e pilates.

Para comparar o conhecimento sobre suplementos alimentares segundo alguns fatores (género, consumo de suplementos, diagnosticado com patologia, fontes de informação e sente-se suficientemente informado ou não sobre o uso de suplementação) foram usados testes não-paramétricos uma vez que as condições requeridas para o uso de testes paramétricos não estavam reunidas. Efetivamente, quando testada a normalidade dos dados com recurso ao teste de Kolmogorov-Smirnov com a correção de Lilliefors ($N \geq 30$) ou teste de Shapiro-Wilk ($N < 30$); e, a homogeneidade das variâncias com recurso ao teste de Levene, verificou-se que pelo menos uma das condições era violada (Marôco 2018; Pestana 2014). Pelas razões apontadas, utilizou-se o teste de Mann-Whitney-Wilcoxon, em alternativa ao teste T-Student para amostras independentes, sempre que as comparações envolviam apenas duas amostras. O teste de Mann-Whitney-Wilcoxon permite testar a hipótese nula das medianas serem iguais ($H_0: \eta_1 = \eta_2$) contra a hipótese alternativa das medianas serem diferentes ($H_1: \eta_1 \neq \eta_2$), em que η é a mediana. O teste de Kruskal-Wallis foi utilizado como alternativa à ANOVA One Way, sempre que a comparação envolvia mais de duas (k) mostras (escolaridade) (Marôco 2018; Pestana & Gageiro 2014) O teste de Kruskal-Wallis permite testar a hipótese nula da igualdade de medianas ($H_0: \eta_1 = \eta_2 = \dots = \eta_k$) contra a hipótese alternativa de nem todas serem iguais ($H_1: \exists i, j: \eta_i \neq \eta_j$) em que η é a mediana. Para comparar a idade tendo em consideração o consumo de suplementos, utilizou-se o teste de Mann-Whitney-Wilcoxon uma vez que os dados não seguiam a distribuição Normal. Pela mesma razão, este teste foi também usado para comparar as horas de treino tendo em consideração o consumo de suplementos.

Para estudar a correlação entre a idade e o conhecimento sobre suplementos, utilizou-se o teste de Spearman, porque, quando testada a normalidade dos dados com recurso ao teste Kolmogorov-Smirnov, se verificou que a mesma foi violada (Guimarães & Cabral 2007). Para realizar o estudo analítico utilizou-se um nível de significância de 5%. Para um determinado nível de significância alfa a regra geral é rejeitar H_0 se p -value inferior ou igual a alfa. Chama-se probabilidade de significância ou p -value ao menor de significância ao qual se rejeita H_0 . O nível de significância corresponde ao determinado erro do tipo I, ou seja, corresponde há rejeição de H_0 quando esta é verdadeira (Marôco 2018).

2. RESULTADOS

No que concerne às características sociodemográficas, destaca-se o género masculino (54%) e o 12.º ano (48,9%), como nível de escolaridade (Tabela 1). A faixa etária dos inquiridos estava compreendida entre os 18 e 71 anos, tendo como idade média os 33,4 anos (DP =12,6). Quanto ao número de horas de treino por semana, a média apresentada foi 4,6 horas (DP = 2,7), tendo como o mínimo de horas treino 1 hora e o máximo de 20 horas de treino por semana (Tabela 2).

No que se refere ao consumo de suplementos alimentares, a maioria refere não consumir (72,7%), sendo as proteínas (69,9%) e a creatina (49,3%) os suplementos mais consumidos. (Figura 1). As fontes de informação dos inquiridos que mais influenciaram a amostra para consumir estes produtos foram: "Eu próprio/a" (46,7%) e "Nutricionista" (37,3%) (Figura 2). Relativamente ao facto dos indivíduos se sentirem suficientemente informados sobre os suplementos alimentares, a maioria dos participantes (55%) referiram não estarem (Figura 3).

No conhecimento sobre suplementos alimentares, registou-se uma média de 12 pontos (DP=2,5), sendo classificado como bom. Quando comparado o consumo de suplementos tendo em consideração o género verificou-se a existência de diferenças significativas (p -value = 0,001), sendo que os homens os que mais consomem suplementos. Quando comparado o consumo de

suplementos tendo em consideração a existência de patologias, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas (Tabela 3). Também se constatou que não existiu relação entre as modalidades desportivas praticadas e o consumo de suplementos (Tabela 4), no entanto são os indivíduos mais jovens que consomem mais suplementos ($p\text{-value} = 0,021$), verificou-se, também que quem treina mais horas refere um maior consumo ($p\text{-value} = 0,001$) (Tabela 5).

Quando comparando o conhecimento sobre suplementos alimentares tendo em consideração o género, a patologia, escolaridade, o consumo de suplementos, o sentimento de literacia sobre suplementação, a modalidade desportiva praticada e a fonte de informação, não se observaram diferenças significativas (Tabela 6, 7 e 8).

3. DISCUSSÃO

Constatou-se que 27.3% da amostra afirma consumir suplementos alimentares, sendo as proteínas e a creatina os mais consumidos. O consumo de proteínas e creatina, em frequentadores de ginásios, é relatado noutros estudos (Ferreira et al.; 2020; Miragaia & Gomes 2018; Rodrigues, 2017). A literatura sugere que o consumo de suplementos alimentares é uma prática comum no meio desportivo, com o intuito de melhorar a *performance* desportiva (Hespel, et al.; 2006). A creatina é usada por atletas e frequentadores de academias, principalmente para aumentar a síntese protéica e a massa e força muscular (Franco et al, 2007), assim como melhorar o desempenho em exercícios de curta duração e alta intensidade (Gualano et al, 2010). A *American Dietetic Association* (ADA) (2009) preconiza a adoção de uma dieta equilibrada, recomendando um acompanhamento por profissionais habilitados antes dos suplementos alimentares fazerem parte da dieta.

Os indivíduos da amostra que consumiam suplementos alimentares, tinham como fonte principal de informação eles próprios (46.1%). Esta autoadministração de suplementos alimentares é uma realidade que tem vindo a crescer com o aumento de informação presente nas redes sociais. Estes dados encontram-se também evidenciados nos estudos de Costa et al (2013) e Goston e Mendes (2011), os quais referem que a maioria dos consumidores de suplementos alimentares, não procuravam os profissionais de saúde para o aconselhamento.

Quanto ao consumo de suplementos alimentares verificou-se uma predominância do sexo masculino. Estes achados vão ao encontro dos estudos de Pellegrini et al (2017)

e Fayh *et al.* (2013), nos quais os autores referem que são os homens que consomem mais suplementos. Contudo, Júnior et al. (2021), afirmam que as mulheres consomem mais suplementos alimentares que os homens.

A suplementação alimentar, principalmente de vitaminas e minerais, em alguns quadros clínicos poderá auxiliar no tratamento de patologias, como cancro, síndrome de fadiga crónica ou doenças cardiovasculares (Rosa, 2014; Jenkins et al.; 2018). Contudo, os resultados demonstraram que não existem diferenças significativas quanto ao consumo de suplementação por parte de quem tinha ou não patologias associadas. No entanto alguns estudos, nomeadamente o de Teixeira (2013), constatou que o grupo que tinha alguma doença hereditária consumia mais suplementos alimentares, relativamente ao grupo saudável.

Depois de estudada a relação entre as modalidades e o consumo de suplementos, nenhuma das modalidades demonstrou estar relacionada com o consumo de suplementos. Estes dados não corroboram com os estudos de Guimarães (2019) e Ferreira et al (2020), nos quais a musculação foi a modalidade na qual se observou maior consumo de suplementação alimentar.

Pela análise dos dados observou-se que os mais jovens consomem mais suplementos alimentares. Estes dados não corroboram o estudo de Filho *et al.* (2018), onde se constatou que as pessoas mais velhas consumiam mais suplementos que os mais jovens. Estudos sobre a utilização de suplementos nutricionais em frequentadores de ginásios demonstraram que a sua utilização é bastante comum (Hirschbruch et al. 2008; Santos et al. 2021). Os resultados deste estudo demonstram que as pessoas que treinam mais horas por semana, são as que mais consomem suplementos. Estes dados corroboram com o estudo de Goston (2008). A ingestão energética é um aspeto importante no desempenho das actividades físicas. Pessoas que treinam mais horas têm as suas necessidades nutricionais acrescidas (Sousa et al.; 2016). O défice energético pode provocar perdas de massa muscular, baixa *performance* desportiva,

recorrendo-se muitas vezes a alternativas, como é o caso dos suplementos alimentares (Thomas et al, 2016; Kerksick et al, 2018).

O conhecimento sobre suplementos alimentares, foi classificado como bom, visto que numa escala cotada para 17 valores a amostra obteve 12 valores (Karbownik *et al.* 2019). A iliteracia sobre os suplementos alimentares, torna os indivíduos suscetíveis à publicidade, podendo promover o seu consumo sem qualquer critério e/ou necessidade de utilização, com consequências para a saúde (INSERM, 2008).

Quanto ao conhecimento sobre suplementos alimentares e o género, os resultados obtidos indicam que não existem diferenças no nível de conhecimento sobre suplementos alimentares entre os géneros. Resultados similares surgem nos estudos de Trakman et al. (2017) e Wardenaar et al. (2017), nos quais os autores negam a correlação conhecimento sobre suplementos alimentares e género. Contudo, estes dados não corroboram os estudos de Kołodziej et al. (2019) e Žmitek et al. (2021) onde os autores afirmaram existir diferenças no conhecimento entre os géneros.

É importante que as pessoas que sofram de algum tipo de patologia, tenham um bom conhecimento sobre suplementação alimentar, uma vez que está comprovado os benefícios destes produtos no auxílio do tratamento de algumas doenças (Hipólito, 2021). Contudo, os resultados deste estudo não demonstram existir diferenças estatísticas significativas entre o grupo diagnosticado com alguma patologia e o grupo saudável.

Quanto ao conhecimento sobre suplementos alimentares e nível de escolaridade, os resultados demonstram que não houve diferenças estatísticas significativas, resultados corroborados como os estudos de Nosrat (2012) e Tariq et al (2020). No entanto, Al Nozha & Elshatarat (2017) e Min & Jihyun (2018), referem que a literacia sobre os suplementos alimentares está relacionada com o grau de escolaridade.

Comparando o nível de conhecimento do grupo que consumia suplementos e o grupo que não consumia, os resultados demonstram que não existem diferenças estatísticas significativas. Burke, (1993) e Trés (2017), realçam que quem faz uso destes produtos deve ter uma maior consciencialização sobre o seu consumo, nomeadamente a necessidade de toma de acordo com a sua condição fisiológica, e as suas vantagens e/ou desvantagens.

Quanto ao nível de conhecimento entre grupo que respondeu que “não” e o grupo que respondeu “sim” há pergunta “Sente-se suficientemente informado(a) acerca do uso de suplemento?” os resultados demonstraram não existir diferenças significativas. Este achado corrobora o estudo de Jesus (2019), o qual refere que sentir segurança sobre o uso de suplementos alimentares não é sinónimo de conhecimento.

Também não se observaram diferenças estatisticamente significativas entres as modalidades praticadas e o nível de conhecimento sobre suplementação, o que contraria alguns estudos, nomeadamente o de Kelly et al.(2017), onde se observaram diferenças significativas.

Dos diferentes tipos de fontes de informação mencionadas e o nível de conhecimento sobre suplementação, os resultados não demonstraram existir diferenças significativas. Outros estudos realizados no mesmo contexto, revelam que o grupo que possui mais conhecimento foi adquirido a partir de amigos e instrutores de ginásio(Souza 2018).

CONCLUSÃO

A maioria da amostra deste estudo demonstrou não consumir estes produtos. O consumo de suplementação foi mais elevado no sexo masculino, sendo mais predominante nos mais jovens e naqueles que treinavam por mais horas. Quanto ao consumo destes produtos nas diferentes modalidades, não se observou diferenças no seu consumo, assim como, não se verificou diferenças estaticamente significativas entre quem tinha ou não patologia diagnosticada.

Embora os resultados sobre o conhecimento sobre suplementos alimentares por parte desta amostra ser considerado bom, ainda existe falta de informação por parte da população sobre estes produtos.

Em suma, considera-se que existe a necessidade de se realizarem mais campanhas ou eventos educativos que promovam o aumento de informação sobre o consumo e conhecimento sobre suplementos alimentares.

Os resultados deste estudo dizem respeito apenas à amostra, sendo esta não representativa da população portuguesa, e impossibilita a realização de um estudo de segmentação. No entanto, este estudo pode servir como base ou ponto de partida para outras investigações neste âmbito.

BIBLIOGRAFIA

American Dietetic Association. (2009). Nutrition and athletic performance - Position of American Dietetic Association, Dietitians of Canada and the American College of Sports Medicine. *J. Am. Dietetic Assoc.*, 109 (3), 509-527

Al Nozha, O.M. & Elshatarat, R.A. (2017). Influence of knowledge and beliefs on consumption of performance enhancing agents in north-western Saudi Arabia. *Ann Saudi Med.* 37(4),317–25.

Burke, L.M. (1993). "Dietary Supplements in Sport." *Sports Medicine* 15(1),43–65.

Carvalho, O. & Nogueira O. (2018). "Uso de Suplementação Alimentar Na Musculação: Revisão Integrativa Da Literatura Brasileira." *Conexões* 16(2),213–25. doi: 10.20396/conex.v16i2.8648126.

Catarino, A.M., Claro, C., & Viana, I. (2016). "Vitamina D – Perspectivas Atuais. Revista SPDV 74(4).

Costa, D. C., Rocha, N. C.A., & Quintão, D. F. (2013). Prevalência do uso de suplementos alimentares entre praticantes de atividade física em academias de duas cidades do Vale do Aço/MG: fatores associados. *Revista Brasileira de Nutrição Esportiva*, 7 (41),287-299.

De Souza, A. L. N. & Schneider, A. C. R. (2016). Avaliação do conhecimento sobre suplementação alimentar dos praticantes de academia de Novo Cruzeiro-MG. *RBNE - Revista Brasileira De Nutrição Esportiva*, 10(55).

Karaçıl Ermumcu, MŞ., Mengi Çelik, Ö., & Acar Tek N. (2021). An Evaluation of Awareness, Knowledge, and Use of Folic Acid and Dietary Folate Intake among Non-Pregnant Women of Childbearing Age and Pregnant Women: A Cross-Sectional Study from Turkey. *Ecol Food Nutr.*

Fayh, A. P., Silva C., Jesus F., & Costa G. (2013). "Consumption of nutritional supplements among individuals in Porto Alegre's fitness centers *Revista Brasileira de Ciencias Do Esporte* 35(1),27–37.

Ferreira, D.M.A., Oliveira, J.P.L., Mangia, R.C., Furtado, E.T.F., & Abreu, W.E. (2020). Consumo de suplementos por praticantes de musculação: em busca da saúde ou do corpo perfeito? *Lecturas: Educación Física y Deportes*, 25(266), 24-29.

- Filho, P.R.M.B., Silva, A.P., Barros, N.V.A., & Cavalcante, R. M.S. (2018). Consumo de suplementos alimentares à base de proteínas por praticantes de atividade física em uma academia do bairro Junco da cidade de Picos-Pi. *Revista Brasileira de Nutrição Esportiva*, São Paulo. 12 (74), 796-805
- Franco, F.S. C., Natali, A. J., Costa, N. M. B., Lunz, W., Gomes, G. J., Junior, M. A. C. & Oliveira, T. T. (2007). Efeitos da Suplementação de Creatina e do Treinamento de Potência sobre a Performance e a Massa Corporal Magra de Ratos. *Rev. Bras. Med. Esporte*. São Paulo. 13(5).
- Gualano, B., Artioli, G. G. e Junior, A. H. L. (2008). Suplementação de Creatina e Metabolismo de Glicose: Efeitos Terapêuticos ou Adversos? *Rev. Bras. Med. Esporte*. São Paulo: 14 (5).
- Galvão, F. G. R., Santos, A. K. M., Beserra, T. L., Brito, C. L., Leite, P. K. V., Araújo, J. E. R., Braga, V. F. C., Romualdo, A. G. S., & Mori, E.; (2027). Importância do nutricionista na prescrição de suplementos na prática de atividade física: revisão sistemática. *Revista e-ciência*. 5 (1), 52-59.
- Goston, J. L. (2008). "Prevalência do uso de suplementos nutricionais entre praticantes de atividade física em academias de Belo Horizonte. Fatores associados. [Dissertação de Mestrado]. *Faculdade da Universidade Federal de Minas Gerais*.
- Goston, L.J.; Mendes, L.L. (2011). Perfil nutricional de praticantes de corrida de rua de um clube esportivo da cidade de Belo Horizonte, MG, Brasil. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*. 17(1).
- Guimarães, R.C., & Cabral, J.A. (2007). "Estatística (2 Ed). Lisboa: McGraw-Hill
- Guimarães, P. E. (2019). Consumo de Suplementos Alimentares e Esteroides Anabolizantes por praticantes de musculação. [Dissertação de Mestrado] Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.
- Hespeel, P., Maughan, R.J., & Greenhaff, P.L. (2006). Dietary supplements for football. *J Sports Sci*. 24(7), 749-761.
- Hipólito, M.L. D. (2021). "Os Suplementos Alimentares No Doente Oncológico." [Dissertação de Mestrado] Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto.
- Hirschbruch, M. D., Fisberg, M. & Mochizuki L. (2008). Supplement Use Amongst Young Individuals in São Paulo's Fitness Centers. *Revista Brasileira de Medicina Do Esporte* 14(6), 539-43.

INSERM Collective Expertise Centre. (2008). Physical activity: Contexts and effects on health [Internet]. Paris (FR): Institut national de la santé et de la recherche médicale; Júnior, M.C., Cambraia, R.P., & Júnior, A.C. (2021). "Consumo de Suplementos Alimentares Por Participantes de Atividade Física Em Academias." *Research, Society and Development* 10(10), e374101018877.

Jenkins, D.J.A., Spence, J.D., Giovannucci, E.L., Kim, Y.I., Josse, R., & Vieth, R. (2018). Supplemental Vitamins and Minerals for CVD Prevention and Treatment. *J Am Coll Cardiol.* 71(22), 2570-2584.

Jesus, D.R.T. (2019). "Suplementos e Superalimentos." [Dissertação de Mestrado] Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa.

Karbownik, M.S., Paul, E., Nowicka, M., Nowicka, Z., Kowalczyk, R.P., Kowalczyk, E., & Pietras, T. (2019). Knowledge about dietary supplements and trust in advertising them: Development and validation of the questionnaires and preliminary results of the association between the constructs. *PLoS One.* 24;14(6), e0218398.

Kelly V.G., Leveritt, M.D., Brennan, C.T., Slater, G.J., & Jenkins DG. (2017). Prevalence, knowledge and attitudes relating to β -alanine use among professional footballers. *J Sci Med Sport.* 20(1), 12-16.

Kerksick, C.M., Wilborn, C.D., Roberts, M.D., Smith-Ryan, A., Kleiner, S.M., Jäger, R., Collins, R., Cooke, M., Davis, J.N., Galvan, E., Greenwood, M., Lowery, L.M., Wildman, R., Antonio, J., & Kreider, R.B. (2018). ISSN exercise & sports nutrition review update: research & recommendations. *J Int Soc Sports Nutr.*

Kołodziej, G., Cyran-Grzebyk, B., Majewska, J., & Kołodziej, K. (2019). "Knowledge Concerning Dietary Supplements among General Public", *BioMed Research International*, vol. 2019, Article ID 9629531.

Li, S.J., Wu, Y.Y., Li, W., Wang, S.J., & Fan Y.M. (2018). Ultrastructural observation in a case of mucinous nevus. *J Dtsch Dermatol Ges.* 16(6), 778-780.

Marôco, J. 2021. *Análise estatística com o SPSS statistics : v. 18 a 27 /* . - 8ª ed. - Pêro Pinheiro : ReportNumber.

Miragaia, D.A.M., & Gomes S.D.S. (2018). Perfil de Consumo de Suplementos Alimentares pelos Praticantes de Ginásio e Fatores que Influenciam a sua Utilização. Centro de Pesquisa e Desenvolvimento Desportivo.

Kim, M.J., Kim, J., Hwang, E.J., Song, Y., Kim, H., & Hyun, T. (2018). Awareness, knowledge, and use of folic acid among non-pregnant Korean women of childbearing age. *Nutr Res Pract.* 12(1),78-84.

Mustafa, M.A., Awang, N.A., & Nadzalan, A.M. (2017). Nutritional supplement intake knowledge among university active graduates. *Journal of Fundamental and Applied Sciences.* 9(6S)Special Issue.

Paes, S. R. (2012). "Conhecimento Nutricional Dos Praticantes de Musculação." *Revista Brasileira de Nutrição Esportiva* 6(32),105–11.

Pellegrini, A.R., Nogiri, F.S. & Barbosa, M.R. (2017). Consumo de suplementos nutricionais por praticantes de musculação da cidade de São Carlos-SP. *Revista Brasileira de Nutrição Esportiva*, 11(61),59-73.

Pestana, M.H., & Gageiro, J.N. (2014). "Análise de Dados Para Ciências Sociais A Complementaridade Do SPSS. 6. Ed. Lisboa: Edições Sílabo.

Pontes, M. (2013). "Uso de Suplementos Alimentares Por Praticantes de Musculação Em Academias de João Pessoa - PB. *Revista Brasileira De Nutrição Esportiva*, 7 (37)

Quintã, J.I.J.(2014). "Suplementação e Prática Desportiva: O Papel Do Farmacêutico Comunitário. [Dissertação de Mestrado] Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra.

Rocha, L.P, & Pereira, M.V.L.(1998). Use of nutritional supplements by subjects enrolled in physical fitness programs. *Rev. Nutr.* 11 (1).

Rodrigues, A. L. P.;(2017) Caracterização do perfil e dos hábitos de suplementação alimentar de praticantes de musculação em uma academia do município de Fortaleza-ce. *Revista Brasileira de Nutrição Esportiva*, São Paulo. 11(66), 662-668.

Rosa, R.F. (2014). "Mineral and vitamin supplementation in chronic diseases and convalescence *Jornal Brasileiro Medicina* 102(1),11–16.

Santos, G. O., Paula,L.F., Paula, A.F.; & Silva , S.L. (2021). Consumption of dietary supplements by exercise practitioners. *Research, Society and Development* 10(9),e46310918261.

Sousa, F. M. & Teixeira. (2013). "Nutritional Supplements Usage by Portuguese Athletes. *International Journal for Vitamin and Nutrition Research.* Internationale

Zeitschrift Fur Vitamin- Und Ernährungsforschung. Journal Internat.”

Sousa, M., Teixeira V.H., & Graça.P. (2016). *Nutrição No Desporto*. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Lisboa.

Souza, A. C. A.(2018). Avaliação do conhecimento e do uso de suplementos alimentares e esteroides anabolizantes por usuários de academias na cidade de Lagarto-SE. [Dissertação de Mestrado]Universidade Federal de Sergipe, Lagarto.

Tariq, A, Khan, S.R., & Basharat, (2020). A Assessment of knowledge, attitudes and practice towards Vitamin D among university students in Pakistan. *BMC Public Health*. 20(1),355.

Teixeira, J. R.G.B. (2013). “Suplementos Alimentares Para Prevenção de Doenças Degenerativas.” [Dissertação de Mestrado] Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto.

Thomas, D.T., Erdman, K.A., & Burke LM. (2016).Nutrition and Athletic Performance. *Med Sci Sport Exerc [Internet]*. 48(3),543–68.

Trakman, G.L., Forsyth, A., Hoyer, R., & Belski R. (2017). The nutrition for sport knowledge questionnaire (NSKQ): development and validation using classical test theory and Rasch analysis. *J Int Soc Sports Nutr*. 3(14),26.

Wardenaar, F. C., Ceelen, I. J., Van Dijk, J. W., Hangelbroek, R. W., Van Roy, L., & Vander Pouw, B. (2017). Uso de suplemento nutricional por Dutch Elite e Sub-Elite Atletas: Receber aconselhamento dietético faz diferença? *Int J Sport Nutr Exerc Metab*. 27(1),32-42.

Žmitek, K., Hribar, M., Lavriša, Ž., Hristov, H., Kušar, A., & Pravst I.(2021). Socio-Demographic and Knowledge-Related Determinants of Vitamin D Supplementation in the Context of the COVID-19 Pandemic: Assessment of an Educational Intervention. *Front Nutr*. 2(8),648450.

TABELAS e FIGURAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas

Variável		N	%
Género	Masculino	150	54
	Feminino	128	46
Escolaridade	4.º ano	4	1,5
	9.º ano	36	13,3
	12.º ano	132	48,9
	Bacharelato	1	0,4
	Licenciatura	67	24,8
	Mestrado	29	1,5
	Doutorado	1	13,3

Tabela 2 – Dados da idade e horas de treino

Variável	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Idade (anos)	278	18	71	33,4	12,6
Horas de treino por semana	273	1	20	4,6	2,7

Figura 1 – Suplementos consumidos

Figura 2 – Fontes de informações de quem consome suplementos alimentares

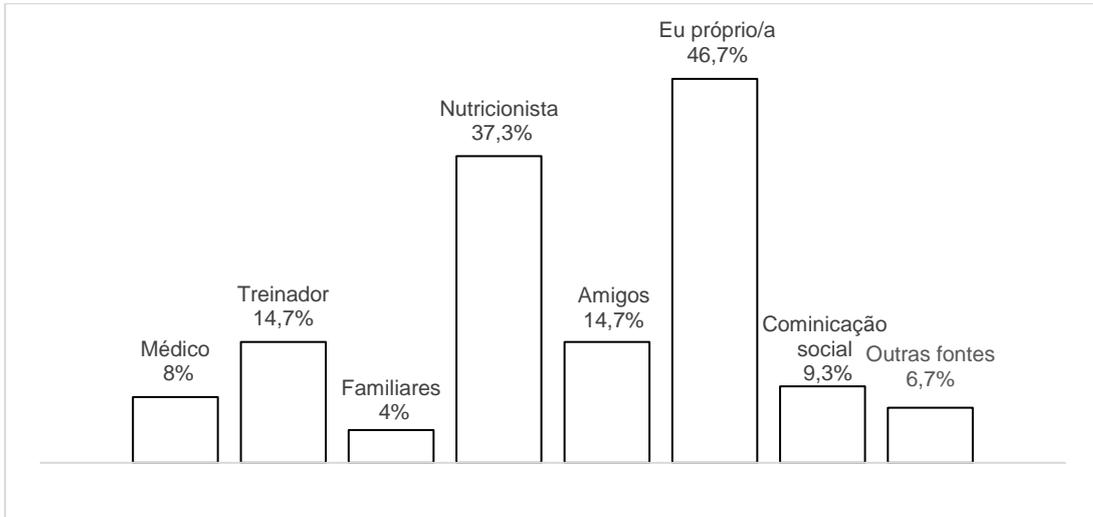


Figura 3 – “Sente-se suficientemente informado(a) sobre suplementação”

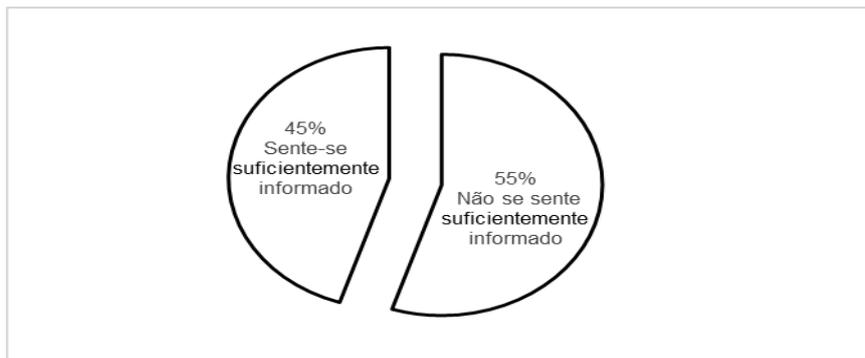
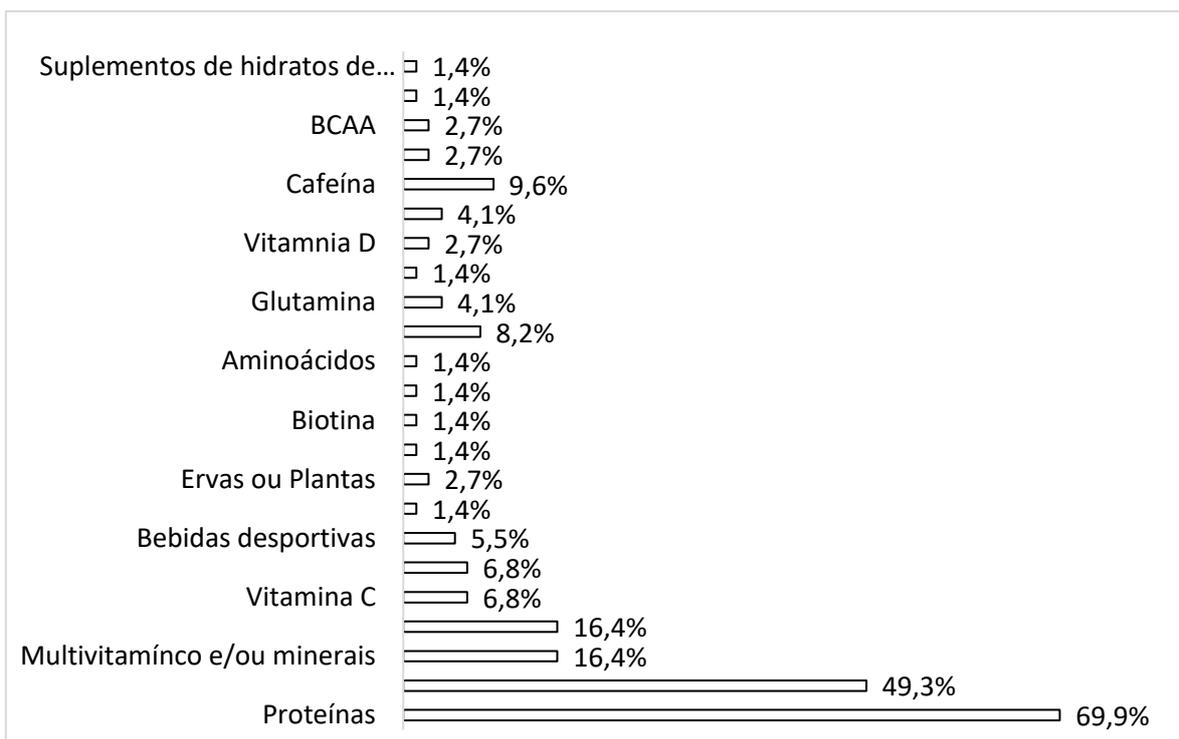


Tabela 3 - Comparação do consumo de suplementação segundo alguns fatores



Fator	Categorias	N	Proporções (%)	p-value
Género	Masculino	53	69,7	0,001*
	Feminino	23	30,3	
Patologia	Sim	12	15,8	0,324
	Não	64	84,2	
	Não	152	55	

*Existem diferenças significativas ao nível de significância de 5%

Tabela 4 - Comparação do consumo de suplementos segundo as modalidades desportivas

Modalidade Desportiva	Categorias	N	Proporções (%)	p-value
Musculação	Não	18	23,7	0,402
	Sim	58	76,3	
Pilates	Não	73	96,1	0,611
	Sim	3	3,9	
Bike	Não	67	88,2	0,729
	Sim	9	11,8	
Aulas de grupo	Não	70	92,1	0,071
	Sim	6	7,9	
Kickboxing	Não	76	100	0,061
	Sim	0	0	
Personal training	Não	72	94,7	0,634
	Sim	4	5,3	

Tabela 5 - Comparação do consumo de suplementos segundo a idade e o n.º de horas de treino

Variável dependente	Fator	Categorias	N	Medianas	p-value
Idade (anos)	consumo de suplementos	Não	202	33	0,021*
		Sim	76	27	
Nº de horas de treino	consumo de suplementos	Não	202	4	0,001*
		Sim	76	5	

*Existem diferenças significativas ao nível de significância de 5%

Tabela 6 - Comparação do conhecimento de suplementos segundo alguns fatores

Fator	Categorias	N	Mediana	p-value
Género	Masculino	150	12	0,887
	Feminino	128	12	
Patologia	Sim	35	12	0,920
	Não	243	12	
Escolaridade	4.º Ano	4	121,5	0,497
	9.º Ano	39	118,74	
	12.º Ano	137	140,66	
	Bacharelato	1	245,5	
	Licenciatura	67	147,70	
	Mestrado	29	141,6	
	Doutoramento	1	145	
Consome suplementos	Sim	76	12	0,468
	Não	201	12	
Sente-se suficientemente informado sobre o uso de suplementação	Sim	126	131,37	0,122
	Não	152	146,24	

Tabela 7- Comparação do conhecimento de suplementos segundo as modalidades desportivas

Modalidade	Categorias	N	Mediana	p-value
Musculação	Não	76	12	0,830
	Sim	202	12	
Pilates	Não	264	12	0,827
	Sim	14	12	
Bike	Não	248	12	0,554
	Sim	30	12	
Aulas de grupo	Não	239	12	0,772
	Sim	39	12	
Kickboxing	Não	269	12	0,888
	Sim	9	12	
Personal training	Não	266	12	0,487
	Sim	12	13	

Tabela 8 - Comparação do conhecimento sobre suplementação segundo as fontes de informação

Fonte de informação	Categorias	N	Mediana	p-value
---------------------	------------	---	---------	---------

Médico	Sim	6	11,5	0,734
	Não	70	12	
Treinador	Sim	11	11	0,911
	Não	65	12	
Familiares	Sim	3	13	0,306
	Não	73	12	
Nutricionista	Sim	29	12	0,871
	Não	47	12	
Amigos	Sim	65	12	0,994
	Não	11	11	
Eu próprio	Sim	35	12	0,904
	Não	41	12	
Comunicação social	Sim	7	12	0,605
	Não	69	12	
Outras fontes	Sim	5	10	0,363

PREVALÊNCIA DA DOR EM DOENTES RENAI CRÓNICOS EM TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE E SUA RELAÇÃO COM VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

Nádia Alexandra Peres Sabino¹
Maria Gorete de Jesus Baptista²

Resumo: A dor é um sintoma frequente nos doentes que utilizam a hemodiálise como tratamento de substituição renal. O doente renal crónico (DRC) refere sentir diferentes tipos dor, intensidade e localização, cuja avaliação é da responsabilidade do enfermeiro. Objetivos: Avaliar a prevalência de dor nos doentes renais crónicos em tratamento de hemodiálise e as relações existentes entre a dor e as variáveis sociodemográficas. Metodologia: Estudo, analítico e transversal, realizado com 140 indivíduos de 3 clínicas de hemodiálise do Nordeste Transmontano, recorremos ao "Brief Pain Inventory- Short Form". Resultados: A prevalência da dor sentida na última semana é significativa para a maioria dos DRC (65% em 100%), ao contrário do verificado no momento da aplicação do inventário, pois 80% afirmou não ter dor. As mulheres, os idosos, os indivíduos que residem no meio urbano e os indivíduos casados/divorciados, apresentam resultados médios mais elevados de dor. Conclusão: Sugerimos a implementação de escalas validadas da dor que permitam a identificação adequada do tipo e intensidade da dor e consequentemente delinear estratégias farmacológicas ou não, para o seu alívio.

Palavras-chave: Dor; Doença Renal Crónica; Hemodiálise.

PREVALENCE OF PAIN IN CHRONIC KIDNEY PATIENTS IN HEMODIALYSIS TREATMENT AND ITS RELATIONSHIP WITH SOCIODEMOGRAPHIC VARIABLES

Abstract: Pain is a common symptom in patients using haemodialysis as a renal replacement treatment. The chronic renal patient (CKD) reported feeling different types of pain, intensity and location, whose evaluation is the responsibility of the nurse. Objectives: To assess the prevalence of pain in chronic kidney disease patients on hemodialysis and the existing relationships between pain and sociodemographic variables. Methodology: This study was conducted in 140 individuals from 3 hemodialysis clinics in the Northeast of Transmontano, using the Brief Pain Inventory-Short Form. Results: The prevalence of pain felt in the last week is significant for most CKD (65% in 100%), contrary to what was observed at the time of the inventory application, because 80% stated that they had no pain. Women, the elderly, individuals living in the urban environment and married/divorced individuals have higher mean pain outcomes. Conclusion: We suggest the implementation of validated pain scales that allow the proper identification of the type and intensity of pain and consequently delineate pharmacological strategies or not, for its relief.

Keywords: Pain; Chronic Kidney Disease; Chronic Kidney Disease; Hemodialysis.

¹Enfermeira, CHTMAD-Vila Real-Portugal, Mestranda em Enfermagem Médico-cirúrgica na Escola Superior de Saúde do IPB, nadiaapsabino@gmail.com

²Doutora em Biomedicina, Professora-adjunta na Escola Superior de Saúde-Instituto Politécnico de Bragança, Portugal; Coordenadora Mestrados do ISP Jean Piaget Benguela, investigadora CESP, Angola, <https://orcid.org/0000-0002-6750-1825> E-mail gorete@ipb.pt

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crónica (DRC) é progressiva, debilitante e irreversível e é um problema de saúde pública mundial, com prevalência global de 9,1% (Santos et al., 2021). No estágio mais avançado da DRC aplica-se o Tratamento de Substituição Renal (TSR), onde se inclui a Hemodiálise (HD) (Pretto et al., 2020). O doente em tratamento de HD refere a dor como um dos principais sintomas. Considera-se, portanto, fundamental que o enfermeiro que atua em HD capacite o doente renal crónico na identificação dos tipos de dor, no sentido de encontrar estratégias, farmacológicas ou não, para o seu alívio (Marques et al., 2016).

A este respeito, o enfermeiro deve estar presente nas sessões de HD, de forma a identificar as necessidades individuais do doente renal crónico, assim como intervir na educação do doente e família/cuidador sobre os efeitos adversos do tratamento e também traçar o plano terapêutico (Andrade et al., 2021). Procurando a melhoria contínua da prestação de cuidados dirigidos à prevenção e tratamento da dor do doente hemodialisado, o presente estudo tem como objectivo geral avaliar a prevalência de dor nos DRC em programa regular de HD.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A DRC consiste numa lesão renal com perda parcial ou total da função renal, que ocorre de forma silenciosa, progressiva e irreversível, podendo ser sintomática ou assintomática, e que evolui ao longo de estágios. A DRC é classificada através da Taxa de filtração Glomerular (TFG), a qual permite medir a capacidade funcional do rim em filtrar e eliminar as substâncias tóxicas do organismo (Silva 2018; Mira et al., 2017). Atualmente, a HD é o tratamento de substituição renal mais utilizado a nível mundial (Jesus et al., 2018; Tinôco et al., 2017). Durante a HD podem surgir intercorrências relacionadas com o tratamento, que causam dor. A dor é uma das queixas mais observadas nos doentes com DRC em HD e está associada ao aumento da depressão e

à redução da qualidade de vida (Sadigova et al., 2020). Grande parte das queixas têm o mecanismo fisiopatológico conhecido, o que permite tratar a dor no decorrer da HD. O tipo de dor manifestada pelos doentes com DRC varia em localização e intensidade, os quais relatam frequentemente mialgia, câibras, dor de cabeça, dor musculoesquelética, dor neuropática e/ou dor torácica (Santos et al., 2021). A dor muscular surge normalmente após as câibras, provocadas pela remoção rápida de líquido corporal, as cefaleias são provocadas pelo aumento da pressão arterial e a dor torácica surge como reacção ao dialisador, também denominada como a síndrome de primeiro uso (Vides et al., 2017).

A dor pode provocar lesões orgânicas e emocionais, como hipoventilação, diminuição da perfusão periférica, taquicardia e ansiedade, quando não é realizado um diagnóstico e tratamento adequados. Apesar de a dor ser uma manifestação comum e relevante nas unidades de HD, ainda carece de valorização na prática clínica (Marques et al., 2016). O enfermeiro tem um papel fundamental na identificação do tipo e prevalência de dor, assim como na aplicação das terapias mais eficazes para o alívio da dor, promovendo a qualidade de vida desses doentes. Para isso é importante que o enfermeiro que atua em HD coadjuve o doente na identificação dos tipos de dor, no sentido de traçar estratégias, farmacológicas ou não, para o seu alívio (Marques et al., 2016; Silva, 2020).

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo analítico e transversal. A população deste estudo é composta por 218 doentes renais crónicos em tratamento de HD, que se enquadram nos seguintes critérios de inclusão: estar em tratamento há mais de três meses e apresentar dor em algum momento do tratamento ou no seu quotidiano. Após a aplicação desses critérios obteve-se uma amostra de 140 indivíduos.

Como Instrumento de Recolha de Dados (IRD) foi utilizado um questionário constituído por 2 partes: a caracterização de variáveis sociodemográficas do doente renal crónico em HD e o Inventário Resumido da Dor, Versão Portuguesa do Brief Pain Inventory- Short Form, composto por 15 itens e subdividido em duas partes, a primeira

parte avalia a intensidade da dor e a segunda avalia a interferência da dor em aspetos da vida.

Para a realização do estudo foi solicitado autorização ao autor do inventário e o estudo foi submetido a apreciação e autorização da Escola Superior de Saúde de Bragança.

A recolha de dados foi realizada pela investigadora, que se deslocou às 3 clínicas após acordo prévio com os responsáveis. Todos os indivíduos do estudo foram esclarecidos quanto ao objectivo da pesquisa e assinaram o consentimento livre e esclarecido. Para o tratamento e análise dos dados recorreu-se ao SPSS com cálculo das frequências absolutas e relativas, médias e desvio padrão. Como as variáveis não seguiam uma distribuição normal, recorremos a testes não paramétricos U- Mann-Witney, e Kruskal-Wallis e foi também utilizado o teste de independência do qui-quadrado para inferir sobre possíveis associações da existência de dor com as características do doente renal crónico.

3. RESULTADOS

No estudo participaram 140 indivíduos de 3 clínicas de hemodiálise do Nordeste Transmontano. A maioria dos indivíduos é do sexo masculino 62,9%, 63,6% tem idade compreendida entre os 51 e 80 anos, 55,0% vivem em meio rural, 65,7% são casados, 65,0% vivem com o cônjuge ou cônjuge e filhos, 72,9% possuem o primeiro ciclo, 85,7% são reformados e 53,6% auferem rendimento mensal entre os 250 e 500 euros. Constatou-se ainda que 34,3 % demora até 30 mim na deslocação á clínica e 84,3% utiliza a ambulância quando se desloca para a mesma. De referir que todos os inquiridos têm crenças religiosas. Estes dados podem ser observados na Tabela 1.

Relativamente à avaliação da dor não comum sentida durante a última semana, 65,0% dos indivíduos referiu ter sentido dor. Quanto ao local dessa dor destaca-se a região dorsal, joelhos, pernas e região abdominal (Tabela 2)

Observou-se que 35,0% dos indivíduos não teve dor máxima na última semana, 38,57% não teve dor mínima na última semana e 35,0% afirmou não ter sentido dor média na última semana (Gráfico 2)

Em relação à existência de dor não comum e sua relação com as variáveis dependentes verifica-se que 56,0% dos inquiridos são do género masculino, logo, a existência de dor não comum está significativamente associada ao género. Relativamente à idade observa-se que a maior incidência da dor não comum ocorre nos mais velhos, 67,1% com mais de 70 anos, contudo, este tipo de dor não está significativamente associado à idade neste estudo. Analogamente se concluiu que a existência de dor não comum não apresenta associação significativa com o estado civil, com a coabitação, proveniência, situação profissional e rendimento mensal. Por outro lado, observa-se a associação estatisticamente significativa entre a existência de dor não comum e o grau de escolaridade, sendo que os inquiridos com mais habilitações tendem a não apresentarem dor não comum. (Tabela 3).

Relativamente à relação existente entre as variáveis sociodemográficas e a intensidade da dor não comum na última semana, foram as mulheres que apresentaram resultados médios mais elevados na intensidade da dor na última semana e no momento de aplicação do questionário; foram os homens que manifestaram maior alívio da dor e foram as mulheres com maior interferência da dor nos diferentes campos da vida, mas em termos estatísticos as diferenças não apresentam significância estatística (Tabela 4).

Observou-se ainda que foram os doentes com idade compreendida entre os 61 e 80 anos que apresentaram resultados médios mais elevados de dor na última semana e no momento de aplicação do questionário. No que trata do alívio da dor foram os mais novos e os que têm idade entre 71 e 80 anos que manifestaram maior alívio. Quanto à interferência da dor nos diferentes campos da vida observou-se que os resultados obtidos foram relativamente próximos entre doentes de faixas etárias distintas, mas em termos estatísticos as diferenças entre doentes de faixas etárias diferentes que se possam observar não apresentam significância estatística (Tabela 5).

Observou-se que os resultados são idênticos entre os doentes com diferentes situações profissionais, assim como na intensidade da dor no momento de aplicação do questionário. No que trata o alívio da dor são os doentes renais activos que manifestam maior alívio. Quanto à interferência da dor nos diferentes campos da vida observou-se

que os resultados obtidos são relativamente próximos, nos doentes activos e não activos profissionalmente, mas em termos estatísticos as diferenças entre as diferentes coabitações não apresentam significância estatística (Tabela 6).

Foram os doentes com menor instrução que apresentaram resultados médios mais elevados de dor na última semana e no momento de aplicação do questionário. No que trata do alívio da dor foram doentes renais com ensino secundário que manifestaram maior alívio. Quanto à interferência da dor nos diferentes campos da vida observou-se que os resultados obtidos foram relativamente próximos entre doentes com habitações distintas, mas em termos estatísticos as diferenças que se possam observar não apresentam significância estatística, com exceção da capacidade para andar a pé e do prazer de viver onde se observaram diferenças significativas, com a interferência mais elevada nos doentes com menor instrução (Tabela 7).

Os resultados são idênticos entre os doentes com diferentes tempos de deslocação para a clínica, assim como na intensidade da dor no momento de aplicação do questionário. No que trata o alívio da dor são os doentes renais que demoram menos tempo a chegar à clínica que manifestam maior alívio. Quanto à interferência da dor nos diferentes campos da vida observou-se que os resultados obtidos são relativamente próximos, nos doentes com tempo de chegada à clínica distintos, mas em termos estatísticos as diferenças que se possam observar não apresentam significância estatística (Tabela 8).

4. DISCUSSÃO

A amostra deste estudo foi predominantemente constituída por indivíduos do sexo masculino, com idade compreendida entre os 51 e 80 anos. Conforme o "Relatório Final da Análise às Condições de Concorrência na Prestação de Cuidados de Hemodiálise em Portugal" (abril, 2021), em março de 2020, existiam 12 495 doentes em tratamento de HD em Portugal, dos quais 34,37% tinham menos de 65 anos, 26,90% tinham entre 65 e 74 anos, e 38,74% tinham mais de 75 anos. Também a Sociedade Portuguesa de Nefrologia menciona que em dezembro de 2018, os doentes tinham, em média, 68 anos de idade e 59,51% eram homens (Autoridade da Concorrência, 2021).

Outros estudos sobre esta temática apontam também para a predominância do sexo masculino, contudo no que concerne à idade verifica-se a participação de indivíduos mais novos do que os verificados neste estudo (Marques et al. 2016; Vides et al. 2017). Estes resultados podem estar relacionados com o progressivo envelhecimento da população portuguesa e diminuição da população jovem, pois em 2021 foram contabilizados 182 idosos por cada 100 jovens (INE, 2021).

A maioria dos indivíduos da amostra vive em meio rural, é casada e vive com o cônjuge ou cônjuge e filhos. Este resultado é semelhante aos resultados obtidos noutros estudos (Samoudi et al. 2021; Sousa, 2019).

Em relação à escolaridade, verificou-se que a maioria da amostra possui o 1º ciclo de escolaridade, é não ativa profissionalmente (reformados) e auferem um rendimento mensal que varia entre 250€ e 500€. Também noutro estudo, verifica-se que 80,3% dos indivíduos possuem baixa escolaridade e 90,7 % eram reformados (Pretto, 2020). No que concerne ao rendimento mensal, considera-se que existe risco de pobreza pelo facto de o rendimento ser inferior a 554 euros mensais, conforme o descrito no "Inquérito às Condições de Vida e Rendimento", realizado em 2021 (INE, 2021).

De referir que todos os inquiridos afirmaram ter crenças religiosas, assim como o verificado no estudo "Avaliação da intensidade da dor de pacientes renais crónicos em tratamento hemodialítico" (Marques et al. 2016).

Na amostra a maioria dos indivíduos demora até 30 minutos na deslocação de casa à clínica, que é efetuada maioritariamente por ambulância.

Perante os resultados obtidos através do BPI, verificou-se que 65% dos inquiridos referiu ter sentido dor durante a última semana, sobretudo na região dorsal, joelhos, pernas e região abdominal. Estes dados são consistentes com os de outros estudos, que reportaram maior prevalência da dor nos membros inferiores e região dorsal (Sousa et al. 2019; Santos et al. 2021).

Ao avaliar a dor máxima, mínima e média sentida na última semana, a maioria dos indivíduos da amostra referiram ter dor máxima com intensidade entre 6 e 10, dor mínima com intensidade entre 4 e 6 e dor média com intensidade entre 5 e 6. Quanto ao preciso momento em que é aplicado o questionário, a maioria dos indivíduos referiu não ter dor. Resultados semelhantes foram observados no estudo "Pain in

Hemodialysis Patients: Prevalence, Intensity, Location, and Functional Interference in Daily Activities” (Santos et al. 2021).

Na relação que existe entre as variáveis sociodemográficas e a dor não comum sentida pelos indivíduos da amostra observou-se que, dos 91 inquiridos com dor, a maioria (56,0%) são do género masculino. Todavia, o estudo de Marques (2016) demonstra que são os homens que afirmaram não sentir nenhuma dor (42%) comparado com as mulheres (23,9%) relativamente à avaliação global da experiência da dor.

Neste estudo observou-se que a maior incidência da dor não comum ocorre em indivíduos com mais de 70 anos (67,1%). Resultados semelhantes foram descritos no estudo de Sousa (2019) o qual refere que a dor está associada a fatores como a idade.

Apurou-se ainda que a existência de dor não comum não apresenta associação significativa nem com o estado civil, coabitação, proveniência, situação profissional e nem com o rendimento mensal do inquirido. Contudo, o estudo de Sousa (2019) associa à dor o fator estado civil.

Por outro lado, observa-se a associação estatisticamente significativa entre a existência de dor não comum e o grau de escolaridade, sendo que os indivíduos com mais habilitações tendem a não apresentarem dor não comum. O grau de escolaridade é também referido no estudo de Tinôco (2017) como um fator que interfere na compreensão da informação transmitida e na adesão ao tratamento.

No que respeita à intensidade da dor na última semana: máxima, mínima e em média, relacionada com as características sociodemográficas dos indivíduos, observa-se que são as mulheres, os idosos entre os 61 e os 80 anos, os indivíduos que residem no meio urbano, os indivíduos casados e os divorciados e os indivíduos com menor instrução que apresentam resultados médios mais elevados, assim como na intensidade da dor no momento de aplicação do BPI, apesar das diferenças na intensidade da dor não serem estatisticamente significativas.

Estes resultados convergem com os resultados de Sadigova et al. (2020) e de Marques et al. (2016), que referem que a dor é mais frequente no sexo feminino e à medida que a idade do indivíduo aumenta. Estes resultados podem estar relacionados com o facto de as mulheres expressarem mais as suas queixas e por serem mais

sensíveis à dor. Por sua vez, os idosos são mais suscetíveis à dor devido às alterações degenerativas do aparelho locomotor e depressão (Sadigova et al. 2020).

Quanto à intensidade da dor na última semana: máxima, mínima e em média, relacionada com a coabitação, a situação profissional, rendimento mensal, deslocação para a clínica e tipo de transporte utilizado foram observados resultados idênticos entre os doentes, assim como na intensidade da dor no momento de aplicação do questionário.

Relativamente ao alívio da dor são os homens, os indivíduos mais novos e os que tem idade entre 71 e 80 anos, os indivíduos do meio rural e os indivíduos solteiros, os divorciados, os que vivem com os pais, os doentes renais activos com ensino secundário e maiores rendimentos mensais, os que demoram menos tempo a chegar à clínica e os que se deslocam para a clínica em viatura própria que manifestam maior alívio, mas a diferença face aos restantes indivíduos não apresenta significância estatística.

Quanto à interferência da dor nos diferentes campos da vida do DRC observa-se que as mulheres, os indivíduos que residem no meio urbano, os indivíduos casados e também os viúvos que são mais queixosos, mas em termos estatísticos as diferenças não apresentam significância estatística.

Relativamente à relação entre as faixas etárias, coabitação, situação profissional, grau de escolaridade, rendimentos mensais, tempo de deslocação para a clínica e tipo de transporte utilizado na deslocação e a interferência da dor nos diferentes campos da vida do doente renal observou-se que os resultados obtidos são relativamente próximos, daí que em termos estatísticos as diferenças que se possam observar não apresentam significância estatística.

Estes resultados divergem dos obtidos no estudo de Samoudi et al. (2021), que indica haver associação negativa entre a intensidade da dor e a interferência na vida diária, porque os indivíduos mais velhos têm a tendência para se afastar da vida social e tornam-se cada vez menos activos.

No estudo de Pretto (2020) é referido que os doentes com menor escolaridade apresentam maior preocupação, ansiedade, insónia e diminuição da energia para outras actividades. Também refere que os indivíduos com menores recursos financeiros

limitam os gastos em lazer, o que pode interferir no padrão de sono e na interação social.

CONCLUSÃO

O estudo proporcionou a caracterização dos DRC em HD, assim como a avaliação da prevalência da dor através do instrumento validado BPI.

Conclui-se que são as mulheres, os idosos entre os 61 e os 80 anos, os indivíduos que residem no meio urbano, os indivíduos casados e os divorciados e os indivíduos com menor instrução que apresentam resultados médios mais elevados de dor comum. Relativamente à dor não comum são os homens e os indivíduos com maior instrução que a referem e quanto à intensidade da dor são as mulheres, os casados e divorciados, os que vivem em meio urbano e os indivíduos com menor instrução que manifestam valores mais elevados. Contudo, os homens, os indivíduos mais novos e os que tem idade entre 71 e 80 anos, os que vivem em meio rural, os solteiros e os divorciados, os que vivem com os pais, os que têm vida ativa, com maiores rendimentos mensais e os que demoram menos tempo a chegar à clínica, são os que manifestam maior alívio da dor.

Consideramos que os resultados obtidos podem contribuir para o planeamento e implementação de cuidados adequados às características e necessidades dos doentes em tratamento de Hemodiálise, nomeadamente no que se refere à dor, melhorando a assistência prestada e, assim, a sua qualidade de vida. Desta forma, cabe ao enfermeiro monitorizar a dor nos DRC, antes, durante e após as sessões de HD, com vista a identificar precocemente a vulnerabilidade do DRC, evitar complicações durante a HD, bem como tratar a dor adequadamente.

Sugerimos a implementação de escalas validadas da dor que permitam a identificação adequada do tipo e intensidade da dor e, conseqüentemente, delinear estratégias farmacológicas ou não, para o seu alívio.

BIBLIOGRAFIA

Andrade, A., Teles, W., Silva, M., Torres, R., Azevedo, M., Debbo, A., Silva, M., Barros, A., Junior, P., Calasans, T. (2021). Assistência de enfermagem ao paciente em hemodiálise: investigação completa. *Research, Society and Development*, 10(11). DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i.19890>

Autoridade da Concorrência (2021), Relatório final da Análise às condições de concorrência na prestação de cuidados de hemodiálise em Portugal. Recuperado de <https://www.concorrenca.pt/sites/default/files/imported-media/Relat%C3%B3rio%20final%20da%20An%C3%A1lise%20%C3%Aos%20condi%C3%A7%C3%B5es%20de%20concorr%C3%Aancia%20na%20Portugal.pdf>

O INE Portugal (2021). Resultados Provisórios do XVI Recenseamento Geral da População e VI Recenseamento Geral da Habitação - Censos 2021. Recuperado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=526271534&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt20presta%C3%A7%C3%A3o%20de%20cuidados%20de%20hemodi%C3%A1lise%20em%20Portugal.pdf

Jesus, N., Souza, G., Rodrigues, C., Neto, O., Rodrigues, D., Cunha, C. (2018). Qualidade de vida de indivíduos com doença renal crónica em tratamento dialítico. *Braz.J.Nephrol.*, 41(3),364-374. DOI: <http://doi:10.1590/2175-8239-JBN-2018-0152>

Marques, V., Benetti, P., Benetti, E., Rosanelli, C., Colet, C., Stumm, E. (2016). Avaliação da intensidade da dor de pacientes renais crónicos em tratamento hemodialítico. *Rev Dor*, 17(2), 96-100. DOI: <http://doi:10.5935/1806-0013.20160023>

Mira, A., Garagarza, C., Correia, F., Fonseca, I., & Rodrigues, R. (2017). Manual de Nutrição e Doença Renal. Porto, Portugal: Associação Portuguesa dos Nutricionistas

Preto, C., Winkelmann, E., Hildebrandt, L., Barbosa, D., Colet, C., Stumm, E. (2020). Qualidade de vida de pacientes renais crónicos em hemodiálise e fatores relacionados. *Rev.Latino- Am. Enfermagem*, 28. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345-3641.3327>

Sadigova, E., Ozkurt, S., Yalcin, A., (2020). Avaliação da Dor em Pacientes em Hemodiálise. *Cureus*, 12(2). DOI: <http://doi:10.7759-cureus.6903>

Samoudi, A., Marzouq, M., Zyoud, S., Al-Jabi, S. (2021). O impacto da dor na qualidade e vida de pacientes com doença renal terminal em hemodiálise: um estudo transversal multicêntrico da Palestina. *Health Qual Life Outcomes*, 19(39). DOI: <http://doi.org/10.1186/s12955-021-01686-z>

Santos, P., Mendonça, C., Noll, M., Borges, C., Alves, P., Dias, N., Romeiro, A., Barbosa, M., Porto, C. (2021). Pain in Hemodialysis Patients: Prevalence, Intensity, Location, and Functional Interference in Daily Activities. *Healthcare*, 9(10). DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare9101375>

Silva, F., Melo, G., Santos, R., Silva, R., Aguiar, L., Caetano, J. (2020). Avaliação da dor em pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. *Rev Rene*, 21. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202143685>

Sousa, L., Vieira, C., Reis, M., Bule, M., José, H. (2019). AVALIAÇÃO E EFETIVIDADE DA ANALGESIA EM PESSOAS SUBMETIDAS À HEMODIÁLISE. *RIASE*, 5(2), 1832-1844.

Tinôco, J., Paiva, M., Lúcio, K., Pinheiro, R., Macedo, B., Lira, A. (2017). COMPLICAÇÕES EM PACIENTES RENAI CRÓNICOS SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE. *Cogitare Enferm*, 22(4). DOI: <https://dx.doi.org-10.5380-ce.v22i4.52907>

Vides, M., Martins, M. (2017). Avaliação da dor óssea em pacientes renais crônicos em hemodiálise. *Rev Dor*, 18(3), 245-249. DOI: <https://doi.10.5935/1806-0013.20170109>

TABELAS e GRÁFICOS

Tabela 3- Características Sociodemográficas da Amostra

Variável sociodemográfica	Opções de resposta	n	%
Sexo	Masculino	88	62,9
	Feminino	52	37,1
		140	100
Idade	Até 60 anos	24	17,1
	De 61 a 70 anos	30	21,4
	De 71 a 80 anos	59	42,1
	Mais de 80 anos	27	19,3
		140	100
Proveniência	Rural	77	55,0
	Urbano	63	45,0
		140	100
Estado Civil	Solteiro	12	8,6

	Casado/União de facto	92	65,7
	Divorciado/Separado	14	10,0
	Viúvo	22	15,7
		140	100
Com quem vive	Sozinho	21	15,0
	Cônjuge/companheiro	73	52,1
	Cônjuge e filhos	18	12,9
	Pais	5	3,6
	Outros	23	16,4
		140	100
Grau de escolaridade	Nenhum	8	5,7
	1º Ciclo	102	72,9
	2º ou 3º Ciclo	14	10,0
	Secundário ou Superior	16	11,4
		140	100
Situação Profissional	Ativo (trabalhador por conta própria ou de outrem)	20	14,3
	Não ativo (Reformado)	120	85,7
		140	100
Rendimento Mensal	Até 250€	15	10,7
	Rendimentos de 250€ a 500€	75	53,6
	Rendimentos de 500€ a 1000€	28	20,0
	Rendimentos superiores a 1000€	22	15,7
		140	100
Tempo de deslocação à clínica (minutos)	Até 30 minutos	48	34,3
	De 30 a 60 minutos	60	42,9
	Mais de 60 minutos	32	22,9
		140	100
	$\bar{X} = 33; s = 18,840$		
Tipo de transporte utilizado	Automóvel próprio	6	4,3
	Ambulância	118	84,3
	Táxi	16	11,4
		140	100
Crenças Religiosas	Sim	140	100
	Não	0	0
		140	100

n- frequência absoluta; % - frequência relativa; \bar{X} - média; s – desvio padrão

Tabela 2- Prevalência e Localização da Dor Durante a Última Semana na Amostra segundo o inventário BPI

Variável sobre dor	Opções de resposta	Frequência	
		n	%
Durante a última semana teve dor diferente das comuns	Sim	91	65,0
	Não	49	35,0
	Total	140	100
Local da dor	Região occipital	1	1,1
	Região dorsal	22	24,2
	Cervical	3	3,3
	Joelhos	16	17,6
	Pernas atrás	3	3,3

Pernas à frente	12	13,2
Região abdominal	12	13,2
Membros superiores e inferiores	3	3,3
Região frontal	2	2,2
Ombros	3	3,3
Pés	2	2,2
Braços	4	4,4
Mãos	2	2,2
Peito	5	5,5
Ouvidos	1	1,1
Total	91	100

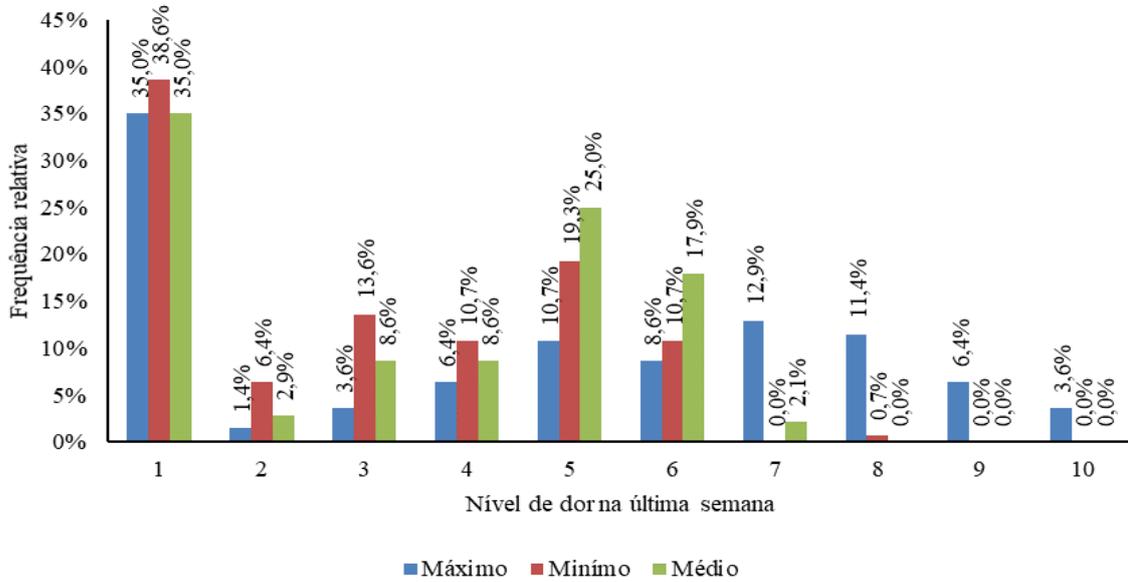


Gráfico 2- Classificação da dor máxima, média e mínima sentida na última semana (BPI)

Tabela 3- Resultados do BPI: Existência de Dor não Comum e a Relação com as Variáveis Sociodemográficas

Variáveis	Respostas	Dor		Total		X ² (p)
		Sim	Não	n	%	
Género	Masculino	51	37	88	62,9	5,169 (0,028)
	Feminino	40	12	52	37,1	
	Total	91	49	140	100	
Idade	Até 60 anos	14	10	24	17,1	3,764 (0,295)
	61 a 70 anos	16	14	30	21,4	
	71 a 80 anos	41	18	59	42,1	
	Mais de 80 anos	20	7	27	19,3	
	Total	91	49	140	100	
Estado Civil	Solteiro	6	6	12	8,6	3,052 (0,403)
	Casado/União de facto	58	34	92	65,7	

	Divorciado/Separado	11	12,1	3	6,1	14	10,0	
	Viúvo	16	17,6	6	12,2	22	15,7	
	Total	91	100	49	100	140	100	
Com quem vive	Sozinho	15	16,5	6	12,2	21	15,0	
	Cônjuge	42	46,2	31	63,3	73	52,1	
	Cônjuge e filhos	15	16,5	3	6,1	18	12,9	5,095
	Pais	3	3,3	2	4,1	5	3,6	(0,278)
	Outros	16	17,6	7	14,3	23	16,4	
	Total	91	100	49	100	140	100	
Proveniência	Rural	53	58,2	24	49,0	77	55,0	1,104
	Urbana	38	41,8	25	51,0	63	45,0	(0,293)
	Total	91	100	49	100	140	100	
Grau de escolaridade	Nenhum	8	8,8	0	0,0	8	5,7	
	1º Ciclo	71	78,0	31	63,3	102	72,9	
	2º/3º Ciclo	8	8,8	6	12,2	14	10,0	16,642 ^a
	Secundário	2	2,2	8	16,3	10	7,1	(0,001)
	Superior	2	2,2	4	8,2	6	4,3	
	Total	91	100	49	100	139	100	
Situação profissional	Ativo	12	13,2	7	14,3	19	13,6	0,033
	Não ativo	79	86,8	42	85,7	121	86,4	(0,856)
	Total	91	100	49	100	81	100	
Rendimento mensal	Até 250€	11	12,1	4	8,2	15	10,7	
	Entre 250 e 500€	51	56,0	24	49,0	75	53,6	
	Entre 500 e 1000€	18	19,8	10	20,4	28	20,0	2,937
	Superior a 1000€	11	12,1	11	22,4	22	15,7	(0,401)
	Total	91	100	49	100	81	100	

X² (p) – Estatística do teste de independência do qui-quadrado (valor de prova);^a – utilização do teste exato de Fisher

Tabela 4- Resultados do BPI por Género: Intensidade e Interferência da Dor na Última Semana

Dor (n=91)	Género	\bar{X}	s	Z (p)
Dor máxima na última semana (1 a 10)	Masculino	6,33	2,026	-0,501
	Feminino	6,60	1,932	(0,616)
Dor mínima na última semana (1 a 10)	Masculino	3,84	1,475	-1,776
	Feminino	4,43	1,483	(0,076)
Dor média na última semana (1 a 10)	Masculino	4,69	1,257	-1,189
	Feminino	4,98	1,121	(0,234)
Dor neste momento (1 a 10)	Masculino	2,04	2,135	-1,288
	Feminino	2,55	2,417	(0,198)
Alívio da dor com medicação (0% a 100%)	Masculino	74,86	22,189	-1,625
	Feminino	66,56	21,039	(0,104)
Atividade geral (0 a 10)	Masculino	3,86	3,020	-0,783
	Feminino	4,45	2,801	(0,434)
Disposição (0 a 10)	Masculino	3,10	2,802	-1,105
	Feminino	3,65	2,392	(0,269)
Capacidade para andar a pé (0 a 10)	Masculino	3,73	3,200	-0,330
	Feminino	3,95	2,640	(0,697)

Trabalho normal (0 a 10)	Masculino	3,20	3,225	-0,626
	Feminino	3,45	2,591	(0,531)
Relações com as outras pessoas (0 a 10)	Masculino	1,80	2,272	-1,688
	Feminino	2,68	2,645	(0,091)
Sono (0 a 10)	Masculino	2,25	3,052	-1,219
	Feminino	2,95	3,305	(0,223)
Prazer de viver (0 a 10)	Masculino	1,71	2,809	-0,213
	Feminino	1,78	2,527	(0,831)

\bar{X} - média; s – desvio padrão; Z (p) – Estatística teste não paramétrico Mann-Whitney (valor de prova)

Tabela 5- Resultados do BPI por grupo etário: Intensidade e Interferência da Dor na Última Semana

Dor (n=91)	Idade	\bar{X}	s	H (p)
Dor máxima na última semana (1 a 10)	Até 60 anos	6,36	2,499	1,552 (0,670)
	61 a 70 anos	6,94	1,692	
	71 a 80 anos	6,46	1,859	
	Mais de 80 anos	6,10	2,100	
Dor mínima na última semana (1 a 10)	Até 60 anos	3,64	1,737	1,281 (0,734)
	61 a 70 anos	4,06	1,340	
	71 a 80 anos	4,22	1,406	
	Mais de 80 anos	4,20	1,673	
Dor média na última semana (1 a 10)	Até 60 anos	4,57	1,604	0,295 (0,961)
	61 a 70 anos	4,88	0,957	
	71 a 80 anos	4,95	0,947	
	Mais de 80 anos	4,65	1,531	
Dor neste momento (1 a 10)	Até 60 anos	1,43	1,604	5,149 (0,161)
	61 a 70 anos	2,00	1,897	
	71 a 80 anos	2,54	2,521	
	Mais de 80 anos	2,50	2,351	
Alívio da dor com medicação (0% a 100%)	Até 60 anos	72,31	23,859	0,871 (0,832)
	61 a 70 anos	70,00	23,570	
	71 a 80 anos	72,76	21,695	
	Mais de 80 anos	67,65	21,369	
Atividade geral (0 a 10)	Até 60 anos	3,43	3,322	0,893 (0,827)
	61 a 70 anos	4,38	3,423	
	71 a 80 anos	4,12	2,812	
	Mais de 80 anos	4,40	2,563	
Disposição (0 a 10)	Até 60 anos	4,29	2,673	3,646 (0,302)
	61 a 70 anos	3,75	2,720	
	71 a 80 anos	3,27	2,811	
	Mais de 80 anos	2,50	1,960	
Capacidade para andar a pé (0 a 10)	Até 60 anos	3,29	3,173	0,626 (0,891)
	61 a 70 anos	4,25	2,745	
	71 a 80 anos	3,95	3,066	
	Mais de 80 anos	3,60	2,873	
Trabalho normal (0 a 10)	Até 60 anos	2,57	3,251	1,448 (0,694)
	61 a 70 anos	3,75	3,000	
	71 a 80 anos	3,29	2,969	
	Mais de 80 anos	3,50	2,782	
Relações com as outras pessoas (0 a 10)	Até 60 anos	2,21	3,191	0,670 (0,880)
	61 a 70 anos	2,50	2,338	
	71 a 80 anos	2,10	2,364	
	Mais de 80 anos	2,10	2,382	
Sono (0 a 10)	Até 60 anos	4,00	2,909	5,944 (0,114)
	61 a 70 anos	1,63	2,527	

	71 a 80 anos	2,32	3,312	
	Mais de 80 anos	2,80	3,334	
	Até 60 anos	2,14	2,958	
Prazer de viver (0 a 10)	61 a 70 anos	1,69	2,272	1,070
	71 a 80 anos	1,46	2,501	(0,784)
	Mais de 80 anos	2,05	3,203	

\bar{X} - média; s - desvio padrão; H (p) - Estatística teste não paramétrico Kruskal Wallis (valor de prova)

Tabela 6- Resultados do BPI por Situação Profissional: Intensidade e Interferência da Dor na Última Semana

Dor (n=91)	Situação profissional	\bar{X}	s	Z (p)
Dor máxima na última semana (1 a 10)	Ativo	4,47	3,17	-0,069
	Não ativo	4,55	3,05	(0,945)
Dor mínima na última semana (1 a 10)	Ativo	2,32	1,57	-1,615
	Não ativo	3,12	1,94	(0,106)
Dor média na última semana (1 a 10)	Ativo	3,47	2,17	-0,104
	Não ativo	3,48	2,06	(0,917)
Dor neste momento (1 a 10)	Ativo	1,42	1,43	-1,093
	Não ativo	1,90	1,98	(0,917)
Alívio da dor com medicação (0% a 100%)	Ativo	72,50	20,94	-0,246
	Não ativo	70,69	22,07	(0,806)
Atividade geral (0 a 10)	Ativo	2,89	3,35	-0,168
	Não ativo	2,69	3,04	(0,867)
Disposição (0 a 10)	Ativo	3,11	3,48	-1,016
	Não ativo	2,08	2,52	(0,309)
Capacidade para andar a pé (0 a 10)	Ativo	2,21	2,86	-0,557
	Não ativo	2,55	3,02	(0,577)
Trabalho normal (0 a 10)	Ativo	2,32	3,43	-0,158
	Não ativo	2,13	2,76	(0,577)
Relações com as outras pessoas (0 a 10)	Ativo	1,89	3,23	-0,158
	Não ativo	1,35	2,06	(0,874)
Sono (0 a 10)	Ativo	2,53	3,29	-0,245
	Não ativo	1,53	2,74	(0,806)
Prazer de viver (0 a 10)	Ativo	1,79	3,28	-0,840
	Não ativo	1,02	2,12	(0,401)

\bar{X} - média; s - desvio padrão; Z (p) - Estatística teste não paramétrico Mann-Whitney (valor de prova)

Tabela 7- Resultados do BPI por Escolaridade: Intensidade e Interferência da Dor na US

Dor (n=91)	G.Escolaridade	\bar{X}	s	H (p)
Dor máxima na última semana (1 a 10)	Nenhum	6,13	1,25	9,844 (0,043)
	1º ciclo	4,75	3,03	
	2º/3º ciclo	4,43	3,23	
	Secundário	2,20	2,90	
	Superior	3,00	3,35	
Dor mínima na última semana (1 a 10)	Nenhum	3,63	1,30	13,092 (0,011)
	1º ciclo	3,27	1,94	
	2º/3º ciclo	2,21	1,63	
	Secundário	1,60	1,35	
	Superior	2,00	2,00	
Dor média na última semana (1 a 10)	Nenhum	5,25	0,89	13,597 (0,009)
	1º ciclo	3,59	2,00	
	2º/3º ciclo	3,43	2,31	
	Secundário	1,70	1,64	

	Superior	2,33	2,16	
	Nenhum	3,50	3,25	
Dor neste momento (1 a 10)	1º ciclo	1,95	1,98	13,231 (0,010)
	2º/3º ciclo	1,00	0,00	
	Secundário	1,00	0,00	
	Superior	1,00	0,00	
	Nenhum	61,25	21,67	
Alívio da dor com medicação (0% a 100%)	1º ciclo	70,38	22,23	5,196 (0,268)
	2º/3º ciclo	81,43	16,76	
	Secundário	90,00	14,14	
	Superior	70,00		
	Nenhum	5,88	2,36	
Atividade geral (0 a 10)	1º ciclo	2,75	3,02	14,666 (0,005)
	2º/3º ciclo	2,71	3,10	
	Secundário	0,80	2,53	
	Superior	1,00	2,45	
	Nenhum	2,63	2,07	
Disposição (0 a 10)	1º ciclo	2,29	2,64	4,689 (0,321)
	2º/3º ciclo	2,64	3,25	
	Secundário	1,30	2,83	
	Superior	1,00	2,45	
	Nenhum	5,50	3,16	
Capacidade para andar a pé (0 a 10)	1º ciclo	2,60	2,94	18,105 (0,001)
	2º/3º ciclo	2,57	3,16	
	Secundário	0,00	0,00	
	Superior	0,83	2,04	
	Nenhum	3,75	2,66	
Trabalho normal (0 a 10)	1º ciclo	2,23	2,80	8,578 (0,073)
	2º/3º ciclo	2,21	3,45	
	Secundário	0,80	2,53	
	Superior	1,00	2,45	
	Nenhum	2,75	2,49	
Relações com as outras pessoas (0 a 10)	1º ciclo	1,34	2,11	7,435 (0,115)
	2º/3º ciclo	1,71	2,27	
	Secundário	1,00	3,16	
	Superior	1,00	2,45	
	Nenhum	3,25	3,01	
Sono (0 a 10)	1º ciclo	1,66	2,91	7,190 (0,126)
	2º/3º ciclo	1,64	2,27	
	Secundário	0,70	2,21	
	Superior	1,33	3,27	
	Nenhum	2,13	2,23	
Prazer de viver (0 a 10)	1º ciclo	1,21	2,43	9,906 (0,042)
	2º/3º ciclo	1,29	2,46	
	Secundário	0,00	0,00	
	Superior	0,00	0,00	

\bar{X} - média; s - desvio padrão; H (p) - Estatística teste não paramétrico Kruskal Wallis (valor de prova)

Tabela 8- Resultados do BPI por Tempo de Deslocação à Clínica: Intensidade e Interferência da Dor na Última Semana

Dor (n=91)	Tempo de deslocação para a clínica	\bar{X}	s	H (p)
Dor máxima na última semana (1 a 10)	Até 20 minutos	6,73	2,07	1,188 (0,552)
	De 20 a 60 minutos	6,43	2,11	
	Mais de 60 minutos	6,14	1,59	
Dor mínima na última semana (1 a 10)	Até 20 minutos	4,00	1,33	0,337 (0,845)
	De 20 a 60 minutos	4,16	1,72	

	Mais de 60 minutos	4,10	1,22	
Dor média na última semana (1 a 10)	Até 20 minutos	4,81	1,23	0,721
	De 20 a 60 minutos	4,86	1,25	(0,697)
	Mais de 60 minutos	4,71	1,10	
Dor neste momento (1 a 10)	Até 20 minutos	2,42	2,48	0,136
	De 20 a 60 minutos	2,30	2,34	(0,934)
	Mais de 60 minutos	2,00	1,87	
Alívio da dor com medicação (0% a 100%)	Até 20 minutos	77,73	20,22	2,923
	De 20 a 60 minutos	69,06	21,76	(0,232)
	Mais de 60 minutos	65,33	23,56	
Atividade geral (0 a 10)	Até 20 minutos	3,31	2,95	4,024
	De 20 a 60 minutos	4,66	3,06	(0,134)
	Mais de 60 minutos	4,00	2,43	
Disposição (0 a 10)	Até 20 minutos	4,12	2,92	4,736
	De 20 a 60 minutos	2,77	2,75	(0,094)
	Mais de 60 minutos	3,91	2,58	
Capacidade para andar a pé (0 a 10)	Até 20 minutos	2,86	2,46	3,101
	De 20 a 60 minutos	3,77	3,27	(0,212)
	Mais de 60 minutos	4,23	2,84	
Trabalho normal (0 a 10)	Até 20 minutos	3,05	2,75	4,041
	De 20 a 60 minutos	3,31	3,17	(0,133)
	Mais de 60 minutos	3,80	3,08	
Relações com as outras pessoas (0 a 10)	Até 20 minutos	2,29	2,15	0,405
	De 20 a 60 minutos	2,23	2,60	(0,817)
	Mais de 60 minutos	2,09	2,56	
Sono (0 a 10)	Até 20 minutos	2,33	2,20	0,692
	De 20 a 60 minutos	2,31	3,16	(0,707)
	Mais de 60 minutos	2,75	3,33	
Prazer de viver (0 a 10)	Até 20 minutos	2,48	2,94	3,296
	De 20 a 60 minutos	1,46	2,55	(0,192)
	Mais de 60 minutos	2,25	2,92	

\bar{X} - média; s - desvio padrão; H (p) - Estatística teste não paramétrico Kruskal Wallis (valor de prova)

RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS CLÍNICAS E A DOR PERCECIONADA POR DOENTES RENAI CRÓNICOS EM TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE

Carla Alexandra Ferreira Neves¹
Maria Gorete de Jesus Baptista²

Resumo: A dor é um sintoma frequente nos doentes renais crónicos (DRC) que fazem hemodiálise (HD) como tratamento de substituição da função renal, os quais referem sentir diferentes tipos de dor, com intensidade e localização variáveis. O presente trabalho teve como objectivo avaliar a prevalência da dor em doentes renais crónicos em tratamento de hemodiálise e sua relação com variáveis clínicas. É um estudo transversal analítico, numa amostra de 140 indivíduos em tratamento de HD. Recolha de dados por questionário, incluindo variáveis clínicas e o inventário "Brief Pain Inventory- Short Form", com 15 itens-avaliam a existência, severidade, localização, interferência funcional, estratégias terapêuticas aplicadas e eficácia do tratamento da dor. Verificou-se que a prevalência da dor sentida na última semana é significativa para a maioria dos DRC (65% em 100%), enquanto no momento da aplicação do inventário, 80% afirmou não ter dor. Ainda, quem realiza HD há mais tempo é mais suscetível à dor não comum, sendo que a maioria dos DRC refere que a sente durante o tratamento e se prolonga no domicílio. É durante o tratamento de HD que referem sentir dor mais intensa, predominando a dor óssea. Quanto ao alívio da dor pós tratamento, são os HDs há mais tempo que manifestam mais alívio. Os doentes com menos tempo de tratamento e os portadores de Cateter Venoso Central referem maior interferência da dor nas actividades de vida diárias. Concluímos que a dor é uma ocorrência comum nos doentes em tratamento de HD, sendo uma entidade complexa e pluridimensional com elementos cognitivos, sensoriais, fisiológicos, comportamentais e socioculturais, pelo que deve ser avaliada.

Palavras-chave: Dor; Doença Renal Crónica; Hemodiálise.

RELATIONSHIP BETWEEN CLINICAL VARIABLES AND PERCEIVED PAIN BY CHRONIC KIDNEY PATIENTS IN HEMODIALYSIS TREATMENT

Abstract: Pain is a frequent symptom in chronic kidney disease (CKD) patients undergoing hemodialysis (HD) as a replacement treatment for kidney function, who report feeling different types of pain, with variable intensity and location. Objectives: To assess the prevalence of pain in chronic kidney disease patients on hemodialysis and its relationship with clinical variables. Methodology: It is an analytical cross-sectional study, in a sample of 140 individuals undergoing HD treatment. Data collection by questionnaire, including clinical variables and the "Brief Pain Inventory- Short Form" inventory with 15 items-assess the existence, severity, location, functional interference, applied therapeutic strategies and effectiveness of pain treatment. Results: The prevalence of pain felt in the last week is significant for most CKD patients (65% out of 100%), while at the time of

¹Enfermeira, ULSN-Unidade Hospitalar de Mirandela-Portugal, Mestranda em Enfermagem Médico-cirúrgica na Escola Superior de Saúde do IPB, Karla_neves_@hotmail.com

²Doutora em Biomedicina, Professora auxiliar ISP Jean Piaget Benguela, investigadora CESP, Angola, Professora-adjunta na Escola Superior de Saúde-Instituto Politécnico de Bragança, Portugal <https://orcid.org/0000-0002-6750-1825> gorete@ipb.pt

applying the inventory, 80% said they had no pain. It was found that those who perform HD for a longer time are more susceptible to unusual pain, with most CKD patients reporting feeling it during treatment and lasting at home. It is during HD treatment that they report feeling more intense pain, predominantly bone pain. As for post-treatment pain relief, HDs have been showing more relief for a longer time. Patients with less treatment time and those with a Central Venous Catheter report greater pain interference in daily life activities. Conclusion: Pain is a complex and multidimensional occurrence with cognitive, sensory, physiological, behavioral and sociocultural elements. Pain in patients with CKD is frequent and therefore should be evaluated. Many scales are suggested and even used (Silva et al, 2020).

Keywords: Pain; Chronic Kidney Disease; Hemodialysis.

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crónica (DRC) é uma lesão renal que resulta na progressiva diminuição da capacidade de os rins filtrarem os resíduos metabólicos do sangue, provocando uma perda irreversível da função glomerular, renal, endócrina e tubular (OE, 2016). É um problema de saúde pública, médica e mundial, a sua incidência e a sua prevalência são crescentes e acarretam custos elevados para o seu tratamento, nomeadamente na Hemodiálise (HD) e terapêutica medicamentosa.

Atualmente a HD é o tratamento de substituição renal mais utilizado a nível mundial, em que 90% dos doentes com Doença Renal Crónica Terminal (DRCT) são submetidos à HD, para a manutenção da vida (Jesus et al., 2018). A dor é um sintoma frequente nos doentes renais crónicos (DRC) que fazem hemodiálise (HD) como tratamento de substituição da função renal, os quais referem sentir diferentes tipos de dor, com intensidade e localização variáveis.

Assim sendo, com este trabalho de investigação pretendemos dar resposta à questão de investigação: Qual a prevalência da dor em doentes renais crónicos em tratamento de hemodiálise e sua relação com variáveis clínicas?

O DRC em tratamento de HD tem como necessidade major ser acompanhado por profissionais especializados, com conhecimentos teóricos e práticos, capazes de dar

auxílio de forma humanizada, prevenindo e tratando as complicações decorrentes do tratamento em HD, nomeadamente a dor.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Os rins têm como função vital a ultrafiltração, o equilíbrio ácido-base e eletrolítico, regulação da pressão sanguínea, excreção de resíduos e a regulação do metabolismo cálcio-fósforo. Aquando da DRC estas funções são postas em causa o que leva a alterações que originam disfunções endócrinas, metabólicas e distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-base (Mira et al., 2017).

Na DRC são classificados cinco estádios, em que no primeiro não há achados clínicos e laboratoriais visto que existe compensação dos nefrónios saudáveis pela perda de capacidade e, do segundo até ao quinto há uma diminuição da função renal progressiva. O quinto estádio reflete o estádio terminal, considerado falência renal, o qual resulta na indicação para terapêutica de substituição da função renal, incluindo a Hemodiálise, a Diálise Peritoneal e o Transplante Renal (Pretto et al., 2020).

Atualmente, a HD é o tratamento de substituição renal mais utilizado a nível mundial, em 90% dos doentes com Doença Renal Crónica Terminal (DRCT), cujo objectivo é a manutenção da vida (Jesus et al., 2018). Permite a eliminação de produtos do metabolismo como a creatinina, ureia e regulação de fluidos e eletrolíticos (Fielding, 2019). Assume assim grande importância para os doentes, pois aumenta a sua sobrevivência bem como a sua qualidade de vida.

No entanto, durante o tratamento de HD surgem complicações como como hipotensão, hipertensão, câibras, náuseas, calafrios, cefaleias e outras dores. Estas alterações podem estar relacionadas com as condições clínicas do doente e com as características do tratamento, nomeadamente o tipo de dialisador utilizado. Tudo isto vai exigir dos profissionais de saúde um acompanhamento atento e personalizado de forma a diminuir essas intercorrências e, conseqüentemente, a taxa de mortalidade (Evaristo et al., 2020).

A dor, mais do que um sintoma, é uma experiência incapacitante que pode estar associada a lesão renal e resulta em alterações significativas para o DRC, limitando as

suas actividades de vida diária que se repercute na qualidade de vida (Marques et al., 2016).

Segundo este autor, a dor identificada pelo DRC é intensa e com localizações variadas, relacionada com a incidência de várias patologias e perda de massa muscular, não descurando as intercorrências durante o tratamento que causam dor.

A dor tem a necessidade de ser identificada e quantificada para um tratamento e intervenção eficazes, sendo que a avaliação da dor confirma a importância da intervenção do enfermeiro para um reconhecimento fiel de forma a evitar erros.

Posto isto, verificamos que o enfermeiro é imprescindível, desde a identificação dos sinais e sintomas, como a dor, no diagnóstico e até ao tratamento, promovendo qualidade de vida, quer ajudando o doente na adaptação e no conhecimento, quer no acompanhamento qualificado direcionando o doente para o autocuidado, hábitos de vida saudável e promovendo o acompanhamento familiar. Ressalva-se ainda o facto de o enfermeiro participar no processo de realização da HD, destacando-se a resolução de necessidades identificadas durante cada sessão (Teodózio et al., 2018).

2. METODOLOGIA

Foi efetuado um estudo transversal, analítico. A população do estudo foi composta por 218 doentes renais crónicos em tratamento de HD, repartidos pelas três clínicas do Nordeste Transmontano (54 doentes na clínica 1; 108 doentes na clínica 2; 56 doentes na clínica 3).

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão para a obtenção da amostra para o estudo: ter idade igual ou superior a 18 anos, estar em tratamento há mais de três meses e apresentar dor em alguma parte do corpo na última semana, em algum momento do tratamento ou no seu quotidiano e que aceitaram participar no estudo.

Como critérios de exclusão foram considerados os doentes invisuais, doentes surdos, doentes com diagnóstico de transtorno psiquiátrico/demência, incapacidade cognitiva para a compreensão do questionário e doentes que se encontravam de férias no período de recolha de dados.

Assim sendo a amostra em estudo foi constituída por 140 doentes com IRC em tratamento de HD e foram excluídos 78 por não possuírem capacidade cognitiva/incapacidade de compreensão para responder.

O instrumento de recolha de dados utilizado no estudo é o questionário constituído por três partes (anexo II):

Parte I – Dados sociodemográficos: questões de resposta fechada e aberta que visam a caracterização do doente renal crónico relativamente ao género, idade (anos), estado civil, área de residência, com quem vive, grau de escolaridade, situação profissional, nível de rendimentos, crenças religiosas, tempo de demora na deslocação ao local de tratamento de hemodialise (horas) e tipo de transporte utilizado na deslocação ao local de tratamento de hemodiálise;

Parte II – Dados clínicos: questões de respostas fechadas que visam a caracterização do doente renal crónico relativamente à causa da doença renal crónica, comorbilidades, tempo de realização de HD (anos), duração da sessão de HD (horas), tipo de acesso e caracterização da dor;

Parte III – Composta pelo Inventário Resumido da Dor- Formulário Abreviado (BPI-SF) validado para a população portuguesa, foi feito o pedido de utilização aos autores de validação para a população portuguesa e ao autor da escala.

O Brief Pain Inventory (BPI) foi desenvolvido por Charles Cleeland, em 1991, e traduzido, adaptado culturalmente e validado para a população portuguesa por Azevedo et al. (2007), tendo sido designado por Inventário Resumido da Dor.

Este instrumento constitui um método prático de medição e avaliação da dor numa perspetiva multidimensional, com muito boas propriedades psicométricas, que tem vindo a ser crescentemente utilizado na prática clínica e na investigação (Azevedo et al., 2007)

É constituído por 15 itens, que avaliam a presença, severidade, localização, interferência funcional, estratégias terapêuticas utilizadas e eficácia do tratamento da dor.

Inclui um item dicotómico para verificação da existência de dor; um item para a localização da dor (através da indicação das áreas de dor num diagrama representativo do corpo humano); uma escala de severidade de dor constituída por quatro itens (itens

3, 4, 5, e 6- máximo, mínimo, em média e neste momento) com escalas numéricas de classificação (de 0 a 10, em que 0 = "sem dor" e 10 = "a pior dor que se pode imaginar"); um item para registo das estratégias terapêuticas aplicadas; um item que quantifica, em termos percentuais (de 0% a 100%, em que 0% = "nenhum alívio" e 100% = "alívio completo"), a eficácia dos tratamentos utilizados; uma escala de interferência funcional constituída por sete itens (itens 9a, 9b, 9c, 9d, 9e, 9f e 9g) com escalas numéricas de classificação (de 0 a 10, em que 0 = "não interferiu" e 10 = "interferiu completamente") que avaliam a interferência da dor na atividade geral, humor, mobilidade, trabalho, relações pessoais, sono e prazer de viver (Azevedo et al., 2007; Cleeland, 2009). O presente estudo bem como o instrumento de recolha de dados (IRD), foi submetido à apreciação da comissão de ética do Instituto Politécnico de Bragança.

Para a utilização do Inventário Breve da Dor foi solicitada autorização ao autor e aos responsáveis pela versão portuguesa (Faculdade de Medicina da Universidade do Porto), respetivamente, seguindo-se o pedido de autorização para aplicação dos questionários dirigido à direção das clínicas de hemodiálise do Nordeste Transmontano.

Foram aplicados os inquéritos ao longo de 2 meses (novembro e dezembro de 2022) e os dados obtidos foram transcritos para uma base de dados, pelo número de codificação atribuído, sendo utilizado o programa SPSS 26.0 (Statistical Package for Social Sciences®).

Para a análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva, recorrendo-se à distribuição de frequências e às medidas estatísticas: média, desvio padrão e mediana, assim como à representação gráfica. Na análise inferencial recorreu-se aos testes não paramétricos Mann-Whitney para detectar diferenças significativas entre dois grupos independentes, para comparação de três ou mais grupos utilizou-se o teste não paramétrico Kruskal-Wallis, atendendo à natureza das variáveis em análise (medição da intensidade da dor e da interferência da dor com ordenação) e ao facto de estas não verificarem o pressuposto da normalidade, sendo também utilizado o teste de independência do qui-quadrado para inferir sobre possíveis associações da existência de dor com as características do doente renal crónico.

3. RESULTADOS

Foram inquiridos 140 indivíduos que efetuam HD em três clínicas de localidades distintas: 47,1% (n=66) Clínica 1, 30,0% (n=42) Clínica 2 e 22,9% (n=32) Clínica 3.

Como se pode observar na Tabela 1, os indivíduos da amostra, na sua maioria, são do sexo masculino (62,9%), têm idade compreendida entre os 51 e 80 anos (63,6%), vivem em meio rural (55,0%), são casados (65,7%), vivem com o cônjuge ou cônjuge e filhos (65,0%), possuem o 1º ciclo (72,9%), são não activos profissionalmente (85,7% reformados), auferem um rendimento mensal baixo, entre 250€ e 500€ (53,6%) e todos eles (100%) responderam positivamente as crenças religiosas.

Verifica-se que quem a realiza HD há mais tempo é mais suscetível de apresentar dor não comum (dos 37 doentes que realizam hemodiálise há mais de seis anos, 28 registaram dor não comum). No que concerne à existência de dor durante o tratamento observa-se que a maioria dos inquiridos nestas circunstâncias também apresenta dor não comum e, pelo teste do qui-quadrado, concluiu-se que a existência de dor não comum está significativamente associada à dor durante o tratamento ($X^2=31,360$; $p<0,001$).

Por outro lado, a dor não comum não apresenta associação significativa com o potencial agravamento da dor durante o tratamento ($X^2=1,739$; $p=0,325$), mas está significativamente associada com a potencial persistência da dor em casa ($X^2=4,699$; $p<0,05$).

Na tabela 3, no que refere à interferência da dor nos diferentes campos da vida do doente renal, observa-se que os doentes com queixas a nível ósseo são mais queixosos, com exceção das dimensões Disposição e Prazer de viver, mas em termos estatísticos as diferenças não apresentam significância estatística, com exceção da dimensão Atividade geral.

Observando a tabela 4, pode-se afirmar que os doentes que realizam hemodiálise entre dois e seis anos sentem dor significativamente mais intensa no momento actual. No que trata o alívio da dor são os doentes renais que realizam hemodiálise há mais tempo que manifestam maior alívio, mas a diferença face os restantes não apresentam significância estatística. Quanto à interferência da dor nos diferentes campos da vida do doente renal, observa-se que os mais queixosos são os doentes com menos tempo

de tratamento de hemodiálise, com exceção da Atividade geral (são os que realizam hemodiálise entre dois e seis anos). No campo Atividade geral as diferenças observadas são estatisticamente significativas, pois o resultado apresentado para os doentes que realizam hemodialise há mais de seis anos é consideravelmente inferior aos outros dois grupos.

Quanto à interferência da dor nos diferentes campos da vida do doente renal (Tabela 5), observa-se que os mais queixosos são os doentes com acesso via cateter venoso central, com exceção da relação com as outras pessoas e o Sono. No campo trabalho normal as diferenças observadas são estatisticamente significativas, assim sendo pode-se afirmar que neste campo a dor interfere de forma mais intensa e significativa nos doentes com cateter venoso central.

Relativamente à intensidade da dor na última semana: máxima, mínima e média, observa-se (Tabela 6) que os doentes que tinham dor durante o tratamento apresentam os níveis médios mais elevados, assim como na intensidade da dor no momento de aplicação do questionário. Assim sendo, pode-se afirmar que os doentes com dor durante o tratamento apresentam intensidade de dor máxima e mínima, mais intensa e significativamente superior.

No que concerne ao alívio da dor, foram os doentes sem persistência da dor no domicílio que manifestam maior alívio, havendo diferença face os restantes doentes, com significância estatística ($p \leq 0.005$). Quanto à interferência da dor nos diferentes campos da vida do doente, observa-se que influencia mais os doentes com persistência da dor no domicílio. A Atividade geral, Disposição e Relação com as outras pessoas melhoram nos doentes cuja dor não persiste no domicílio, bem como a Capacidade de andar a pé, Trabalho normal, Sono e Prazer de Viver.

4. DISCUSSÃO

A presente investigação avaliou a prevalência de dor em doentes renais crónicos em programa regular de hemodiálise, tendo contado com a participação de 140 indivíduos.

No que diz respeito à caracterização sociodemográfica, salienta-se o facto de que a maioria dos inquiridos é do sexo masculino e tem idade compreendida entre os 51 e 80 anos. Estes resultados não são surpreendentes, uma vez que a prevalência da doença renal crónica é maior em pessoas mais velhas, como se verifica num estudo realizado em julho de 2018 o número de doentes em diálise rondava os 133.464, onde 58% eram do sexo masculino (Neves et al., 2020). Além disso, dados publicados recentemente em Portugal revelam que a doença renal crónica acomete pessoas com mais idade e do género masculino (Autoridade da Concorrência, 2020), sendo que também nos estudos de Sousa et al. (2018) e Sousa et al. (2017) se observa uma predominância de indivíduos do género masculino. Face às associações da dor, os resultados evidenciaram que a existência de dor não comum está significativamente associada ao género, em particular, ao género masculino, à dor durante o tratamento e à potencial persistência da dor do tratamento em casa.

No que se refere aos dados clínicos, os indivíduos inquiridos apresentam como causa mais comum da doença renal, a diabetes, seguida dos rins poliquísticos e da infeção renal. Quanto às comorbilidades destacam-se a diabetes, seguida da hipertensão e da doença cardíaca. Estes dados vêm confirmar que a diabetes é a principal causa da DRC (Jesus et al. 2018), assim como das comorbilidades (Pretto et al. 2020).

Nos resultados obtidos na questão sobre o sentir dor durante o tratamento de HD, concluiu-se que a maioria dos inquiridos sente dor e a mais referida é a dor em pontada e intermitente. A maioria dos doentes que manifesta dor no tratamento, referiu que a dor se agrava durante o mesmo, bem como persiste no domicílio. Outros estudos que abordam o tema evidenciam que a dor se encontra em 79% dos indivíduos durante a sessão de HD, mas após a HD a percentagem decresce (Pretto et al. 2020). Contudo, no estudo "Avaliação da intensidade da dor de pacientes renais crónicos em tratamento hemodialítico" observa-se que 50% dos indivíduos refere não sentir dor antes, durante nem após a HD (Marques et al. 2016).

No âmbito das características clínicas, interessa fazer referência ao facto de que a maior parte da amostra possui fístula arteriovenosa e de facto, a hemodiálise requer a presença de um acesso vascular pois é ele que contribui para a eficácia do tratamento

(David, 2015). No entanto, apesar de existirem diferentes acessos vasculares que podem ser utilizados na hemodiálise, a fístula arteriovenosa é o mais utilizado pois é também o mais seguro, o que implica menores gastos, apresenta menor risco de infeção e taxas de hospitalização (Pereira, 2018)

A dor não comum é uma das queixas mais observadas nos doentes com DRC em HD (Sadigova et al., 2020) e neste estudo, mais de metade da amostra sente dor durante o tratamento de hemodiálise e nestes, o tipo de dor mais referido é a dor em pontada. Relativamente à caracterização da dor na última semana, mais de metade da amostra refere sentir dor, sendo que o local mais referido foi o fundo das costas, seguido dos joelhos, pernas e estômago e de facto, entre as complicações que decorrem da hemodiálise, Tinôco et al. (2017) refere a dor lombar, a dor abdominal e ainda a dor torácica e a dor de cabeça. Como explicam autores como Marques et al. (2016) e Vides e Martins (2017), a dor muscular surge normalmente após as cãibras, provocadas pela remoção rápida de líquido corporal, as cefaleias são provocadas pelo aumento da pressão arterial e a dor torácica surge como reacção ao dialisador, também denominada como a síndrome de primeiro uso.

Os resultados obtidos revelaram também que metade da amostra faz tratamento/medicação para aliviar a dor, destacando-se a toma de paracetamol, a aplicação de pomadas e de calor, como medidas eficazes. A este respeito, interessa relevar a intervenção do enfermeiro, na medida em que se este profissional pode auxiliar o doente na identificação dos tipos de dor, no sentido de promover estratégias, farmacológicas ou não, para o seu alívio (Marques et al., 2016; Silva, 2020).

CONCLUSÃO

Neste estudo avaliamos a prevalência da dor através de um instrumento validado (BPI) chegando às seguintes considerações:

- Verificamos que quem realiza HD há mais tempo é mais suscetível a dor não comum;
- A maioria dos doentes renais crónicos (DRC) refere sentir dor não comum durante o tratamento e se arrasta até casa;

- São os DRC em HD que referem sentir dor mais intensa no momento actual;
- Os doentes com dor óssea são os mais queixosos.
- A prevalência da dor sentida na última semana é significativa para a maioria dos DRC (65% em 100%), enquanto no momento da aplicação do inventário, 80% afirmou não ter dor.
- Quanto ao alívio da dor constatamos que são os hemodialisados há mais tempo que manifestam mais alívio bem como os que a dor não persiste no domicílio.
- Os doentes com menos tempo de tratamento referem maior interferência da dor nos campos de vida, o mesmo se constata com os doentes portadores de Cateter Venoso Central que se referem mais queixosos quanto à interferência no campo da vida e no trabalho normal.

Perante os resultados encontrados, verificamos a urgência em contribuir, planear e melhorar os cuidados ao DRC na tentativa de promover melhor qualidade de vida e um maior conforto durante as sessões de HD.

Não devemos descurar esta problemática, para que se evolua ao nível da estrutura concetual da prática de cuidados, sempre na tentativa de uma melhoria contínua, direccionada ao indivíduo, família e comunidade.

BIBLIOGRAFIA

Autoridade da Concorrência. (2020).

Análise às condições de concorrência na prestação de cuidados de hemodiálise em Portugal. <https://www.concorrencia.pt/sites/default/files/importedmedia/Análise%2520às%2520condições%2520de%2520concorrência%2520na%2520prestação%2520de%2520dados%2520de%2520hemodiálise%2520em%2520Portugal.pdf>

Associação Portuguesa de Insuficientes Renais Crónicos. (2022, Setembro 4). *Associação Portuguesa de Insuficientes Renais Crónicos*. <https://www.apir.org.pt>

Azevedo, L., Pereira, A., Dias, S., Agualusa, L., Lemos, L., Romão, J., Castro-Lopes, J. (2007). Tradução, adaptação cultural e estudo multicêntrico de validação de instrumentos para rastreio e avaliação do impacto da dor crónica. *Dor*, 15(4), 6-56.

- Cleeland, C. (2009). The Brief Pain Inventory user guide. Disponível em <http://www.mdanderson.org/education-and-research/departments-programs-and-labs/departments-and-divisions/symptom-research/symptom-assessment-tools/BPI>
- David, M. (2015). *Os perfis de autocuidado das pessoas com insuficiência renal crónica em hemodiálise e a sua perceção da qualidade de vida* [Dissertação de mestrado]. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia.
- Fielding, C. (2019). Haemodialysis. In N. Thomas (Ed.), *Renal Nursing - care and management of people with kidney disease* (pp. 179-233). Oxford: WileyBlackwell.
- Jesus, N., Souza, G., Mendes-Rodrigues, C., Neto, O., Rodrigues, D., & Cunha, C. (2018). Qualidade de vida de indivíduos com doença renal crónica em tratamento dialítico. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 41(3), 364-374. DOI: 10.1590/2175-8239-JBN-2018-0152
- Marques, V., Benetti, P., Benetti, E., Rosanelli, C., Colet, C., & Stumm, E. (2016). Avaliação da Intencidade da Dor de pacientes renais crónicos em tratamento hemodialítico. *Revista Dor*, 17(2), 96-100. <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20160023>
- Mira, A., Garagarza, C., Correia, F., Fonseca, I., & Rodrigues, R. (2017). *Manual de Nutrição e Doença Renal*. Associação Portuguesa dos Nutricionistas.
- Neves, P., Sesso, C., Thomé, F., Lugon, J., & Nascimento, M. (2020) Censo Brasileiro de Diálise: análise de dados da década 2009-2018. *Braz. J. Nephrol.*, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 191-200 <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2019-0234>
- Ordem dos Enfermeiros (2016). *Cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise – Guia Orientador de Boa Prática*. Porto: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978-989-8444-36-3
- Pereira, H. (2018). *Autocuidado com a Fístula Arteriovenosa da Pessoa em Programa Regular de Hemodiálise* [Dissertação de mestrado]. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Pretto, C., Winkelmann, E., Hildebrandt, L., Barbosa, D., Colet, C., & Stumm, E. (2020). Qualidade de vida de pacientes renais crónicos em hemodiálise e fatores relacionados. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, e3327. DOI: 10.1590/1518-8345.3641.3327
- Sadigova, E., Ozkurt, S., & Yalcin, A. (2020). Pain Assessment in Hemodialysis Patients. *Cureus*, 12(2), e6903. DOI 10.7759/cureus.6903

Silva, F., Melo, G., Santos, R., Silva, R., Aguiar, L., & Caetano, J. (2020). Avaliação da dor em pacientes com insuficiência renal crónica em hemodiálise. *Revista RENE*, 21, e43685. DOI: 10.15253/2175-6783.20202143685

Sousa, L., Marques-Vieira, C., Marques, M., Reis, M., Bule, M., & José, H. (2019). Avaliação e efetividade da analgesia em pessoas submetidas a hemodiálise. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 5(2), 1832-1844. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/27294/1/AVALIAÇÃO%20E%20EFETIVIDADE%20DA%20ANALGESIA%20EM%20PESSOAS%20SUBMETIDAS%20A%20HEMODIÁLISE.pdf>

Teodózio, A., Santos, M., Reis, R. & Bezerra, D. (2018) O PAPEL DO ENFERMEIRO NOS CUIDADOS E ORIENTAÇÕES FRENTE AO PORTADOR DE INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA. *Revista Hórus*, v.13, n.1, p.14-27, 2018. 4421-47966035-2-PB.pdf

Tinôco, J., Paiva, M., Lúcio, K., Pinheiro, R., Macedo, B., Lira, A. (2017). Complicações em pacientes renais crónicos submetidos à hemodiálise. *Cogitare Enfermagem*, 22(4), e52907. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i4.52907>

Vides, M., & Martins, M. (2017). Avaliação da dor óssea em pacientes renais crónicos em hemodialise. *Revista Dor*, 18(3), 245-249. <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20170109>

TABELAS

Tabela 4- Caraterísticas Sociodemográficas dos indivíduos da amostra

Variável sociodemográfica	Opções de resposta	n	%
Sexo	Masculino	88	62,9
	Feminino	52	37,1
		140	100
Idade	Até 60 anos	24	17,1
	De 61 a 70 anos	30	21,4
	De 71 a 80 anos	59	42,1
	Mais de 80 anos	27	19,3
		140	100
Proveniência	Rural	77	55,0
	Urbano	63	45,0
		140	100
Estado Civil	Solteiro	12	8,6
	Casado/União de facto	92	65,7

	Divorciado/Separado	14	10,0
	Viúvo	22	15,7
		140	100
Com quem vive	Sozinho	21	15,0
	Cônjuge/companheiro	73	52,1
	Cônjuge e filhos	18	12,9
	Pais	5	3,6
	Outros	23	16,4
		140	100
Grau de escolaridade	Nenhum	8	5,7
	1º Ciclo	102	72,9
	2º ou 3º Ciclo	14	10,0
	Secundário ou Superior	16	11,4
		140	100
Situação Profissional	Ativo (trabalhador por conta própria ou de outrem)	20	14,3
	Não ativo (Reformado)	120	85,7
		140	100
Rendimento Mensal	Até 250€	15	10,7
	Rendimentos de 250€ a 500€	75	53,6
	Rendimentos de 500€ a 1000€	28	20,0
	Rendimentos superiores a 1000€	22	15,7
		140	100
Crenças Religiosas	Sim	140	100
	Não	0	0
		140	100

n- frequência absoluta; % - frequência relativa; \bar{X} - média; s – desvio padrão

Tabela 2– Relação entre a dor não comum e variáveis clínicas

Variáveis	Respostas	Dor				Total		X ² (p)
		Sim		Não		n	%	
		n	%	n	%	n	%	
Tempo realização hemodiálise	Até 2 anos	23	25,8	15	30,6	38	27,5	2,761 (0,257)
	De 2 a 6 anos	38	42,7	25	51,0	63	45,7	
	Mais de 6 anos	28	31,5	9	18,4	37	26,8	
	Total	91	100	49	100	140	100	
Tipo de acesso	Fístula arteriovenosa	82	90,1	45	91,8	127	90,7	0,113 ^a (0,498)
	Cateter venoso central	9	9,9	4	8,2	13	9,3	
	Total	91	100	49	100	140	100	
Dor durante o tratamento	Sim	68	75,9	13	26,5	81	58,3	31,360 (0,000)
	Não	22	24,4	36	73,5	58	41,7	
	Total	90	100	49	100	139	100	
Dor agrava-se durante	Sim	45	66,2	11	84,6	56	69,1	1,739 ^a (0,325)
	Não	23	33,8	2	15,4	25	30,9	

o tratamento	Total	68	100	13	100	81	100	
Dor persiste no domicílio	Sim	38	55,9	3	23,1	41	50,6	4,699 (0,037)
	Não	30	44,1	10	76,9	40	49,4	
	Total	68	100	13	100	81	100	

X² (p) – Estatística do teste de independência do qui-quadrado (valor de prova);^a – utilização do teste exato de Fisher

Tabela 3– Caracterização da intensidade e interferência da dor não comum por tipo de dor.

Dor (n=91)	Tipo de dor	\bar{X}	s	Z (p)
Dor máxima na última semana (1 a 10)	Óssea	6,48	1,99	-0,480
	Visceral	6,25	1,96	(0,631)
Dor mínima na última semana (1 a 10)	Óssea	4,06	1,55	-0,480
	Visceral	4,33	1,15	(0,631)
Dor média na última semana (1 a 10)	Óssea	4,85	1,19	-0,588
	Visceral	4,58	1,31	(0,588)
Dor neste momento (1 a 10)	Óssea	2,37	2,35	-1,097
	Visceral	1,58	1,51	(0,273)
Alívio da dor com medicação (0% a 100%)	Óssea	70,17	22,17	-0,825
	Visceral	76,00	20,66	(0,409)
Atividade geral (0 a 10)	Óssea	4,43	2,85	-2,362
	Visceral	2,08	2,68	(0,018)
Disposição (0 a 10)	Óssea	3,15	2,65	-1,948
	Visceral	4,58	2,19	(0,051)
Capacidade para andar a pé (0 a 10)	Óssea	3,91	3,03	-0,613
	Visceral	3,25	2,38	(0,540)
Trabalho normal (0 a 10)	Óssea	3,42	3,02	-0,871
	Visceral	2,58	2,39	(0,384)
Relações com as outras pessoas (0 a 10)	Óssea	2,20	2,53	-0,080
	Visceral	2,08	2,07	(0,936)
Sono (0 a 10)	Óssea	2,70	3,24	-1,133
	Visceral	1,67	2,57	(0,257)
Prazer de viver (0 a 10)	Óssea	1,68	2,73	-1,097
	Visceral	2,08	2,35	(0,273)

\bar{X} - média; s – desvio padrão; Z (p) – Estatística teste não paramétrico Mann-Whitney (valor de prova)

Tabela 4– Caracterização da intensidade e interferência da dor não comum por tempo de realização da hemodiálise

Dor (n=91)	Tempo de Realização de HD	\bar{X}	s	H (p)
Dor máxima na última semana (1 a 10)	Até 2 anos	5,78	1,83	5,096 (0,078)
	De 2 a 6 anos	6,89	1,77	
	Mais de 6 anos	6,36	2,30	
Dor mínima na última semana (1 a 10)	Até 2 anos	3,70	1,64	1,575 (0,455)
	De 2 a 6 anos	4,21	1,34	
	Mais de 6 anos	4,21	1,62	
Dor média na última semana (1 a 10)	Até 2 anos	4,48	1,38	3,472 (0,176)
	De 2 a 6 anos	5,08	1,08	

	Mais de 6 anos	4,71	1,21	
Dor neste momento (1 a 10)	Até 2 anos	1,87	1,98	6,190 (0,045)
	De 2 a 6 anos	2,89	2,47	
	Mais de 6 anos	1,82	2,13	
Alívio da dor com medicação (0% a 100%)	Até 2 anos	70,00	23,45	0,495 (0,781)
	De 2 a 6 anos	68,52	22,14	
	Mais de 6 anos	72,96	21,98	
Atividade geral (0 a 10)	Até 2 anos	4,35	3,16	8,443 (0,015)
	De 2 a 6 anos	4,95	2,64	
	Mais de 6 anos	2,75	2,78	
Disposição (0 a 10)	Até 2 anos	4,04	2,84	1,801 (0,406)
	De 2 a 6 anos	3,03	2,70	
	Mais de 6 anos	3,18	2,44	
Capacidade para andar a pé (0 a 10)	Até 2 anos	4,09	2,52	2,039 (0,361)
	De 2 a 6 anos	4,08	3,06	
	Mais de 6 anos	3,21	3,24	
Trabalho normal (0 a 10)	Até 2 anos	4,26	2,91	3,106 (0,212)
	De 2 a 6 anos	3,08	3,16	
	Mais de 6 anos	2,82	2,71	
Relações com as outras pessoas (0 a 10)	Até 2 anos	3,04	2,85	3,841 (0,147)
	De 2 a 6 anos	2,00	2,50	
	Mais de 6 anos	1,64	1,99	
Sono (0 a 10)	Até 2 anos	2,96	3,24	0,854 (0,653)
	De 2 a 6 anos	2,21	3,14	
	Mais de 6 anos	2,54	3,25	
Prazer de viver (0 a 10)	Até 2 anos	2,09	2,73	2,866 (0,239)
	De 2 a 6 anos	1,34	2,45	
	Mais de 6 anos	1,96	2,97	

\bar{X} - média; s - desvio padrão; Z (p) - Estatística teste não paramétrico Kruskal Wallis (valor de prova)

Tabela 5- Caracterização da intensidade e interferência da dor não comum por tipo de acesso

Dor (n=91)	Tipo de acesso	\bar{X}	s	Z (p)
Dor máxima na última semana (1 a 10)	Fístula arteriovenosa	6,59	1,90	-1,593
	Cateter venoso central	5,22	2,39	(0,111)
Dor mínima na última semana (1 a 10)	Fístula arteriovenosa	4,20	1,44	-1,578
	Cateter venoso central	3,22	1,86	(0,115)
Dor média na última semana (1 a 10)	Fístula arteriovenosa	4,89	1,15	-1,610
	Cateter venoso central	4,11	1,45	(0,107)
Dor neste momento (1 a 10)	Fístula arteriovenosa	2,28	2,31	-0,074
	Cateter venoso central	2,11	1,96	(0,941)
Alívio da dor com medicação (0% a 100%)	Fístula arteriovenosa	70,16	22,17	-0,907
	Cateter venoso central	77,50	19,82	(0,364)
Atividade geral (0 a 10)	Fístula arteriovenosa	3,93	2,90	-1,789
	Cateter venoso central	5,89	2,67	(0,074)
Disposição (0 a 10)	Fístula arteriovenosa	3,17	2,61	-1,878
	Cateter venoso central	4,89	2,37	(0,060)
Capacidade para andar a pé	Fístula arteriovenosa	3,67	2,96	-1,539

(0 a 10)	Cateter venoso central	5,22	2,64	(0,124)
Trabalho normal	Fístula arteriovenosa	3,11	2,93	-2,048
(0 a 10)	Cateter venoso central	5,11	2,67	(0,041)
Relações com as outras	Fístula arteriovenosa	2,26	2,54	-0,644
personas (0 a 10)	Cateter venoso central	1,56	1,59	(0,520)
Sono	Fístula arteriovenosa	2,57	3,25	-0,335
(0 a 10)	Cateter venoso central	2,44	2,40	(0,737)
Prazer de viver	Fístula arteriovenosa	1,61	2,54	-1,161
(0 a 10)	Cateter venoso central	2,89	3,66	(0,246)

Tabela 6– Caracterização da intensidade e interferência da dor não comum por sintomatologia da dor durante o tratamento

Dor (n=91)	Sente dor durante o tratamento	\bar{X}	s	Z (p)
Dor máxima na última semana (1 a 10)	Sim	6,74	1,84	-2,165
	Não	5,77	2,07	(0,030)
Dor mínima na última semana (1 a 10)	Sim	4,34	1,50	-2,625
	Não	3,45	1,26	(0,009)
Dor média na última semana (1 a 10)	Sim	4,97	1,11	-1,565
	Não	4,45	1,30	(0,117)
Dor neste momento (1 a 10)	Sim	2,47	2,44	-1,466
	Não	1,68	1,55	(0,143)
Alívio da dor com medicação (0% a 100%)	Sim	68,85	21,57	-1,238
	Não	76,25	22,17	(0,216)
Atividade geral (0 a 10)	Sim	4,13	3,00	-0,010
	Não	4,05	2,80	(0,992)
Disposição (0 a 10)	Sim	3,18	2,64	-0,993
	Não	3,77	2,64	(0,321)
Capacidade para andar a pé (0 a 10)	Sim	3,79	3,03	-0,019
	Não	3,82	2,82	(0,985)
Trabalho normal (0 a 10)	Sim	3,37	3,01	-0,428
	Não	3,00	2,81	(0,669)
Relações com as outras pessoas (0 a 10)	Sim	2,10	2,46	-0,745
	Não	2,55	2,52	(0,456)
Sono (0 a 10)	Sim	2,68	3,28	-0,362
	Não	2,32	2,85	(0,717)
Prazer de viver (0 a 10)	Sim	1,72	2,81	-1,051
	Não	1,86	2,29	(0,293)

\bar{X} - média; s – desvio padrão; H (p) – Estatística teste não paramétrico Mann-Whitney (valor de prova)

AUTOCONCEITO SEXUAL: ESTUDO DOS NÍVEIS E DIMENSÕES, NOS ADOLESCENTES DO INSTITUTO TÉCNICO DE FORMAÇÃO DE SAÚDE DA HUILA

Victor Hugo Bule Rafael⁴

Ana Maria Nunes Português Galvão⁵

Anabela Tavares de Carvalho Sachombe Martins⁶

Marco Paulo Braga Pinheiro⁷

Resumo: O presente estudo insere-se no campo de estudo das Ciências da Saúde. Objetivou-se estudar os níveis de autoconceito sexual nos adolescentes do Instituto Técnico de Formação em Saúde da Huila. No que diz respeito ao autoconceito sexual, constructo estudado na presente investigação, este pode ser entendido como a avaliação que cada indivíduo faz sobre os seus sentimentos e ações relativos à sua sexualidade e comportamento sexual, descrevendo o que o indivíduo pensa sobre o sexo e como se sente perante comportamentos sexuais. Definiram-se como objectivos gerais os seguintes: estudar o nível de autoconceito sexual e o nível em cada uma das dimensões em estudo, nos estudantes, definindo-se igualmente objectivos específicos e hipóteses de investigação. Depreende-se dos resultados encontrados que os jovens em estudo, em média, apresentam uma baixa motivação sexual e reduzidos níveis de sentimentos negativos em relação à sua sexualidade. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para várias dimensões de acordo com variáveis sociodemográficas. Conclui-se que os níveis de autoconceito sexual, em especial no que diz respeito às dimensões motivação e vigilância, apresentam resultados bastante diferentes do que de estudos realizados em Portugal. Estes dois fatores podem ser resultado de uma desinformação sexual desta população, recomendando-se um estudo mais aprofundado.

Palavras-chave: educação sexual; estudantes; comportamentos de saúde

SEXUAL SELF-AWARENESS: STUDY OF THE LEVELS AND DIMENSIONS AMONG ADOLESCENTS OF THE HUILA TECHNICAL HEALTH TRAINING INSTITUTE

Abstract: The present study is part of the field of study of Health Sciences. The objective was to study the levels of sexual self-awareness in adolescents at the Instituto Técnico de Formação em Saúde da Huila. With regard to sexual self-awareness, a construct studied in the present investigation, it can be understood as the assessment that each individual makes about their feelings and actions related to their sexuality and sexual behavior, describing what the individual thinks about sex, and feelings towards sexual behaviors. The following general objectives were defined: to study the level of sexual self-awareness and the level in each of the dimensions under study, in students, also defining specific objectives and research hypotheses. It appears from the results found that the young people in the study, on average, have low sexual

⁴ Mestre em Saúde Pública pelo ISP Jean Piaget de Benguela, victorhugorafael@hotmail.com

⁵ Doutora em Psicologia, Instituto Politécnico de Bragança, anagalvao@ipb.pt

⁶ Mestre em Psicologia, ISP Jean Piaget de Benguela, anabela.martins.mb@gmail.com

⁷ Especialista, ISCTE-IUL, marco.paulo.pinheiro@iscte-iul.pt

motivation and reduced levels of negative feelings about their sexuality. Statistically significant differences were found for several dimensions according to sociodemographic variables. It is concluded that the levels of sexual self-awareness, especially with regard to the dimensions of motivation and vigilance, present quite different results than studies carried out in Portugal. These two factors may be the result of sexual misinformation in this population, recommending, therefore, a more in depth study.

Keywords: sexual education; students; health behaviors

INTRODUÇÃO

William James foi o primeiro psicólogo a desenvolver uma teoria acerca do autoconceito. Este constructo do self pode entender-se, segundo vários autores, como a percepção que o sujeito tem de si mesmo, a forma como se percebe, sendo que essa definição de si, surge das interações com os outros e reflete as características, expectativas e avaliações dos outros (Marsh, Seaton, 2013). Assim, as percepções oriundas do mundo exterior são os ingredientes básicos a partir dos quais se desenvolve e se mantém o autoconceito. O autoconceito, seguindo o raciocínio de vários autores, possui múltiplas facetas, é relativamente estável, avaliativo, diferenciável e tem capacidade para se desenvolver e se organizar hierarquicamente (Marsh, Seaton, 2013).

Para a OMS (Pan American Health Organization, WHO, 2000):

A sexualidade é uma energia que nos motiva a procurar amor, contato, ternura e intimidade; que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental” (p. 50).

Esta definição, apesar de todas as suas fragilidades, limitações e contornos pouco claros, é certamente uma das mais divulgadas de entre as definições de sexualidade. A sexualidade é um aspeto central do ser humano ao longo da vida e inclui o sexo, género, identidades e papéis, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. Sendo a sexualidade experienciada e expressa através de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relações.

O autoconceito constitui-se como parte integrante da personalidade de cada indivíduo, influenciando o bem-estar psíquico e a qualidade de vida, de forma positiva ou negativa. Da mesma forma, os níveis de saúde mental podem influenciar aspetos da sexualidade humana, de forma positiva ou negativa.

O autoconceito pode ser entendido como a percepção que uma pessoa tem de si mesma, um conjunto de cognições que possui de si própria, que se formam a partir das experiências e relações com o meio, configurando-se, de forma constante, nas interações sociais com os demais (Marsh, Seaton, 2013).

No sentido de facilitar o estudo dos múltiplos aspetos inerentes ao autoconceito sexual, Snell (1998) desenvolveu um Modelo Multidimensional do Autoconceito Sexual (MMAS), preconizando que a adaptação e a definição que cada indivíduo faz de si em relação aos aspetos sexuais da sua vida são características do bem-estar pessoal nas relações íntimas, considerando para tais diversos aspectos definidores de um conjunto de dimensões relacionadas com a globalidade do termo autoconceito sexual. Este constructo é constituído por fatores cognitivos, afetivos e motivacionais, sendo estes aglomerados numa escala de vinte subescalas de autoapreciação: ansiedade sexual, autoeficácia sexual, consciência sexual, motivação para evitar comportamentos sexuais de risco, controlo externo da sexualidade (sorte/ acaso), controlo interno da sexualidade, preocupação sexual, assertividade sexual, otimismo sexual, auto-culpabilização sexual negativa, autovigilância sexual, motivação sexual, *coping* sexual, autoestima sexual, satisfação sexual, auto-esquemas sexuais, medo do sexo, prevenção de problemas sexuais e depressão sexual (Snell, Papini, 1989; Snell, 1998).

Por sua vez, o autoconceito sexual, pode ser definido, como a imagem que cada adolescente tem de si mesmo, sendo decisiva quando se trata de estabelecer relações com os outros, incluindo, sem dúvida, as relações sobre sexualidade. Neste sentido, há questões que se colocam ao adolescente: gosto do meu corpo?; considero-me atraente?; gosto dos meus relacionamentos?. As respostas a estas questões irão traduzir-se num autoconceito sexual mais ou menos elevado.

Assim, o autoconceito sexual, pode ser entendido como a avaliação que cada um de nós realiza sobre os seus sentimentos e ações acerca da sua sexualidade e comportamento sexual, descrevendo o que cada um de nós pensa sobre o sexo e como

nos sentimos face a comportamentos sexuais. Esta conceção é influenciada tanto por fatores cognitivos, como afetivos e motivacionais, abraçando uma multiplicidade de variáveis que se apregoam como relevantes na operacionalização do conceito de autoconceito sexual como, motivação sexual, satisfação sexual, autoeficácia sexual, depressão sexual, medo do sexo, autovigilância sexual, otimismo sexual, controlo interno da sexualidade, autoestima sexual e ansiedade sexual (Snell, Papini, 1989; Snell, 1998).

O autoconceito sexual, imbuído de todas as suas dimensões e características, pode condicionar e determinar a perceção que cada individuo elabora em relação aos aspetos sexuais da sua vida que, por sua vez, como causa ou efeito, influenciam o bem-estar psíquico do mesmo, ou seja, a sua saúde mental. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a saúde mental pode ser definida como (WHO, 2013) “um estado de bem-estar, no qual o indivíduo está consciente das suas próprias capacidades, podendo enfrentar as tensões normais da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e é capaz de dar o seu contributo à comunidade.” (p. 9); ou ainda “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças” (p. 28). Por sua vez, “a saúde sexual pode ser entendida como um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade, não significando apenas a ausência de disfunção ou doença” (WHO, 2017, p. 3).

Posto isto, se o autoconceito sexual está relacionado com aspetos intra e interpessoais, é coerente pensar que quando surge uma perturbação mental ou sintomatologia disfuncional, a sexualidade se altere. Sendo que as pessoas com níveis de saúde mental mais fraca, tendem a ter um autoconceito mais pobre (Berdychevsky, Gibson, 2015). Com efeito, os problemas psicológicos têm quase sempre uma expressão corporal e as alterações orgânicas provocam quase sempre alguma perturbação a nível psicológico. Uma vez rejeitado o dualismo cartesiano, é de supor que aquilo que acontece a nível físico ou a nível mental se influencie mutuamente, perturbando o individuo na sua globalidade. Assim, baixos níveis de saúde mental costumam produzir um quadro de problemas emocionais nos quais a parte afetiva é posta em causa, o que por sua vez influencia a expressão de sentimentos, a relação interpessoal, bem como a sexualidade humana (WHO, 2001).

A construção dos aspetos sexuais de si mesmo não está desassociada da atividade sexual propriamente dita e, particularmente, do início da vida sexual. É um facto que os jovens iniciam a sua vida sexual cada vez mais cedo (WHO, 2018), contudo, essa iniciação varia dependendo do género e dos países (Stern & Medina, 2000).

Relativamente à sexualidade, esta é uma das componentes essenciais do corpo, da vida e das relações interpessoais dos seres humanos, por isso mesmo, é também uma das componentes do nosso crescimento, das nossas aprendizagens e da nossa socialização. A sexualidade pode envolver incerteza, dúvida e vulnerabilidade sobre o corpo e o seu desempenho, recorrendo a pensamentos, sentimentos e comportamentos (Pan American Health Organization, WHO, 2000; WHO, 2018), sendo a exposição íntima do corpo causadora de algum desconforto e insegurança sobretudo pelo medo de ser avaliado negativamente pelo parceiro. Assim, a sexualidade pode ser afetada pelas relações interpessoais que cada indivíduo estabelece, pela cultura do sujeito, pelas circunstâncias de vida de cada pessoa, pela atração mútua, pelo contacto psicofísico e não exclusivamente genital, pela consciência de sexo, que abarca o próprio sexo e o oposto e pelo comportamento sexual (Pan American Health Organization, WHO, 2000; WHO, 2010).

1. METODOLOGIA

Objetivos Gerais, Específicos e Hipóteses de Investigação

Definiram-se como objectivos gerais os seguintes: estudar o nível de autoconceito sexual e o nível em cada uma das dimensões em estudo, nos estudantes do Instituto Técnico de Formação de Saúde da Huila (ITFSH).

Como objectivos específicos, definiram-se os seguintes:

1. Qual o nível de Autoconceito Sexual total dos estudantes do ITFSH;
2. Qual o nível das dimensões de Autoconceito Sexual dos estudantes do ITFSH.

Colocaram-se também as seguintes hipóteses de investigação:

1. Existem diferenças no nível das seis dimensões em estudo, de acordo com o sexo;
2. Existem diferenças no nível das seis dimensões em estudo, de acordo com a idade;
3. Existem diferenças no nível das seis dimensões em estudo, de acordo com o curso;
4. Existem diferenças no nível das seis dimensões em estudo, de acordo com o estar ou não numa relação amorosa;
5. Existe uma relação entre as seis dimensões de autoconceito sexual em estudo.

Questões Éticas

Foram cumpridos todos os procedimentos éticos ao longo do presente trabalho e todas as autorizações necessárias foram obtidas das entidades competentes. A participação foi voluntária e anónima, não havendo possibilidade de identificar os respondentes nem foram colocadas questões que possam possibilitar essa mesma identificação. Foi explicado aos participantes o objectivo do estudo e que a participação era voluntária. Cumpriram-se as normas conforme a Declaração de Helsínquia (World Medical Association, 1974; World Medical Association, 2013).

Instrumento de Recolha de Dados

Como instrumento de recolha de dados foi utilizado um questionário, composto por duas partes: questões sociodemográficos (idade, sexo e se se encontra numa relação amorosa), dados académicos (curso e ano que frequenta), questões físicas (altura e peso) e de autoconceito corporal (autoconceito sobre o peso, estatura e aparência); e o Questionário de Autoconceito Sexual (QAS). O Questionário Multidimensional do Autoconceito Sexual (QMAS) foi elaborado por Snell em 1998, sendo que a versão original, *Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire*, é constituída por 101 itens (Snell, 1998). Foi validado em população universitária com idades compreendidas entre os 16 e 25 anos.

A versão portuguesa aqui utilizada, foi validada para a população portuguesa por Noné (2014) e consiste num questionário de autorrelato de 50 itens, respondidos

numa escala de tipo *Likert* que varia entre 1 e 5, sendo que 1 corresponde a “não me caracteriza nada” e 5 corresponde a “caracteriza-me bastante”.

O questionário, avalia seis dimensões: Autoconceito Sexual Total; Locus de Controlo Emocional; Emoções Negativas; Controlo Futuro; Motivação Sexual; e, Vigilância.

Pontuações médias mais altas indicam um autoconceito sexual mais elevado.

Caraterização da Amostra

Responderam ao questionário 200 estudantes, conforme pode ser observado na (Tabela 5). A maioria dos respondentes é do sexo feminino ($n=137$; $\%=68.5$), a idade com maior número de respondentes é 20 anos ($n=49$; $\%=24.5$), o curso mais representado é o de Análises Clínicas ($n=57$; $\%=28.5$) e a maioria dos respondentes não está numa relação amorosa ($n=131$; $\%=65.5$).

Tratamento Estatístico e Análise de Dados

Procedeu-se a um estudo exploratório, descritivo, correlacional e transversal em termos temporais.

Para avaliar a consistência interna do autoconceito sexual total e das restantes cinco dimensões, foram calculados os respetivos alfas de Cronbach (Cronbach, 1951; Cronbach, 1988).

Procedeu-se à análise da normalidade da distribuição dos dados, para os vários grupos em estudo, através da observação visual dos gráficos de dispersão e pelo teste de Shapiro-Wilk (Thode, 2002; Ghasemi, Zahediasl, 2012), bem como ao cálculo da homogeneidade das variâncias para cada dimensão e respetivo grupo, para definir os testes correlacionais a utilizar, paramétricos ou não-paramétricos (Qualls, et al., 2010; Winkens, et al., 2017; Van Hoek, et al., 2019). Nos casos em que existia diferenças estatisticamente significativas, foi também calculado o tamanho de efeito através do d de Cohen (Cohen, 1988; Sullivan, Feinn, 2012).

2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

Para responder às primeiras seis questões de investigação: quais os níveis de Autoconceito Sexual; Locus de Controlo Emocional; Emoções Negativas; Controlo

Futuro; Motivação Sexual; e Vigilância dos estudantes do ITFSH, calcularam-se os valores mínimos, máximos, médios e respetivos desvios padrão, para estas seis dimensões, sendo os resultados apresentados na Tabela 6. Conforme pode ser observado, as pontuações médias nas seis dimensões encontram-se próximos da média teórica de 3. Saliente-se, como pontuações mais desviantes dessa mesma média, as emoções negativas ($M=3.64$; $DP=.635$), evidenciando que é a dimensão mais positiva das seis, ou seja, os indivíduos da amostra mostram relativamente poucas emoções negativas em relação à sua sexualidade, e a motivação sexual, com a pontuação relativamente mais baixa ($M=2.39$; $DP=.659$).

Consistência Interna

A consistência interna das seis dimensões foi calculada através dos respetivos alfas de Cronbach, sendo que os resultados são apresentados na Tabela 7.

Verifica-se, pelos dados da Tabela 7, que a consistência interna das várias dimensões, com exceção do Locus de Controlo Emocional, está no nível questionável ou inaceitável. No entanto, tal não invalida o presente estudo, que é de natureza exploratório. Estes resultados poderão também indicar a necessidade de aferir o questionário para a população angolana, fazendo eventuais adaptações.

Análise Correlacional

Para responder às hipóteses de investigação, foi necessário proceder a análises correlacionais. Assim, como primeiro passo, foi necessário definir a natureza dos testes a efetuar – paramétricos ou não paramétricos – recorrendo, para tal, ao teste de Shapiro-Wilk e observação gráfica visual, para verificar a distribuição normal, ou não, dos dados sob análise. Verificou-se que os dados da maioria das dimensões em estudo, para as várias variáveis independentes a analisar, não apresentava uma distribuição normal, optando-se, nesses casos, por testes não paramétricos (Kruskal-Wallis, Mann-Whitney e Coeficientes de Correlação de Spearman). Nos restantes casos optou-se por testes paramétricos (ANOVA e teste t para amostras independentes). Os testes efetuados para testar cada uma das hipóteses de investigação, são apresentados na Tabela 4.

Os resultados dos testes das primeiras sete hipóteses de investigação, são apresentados na Tabela 5, incluindo esta tabela somente as diferenças estatisticamente significativas. Os dados na Tabela 5 indicam-nos que as variáveis independentes idade e se está ou não numa relação amorosa, são aquelas onde mais diferenças estatisticamente significativas existem. Para a variável independente idade, estas diferenças existem para duas dimensões: motivação sexual; e vigilância, tendo estas diferenças um tamanho de efeito grande em cinco das sete situações. De realçar que é o grupo com 15 anos de idade que mais diferenças estatisticamente significativas apresenta, quando comparado com outros grupos, sendo que é este grupo que menor motivação sexual demonstra ($M=2.02$; $DP=.529$) e maior nível de vigilância ($M=4.29$; $DP=.676$).

No que diz respeito às diferenças estatisticamente significativas entre aqueles que namoram e os que não namoram, é de salientar que os que namoram apresentam maiores níveis de autoconceito sexual, locus de controlo emocional, controlo do futuro e motivação sexual, mas também o mais baixo nível de vigilância.

Para testar a última hipótese de investigação, calcularam-se os coeficientes de correlação de Spearman, apresentando-se os resultados na

Tabela 10. Verifica-se através dos coeficientes de correlação de Spearman que existem correlações estatisticamente significativas entre todas as dimensões, com exceção da combinação autoconceito sexual total e emoções negativas sendo que as restantes correlações variam entre o fraco ($0.20 \leq \rho \leq 0.39$) e muito forte ($0.80 \leq \rho \leq 1.00$) (Schober, Schwarte, 2018).

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente estudo, não obstante, a sua natureza exploratória, alerta-nos para alguns factos que devem ser levados em consideração em estudos futuros, estudos esses que recomendamos.

Em primeiro lugar, quando comparando os resultados do presente estudo com o estudo efetuado para validar o questionário de autoconceito sexual em Portugal (Noné, 2014), verifica-se que a população do presente estudo apresenta níveis de motivação sexual bastante inferiores aqueles verificados no estudo de Noné (2014).

Assim, onde no presente estudo a motivação sexual média se situa nos 2.63 para os respondentes do sexo masculino e nos 2.29 para os do sexo feminino, no estudo de Noné (2014), estes mesmos valores situam-se nos 3.46 e 3.19 respetivamente.

Por outro lado, a pontuação média na dimensão vigilância, no nosso estudo, situa-se nos 3.64 para os estudantes do sexo masculino e nos 3.73 para as estudantes, sendo estes valores consideravelmente superiores aos verificados por Noné (2014), com valores médios respetivamente de 1.99 e 2.35.

Estas duas diferenças podem, em parte, dever-se a diferenças culturais, em que a sexualidade nos dois países é encarada de forma diferente. Por outro lado, não podemos ignorar o facto de o estudo em Portugal ter sido realizado com adultos com uma idade média de 27.68 anos, ou seja, muito mais velhos do que a amostra utilizada no nosso estudo.

É igualmente de salientar que a consistência interna das várias dimensões no nosso estudo, com exceção do Locus de Controlo Emocional, ser abaixo de aceitável e consideravelmente abaixo daquelas verificadas por Noné (2014), em que os alfas de Cronbach variavam entre os 0.77 e 0.96, o que pode indicar a necessidade de estudos adicionais para o questionário que foi utilizado, nomeadamente a validação do questionário para a população angolana.

Verificou-se igualmente que a dimensão motivação sexual, é aquela que mais é influenciada por fatores sociodemográficos como o sexo, a idade, se se encontra numa relação amorosa ou o curso que frequenta.

Não obstante encontrar-se diferenças, os resultados do presente estudo podem ser considerados positivos, porque por um lado existe uma motivação sexual baixa e um nível de vigilância alta, podendo assim ser uma base para a evitação de situações de risco ou doença relacionadas com a vida sexual dos jovens. A título de exemplo, num estudo realizado em 2015, com 337 estudantes do Instituto Politécnico de Bragança, verificou-se baixos níveis de conhecimento sobre o Papiloma Vírus Humano (HPV) e Cancro do Colo do Útero (CCU), uma das ISTs mais comuns nos países ocidentais (Galvão, et al., 2016).

CONCLUSÃO

Conclui-se que os níveis de autoconceito sexual, em especial no que diz respeito às dimensões motivação e vigilância, apresentam resultados bastante diferentes do que de estudos realizados em Portugal. Estes dois fatores podem estar relacionados na nossa opinião, sendo que a relativa alta vigilância e baixa motivação, podem ser resultado de uma desinformação sexual desta população.

Contudo, mesmo com as diferenças aqui assinaladas entre o presente estudo e outros realizados, o nosso estudo indica que, em geral, os respondentes têm um autoconceito sexual bom e sentem-se bem com o seu aspeto físico em termos do volume corporal, a estatura e a sua aparência, fatores estes que são de salientar, já que a autoimagem corporal é um aspeto importante na fase de vida em que estes respondentes se encontram, já que a autoestima é determinante para o seu desenvolvimento emocional e psicológico (WHO, 2010).

Assim, recomenda-se que sejam implementados programas de educação sexual no instituto em apreço e que seja simultaneamente realizado um estudo longitudinal, para verificar se estes programas surtem o efeito desejado.

Recomenda-se que seja também feito um estudo de validação da escala utilizada, para a população angolana.

A problemática da gravidez precoce na adolescência, muitas vezes por falta de informação sexual, sobretudo no seio familiar, agudiza o problema e como consequência provoca a desistência no círculo escolar, pelo que se aconselha o corpo docente, em acordo com as indicações do Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, a abordar, nas aulas, sem tabu, a sexualidade, de modo a que os adolescentes dominem a temática em causa, contribuindo ainda na abstinência do uso do sexo antes da idade permitida.

Tendo em conta o Decreto nº 131/06 de 03 de Novembro, que diz que à Secção de Saúde Escolar compete organizar, controlar e elaborar programas de saúde escolar e que nesse sentido deve traçar políticas, dinamizar todas as acções em parceria com a Direcção Nacional de Saúde Pública, sugerimos que as escolas estabeleçam parcerias com o sector da saúde no sentido de serem realizadas palestras nas escolas sobre a importância do planeamento familiar.

BIBLIOGRAFIA

Berdychevsky L, Gibson HJ. 2015. Sex and risk in young women's tourist experiences. Context, likelihood, and consequences. *Tour Manag.* 51:78–90. doi:10.1016/j.tourman.2015.04.009.

Cohen J. 1988. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Galvão A, Costa C, Gomes MJ, Noné AR. 2016. Literacia sobre o Papiloma Vírus Humano (HPV) e Cancro do Colo do Útero (CCU): estudo exploratório em estudantes da área da saúde do ensino superior. In: 3º Congresso da Ordem dos Psicólogos Portugueses. p. 5–16.

Van Hoek G, Portzky M, Franck E. 2019. The influence of socio-demographic factors, resilience and stress reducing activities on academic outcomes of undergraduate nursing students: A cross-sectional research study. *Nurse Educ Today.* 72(July 2018):90–96. doi:10.1016/j.nedt.2018.10.013.

Marsh HW, Seaton M. 2013. Academic self-concept. In: *International Guide to Student Achievement*. London: Routledge. p. 62–63.

Noné AR. 2014. *Saúde Mental e Autoconceito Sexual : uma comparação entre uma amostra clínica e não clínica (Dissertação de Mestrado)*. Universidade da Beira Interior.

Qualls M, Pallin DJ, Schuur JD. 2010. Parametric versus nonparametric statistical tests: The length of stay example. *Acad Emerg Med.* 17(10):1113–1121. doi:10.1111/j.1553-2712.2010.00874.x.

Ritchwood TD, Ford H, DeCoster J, Lochman JE, Sutton M. 2015. Risky sexual behavior and substance use among adolescents: A meta-analysis. *Child Youth Serv Rev.* 52:74–88. doi:10.1016/j.chilyouth.2015.03.005.

Schober P, Schwarte LA. 2018. Correlation coefficients: Appropriate use and interpretation. *Anesth Analg.* 126(5):1763–1768. doi:10.1213/ANE.0000000000002864.

Snell WE. 1998. The multidimensional sexual self-concept questionnaire. In: *Handbook of sexuality-related measures*. London: Routledge. p. 521–524.

Snell WE, Papini DR. 1989. The sexuality scale: an instrument to measure sexual self-

- esteem, sexual depression, and sexual preoccupation. *J Sex Res.* 26(2):256–263.
- Sullivan GM, Feinn R. 2012. Using Effect Size—or Why the P Value Is Not Enough. *J Grad Med Educ.* 4(3):279–282. doi:10.4300/JGME-D-12-00156.1.
- WHO. 2001. International classification of functioning, disability and health (ICF). Geneva: World Health Organization.
- WHO. 2010. Standards for Sexuality Education in Europe: A framework for policy makers, educational and health authorities and specialists. Cologne.
- WHO. 2013. Investing in mental health: evidence for action. Geneva: WHO.
- WHO. 2017. Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach. Geneva.
- WHO. 2018. Adolescents: health risks and solutions Factsheet. World Heal Organ Web Page.:1–8. doi:10.1109/20.951041. [accessed 2018 Aug 3]. <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>.
- Winkens B, Engelen GJJA, Verhey FRJ, Schols JMGA, Collet J, de Vugt ME. 2017. Well-being of nursing staff on specialized units for older patients with combined care needs. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 25(2):108–118. doi:10.1111/jpm.12445.
- World Medical Association. 2013. World Medical Association Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. 310(20):2191–2194. doi:10.3917/jib.151.0124.

TABELAS

Tabela 5 - Caraterização da Amostra

		n	%
Sexo	Masculino	63	31.5%
	Feminino	137	68.5%
	Total	200	100.0%
Idade	15 Anos de Idade	18	9.0%
	16 Anos de Idade	29	14.5%
	17 Anos de Idade	33	16.5%
	18 Anos de Idade	43	21.5%
	19 Anos de Idade	28	14.0%
	20 Anos de Idade	49	24.5%
	Total	200	100.0%

Curso	Enfermagem	40	20.0%
	Fisioterapia	44	22.0%
	Análises Clínicas	57	28.5%
	Nutrição	33	16.5%
	Farmácia	26	13.0%
	Total	200	100.0%
Namorado	Sim	69	34.5%
	Não	131	65.5%
	Total	200	100.0%

Tabela 6 - Pontuações do Questionário de Autoconceito Sexual e Subescalas

	Mín.	Máx.	M	DP	n
Autoconceito Sexual Total	2.34	3.93	3.09	.325	200
Locus de Controlo Emocional	1.00	4.60	2.74	.814	200
Emoções Negativas	1.51	5.00	3.64	.635	200
Controlo do Futuro	1.33	4.50	3.09	.685	200
Motivação Sexual	1.00	4.33	2.39	.659	200
Vigilância	1.40	5.00	3.70	.839	200

Tabela 7 - Alfas de Cronbach das Seis Dimensões do Autoconceito Sexual

Dimensão	α	Classificação
Autoconceito sexual total	.645	Questionável
Locus de Controlo Emocional	.853	Bom
Emoções Negativas	.685	Questionável
Controlo Futuro	.663	Questionável
Motivação Sexual	.468	Inaceitável
Vigilância	.619	Questionável

Tabela 8 - Testes Efetuados para as Hipóteses de Investigação

Hipótese de investigação	Testes efetuados
Existem diferenças no nível das seis dimensões em estudo, de acordo com o sexo	Testes de Mann-Whitney, testes <i>d</i> de Cohen
Existem diferenças no nível das seis dimensões em estudo, de acordo com a faixa etária	Testes de Kruskal-Wallis, teste ANOVA para a dimensão Emoções Negativas, testes de Mann-Whitney, testes <i>t</i> para amostras independentes para as combinações da dimensão Emoções Negativas, testes <i>d</i> de Cohen
Existem diferenças no nível das seis dimensões em estudo, de acordo com o curso	Testes de Kruskal-Wallis, testes de Mann-Whitney, testes <i>d</i> de Cohen
Existem diferenças no nível das seis dimensões em estudo, de acordo com o estar ou não numa relação amorosa	Testes de Kruskal-Wallis, testes de Mann-Whitney, testes <i>d</i> de Cohen

Existe uma relação entre as seis dimensões de autoconceito sexual em estudo Coeficientes de correlação de Spearman

Tabela 9 - Diferenças Estatisticamente Significativas entre Grupos

Hipótese	Dimensão	Grupos	M	DP	p	d de Cohen
H1	Motivação Sexual	Masculino	2.63	.674	.001	0.52 (médio)
		Feminino	2.29	.626		
H2	Motivação Sexual	15 anos	2.02	.529	.021	0.77 (médio)
		19 anos	2.48	.653		
	Motivação Sexual	15 anos	2.02	.529	.002	0.98 (grande)
		20 anos	2.61	.673		
	Vigilância	15 anos	4.29	.676	.002	0.96 (grande)
		17 anos	3.51	.927		
	Vigilância	15 anos	4.29	.676	.005	0.87 (grande)
		18 anos	3.64	.816		
	Vigilância	15 anos	4.29	.676	.001	1.13 (grande)
		19 anos	3.55	.628		
	Vigilância	15 anos	4.29	.676	.003	0.90 (grande)
		20 anos	3.62	.809		
Vigilância	16 anos	3.93	.939	.028	0.48 (pequeno)	
	19 anos	3.55	.628			
H3	Motivação Sexual	Análises Clín.	2.20	.693	.008	0.51 (médio)
		Fisioterapia	2.55	.673		
	Motivação Sexual	Análises Clín.	2.20	.693	.014	0.55 (médio)
		Farmácia	2.57	.654		
Autoconceito Sexual Total	Namora	3.19	.313	.001	0.47 (pequeno)	
	Não Namora	3.04	.319			
Locus de Controlo Emocional	Namora	3.00	.775	.001	0.51 (médio)	
	Não Namora	2.60	.802			
H4	Controlo do Futuro	Namora	3.23	.657	.024	0.33 (pequeno)
		Não Namora	3.01	.690		
	Motivação Sexual	Namora	2.59	.682	.004	0.46 (pequeno)
		Não Namora	2.29	.626		
	Vigilância	Namora	3.51	.858	.026	0.35 (pequeno)
		Não Namora	3.80	.814		

Tabela 10 - Correlações de Spearman - ACS e Subescalas

	ACS	LCE	EN.	CF	MS	V
Autoconceito Sexual Total	1.000					
Locus de Controlo Emocional	.822**	1.000				
Emoções Negativas	-.127	-.460**	1.000			
Controlo do Futuro	.769**	.691**	-.475**	1.000		
Motivação Sexual	.470**	.427**	-.339**	.386**	1.000	

Vigilância	-.298**	-.586**	.540**	-.471**	-.459**	1.000
------------	---------	---------	--------	---------	---------	-------

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

CONFERÊNCIAS

INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM E EVOLUÇÃO DOS CUIDADOS

Maria Gorete de Jesus Baptista^{1,2}

Na saúde, a dimensão cuidadora ou do cuidar está muito associada à profissão de enfermagem, mas o cuidado está presente nos fazeres e saberes dos trabalhadores de saúde, em todos os atos voltados para o outro e que promovem a saúde ou combatem a doença, biopsicossocial e espiritual. Assim sendo, a dimensão do cuidado não poderia deixar de ter uma estreita relação com as atividades de investigação, uma vez que é através delas que se questiona, se discute e se produz conhecimento, em busca da melhoria da qualidade dos cuidados. A relação entre a investigação e o objeto de intervenção da enfermagem, - o qual nas minhas reflexões é, não só o cuidado per si, mas o cuidado de si para com o outro e para consigo -, vem sendo alavancada pela enfermagem em torno do cuidado como essência da profissão. Coloca-se então como entidade importante a díade Investigação-Cuidado de enfermagem, num primeiro plano com o objetivo da melhoria da assistência de enfermagem e evolução na qualidade dos cuidados e, conseqüentemente o fortalecimento e desenvolvimento da profissão de enfermagem. Então se o cuidado é o objeto de pesquisa e esta é fundamental para a melhoria da qualidade do cuidado, entendemos que, inequivocamente, ambas mantêm uma interdependência. Ao cuidar investigamos e ao investigarmos melhoramos o cuidado. Este processo cuidar-investigar revela-se então uma ferramenta relevante para a construção de conhecimentos capazes de provocar mudanças no modo de pensar e de agir em enfermagem, o que pode contribuir para a melhoria da qualidade, tanto da ação de cuidar quanto de pesquisar.

A interdisciplinaridade é fundamental para uma melhor compreensão da necessidade e adequação de cuidados, no entanto, dentro de um mesmo sistema de saúde e até de uma mesma unidade de saúde assistimos, com frequência, a uma elevada variabilidade na tomada de decisões dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros.

¹Doutora em Biomedicina, Professora auxiliar ISP Jean Piaget Benguela, investigadora CESP, Angola; maria.baptista@unipiaget-angola.org; ²Professora-adjunta na Escola Superior de Saúde-Instituto Politécnico de Bragança, Portugal <https://orcid.org/0000-0002-6750-1825gorete@ipb.pt>

Para prevenir desvios e inadequações, há necessidade de se estabelecerem processos de garantia e melhoria da qualidade nos cuidados. Entre outros, abordo a necessidade de basear a prática em evidência, ou seja, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde implica desenvolver uma prática sustentada na incorporação da melhor evidência científica disponível, conjugada com a experiência, a opinião de peritos e os valores e preferências dos utentes, no contexto dos recursos disponíveis. Para tal, a enfermagem, como qualquer outra área disciplinar, necessita de produção e de renovação do seu corpo de conhecimentos, o que apenas poderá ser assegurado pela investigação.

Para a continuidade e evolução das melhores práticas dos enfermeiros e afirmação do seu discurso científico no plano interdisciplinar, há necessidade de produção e desenvolvimento do conhecimento científico em enfermagem, pertinente e de utilidade prática.

Analisando a investigação em enfermagem como contributo para o desenvolvimento global da profissão e pela partilha de experiências sobre aprendizagem, investigação e inovação, pretende-se que seja transformadora da prática dos cuidados de enfermagem, cada vez mais sustentada na incorporação da melhor evidência científica disponível, ou seja, a prática baseada na evidência.

Em Portugal, a Ordem dos Enfermeiros, na sua diretiva de abril de 2006, tendo por base os contributos das Unidades de Investigação em Enfermagem, as estratégias e orientações do Plano Nacional de Saúde e os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, definiu quatro eixos prioritários de investigação:

- a) Adequação dos cuidados de enfermagem gerais e especializados às necessidades do cidadão (estudos que promovam a clarificação e explicitação das necessidades das populações em cuidados de enfermagem gerais e especializados e os benefícios resultantes de respostas concretas, assentes nos processos de conceção dos enfermeiros);
- b) Educação para a saúde na aprendizagem de capacidades (estudos que promovam programas de intervenção em áreas consideradas prioritárias, nomeadamente em aspetos de saúde das populações relacionados com a dependência para o autocuidado)

e a necessidade de cuidados continuados, estilos de vida, qualidade de vida e ambiente);

c) Estratégias inovadoras de gestão / liderança (estudos que abordem estratégias que promovam e facilitem a qualidade dos cuidados); e

d) Formação em enfermagem no desenvolvimento de competências (estudos com particular incidência na área do desenvolvimento curricular e estratégias de supervisão clínica).

É evidente que o futuro da investigação para os profissionais de enfermagem passa por identificar os desafios que se vão colocando no desenrolar das funções, na análise da eficácia e eficiência alcançada no seu objeto de trabalho, nas suas diversas vertentes, envolvendo cada país e a nível mundial, para que seja possível identificar estratégias de ação locais e formas de cooperação internacional. Apesar de existirem disparidades no desenvolvimento da investigação em diferentes países do mundo, é imprescindível que cada país produza conhecimento para promover uma prática sustentada na evidência científica e nos resultados dos estudos desenvolvidos.

A garantia e melhoria da qualidade dos cuidados em saúde é um objetivo central de todos os sistemas de saúde que só é possível alcançar através de uma ação integrada e permanente de todos os intervenientes no processo de cuidados.

O ensino superior da enfermagem, em todos os níveis de formação académica, tem um papel fundamental na ênfase que coloca na Investigação em Enfermagem, sendo responsável por desenvolver a capacidade reflexiva e "massa crítica" imprescindível para a realização sustentada de investigação de qualidade.

Diferentes desafios se colocam cada vez mais frequentemente à enfermagem, tanto na prática clínica, como no ensino, pesquisa e extensão à comunidade, surgindo ainda oportunidades de participação em projetos de investigação financiados, implicando o envolvimento e a interação entre investigadores e participantes interessados.

A evolução da investigação em enfermagem e conseqüente evolução dos cuidados de enfermagem são cada vez mais evidentes, podendo, por exemplo, observar-se a evolução em quantidade e qualidade de revistas científicas de divulgação de estudos em enfermagem, a realização de diferentes eventos científicos e o progressivo envolvimento de organizações científicas, nacionais e internacionais. Sem

dúvida que todos são espaços ideais para trocas de experiências, para partilha e aprofundamento de conhecimentos gerais e específicos e, até, conseqüentemente, fundamentais para reflexões que podem influenciar as políticas de saúde com o impacto desejado na qualidade de vida das populações.

Concluindo, a Enfermagem, como qualquer outra disciplina, necessita de produção e de renovação contínuas do seu próprio corpo de conhecimentos, o que apenas poderá ser assegurado pela Investigação.

São sobretudo a Investigação Clínica, Aplicada e a Investigação-ação aquelas que melhor contribuem para dar uma consistência científica, pela garantia oferecida relativamente à incorporação dos resultados na prática clínica quotidiana dos enfermeiros.

Neste sentido, a investigação pode dar um elevado contributo à prática clínica de Enfermagem, na identificação e nomeação de saberes inerentes à prática, através de um processo de natureza indutiva e concomitantemente na validação desses saberes através de processos de natureza dedutiva.

Esta é a forma de evoluirmos para uma efetiva construção da disciplina, através da identificação de saberes específicos e de uma evolução para a prática baseada na evidência, com conseqüente "Qualidade e Segurança dos Cuidados de Enfermagem".

EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM ENFERMAGEM EM ANGOLAEduardo Elambo Caiangula^{1,2}Paulo Luvualo²Ana Maria José Garcia João Pascoal²Matilde António Baltazar Mazamba².

A Enfermagem angolana, ao longo de sua história, vem buscando uma identidade para romper os estereótipos, atravessada pela busca do saber, da produção do conhecimento científico, para assim permitir um avanço da prática profissional nas áreas de docência, gestão, pesquisa e assistência, que são os quatro pilares da enfermagem moderna. Sabe-se que a produção de conhecimento e tecnologia e formação de recursos humanos para a pesquisa são temas que tem ocupado, cada vez mais, lugar de destaque nos espaços académicos e governamentais. Muito se tem falado sobre a importância dos indicadores científicos no processo de crescimento e desenvolvimento dos países. (Santos et al, 2015). Angola é um jovem país que precisa de desenvolver a produção científica para melhorar a sua forma de actuação na área de enfermagem, profissão que assegura a assistência em saúde em mais de 60% das unidades sanitárias do país.

O fortalecimento da Enfermagem, como ciência, pretere o desenvolvimento de um corpo de conhecimento alicerçado numa base de evidências de estudos científicos bem desenhados e que tenham implicações para uma prática segura. A investigação científica confiável e de qualidade, garante o reconhecimento das áreas dos saberes da enfermagem e dos profissionais e pesquisadores envolvidos (Praxedes, 2020). Toda a investigação científica é uma actividade humana de grande responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes. Sempre associada à procura da verdade, exige rigor, isenção, persistência e humildade. A investigação em enfermagem não foge a estas exigências e requisitos, devendo obedecer aos princípios éticos nacional e internacionalmente estabelecidos. Estes princípios, sendo comuns a uma qualquer investigação, têm, no entanto, particularidades inerentes à disciplina científica que lhe serve de base (Martins, 2008).

¹Conferencista, Mestre em Saúde Pública

² Direcção Executiva Nacional da Ordem dos Enfermeiros de Angola (ORDENFA)

Objectivando avaliar a evolução da produção científica na área de enfermagem em Angola, desenvolveu-se uma pesquisa descritiva transversal com abordagem quantitativa. A pesquisa envolveu 47 profissionais de enfermagem de diferentes níveis de formação e categoria profissional, que actuam nas áreas de docência, gestão e assistência.

O estudo reveste-se de extrema importância, visa fortalecer a Enfermagem, como arte e ciência, prescindindo o desenvolvimento de um corpo de conhecimento fundamentado numa base de evidências de estudos científicos bem desenhados com implicações para uma prática assistencial segura.

SITUAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO NO MUNDO (UNESCO, 2021): Quatro em cinco países (80%) ainda gastam menos que 1% do PIB em Pesquisa e Desenvolvimento (R&D). O investimento em R&D (2014-2018) foi de 1,71-1,79% no mundo (aumentou 19,2% com) 14,8% do PIB global) e 0,49-0,51% na SSA. Pesquisadores (ETI) por milhão de habitantes (2014-2018) foi de 1.245-1.368, no mundo ()13,7%) e 102- 124 na SSA. Em 2018, a SSA tinha 14% da população e 0.7% dos pesquisadores do mundo.

Angola: Crescimento económico 2014-2018 (-0.87%), Inventores (1... versus 505 na SAR), Despesa em Pesquisa (sem informação), 2ª maior economia da região austral, mas das piores no Doing Business index, Publicação Científica 87-94 (43% em Saúde) (colaboração com PT, USA, BR) UNESCO SIENCE REPORT (2021).

SITUAÇÃO DA CIÊNCIA EM ANGOLA (UNESCO, 2015): Investigadores por um milhão de habitantes = 73 (2011), dos quais 27.1% são mulheres (baixo, desigualdade do género). Publicações por milhão de habitantes, 2 (2014) (baixo). Forte crescimento, embora ainda com valores relativos muito baixos, em termos de publicações, de 17 em 2005 para 45 em 2014. Áreas principais de incidência: Ciências médicas (61 publicações, 35.7%), Ciências biológicas (48 publicações, 28.1%) e Geociências (38 publicações, 22.2 %), de 2008 a 2014. Principais parceiros de investigação internacionais: Portugal (73 publicações), USA (34 publicações), Brasil (32 publicações), UK (31 publicações), Espanha e França (26 publicações), de 2008 a 2014. Não estão disponíveis dados sobre os gastos em Investigação e Desenvolvimento (I&D)

[Actividades e Produtos Científicos, Manual de Frescate] UNESCO SIENCE REPORT (2015) (Quadro1). Dos cinco Países africanos comparados, Angola tem o 3.º maior PIB (ultrapassado pela Nigéria e pela Africa do Sul) e o 2.º maior PIB per Capita (apenas ultrapassado pela Africa do Sul), mas é o último nas publicações em saúde "Assunto: País" (total, no quinquénio e no último ano), mesmo indexando à população. A INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM: Qual a situação de pesquisa em saúde em Angola?

Numa investigação desenvolvida por Ferreira e seus colaboradores em 2014 sobre os desafios da educação médica e da investigação em saúde no contexto de Angola, referem que os países em desenvolvimento precisam ter uma massa crítica estável de investigadores que possam aferir com rigor as necessidades locais e as prioridades de saúde. Neste contexto a enfermagem angolana precisa de investimento nos profissionais diferenciados capazes de desenvolver a investigação científica, visto que a semelhança dos países africanos falar da investigação em enfermagem em Angola há que investir muito para o seu desenvolvimento.

- ✓ A maioria eram estudos de epidemiologia/Saúde pública.
- ✓ As doenças infecciosas representaram 59 % dos *papers*.
- ✓ Angola foi o país com o maior número de afiliações do primeiro autor.
- ✓ No entanto, a contribuição das instituições angolanas foi relativamente baixa.
- ✓ São poucos os estudos de determinantes socioeconómicos da saúde, políticas ou sistemas de saúde, recursos humanos ou educação médica.

A enfermagem, como a conhecemos, é recente enquanto profissão, mas que como forma de estar e de actuar, existe desde que há um ser humano que sofre e perante ele, um outro que pretende ajudar. Apesar da origem modesta, a enfermagem percorreu um longo caminho até adquirir a notabilidade e a importância de que desfruta actualmente. Para tal terá contribuído não só a formação, mas também o investimento na investigação. À medida que os enfermeiros foram recebendo uma formação mais profunda e academicamente elevada, foram surgindo também os estudos de investigação.

Os enfermeiros sentem cada vez mais a necessidade de desenvolver o seu conhecimento científico e a sua aplicação prática a nível dos cuidados que prestam. Simultaneamente, reconhece-se a importância da investigação para o desenvolvimento contínuo da profissão e a tomada de decisões adequadas e inteligentes para prestar os melhores cuidados aos utentes, para a alicerçar e consolidar ao nível do saber e da ciência e ainda para demonstrar aos outros os fundamentos sobre os quais se estabelece a sua prática, ou seja, dá um forte contributo para a sua visibilidade social.

Procura-se com a investigação fomentar uma atitude de carácter reflexivo e capacidade de análise crítica como a melhor forma de a enfermagem se desenvolver. Equacionando aquilo que faz, reflectindo e questionando os modelos de trabalho e as práticas profissionais, a enfermagem vai encontrando alternativas adequadas à resolução dos problemas com que actualmente se debate. A investigação em enfermagem roda em torno de duas grandes abordagens: a quantitativa e a qualitativa. A investigação quantitativa é, sem dúvida, a que tem maior peso histórico. No entanto, pela grande ligação da enfermagem às ciências humanas, a investigação qualitativa tem vindo a ganhar peso. Vimos assistindo cada vez mais a um interesse crescente pelas metodologias qualitativas, especialmente nas áreas das ciências humanas. “É como se se tivesse redescoberto a necessidade, ou mesmo a urgência, de pôr em questão o modelo científico clássico que visa a quantificação dos fenómenos sociais” (Roxo, 2004), porque, em inúmeras situações, excessivamente redutor (Martins, 2008, apud Lessard-Hébert, Goyette e Boutin, 1994).

Poderíamos ainda dizer que os enfermeiros podem estar envolvidos na investigação a três diferentes níveis: como investigadores, coordenando o estudo ou fazendo parte da equipa de investigação; como prestadores de cuidados a um doente/utente sobre o qual está a recair a investigação; como utilizadores dos resultados de investigação. Se os primeiros têm de respeitar os princípios éticos em todo o processo de investigação, já os segundos e terceiros, apesar de não estarem directamente envolvidos, devem ser observadores atentos e exigir o respeito por esses mesmos princípios (Martins, 2008).

Os estudos interessam sobremaneira a enfermagem, pois a construção de uma memória coletiva é o que possibilita a tomada de consciência daquilo que somos realmente, enquanto produto histórico, o desenvolvimento da auto-estima e a tarefa de re (construção) da identidade profissional (Barreira,1999).

Num estudo realizado com 47 enfermeiros, 89,3% tinham estudos superiores, havendo Licenciados, Mestres e Doutores e apenas 10,7% tinham o Ensino Secundário (Ensino Médio completo). No gráfico 1 observa-se a distribuição dos participantes segundo a sua área de actuação profissional, encontrando-se a maior percentagem na área da gestão (25,5%).

Observa-se que a maioria dos profissionais actuam na assistência e a minoria, 6,4% actuam em quatro áreas: Assistência, Docência, Gestão e Investigação. Provavelmente, devido ao custo de vida e os baixos rendimentos, os profissionais exercem as suas actividades nessa diversidade de áreas para compensar o salário.

Relativamente à quantidade de trabalhos científicos produzidos nos últimos 5 anos, verificou-se que a maioria dos profissionais não fez nenhum trabalho ou fez apenas um, como podemos observar na tabela 1.

Ainda se verificou que, relativamente ao tipo de produção científica, como se pode observar na tabela 2, a maioria 37 (78,7%), são trabalhos de fim do curso, ou seja, monografias de fim de licenciatura e dissertações de mestrado. 63,8% dos trabalhos científicos produzidos, são monografias, 14,9% são dissertações e apenas 8,5% são artigos.

Em Portugal, até há poucos anos, a investigação em enfermagem era essencialmente académica, com vínculo directo aos cursos de pós-graduação (Martins, 2008); Avelino, s/d).

A UNESCO refere que há um forte crescimento em termos de produção científica, mas ainda com valores relativos muito baixos, em termos de publicações: de 17 em 2005 para 45 em 2014. (UNESCO, 2015). A razão de valores baixos em termos de publicação de trabalhos científicos, está ligada "em nosso entender" ao fraco incentivo pelo Executivo aos pesquisadores e a falta de financiamento. O relatório da UNESCO (2015) que compara os cinco países africanos (Angola, Moçambique, África do Sul, República Democrática do Congo e Nigéria) refere que, dos cinco Países africanos

comparados, Angola tem o 3.º maior PIB (ultrapassado pela Nigéria e pela África do Sul) e o 2.º maior PIB per Capita (apenas ultrapassado pela África do Sul), mas é o último nas publicações em saúde. Sendo os congressos uma fonte de divulgação da investigação científica, também se tentou perceber junto da amostra em estudo que tipo de participação tiveram em congressos, nomeadamente nos cinco congressos organizados pela ORDENFA.

Tal como se pode observar no gráfico 2, menos de metade participaram, mas verificou-se um aumento no número de participações, na sequência dos congressos. Isto significa que os profissionais estão a tomar a consciência da importância de participarem em eventos científicos, pese embora as maiorias até agora têm participado sem apresentarem trabalhos (gráfico 3), mas pensamos que estamos num bom caminho.

Pode-se concluir que há pouca produção científica na área de enfermagem em Angola e, sendo a classe de enfermagem a maior força de trabalho no sector da saúde, impacta nos resultados da produção científica no sector da saúde. Ainda, não há base de dados referentes a investigadores na área da saúde, nomeadamente em enfermagem, que possam contribuir na investigação em Angola. Os dados corroboram com os relatórios da UNESCO quando referem que pouco investimento tem sido dado para a investigação.

Urge então a necessidade de serem criados incentivos para a pesquisa científica e, visto que é na academia que mais investigação se faz, devem ser criados repositórios científicos nas Instituições de Ensino Superior, onde possa ser divulgada a produção científica dos professores/investigadores e estudantes.

Apontamos alguns desafios para a produção científica angolana em saúde, relacionadas com Políticas Públicas, Financiamento, Superintendência, Regulação e Coordenação:

- Aumentar financiamento público à investigação, através de editais, para assegurar o alinhamento da pesquisa com as políticas públicas e os problemas prioritários.
- Fortalecer e operacionalizar o “Programa e Investigação em Saúde” (PNDS 2012-25, p. 250-5).

- Apropriação e aproveitamento das pesquisas nas políticas e práticas (translacção)
- Formação de Investigadores (cursos curtos, mestrados, doutoramentos) Contratos-Programa para investigação em saúde - Cooperação Internacional
- A nível dos Actores (Pesquisadores, Grupos de Investigação e Centros de Investigação) - Submeter, Desenvolver Projectos de Pesquisa em Saúde e Publicar os Resultados.

Referências Bibliográficas:

Avelino, L. N. T.; Oliveira, B. M. de; Silva, E. B. da; Santos, S. S. S. dos; Ferreira, C. M. de A. (s/d). A Pesquisa Científica da Enfermagem Brasileira: uma abordagem histórica. XIV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e X Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba; Ferreira, Albano, V.L.; Fresta, Mário; Simões, Cristóvão F. C.; Sambo, Maria do Rosário B. (2014). Desafios da educação médica e da investigação em saúde no contexto de angola. *Rev. bras. educ. med.* 38(1) • Mar 2014 • <https://doi.org/10.1590/S010055022014000100018>.

Fresta, Mário. (2020).

Produção Científica Angolana em Saúde: Experiências, Desafios e Perspectivas. Tema livre apresentado na Conferência Nacional de Investigação Científica. NICESA.

Martins, J. C. A. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem* .12 (2).

UNESCO SIENCE REPORT (2015) <http://www.ciencia.ao/noticias/noticias/item/575-angola-no-relatorio-da-unesco-sobre-ciencia>. UNESCO SIENCE REPORT (2021) <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000377433>.

TABELAS, QUADROS e GRÁFICOS

Tabela 1: Distribuição dos participantes segundo a quantidade de trabalhos científicos realizados nos últimos cinco anos

Nº Trabalhos	f	%
0	17	36,2
1	16	34,0
2	8	17,0
3	5	10,6
4	1	2,1
Total	47	100,0

Tabela 2: Distribuição dos participantes segundo a tipologia de trabalhos publicados nos últimos cinco anos

Tipologia	f	%
Monografia	30	63,8
Dissertação	7	14,9
Artigo	4	8,5
Outros	6	12,8
Total	47	100,0

Quadro 1: *Comparação da Produção de Conhecimento Científico em Cinco Países Africanos*

N	PAÍS	População (milhões)	PIB (milhões current US\$)	PIB per Capita (current US\$)	Publicações						Pub/ Milhão Hab.	
					TOTAL	2020-16	2020	2019	2018	2017		2016
1	Angola	31,825	89 170	2 970	1 195	393	66	57	66	77	127	2
2	Moçambique	30,366	15 291	490	2 792	928	185	208	192	203	140	6
3	Congo (RDC)	86,791	50 401	530	4 346	1 140	248	258	244	201	189	3
4	África do Sul	58,558	351 432	6 040	44 153	9 866	2 147	2 139	1 975	1 769	1 836	37
5	Nigéria	200,964	448 120	2 030	30 643	6 086	1 519	1 296	1 151	1 040	1 080	8

Fonte: Mário Fresta, 2020

Gráfico 1: Distribuição dos participantes segundo a área de actuação

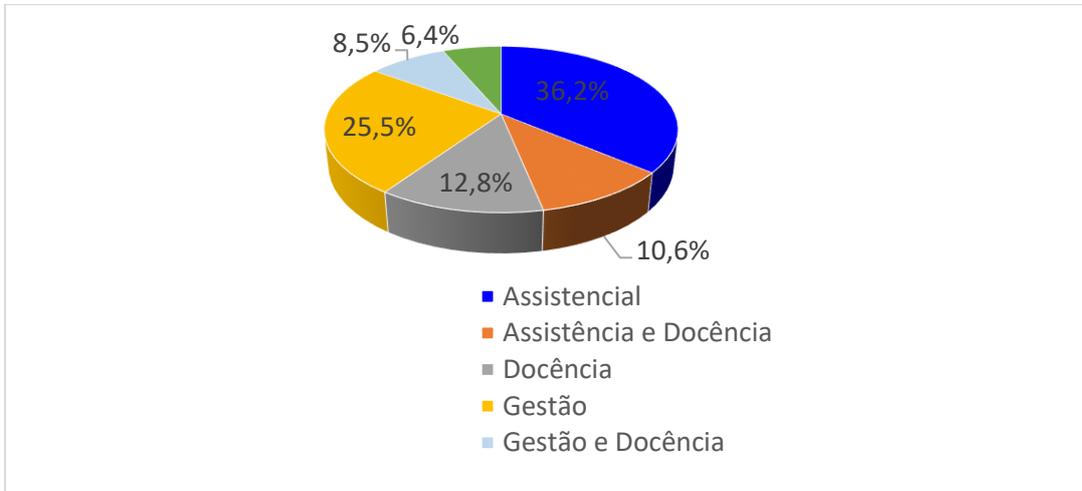


Gráfico 2: Distribuição dos participantes segundo a participação em Congressos

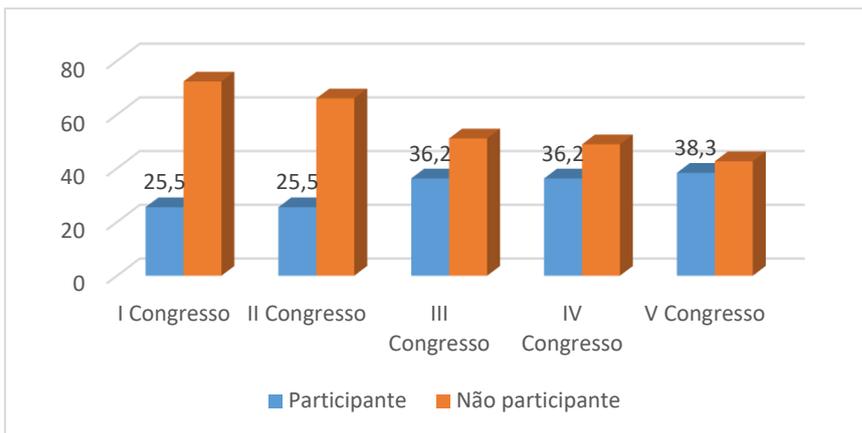
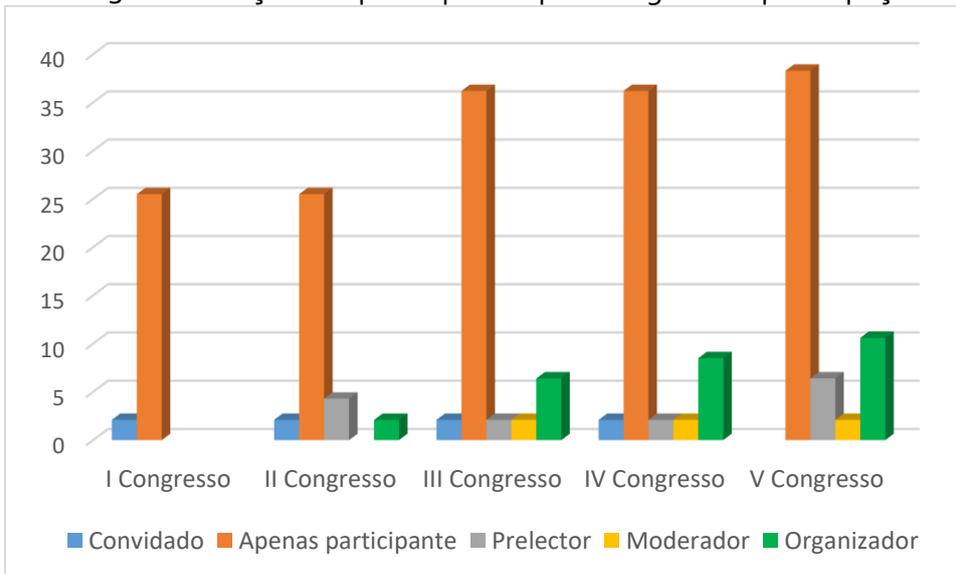


Gráfico 3: Distribuição dos participantes por categoria de participação dos Congressos



EVOLUÇÃO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO GEOGRÁFICA EM SAÚDE

Alina Maria Ruiz Piedra¹

A ocorrência dos eventos em saúde como as doenças transmissíveis e não transmissíveis, não se distribuem de forma aleatória nas populações. Historicamente está demonstrado que existe uma relação com o meio ambiente, as características socioeconómicas das populações e a genética, entre outros determinantes de saúde. Este conhecimento demonstrou a importância de estudar e determinar os seus padrões de ocorrência em tempo e espaço, para entender a dinâmica do processo saúde-doença com o meio ambiente e identificar as possíveis intervenções sanitárias e sociais que impactem no problema.

É importante maximizar os efeitos das intervenções sanitárias e de renovar as suas práticas, fazendo uso das tecnologias e informática, como a *Big Data*, *Maching Learning* ou Análise de dados geoespacial, onde correspondem os Sistemas de Informação Geográfica (SIG).

Os componentes e funções dos SIG coincidem com qualquer outro sistema de informação em saúde, salvo em dois aspectos: os dados e a sua representação. No primeiro aspecto os dados são descritivos, espaciais onde se incluem as variáveis dispersões, proximidade, agrupamentos, entre outras. Enquanto a representação se faz por capas ou estratos, cada uma representa determinada característica. Estas podem ser trabalhadas de forma independente pelo analista e depois sobrepõem-se para facilitar a compreensão dos resultados, responder a perguntas complexas ou obter novas informações relacionadas com localização, uma condição determinada, tendências, rotas, padrões e modelos. O produto final de todo o SIG é o mapa, modelo de representação bidimensional que sintetiza um ou vários aspectos da realidade de uma região, com o fim de reconhecer a existência de padrões espaciais de alguns fenómenos de interesse. Os mapas de dados pontuais ou lineares representam dados qualitativos e os mapas de Isolinas, de fluxo de dados quantitativos.

Os SIG, nomeadamente a cartografia foi utilizada em epidemiologia em 1833, durante o primeiro surto da epidemia de cólera em Leeds, Inglaterra, pelo Dr. Robert Baker.

¹Professora Auxiliar, ISP Jean Piaget Benguela-Angola alina.piedra@unipiaget-angola.org

Ele fez um mapa da incidência de cólera onde identificou que a maior taxa de incidência estava correlacionada com as áreas mais pobres e com a maior falta de saneamento adequado. Mas a notoriedade da aplicação da cartografia foi alcançada em 1854, quando o doutor John Snow fez uma análise da distribuição geográfica das mortes relacionadas com cólera e demonstrou a existência de poços contaminados. O descobrimento logrou diminuir as mortes por cólera, melhorar o sistema hidráulico da cidade e compreender uma nova forma de transmissão desta doença. Os anos posteriores ao século XIX o uso da análise geoespacial centrou-se na epidemiologia e na distribuição das doenças.

Os avanços da Informática, após a segunda metade do século XX, impactaram os SIG. Em 1960, surgem os programas de mapeio computadorizado, em 1970 novos enfoques analíticos se implementam, não só para conhecer a distribuição da doença, mas também interrelacionar com o componente meio ambiental. A entrada da era digital possibilitou associar os dados não espaciais a dados espaciais, em mapas digitais, facilitando a sua interação na era da globalização.

O desenvolvimento do *software* de código aberto, como Q-GIS, facilitou construir SIG de baixo custo, facilitando às instituições de saúde aceder a ferramentas modernas de análise e visualização de dados espaciais com recursos modestos.

A utilidade dos SIG expande-se cada vez mais em campos como a vigilância epidemiológica, facilitando: a identificação da distribuição espacial da incidência e prevalência de doenças e infecções, para otimizar o planeamento dos locais de intervenção, monitorar a sua eficácia e melhorar a distribuição de recursos; a análise de riscos socio-ambientais que inclui a gestão de inundações, contaminação do ar, intoxicações por arsénico da água subterrânea e outras avaliações ambientais; o planeamento de infraestruturas dos serviços de saúde e acessibilidade aos serviços.

Actualmente os SIG têm dois grandes reptos, o primeiro pretende que os decisores de saúde conheçam os múltiplos benefícios de analisar as informações geradas pelas Unidades de Saúde, aproveitando a tecnologia espacial e o segundo relacionado com a capacitação do pessoal técnico de saúde no uso de SIG, digitalização e padronização dos processos de recolha de dados para uma gestão mais eficaz da informação.

PSICOLOGIA POSITIVA APLICADA À SAÚDEPaulo Jorge Alves¹

O sistema de saúde e, conseqüentemente, os serviços de saúde públicos e privados, que existem numa arquitetura multidimensional determinada pelas condições económico-monetárias, em muito centrados no modelo biomédico e na intensidade do *tarefismo profissional*, estão a reclamar uma boa dose de solidariedade para a Humanização dos cuidados que prestam. Cuidar em saúde é uma atitude que precisa de envolver a totalidade de quem é cuidado e de quem cuida, a partir da totalidade bio-psico-sócio-axiológica que os constitui. Não se encontra, por isso, nesta matéria, a possibilidade de um movimento unidirecional e exclusivo - do cuidador para o que é cuidado - ou uma imunidade de afetação que proteja os profissionais de saúde.

Na década de 80 do Século XX assistiu-se ao nascimento de uma *nova psicologia* que tem direcionado o esforço da reflexão e o investimento empírico para as dimensões positivas do comportamento humano (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). A *Psicologia Positiva*, impulsionada por Martin Seligman, Christopher Peterson, Stephen Schueller, Mónica Ardelt, Robert Emmons, Paul Baltes e tantos outros, passa a apresentar-se como a ciência e as respetivas aplicações que relacionam o estudo das forças psicológicas e das emoções positivas, percebidas e orientadas no sentido de proporcionarem *uma vida boa*.

Num movimento contrário aos tantos domínios que, ao longo de décadas, na investigação psicológica e intervenção terapêutica, sistematicamente atenderam e destacaram os aspetos negativos do comportamento humano, a psicologia positiva avança com a sinalização, o estudo e a promoção das dimensões positivas do comportamento, das forças e das virtudes humanas, tais como a felicidade, o perdão, a resiliência, o otimismo, a compaixão, a esperança, a gratidão, a sabedoria, a coragem... (Alves, 2016). Acresce que a ciência psicológica não pode ignorar os acontecimentos indesejáveis e dolorosos que resultam em experiências qualificadoras, oportunidade de crescimento e que concorrem para elevados níveis de maturidade.

¹Professor Associado, Instituto Piaget – Portugal paulo.alves@ipiaget.pt

A psicologia e, particularmente, o exercício profissional dos psicólogos percorreram décadas embalados pela incidência na perturbação mental, debruçando-se, dirigindo-se e sendo reconhecidas preferencialmente por tudo o que está relacionado com o estudo, a avaliação e a intervenção em contextos de *acidentes comportamentais* e doença mental. Acontece que a natureza ontológica da existência e as expressões do comportamento têm indiscutivelmente uma outra face (Alves, 2011). A natureza humana é revestida de valores, de aptidões, de qualidades, de competências e de belezas, que de modo algum podem ser secundarizadas na tradução holística que procuramos fazer do ser humano e na promoção da saúde mental (Rashid, 2015).

Este novo posicionamento da ciência psicológica identifica a *empatia* como uma das dimensões implicadas na qualidade do comportamento e rendimento do ser humano, assim como nos níveis de saúde ocupacional, nomeadamente aqueles que estão relacionados com os cuidados gerais em saúde. O nível mais baixo (zero graus) de empatia aparece associado à crueldade, ou seja, à incapacidade de se identificar o que a outra pessoa está a pensar ou a sentir e responder de forma ajustada (Baron-Cohen, 2011). Os que escrevem contra a empatia (Bloom, 2016) enumeram os problemas da sociedade - e os problemas das nossas próprias vidas - como tendo origem num excesso de empatia. A empatia emocional é descrita como a que distorce o raciocínio e amarelece a bondade. A empatia cognitiva é diferente. Contudo, apesar de estarem contra, acabam por reconhecer que a *empathy is what makes us human*. A revisão da literatura permite confirmar que a empatia é definida como o *reConhecimento* adequado do estado do outro, é uma sincronização a partir da totalidade *Eu/Outro* no *Nós* (Manassis, 2017). Como se houvesse a transposição/diluição da *linha* que circunda e fecha o *eu* e se passasse a existir, a funcionar, no espaço da Humanidade comum. Neste sentido, também a expansão do *Eu* - profissional de saúde - na elevação à melhor condição de ser, concretiza-se no *Nós*. Este sentido não é estranho ao pensamento e à cultura africana. O *Sou o que Sou pelo que Nós Somos* integra a Sabedoria comportamental Ubuntu, raiz da filosofia africana - uma EcoFiloSofia - que num abraço de Humanidade enlaça todas as pessoas da comunidade.

O investimento psicométrico na operacionalização da *empatia* tem permitido identificar e confirmar, na sua estrutura fatorial, dimensões como a tomada de perspectiva e a capacidade de se colocar no lugar do outro, a compaixão, a reatividade emocional e a preocupação empática, o desconforto pessoal e as dificuldades empáticas, entre outras. Estas ajustam-se, numa nova proposta que está em validação para o espaço da lusofonia, em três domínios: a empatia emocional, a empatia cognitiva e a empatia comportamental.

Os benefícios – *power* – (Krznaric, 2015) da *empatia* para os cuidados de saúde aparecem associados à optimização da comunicação, promovem a confiança na relação terapêutica, potencializam o diagnóstico e a intervenção terapêutica, curam... *dão saúde*. A prática da *empatia* em cuidados de saúde é substância humana – *Humanitude* - que cura. No mesmo sentido, para os cuidadores a prática regular da relação empática favorece (Ciaramicoli & Ketcham, 2000) a compreensão acerca das experiências do paciente e melhora a capacidade de transferência dessa compreensão; promove a aceitação pessoal e a autoconfiança, o que conduz a um aumento de autoconsciência; intensifica o sentido de exploração e descoberta acerca das próprias vivências, levando o cuidador a reorganizar-se internamente e chegar *além de si mesmo*. Assim, propõe-se que os profissionais da saúde invistam mais no autoconhecimento e na capacidade de discernir os *estados existenciais* dos pacientes e os próprios. Alerta-se para as consequências das ações e palavras ao cuidar em saúde, àquilo que provocam ou deixam de produzir. Reforça-se a importância das percepções que os pacientes têm em relação às intervenções produzidas pelos profissionais de saúde. Aconselha-se a ausência de ajuizamento e julgamento prévio sobre o estado ou comportamento do paciente, investindo-se na escuta recetiva e na comunicação não verbal.

Referência Bibliografia:

- Alves, P. (2011). *A Sabedoria: Definição, Multidimensionalidade e avaliação*. Lisboa: Edições Piaget.
- Alves, P. (2016). *A Gratidão – a mais agradável das virtudes – e a Saúde*, in Azevedo, Z. (Coord.) *Envelhecimento, Cultura de Cidadania*, pp. 75-90. Lisboa: Edições Piaget.
- Baron-Cohen, S. (2011). *The science of evil: On empathy and the origins of cruelty*. NY: Basic Books
- Bloom, P. (2016). *Against Empathy: The Case for Rational Compassion*. NY: HarperCollins Publishers.
- Ciaramicoli, A. & Ketcham, K. (2000) *The Power of Empathy: A Practical Guide to Creating Intimacy, Self-Understanding, and Lasting Love*. London: Piatkus Books.
- Krznaric, R. (2015). *O Poder da Empatia*. Zahar – ebook.
- Manassis, K. (2017). *Developing Empathy: A Biopsychosocial Approach to Understanding Compassion for Therapists and Parents*. Publisher: Routledge.
- Rashid T. (2015). Positive psychotherapy: a strength-based approach. *Journal of Positive Psychology*, 10 (1):25–40.
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology – An Introduction. *American Psychologist*. Vol. 55, nº1, p. 5-14. DOI:10.1037//0003-066X.55.1.5

LITERACIA EM SAÚDE E AUTOCUIDADO

Ana Maria P. N. Galvão¹

A Literacia em Saúde (LS) é um conceito multidimensional que compreende uma gama de habilidades e atributos cognitivos, afetivos, sociais e pessoais. Isto sugere o potencial para uma diversidade de necessidades e pontos fortes na promoção da LS de indivíduos e grupos, tanto ao longo do tempo quanto em todas as dimensões da LS. A Organização Mundial da Saúde (OMS) descreve a LS como:

"o conhecimento e as competências pessoais que se acumulam por meio de atividades diárias, interações sociais e entre gerações. O conhecimento e as competências pessoais são mediados pelas estruturas organizacionais e pela disponibilidade de recursos que permitem que as pessoas acessem, compreendam, avaliem e usem informações e serviços de forma a promover e manter a boa saúde e o bem-estar para si e para aqueles ao seu redor."
(WHO, 2021, p. 6).

A promoção da LS engloba todos os cidadãos, as comunidades, e as organizações. Constituindo-se como uma prioridade para a saúde no século XXI, sendo um real desafio da Saúde Pública. É consensual que a LS é vital para capacitar as pessoas para melhor gerirem tudo o que envolve a sua saúde, como por exemplo comportamentos de saúde e decisões sobre a saúde. A LS é considerada pela OMS, 2016, um dos três pilares da promoção da saúde, mencionando que: as pessoas precisam adquirir conhecimentos, habilidades e informações para fazerem escolhas saudáveis, por exemplo, sobre os alimentos que comem e os serviços de saúde de que precisam (WHO, 2016a). Elas precisam de ter oportunidades para fazer essas escolhas. E precisam também, de ter a garantia de um ambiente no qual as pessoas possam exigir mais ações políticas para melhorar ainda mais a sua saúde.

¹Professora Coordenadora Principal no Instituto Politécnico de Bragança, Investigadora integrada na UICISA, Licenciada e doutorada em Psicologia Clínica e da Saúde, Pós-doutorada em Psicologia, Especialista em Psicogerontologia, Especialista em Coaching Psicológico anagalvao@ipb.pt

Os outros dois pilares são: as comunidades saudáveis, as quais têm um papel fundamental a desempenhar na promoção da saúde e uma boa governança para a saúde, pois a promoção da saúde e a da LS, exige que os decisores políticos em todos os departamentos governamentais façam da saúde uma linha central da política governamental, ou seja, devem ter em consideração as implicações para a saúde em todas as decisões que tomam e priorizem políticas que impeçam as pessoas de adoecer e as protejam.

Por exemplo, alinhando as políticas fiscais sobre produtos insalubres ou nocivos, como o álcool, o tabaco e produtos alimentícios com alto teor de sal, açúcar e gordura, processados, com medidas para impulsionar o comércio em outras áreas.

A promoção da saúde e conseqüentemente a promoção da LS, permite que as pessoas aumentem o controlo sobre a sua saúde, abrange uma ampla gama de intervenções sociais e ambientais que são projetadas para beneficiar e proteger a saúde e a qualidade de vida das pessoas, abordando e prevenindo as causas da doença, não apenas focando no tratamento e na cura.

À promoção da saúde, a Carta de Ottawa designa um processo de capacitação da comunidade e à saúde um recurso para a vida e não um objetivo de viver (WHO, 1986). A definição de promoção da saúde da Carta de Ottawa centra-se precisamente sobre a questão do controlo que cada um deve ter sobre a sua saúde - *processo de capacitar (enabling) as pessoas para aumentarem o controlo sobre a sua saúde e para a melhorar.*

A última Conferência Global sobre Promoção da Saúde, 2016, foi também um marco extraordinário porque posicionou a promoção da saúde na agenda de 2030. Resultou daí a Declaração de Shangai, a qual reconhece a saúde e o bem-estar como essenciais para alcançar o desenvolvimento sustentável, reafirmando a saúde como um direito universal, um recurso essencial para a vida quotidiana, um objetivo social compartilhado e uma prioridade política para todos os países (WHO, 2016b).

As rápidas transformações sociais têm acarretado transformações nos Sistemas de Saúde, com uma elevada tendência para um modelo de Saúde mais colaborativo e participativo, no qual os indivíduos têm acesso à informação e possam fazer escolhas livres e esclarecidas sobre a sua Saúde. Contudo a capacitação e a decisão livre e esclarecida terá de ser através da ferramenta LS. Analisando as dezenas de definições

sobre a LS constatamos que a mesma, implica o conhecimento, a motivação e as competências dos cidadãos, para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde de forma a elaborar juízos e tomar decisões no quotidiano sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, mantendo ou melhorando a sua qualidade de vida nas diversas transições ao longo do ciclo vital (Galvão et al., 2021).

Os estudos divulgados apontaram para baixos níveis de LS em Portugal, donde o XXI Governo Constitucional, no seu programa para a saúde, estabeleceu como prioridade promover a saúde através de uma nova ambição para a Saúde Pública, designadamente pela criação de um Programa Nacional para a Saúde, Literacia e Autocuidados, preparando e apoiando prestadores informais em cuidados domiciliários, prevenindo a diabetes, obesidade, promovendo a saúde mental e o envelhecimento saudável, bem como a utilização racional e segura do medicamento. As evidências objetivam que a psicoeducação, a literacia e o autocuidado são de grande importância não só para a promoção e proteção da saúde da população, mas também para a eficácia e eficiência da prestação de cuidados de saúde, constituindo, por isso, um fator crítico para a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

A LS, segundo o relatório do Institute of Medicine (Institute of Medicine, 2003) baseia-se na interação entre as aptidões dos indivíduos e os respetivos contextos de saúde, o sistema de saúde, o sistema de educação e os fatores sociais e culturais em casa, no trabalho e na comunidade. Assim, a responsabilidade para a melhoria dos níveis de literacia em saúde deveria ser compartilhada entre vários setores. As intervenções projetadas e testadas num ambiente ou com uma população podem ter aplicabilidade limitada noutros ambientes e populações.

O modelo desenhado por Sørensen et al. (2012), assume uma direção dominante de causalidade de conseqüências, e também estabelece ligações causais entre os tipos de determinantes: pessoais, situacionais e sociais e do meio ambiente. Este modelo é o mais integrativo e explicativo sobre a avaliação da LS. Efetivamente a LS assume-se como um determinante modificável na vida das pessoas e das comunidades.

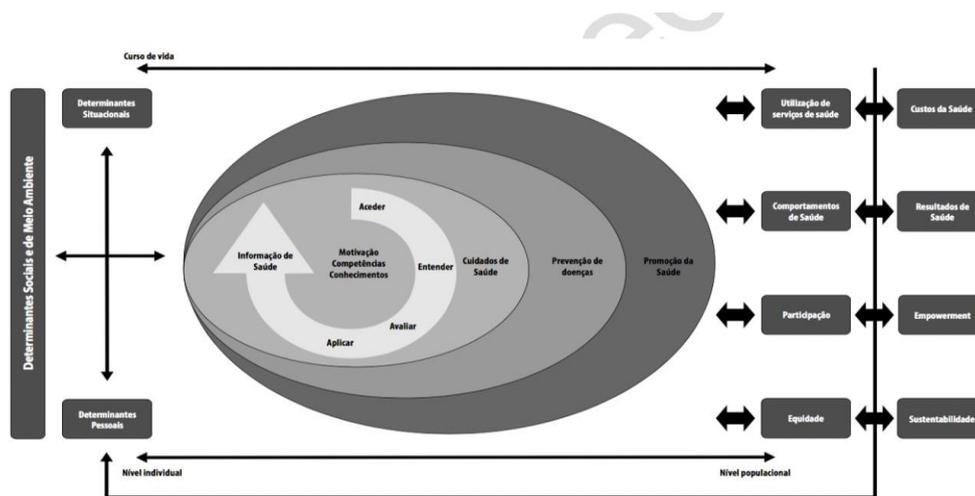


Figura 1: Modelo Integrado de Literacia em Saúde

Fonte: Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and 185 models. *BMC Public Health*, 12(80), 1–13.

Os determinantes de saúde são fatores que contribuem para o estado atual da saúde de uma pessoa ou população, pelo aumento ou redução da probabilidade de ocorrência de doença ou de morte prematura e evitável. A evidência mostra que cada vez mais os diferentes tipos de determinantes de saúde interagem entre si, formando uma rede intrincada e complexa de relações e influência.

No âmbito do PNS 2021-2030 foi adotada a seguinte classificação dos determinantes de saúde: ambientais, biológicos, comportamentais ou estilos de vida, demográficos e sociais, económicos, e relacionados com o sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde. Face a esta classificação temos determinantes modificáveis que dependem do indivíduo (fatores comportamentais e de estilos de vida) e outros que dependem das políticas e das organizações (políticas sobre as condições materiais e psicossociais nas quais as pessoas vivem e trabalham).

O que significa que a promoção da LS terá de resultar da otimização dos diversos determinantes.

Segundo a OMS, as competências das pessoas em LS incluem:

- 1- *Competências básicas em saúde* que facilitam a adoção de comportamentos protetores da saúde e de prevenção da doença, bem como o autocuidado;

- 2- *Competências do doente*, para se orientar no sistema de saúde e agir como um parceiro ativo dos profissionais;
- 3- *Competências como consumidor*, para tomar decisões de saúde na seleção de bens e serviços e agir de acordo com os direitos dos consumidores, caso necessário;
- 4- *Competências como cidadão*, através de comportamentos informados como o conhecimento dos seus direitos em saúde, participação no debate de assuntos de saúde e pertença a organizações de saúde e de doentes.

LS e autocuidado: uma associação provável

O autocuidado é uma competência própria do humano que consiste em cuidar de si de forma autónoma, esclarecida e responsável, nomeadamente a nível físico, mental e emocional. Trata-se de uma necessidade universal e integra todos os aspetos da vida. Consiste numa função humana reguladora que cada pessoa deve aplicar deliberadamente para manter a sua qualidade de vida, o seu estado de saúde, desenvolvimento e bem-estar. Ao longo do processo do desenvolvimento humano vamos adquirindo autonomia e conhecimentos que nos permitem autocuidar (Galvão & Baptista, 2022).

O Self Care Forum (2019) define autocuidado como as ações que as pessoas concretizam com vista a desenvolver, proteger, manter e melhorar a sua saúde e bem-estar. Segundo o Self Care Forum, através da capacitação as pessoas podem ser dotadas de informação e segurança que as incentiva a adotar comportamentos saudáveis e a um maior controlo sobre a sua saúde.

Godfrey et al. (2011), afirmam que o autocuidado é parte da vida do dia-a-dia, expressando o cuidado do indivíduo por si próprio e pela sua saúde e bem-estar, mas também pelos seus filhos, família e amigos, enquanto parente, amigo, cuidador, seja em casa, na comunidade, ou no trabalho. É a ação que os indivíduos tomam para cuidar de si e das pessoas próximas. A OMS conceptualiza autocuidado como a capacidade dos indivíduos, das famílias e comunidade para promover a saúde, prevenir as doenças e enfrentar ou lidar com as doenças e as incapacidades, com ou sem o suporte dos profissionais de saúde. A promoção da LS é uma responsabilidade de toda a sociedade e não apenas do setor da saúde. A promoção da saúde e a prevenção da doença abrange

os contextos específicos em que as pessoas vivem ou trabalham. É necessário agir sobre esses contextos para os tornar favoráveis à saúde: na família, na escola, nos locais de trabalho e nas instituições de saúde.

A Carta de Ottawa chama à responsabilidade pela promoção da saúde o compromisso entre indivíduos, comunidade, grupos, profissionais da saúde, instituições que prestam serviços de saúde e governos (WHO, 1986).

Arriaga (2019), diz-nos que:

“Pensar em Literacia em Saúde significa pensar o percurso de vida da pessoa, numa abordagem multissetorial, onde as políticas de saúde devem ser integradas e responder às necessidades das pessoas de forma estratégica e oportunista, adequadas ao setting e estadio de desenvolvimento. A abordagem por objetivos e medidas estratégicas terá como tônica a adoção de comportamentos promotores de saúde, considerando na sua intervenção quatro dimensões principais, nomeadamente: o nível individual, a comunidade, os sistemas e políticas de saúde, e a multi-literacia. Todas estas devem ser consideradas de forma integrada aquando da definição de estratégias de otimização da Literacia em Saúde.” (p. 6).

Referência Bibliografia:

Arriaga, M. T. (2019). Capacitação dos profissionais de saúde para uma melhor literacia em saúde do cidadão. In C. Lopes & C. V. Almeida (Eds.), *Literacia em saúde na prática* (pp. 11–15). Edições ISPA.

Galvão, A., & Baptista, G. (2022). Literacia em Saúde e Autocuidados. *RevSALUS - Revista Científica Internacional Da Rede Académica Das Ciências Da Saúde Da Lusofonia*, 4(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.51126/revsalus.v4i1.166>

Galvão, A., Ferreira, A., Martins, A. I., Monteiro, A., Silva, A., Pina, A., Gonçalves, A. R., Laranjeira, A., Magalhães, B., Morais, C., Costa, C., Anes, E., Pereira, F., Castro, F. de, Baptista, G., Pais, J., Perestrelo, J., Antão, L., Ribeiro, J. L. P., ... Pinheiro, M. (2021). *Literacia em saúde e autocuidado: evidências que projetam a prática clínica* (A. Galvão (ed.)). EuroMédice Publicações Médicas.

Godfrey, C. M., Harrison, M. B., Lysaght, R., Lamb, M., Graham, I. D., & Oakley, P.

- (2011). Care of self - care by other - care of other: The meaning of self-care from research, practice, policy and industry perspectives. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 9(1), 3–24. <https://doi.org/10.1111/j.1744-1609.2010.00196.x>
- Institute of Medicine. (2003). *The Future of the Public's Health in the 21st Century*. In *The Future of the Public's Health in the 21st Century*. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/10548>
- Self Care Forum. (2019). *Self Care*. <https://www.selfcareforum.org/>
- Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80), 1–13. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- WHO. (1986). Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. *1ª Conferência Internacional Sobre Promoção Da Saúde*.
- WHO. (2016a). *Health promotion*. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/health-promotion>
- WHO. (2016b). Promoting health in the SDGs. Report on 9th Global Conference on Health Promotion. In *World Health Organization* (Issues 21-24 November).
- WHO. (2021). Health Promotion Glossary of Terms 2021. In *World Health Organization* (Vol. 36, Issue 6). World Health Organization.

IMPACTO DA VIOLÊNCIA NA SAÚDE

Reflexão em torno da violência e seus malefícios na saúde

Fernandes Manuel¹

*"Preste atenção em seus **pensamentos**, porque eles se tornarão palavras. Preste atenção em suas **palavras**, pois elas se tornarão actos. Preste atenção as suas **ações**, pois elas se tornarão **hábitos**. Preste atenção aos seus hábitos, pois eles determinarão o seu **caráter**. Preste atenção ao seu caráter, pois ele determinará o seu **destino**".*

Margaret Thatcher

Nos tempos hodiernos, abordar o tema violência particularmente em fórum desta natureza, é uma maneira de combater e reduzir este fenómeno, aliás, os indicadores falam por si e a solução deve passar por todos nós particularmente, os académicos. A investigação com ênfase para abordagem causal, a quantificação, a publicação bem como a discussão pública transversal e a busca de sinergia das possíveis soluções com pendor preventivo poderá ser a nossa esperança.

Conceptualização

SAÚDE: Abordagem multidimensional, holística.

É o Estado completo bem estar físico (órgãos, funções e sistemas operacionais), psíquico (optima autoestima, pensamento saudável, autoconfiança), social (capacidade de manter relações interpessoais saudáveis, e espiritual (busca do sentido e significado na vida, crença fé e cultivo de valores salutareis) do homem que lhe permite alcançar um Padrão de vida aceitável, porém, não deve constituir obstáculo no esforço de outrem em atingir o mesmo objectivo.

CRISE

Estado transitório de desequilíbrio Interno e/ou externo, que afecta a saúde física ou mental do indivíduo, refletindo-se no seu comportamento e na SAÚDE, e requer intervenção básica.

¹Doutor em Psicologia, Professor auxiliar Universidade Piaget Angola fepema@gmail.com

Relativamente a tipologia, encontramos segundo Spatenkova (2013) as crises Ontogenética, situacional e acumulativa. No que diz respeito as crises de desenvolvimento, também denominadas crises normativas, a mesma autora destaca as crises relacionadas com as distintas fases do desenvolvimento humano, desde o nascituro até a terceira idade. A título de exemplo, a espermarca, a menarca, a menopausa, a andropausa e a crise do ninho vazio. No que tange a crise situacional que é classificada em individual e comunitária, prende-se com as situações do dia a dia, doenças, criminalidade, catástrofes naturais, incluindo promoções e casamentos.

Por fim as crises acumulativas são amiúde que terminam em autodestruição e casos de doenças crônicas. No campo da violência, importa dizer que a VIOLÊNCIA por regra reflete a MANIFESTAÇÃO DA CONDUTA de um indivíduo em CRISE - e alinhada com o conceito de Spatenkova (2013), trata-se das consequências do estado transitório de desequilíbrio interno que o indivíduo experimenta decorrente de factores internos ou externos. É importante frisar que nesta condição quem estado de crise por Imprudência ou negligencia, imperícia negligência, desconhecimento ou descontrole emocional que viola as normas jurídicas com o seu acto presta conta com a justiça exceto se padecer de algum transtorno mental grave ou menor tornando-se nos marcos da lei inimputável.

Ainda na senda dos conceitos, não podíamos passar a margem o conceito do tema central- violência fenómeno humano e social

que segundo a OMS, trata-se do -• "Uso deliberado da força ou poder em forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outra pessoa, grupo ou comunidade, ocasionando ou com probabilidades de lesionar, matar, afectar psiquicamente, criar alterações no desenvolvimento ou privações." (OMS,p27,2002)

VIOLÊNCIA

Fenómeno transversal, que não escolhe Género, Raça, Orientação sexual, tão pouco segmento social. Relativamente à associação pobreza = violencia, importa desmistificar, é uma falsa ideia pensar que os pobres são mais violentos, pobreza nem sempre é sinónimo de violência e como prova disto são as cidades e bairros da nossa Luanda, os pobres estariam em permanente guerra com a população mais rica que constitui a minoria, portanto, não acontece pobreza não significa violência. Não

significa dizer que deve-se manter este quadro, há necessidade de se irradiar a pobreza, criar-se políticas visando a redução das assimetrias sociais.

A violência nos seus variados tipos são um mal para as pessoas, famílias, comunidade e para o país. Eis alguns tipos de violência segundo Njaine, Assis, Constantino (2010)

A luz das consequências da vida pessoal e social

- Violência criminal - agressão grave - crimes c.pessoas
- Violência estrutural- desigualdade, gênero, etnia, social = as assimetrias sociais;
- Violência institucional- que o ocorre nas organizações públicas e privadas (idosos, deficientes, jovens vs autoridades)
- Violência interpessoal- forma de relação e de comunicação (prepotência, intimidação, discriminação, vingança, inveja) com danos físicos, morais, até morte..
- Violência intrafamiliar - conflitos família transformados em abusos, intolerância, desrespeito, opressão, negligência, v.financeira, etc.. nao obstante o estado angolano ter publicada /Lei n.º25/11 de 14/07/2011-Lei contra a violência doméstica, este fenómeno que preferimos denominar violência intrafamiliar, os números continuam crescendo de forma assustadora. Razões? Por um lado, o efeito pouco dissuasor das penas aplicadas, na nossa modesta opinião deviam ser agravadas para casos específicos. O sentido preventivo geral e específico e proteção da sociedade é notável a julgar pelo comportamento dos *ofenders* violentos.
- Patrimonial: Controlar o dinheiro. Deixar de pagar pensão alimentícia.
- Violência moral (não-visual): Entende-se por violência moral qualquer conduta formato de calúnia, difamação e injúria quando o agressor ou agressora ofende a dignidade da pessoa humana, quando o indivíduo não praticou e mesmo assim lhe é imputado manchando a sua imagem ...
- Psicológica: Podem caracterizar violência psicológica actos de humilhação, desvalorização moral ou troçar outrem em público, crítica em parada, bullying, estigmatização, descriminação, assim como actos que afectam a auto-estima da vitima, podemos adiantar como exemplo o que acontece em sede de execução de penas, durante o cumprimento de pena privativa de liberdade.
- Violência auto-destrutiva
- Não estamos perante um serio problema de saúde publica?

• Suicídios • Pensamento • Automutilação / depressão grave recorrente • Incidência de SUICÍDIOS em Angola 50 casos mês, segundo o Sociólogo Laurindo Vieira e o Secretário Estado Franco Mufinda ao Jornal de Angola referiram que Luanda registou, no 1º semestre de 2021, 101 casos de suicídios, facto que nos leva a profunda reflexão sobre a saúde pública.

Os DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE que se podem repercutir no comportamento violento são: alto nível de iletracia, desemprego, condição económica, assimetria social, facilidade de acesso a substâncias psicoactivas e, ainda, a sensação de impunidade.

Como CONSEQUÊNCIAS, para além de casos de doenças somáticas e mentais, a violência tornou-se um problema social e de saúde pública: • Causa morte e incapacidade • Vulnerabilidade a outro tipo de violência • Prostituição e problemas sexuais • Aumento da criminalidade • Distúrbios psicológicos e danos físicos • Marcas indeléveis a longo prazo • Transtornos de stress pós traumático e por último, de um modo geral porque afeta o capital humano, é notável o • Atraso no desenvolvimento económico e do País .

Intervenção

Bene diadnostic -Foco

Aconselhamento Terapêutico (psicológica vs fármacos, ou seja, abordagem Institucional sobre o tema de forma incansável)

Desafios para os profissionais de saúde:

- Aprofundar os seus conhecimentos sobre esta temática;
- Realizar estudos no seio das comunidades;
- Elevar o hábito de denúncia - para punição
- Enfatizar a prevenção em 1º lugar;
- Olhar sempre para o homem na perspectiva multidimensional;

Soluções

Começar em si mesmo: Promoção de boas práticas; Aumentar os níveis de literacia; Pulverizar a cultura dos direitos e deveres de cidadania; Mudança de atitude recorrendo a todas as forças vivas; Cultivar e promover valores de paz, tolerância, compaixão, amor e respeito; Agravamento das penas para casos de violência extrema; Divulgar

transversalmente princípios e valores de conduta urbana; Apelar a redução das assimetrias; Em caso de conflitos, optar pela estratégia assertiva ou passiva e evitar a solução agressiva-ataque.

Para o estado angolano: Criar políticas visando melhoria das condições das maiorias-o homem; Mínimo de desemprego e de vida; Muito mais postos de trabalho; Construir Locais para prática desportiva, evitando a ociosidade e promovendo a saúde; Construção de mais escolas; Programas Mídias que fomentam princípios morais e espirituais, são factores socializadores.

Reflexão final

É um mal explícito ou implícito que enferma todos os tecidos da personalidade da vida da vítima e seus próximos; Amiúde, é decorrente da conduta do violentador em crise; Precisamos todos conjungir sinergias para combater e prevenir; Estudos e medidas legislativas, reactivas e preventivas urgem; Actuação sobre as mentalidades numa perspectiva transversal; Sermos mais proactivos e rápidos na prevenção e ser lento na reactividade; Actividades como estas jornadas de Saúde Pública, contribuem para o efeito.

DIAGNÓSTICO DO PROCESSO DE ENSINO E APRENDIZAGEM NA FORMAÇÃO DO FARMACÊUTICO PARA A ÁREA ASSISTENCIAL

¹Fernando Banze Cassenda Fernando

²Liliana López Mateu

³Marian Hernández Colina

⁴Caridad Sedeño Argilagos

Angola, país situado na África Austral com uma população estimada em cerca de 30 milhões de habitantes, dado recolhido do último censo populacional, conquistou a independência Nacional em 1975. Depois desta data mergulhou numa guerra civil devastadora. Mas é um dos países que durante a primeira década do novo milénio registou um dos mais elevados índices de crescimento económico. Com as reformas realizadas no período pós-independência, são lançadas bases para edificação de um novo sistema de educação e ensino, garantindo maiores oportunidades de escolarização aos estudantes.

Em 1999, o estado criou um ambiente propício ao surgimento de operadores privados no sector do Ensino Superior, segmento importante no processo de expansão da educação em Angola, independentemente das grandes dificuldades nos domínios das infraestruturas, serviços e dos recursos humanos. Dentro das estratégias, o governo criou políticas de formação, tendo enviado vários quadros Nacionais para fora do País: Cuba, ex-URSS, RDC, Brasil e Portugal, entre outros, com o objectivo de formar quadros de nível superior, entre eles os Farmacêuticos que são o foco deste artigo.

A primeira instituição de formação superior em Ciências Farmacêuticas surgiu em Luanda, considerada a primeira Região Académica a Universidade Jean Piaget de Angola (Unipiaget), criada através do decreto executivo nº 44A/01 de Julho de 2001. Seguidamente surgiram outras instituições como a Universidade Privada de Angola (UPRA) e o Instituto Superior Independente de Angola (ISIA) (Alexandra & Pio de Kandingi, 2016). Ao nível nacional, Benguela foi a primeira Província, depois de Luanda, a abrir o Curso de Ciências Farmacêuticas no Instituto Superior Politécnico Jean Piaget, o qual funciona desde 2011.

¹Conferencista Mestre em Ciências Farmacêuticas, Professor Instituto Superior Politécnico de Benguela. Ordem dos Farmacêuticos de Angola; fernandobange@gmail.com

^{2,3,4}Instituto de Farmacia y Alimentos, UH, Cuba

Nos académicos existe um questionamento sobre a capacidade dos cursos de Saúde em cumprir a finalidade dos programas curriculares que deveriam desenvolver nos estudantes o potencial intelectual, a capacidade de análise, o julgamento e avaliação crítica. Visto que predomina em grande parte das instituições o modelo de ensino tradicional, o processo de mudança na educação traz inúmeros desafios, que poderão permitir romper estruturas cristalizadas.

É sabido que a formação farmacêutica em Angola é caleira e muito tem que ser feito para que os resultados venham a corresponder com o ensejo da profissão e dos utentes. Em quase todas as instituições de formação farmacêutica no País, os programas de estudo em vigor são importados de outras realidades e funcionam muitos anos sem actualização e adequação, dificultando em muitos casos a emissão de equivalências nos casos de transferência de alunos para outra instituição.

Observa-se com frequência nas unidades hospitalares estudantes e profissionais recém-formados em ciências farmacêuticas que, ao integrá-los nas diferentes equipas de trabalho conhecidas como equipas multidisciplinares, estes demonstram insegurança na hora de exercer as actividades e funções que lhes competem.

Deste modo, é essencial criar espaços de discussão e reflexão sobre o papel do farmacêutico e a organização dos cursos de formação, para verificar se as propostas de ensino atendem à formação do profissional com o perfil exigido no momento atual. Arelado às mudanças sociais e políticas, o ensino farmacêutico não é linear; a sua história passa por inúmeras propostas de alteração e uniformização de currículos, pois inúmeras tensões concorrem para formar, reformar ou deformar o papel social do farmacêutico (Almeida et al., 2014).

O Ministério do Ensino Superior, Ciência, Tecnologia e Inovação (MESCTI) promoveu e deliberou, através de um Decreto Presidencial em 2019, a harmonização curricular, no sentido de colmatar várias deficiências detectadas em cada uma destas realidades, isto abrangendo todas as áreas de Formação em Saúde.

Estes antecedentes fundamentam a realização da investigação na área de formação visto que a proliferação das instituições privadas no País não tem acompanhado os critérios internacionalmente aceites tais como, a criação atempada

de infraestruturas e de recursos humanos para responder aos ensejos do que realmente se pretende, observa-se em alguns casos deficit de materiais de Laboratório, poucas condições para as aulas práticas, assim como a importação dos planos de estudo que não se adequam ao contexto Nacional, têm criado vários transtornos na transmissão do conhecimento e competências aos estudantes.

O estado atual do processo de ensino aprendizagem permite-nos identificar um movimento de ideias de diferentes correntes teóricas sobre a profundidade do binómio ensino-aprendizagem. Repensamos a nossa prática educativa, buscando uma conceptualização do processo ensino-aprendizagem.

Assim sendo, partiu-se para uma investigação no Instituto Superior Politécnico Jean Piaget, Benguela, com a questão de partida: será que os recém-formados do curso de Ciências Farmacêuticas mostram boas habilidades na prática assistencial durante o exercício da profissão? Pretendemos então diagnosticar as características do processo de ensino-aprendizagem implementadas pelos docentes que leccionam as disciplinas responsáveis pelo perfil assistencial do Farmacêutico.

Foi desenvolvido um estudo exploratório-descritivo de natureza qualitativa onde se analisaram as variáveis que influenciam determinados fenómenos como é o caso do ensino-aprendizagem da Farmacologia e das disciplinas que seguem o perfil assistencial. Utilizou-se o inquérito por questionário validado pelo método de Delphy numa amostra de 20 professores que lecionam as disciplinas chave, tendo também sido realizado um Workshop Metodológico (Brainstorming) e em 80 estudantes finalistas do curso de Ciências Farmacêuticas, do Instituto Superior Jean Piaget de Benguela, no período de Julho a Setembro de 2019.

As dimensões validadas no Questionário foram as seguintes:

1. Planificação e direcção do processo de E-A 9 Itens;
2. Orientação didática dos conteúdos 6 itens;
3. Carácter profissional e científico-metodológico do processo de E-A 3 itens;
4. Valoração da aprendizagem dos estudantes 4 itens;
5. Formação de competências assistenciais em estudantes 4 itens.

No gráfico 1 podemos observar os principais resultados encontrados.

No processo de ensino-aprendizagem das disciplinas que seguem o perfil assistencial:

- Não se observa uma hierarquia na planificação e direcção do processo.
- Pouco rigor no sistema de avaliação e selecção dos candidatos.
- Pouco vínculo da teoria com a prática na consolidação das competências na área assistencial.

Resenha do encontro com os Docentes aplicando o método *Brainstorming*:

- Reavaliar os conteúdos programáticos das disciplinas que seguem o perfil de assistência;
- Necessidade de elaborar um livro reitor para orientar o curso por cada disciplina.
- Os professores não ministram os conteúdos, tendo em consideração a transversalidade e sua importância no processo de ensino e aprendizagem do aluno.
- Reorganizar as disciplinas e reduzir a carga horaria daqueles que não seguem o perfil assistencial.
- Aumentar a carga horaria da farmacologia devido a sua importância e introduzir formas de ensino que favorecem a participação individual de cada aluno.
- Ver a possibilidade de estabelecer precedências para aumentar a exigência aos estudantes.
- Os professores das disciplinas básicas devem ser mais exigentes.
- Aprimorar os programas e supervisionar os conteúdos ministrados por cada docente.
- Promover cursos de aperfeiçoamento profissional para alunos que já concluíram os estudos.

Em título de conclusão, verificámos que não há diretrizes metodológicas para a execução dos programas, existem deficiências no ordenamento dos conteúdos programáticos e não há dosagem possível do conteúdo. As orientações sobre o planeamento e a realização de atividades práticas é muito pouco explorado, não há evidências e diretrizes sobre o uso das TIC na PEA de Farmacologia e Farmácia clínica. Torna-se emergente a adoção de novas concepções educacionais em farmácia que

utilizem metodologias activas de ensino e da diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem.

Verificou-se também que 85% dos alunos não resolvem corretamente os problemas de um exame, o que denota deficiências na apropriação da metodologia de resolução de problemas e uma base deficitária de conhecimentos. Quase nunca dominam as estratégias ou recursos que favorecem a aprendizagem.

O diagnostico do processo de ensino-aprendizagem realizado evidenciou que a obtenção de habilidades para cumprir a função assistencial dos farmacêuticos se encontra afetada por um inadequado enfoque, sendo as principais insuficiências apontadas para a planificação e direção do processo, pouco rigor no sistema de avaliação aplicado e pouco vínculo das aulas teoria com a prática.

Referências Bibliográfica:

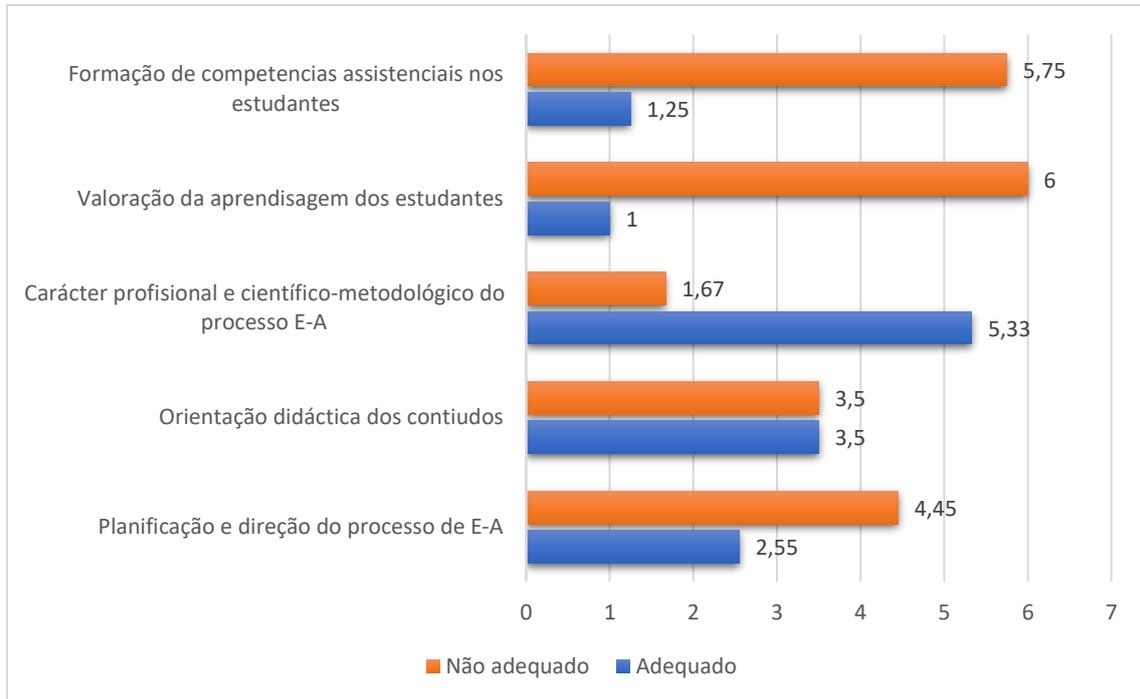
Alexandra, A., & Pio de Kandingi, C. (2016). A expansão do Ensino Superior em Angola. Um estudo sobre o impacto das Instituições de Ensino Superior Privado.

Almeida, R. B., Hartmann, D., Mendes, C., & Dalpizzol, P. A. (2014).

Ensino farmacêutico no Brasil na perspectiva de uma formação clínica. 35 (3), 347–354.

Gráfico

Gráfico 1- Critério atribuído pelos docentes a cada dimensão avaliada



COMUNICAÇÕES ORAIS

CIRCUITO DA UNIDADE DE SANGUE EM ANGOLA: DA DÁDIVA AO DOENTEJosé Couceiro¹

¹Especialista em Hemoterapia e Aplicações de Diagnóstico Laboratorial, Yapama Saúde
jascouceiro@gmail.com

Introdução: A doação de sangue é considerada uma atitude que pode salvar vidas e é atualmente um assunto de relevo dada a crescente necessidade em manter reservas para a transfusão de sangue de emergência. A compreensão de todos aspetos subjacentes a atitude de ser dador permitira perspetivar metodologias e programas direccionadas para acções específicas, de forma a aumentar o nível de conhecimento da população nesta matéria, bem como para motivar atitudes positivas face à doação de sangue na população Angolana. **Objetivo:** Dar a conhecer a realidade actual da Medicina Transfusional a nível Nacional. **Material e métodos:** Estudo baseado em recolha de dados do ano 2021 do INS (Instituto Nacional de Sangue). **Resultados:** Relativamente aos dados obtidos no estudo, observámos os seguintes aspectos. Número de dádivas = 136666; Dadores familiares = 121409 (88,84 %); Dadores Voluntários = 15.257 (11,16%); Dadores Reprovados = 31475; Dadores com DST e Malária Positivos: Malária = 2214 (1.62%); HIV= 1339 (0.97%); HCV=2115 (1.54%); HBS=5417(3.98%); Sífilis =1880(1.37%); Unidades de Sangue Positivas= 12.965 (9.48%) **Conclusão:** Pela análise dos dados é fundamental que se inverta a situação de dadores familiares por voluntários, criando condições para os dadores de sangue com incentivos básicos com Pré e Pós lance durante o acto da dádiva, assim como equipar os serviços de sangue a nível nacional dos meios de diagnóstico laboratorial e insumos necessários de acordo com as boas práticas de hemoterapia. Sem dúvida, há necessidade de continuar a evoluir para que se consiga nos próximos anos obter reservas de sangue seguro a nível Nacional com o aumento de dádivas voluntárias. Também será necessário criar a Unidade Curricular de Hemoterapia nas Universidades de Saúde para capacitar os atuais e novos profissionais de saúde para a evolução das novas tecnologias.

Palavras-chave: sangue, dadores (voluntários e familiares) de sangue, unidade e componentes sanguíneos.

PRESCRIÇÃO DE BENZODIAZEPINAS EM PACIENTES IDOSOS

Ana Pérola Silva da Cunha Fernandes¹

¹Licenciada em Ciências Farmacêuticas, Estudante de mestrado em Saúde Pública no ISPJPB, perolafernandes2004@gmail.com

Introdução: Os idosos pertencem a um grupo populacional que necessita de uma atenção especial por parte dos profissionais de saúde devido à elevada incidência de doenças crónicas e, conseqüentemente, à prescrição mais extensa de medicamentos (Parente, 2011). Entre os medicamentos utilizados pelos idosos, destaca-se o uso crónico de psicofármacos, sobretudo os hipnóticos, os sedativos e os ansiolíticos da classe dos benzodiazepínicos, devido à constante insónia e ansiedade que afectam o grupo (Alvim, Cruz, Vieira, Bastos, & Leite, 2017). **Objectivo:** Alertar os profissionais de saúde para/sobre os cuidados a ter na prática da prescrição e dispensa dos Benzodiazepínicos em pacientes idosos. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão bibliográfica, de aspecto qualitativo relacionada com o uso dos Benzodiazepínicos numa abordagem especial em idosos. A busca foi realizada em base de dados *Scientific Eletronic Library Online (SCIELO)*, *Google Académico* e os critérios para a selecção e inclusão dos artigos foram: artigos publicados em português no período 2011 a 2021 que abordassem a temática escolhida e estivessem disponíveis electronicamente, na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos com abordagem fora da temática e artigos com mais de 10 anos de publicação. O levantamento das publicações nas bases de dados ocorreu de 15 de Março a 15 de Abril de 2022. **Resultados:** Os idosos apresentam algumas alterações fisiológicas que interferem na farmacocinética e farmacodinâmica, carecendo de atenção (melhor qualidade) dos profissionais de saúde ao nível do tratamento medicamentoso. O uso irracional de Benzodiazepínicos pode gerar graves conseqüências como o desenvolvimento de dependência e tolerância. Por pertencerem a uma classe de medicamentos sujeitos a controlo especial, devem ser dispensados somente por prescrição médica, exigindo normas para as prescrições e dispensação (Alvim, Cruz, Vieira, Bastos, & Leite, 2017). **Conclusão:** O uso irracional e inadequado de Benzodiazepínicos é um problema de saúde pública. A ausência de informações e condutas não recomendadas na aplicação dessa classe de

medicamentos, tanto para os profissionais de saúde como para usuários, servem como factor de alerta para os efeitos nocivos que podem ocorrer com o seu uso. Nesta senda, o comprometimento dos profissionais de saúde é fundamental para minimizar a utilização de medicamentos de elevado risco em pessoas idosas.

Palavras-chave: Benzodiazepínicos, Farmacocinética, Farmacodinâmica, Saúde do Idoso.

Referências Bibliográficas:

Alvim, M., Cruz, D., Vieira, M., Bastos, R., & Leite, I. (2017). Prevalência e fatores associados ao uso de benzodiazepínicos em idosos da comunidade. [Prevalence and factors associated with the use of benzodiazepines in community-dwelling elderly people]. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(4), 463-474. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.170042>.

Parente, J. P. (2011). *Avaliação do uso de medicamentos inapropriados em idosos: aplicação dos Critérios de Beers*. [Dissertação de mestrado]. Universidade da Beira Interior. Faculdade de Ciências da Saúde.

AVALIAÇÃO DA PRESCRIÇÃO MÉDICA DE ANTIBIÓTICOS EM MULHERES GRÁVIDAS INTERNADAS NA MATERNIDADE DO HOSPITAL GERAL DE BENGUELA

Agostinho Finde Chipango¹, Maria Gorete de Jesus Baptista²

¹Licenciado em Farmácia, Professor Assistente no ISP Jean Piaget Benguela
agostinho.chipango@unipiaget-angola.org;

²Doutora em Biomedicina, Professora-auxiliar no ISP Jean Piaget Benguela, Angola, CESP-ISPJPB e Professora adjunta na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança-Portugal

Introdução: A prescrição médica é o acto de definir o medicamento a ser consumido pelo paciente com a respectiva posologia (dose, frequência de administração e duração do tratamento). Ela constitui os alicerces para que se alcance a racionalização, a qualidade e a segurança da terapia farmacológica (Silva 2012). Na gravidez, a mulher passa por diversas transformações morfofisiológicas influenciadas pela presença do feto. Neste sentido, é válido lembrar que a exposição da mãe a medicamentos é estendida ao feto e os efeitos sobre ele (morte, aborto ou malformações vão depender de factores relacionados ao/com o fármaco, do período gestacional, da frequência e dose utilizada (Oliveira 2014); O uso racional de medicamentos é indispensável para a garantia da qualidade e eficácia do tratamento. **Objectivo:** Avaliar os dados da prescrição médica de antibióticos em mulheres grávidas internadas na Maternidade do Hospital Geral de Benguela. **Metodologia:** Trata-se de um estudo retrospectivo descritivo de carácter quantitativo, tendo sido analisados dados relativos a prescrições de medicamentos antibacterianos nos processos das mulheres grávidas, internadas na Maternidade do Hospital Geral de Benguela entre Outubro e Dezembro de 2018. As variáveis estudadas foram: idade, diagnóstico, elementos da prescrição médica (medicamentos prescritos, peso, legibilidade, dose do medicamento, via de administração, data da prescrição) e a solicitação de testes de sensibilidade e cultura. **Resultados:** A faixa etária das gestantes que utilizaram antibióticos variou entre os 16 e 35 anos, verificando-se que a faixa que utilizou mais antibióticos incide entre 31-35 anos (27%); sendo seguida pela dos 26-30 anos (26%). Quanto ao diagnóstico para prescrição, a ruptura prematura da membrana amniótica (RPM) predominou (23%). Sobre os elementos da prescrição médica, a identificação das gestantes estava presente a 100%, tal como na legibilidade dos dados, verificada em 89,64% das

prescrições. Não existiam nenhuns registos da variável peso e 99% dos processos analisados não apresentaram solicitação de teste de cultura e de sensibilidade.

Conclusão: Verificou-se que nos processos consultados não existem dados que seriam importantes para a determinação da escolha de antibióticos para cada utente, nomeadamente, a realização de testes de cultura e sensibilidade (antibiograma), podendo o seu uso impróprio causar resistência a antibióticos.

Palavras-chave: *Avaliação, Prescrição, Antibióticos, Gravidas*

Referências Bibliográficas:

Silva, P. (2013). *Farmacologia*. 8ª Edição, P 150; Guanabara koogan, São Paulo, p 141.

Sérgio Marcos da SILVA,. "Avaliação de prescrições em farmácia comunitária universitária". [Dissertação, 2012-pp.95- on-line]. Universidade estadual paulista, Araraquara-São Paulo. Disponível em: <http://www2.fcfar.unesp.br>. Consultado aos 29 de Novembro de 2019.

JanaínaSoder FRITZEN, Christiane Fátima COLET e Karla Renata de OLIVEIRA, "Uso de antimicrobianos por gestantes no serviço público de saúde", Vol. 2, Revista Brasileira de promoção saúde, Fortaleza, 2014. Pág. 199-220. Disponível em:<http://www.bioline.org.br>. Consultados aos 17 de Dezembro de 2019.

CONTAGEM MANUAL DE RETICULÓCITOS E ANÁLISE DIFERENCIAL DE LINFÓCITOS POR CITOMETRIA DE FLUXO A PARTIR DE *BUFFY COATS*

Leonel Leandro Mendes^{1,3}, Maria Fernanda Beirão², Alexandra Viana da Costa¹

¹Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS)/ CESPU - IINFACTS, Gandra, Portugal. email:leonel.mendes@ispbenguela.com; ²Instituto Politécnico de Saúde do Norte - Escola Superior de Saúde do Vale do Ave (IPSN/ESSVA) IINFACTS, Gandra, Portugal; ³Instituto Superior Politécnico de Benguela, Angola.

Introdução: O sangue é constituído por 55% de plasma e 45% de elementos celulares, como eritrócitos, leucócitos, plaquetas e uma pequena porção de reticulócitos, estadio de eritrócito imaturo em fase final de maturação. A avaliação do rácio eritrócitos/reticulócitos a partir de um *buffy coat* de um dador, permite avaliar a recuperação medular após dádiva. Também, a análise das populações linfocitárias garante a funcionalidade do sangue na resposta imune. Assim, ambas as análises apresentam-se de elevada importância no uso clínico, nomeadamente, nas transfusões, na recolha de elementos sanguíneos específicos e na imunoterapia ^{1,2}.

Objetivos: Contagem de reticulócitos a partir de *buffy coats* obtidos de dadores de sangue com posterior avaliação do Índice de Produção de Reticulócitos. Análise da viabilidade celular e percentagem de sub-populações T e população B por citometria de fluxo. **Metodologia:** Amostra constituída por 13 *buffy coats*, que serviram à realização de esfregaços, corados pelo azul de cresil brilhante, ao dia seguinte da colheita, para contagem de reticulócitos, determinação do Índice de Produção de Reticulócitos e cálculo do coeficiente de correlação de *Spearman*. Nas sub-populações T e população B, após processamento em gradiente de densidade, avaliou-se a viabilidade celular (azul de tripano) e a respetiva percentagem por citometria de fluxo a diferentes *timings* (teste *Wilcoxon Signed Ranks*). **Resultados:** Dos 13 dadores, relacionou-se o valor do IPR com a percentagem de reticulócitos e verificou-se que 84,6% apresentou um valor de $IPR \geq 3$ e 15,4% dos dadores apresentou um $IPR \leq 2$, com uma percentagem de reticulócitos $>1,5\%$ ($r = 0,946$ $p < 0,01$). A análise linfocitária, mostrou que o resultado da viabilidade celular analisado após 7 dias é inferior ao resultado analisado ao dia 1 ($Z = -3,408$; $p < 0,001$). A análise por citometria de fluxo de linfócitos T e B mostrou uma redução da percentagem no dia 1 em relação ao dia 7 ($p = 0,043$). **Conclusão:** Todos os dadores apresentaram reticulocitose com um valor de reticulócitos corrigidos $>1,5\%$,

indicando uma resposta medular adequada à dádiva. Confirmou-se que os *buffy coats* contêm a mesma proporção de populações linfocitárias que as estimadas no sangue periférico de um indivíduo saudável, predominando linfócitos TCD4+ > TCD8+ > linfócitos B.

Palavras-chave: Reticulócitos, linfócitos, *buffy coat*, citometria de fluxo

Referências Bibliográficas:

Fragata, C. G. (2014). Plasma Humano: Componentes e Derivados. Conservação e Utilização Terapêutica Em Ambiente Hospitalar. pp1–110.

Bain, B.J. (2007). Células Sanguíneas. Um Guia prático. Artmed (ed.), 4ª Ed.

TESTES E SUA APLICAÇÃO NO DIAGNÓSTICO DA COVID-19

Kule Kunga Alicerces Moisés Dongua¹, Maria Gorete de Jesus Baptista²

¹Técnico de diagnóstico, Hospital Regional do Lobito. Estudante de Licenciatura em Análises Clínicas no ISP Jean Piaget Benguela Kule e-mail: kuleara0598@gmail.com

²Doutora em Biomedicina, Professora-auxiliar no ISP Jean Piaget Benguela, Angola, CESP-ISPJPB e Professora adjunta na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança-Portugal

Introdução: O vírus SARS-CoV-2, causador da COVID-19, tornou-se a representação de ameaça global no que diz respeito à saúde pública, à medida que se vai disseminando facilmente. A COVID-19 pode gerar desde um quadro assintomático até sinais e sintomas envolvendo os sistemas, respiratório, hepático, neurológico, podendo, inclusive, levar à morte. Os exames para o diagnóstico da COVID-19 tornaram-se comuns no nosso quotidiano e a sua utilização e interpretação correctas são de grande importância. **Objetivos:** Descrever os testes e os parâmetros clínicos e técnicos usados para o diagnóstico da SARS-CoV-2. **Metodologia:** Foi realizada uma revisão de literatura, tendo sido consultados 5 artigos obtidos em bases de dados científicas (Medline, Scielo, Google académico) todos com informações relativas ao objectivo do estudo. **Resultados:** Os testes existentes utilizados para a verificação do diagnóstico da Covid 19 são: 1. Teste rápido por antígenos ou Teste Rápido do Covid Ag (nasofaríngeo ou Nasal) é um teste imunocromatográfico de fluxo lateral que se destina à deteção qualitativa do antígeno da proteína nucleocápside (N) do SARS-CoV-2, em colheitas nasofaríngeas ou nasais directas de indivíduos com suspeita de COVID-19 ou rastreios de contacto/controlo; 2. Teste rápido por anticorpos é um teste sorológico que identifica a presença de anticorpos IgM e IgG do SARS-CoV-2 numa amostra sanguínea. De acordo com os estudos, a deteção dos anticorpos de fase aguda (IgM) pode ser iniciada a partir do 5º dia dos primeiros sintomas. Já os anticorpos da classe IgG podem ser detetados a partir do 7º dia de sintomas mostrando assim a resposta imunitária do doente; 3. RT-PCR é um teste molecular indicado para a deteção quantitativa de ácido ribonucleico do SARS-CoV-2 em esfregaços nasofaríngeo e orofaríngeo durante a fase aguda da infeção. **Conclusão:** Para o diagnóstico da COVID-19 existem essencialmente 3 tipos de testes. Para a sua correcta utilização e posterior interpretação é necessário entender o fundamento de cada exame e qual o momento e o teste certo para cada

situação. Desta forma, podemos diminuir a probabilidade de resultados errados não concordantes com o diagnóstico clínico.

Palavras-chave: Testes Covid-19; Ag Antigénio; IgM: Imunoglobulina M; IgG: Imunoglobulina G; RT-PCR

Referências Bibliográficas:

Marina, A.M. & Monique, M. F. (2020). O papel das respostas imunológicas inata e adaptativa ao SARS-CoV-2: Revisão de literatura. *Salusvita, Bauru*, 39 (3): 775-795.

Vieira, L. M. F., Emery, E., & Andriolo, A. (2020). COVID-19-Diagnóstico Laboratorial para Clínicos. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.411>

NÍVEL DE CONCORDÂNCIA ENTRE O MÉTODO AUTOMÁTICO PARASGHIT-TMP002 E A MICROSCOPIA ÓTICA PARA O DIAGNÓSTICO DA MALÁRIA NO HOSPITAL MUNICIPAL DE BENGUELA

Leonel Leandro Mendes¹, Mariele Santa Rita Luís¹

¹Instituto Superior Politécnico de Benguela-Angola; leonel.mendes@ispbenguela.com

Introdução: O método diagnóstico padrão ouro para a malária é o exame da gota espessa com coloração de Giemsa. Existem vários factores que dificultam a análise adequada dos parasitas e que podem proporcionar erros de identificação entre as espécies de *Plasmodium*. Há questionamentos quanto à baixa sensibilidade da técnica da pesquisa de *plasmodium* por microscopia ótica em situações de reduzida parasitemia ou em infeções mistas (Plucinski et al., 2019; Somandjinga et al., 2009). **Objectivo:** avaliar o nível de concordância entre o método automático Parasghit-TMP002 e a microscopia ótica para o diagnóstico da malária no Hospital Municipal de Benguela. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de carácter prospectivo, descritivo com abordagem quantitativa. Foram aplicados o método de quantificação da malária por microscopia ótica que é realizado em lâmina por coloração de giemsa, bem como o método automático *parasigsh t M Poo2* que é uma plataforma baseada em visão computacional, o dispositivo combina logaritmos. A amostra foi de 250 pacientes. O nível de concordância, especificidade e sensibilidade entre os métodos foi calculado pelos testes índice Kappa e curva Roc do software estatístico SPSS versão 23. **Resultados:** Entre os 250 testados, a faixa etária predominante foi de 10 a 15 anos, que correspondeu a 24% (60). Ao comparar-se o método automático Parasigt TMP002 com a microscopia ótica para a deteção (densidade parasitaria) do parasita da malária, mostrou que 219 eram verdadeiros negativos e 19 eram verdadeiros positivos, dos quais 5 apresentavam alta parasitemia, 14 baixa parasitemia, 3 eram falsos negativos e 6 falsos positivos. Em relação à espécie parasitária a microscopia ótica por coloração de giemsa, foram observados 22 *P. falciparum*, já para o Parasigt TMP002 detectou-se 4 *P. Vivax*, 16 *P. falciparum* e 4 inclusões hematológicas, que foram negativas para microscopia ótica. 218 foram considerados negativos para os dois métodos. O resultado da curva Roc (1) mostrou que o teste é quase perfeito (IC95%). **Conclusão:** A

concordância entre os dois métodos, *Parasigt TMP002* (automático) e microscopia ótica por coloração de Giemsa foi considerada boa, com um nível de exatidão excelente.

Palavras-chave: Malária, Parasghit-TMP002, microscopia ótica, concordância.

Referências Bibliográficas:

Plucinski, M. M. et al. (2019). Performance of Antigen Concentration Thresholds for Attributing Fever to Malaria among Outpatients in Angola. *Journal of Clinical Microbiology*, 57(3). <https://doi.org/10.1128/JCM.01901-18>

Somandjinga, M., Lluberas, M., & Jobin, W. R. (2009). Difficulties in organizing first indoor spray programme against malaria in Angola under the President's Malaria Initiative. *Bulletin of the World Health Organization*, 87(11), 871–874. <https://doi.org/10.2471/BLT.08.052514>

CULTURA DE SEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO HOSPITAL GERAL DO HUAMBO

Ferdinando Dáscalos Cutassi¹; Adilia Maria Pires da Silva Fernandes²;
Josias Justino Cambinja Chaves³

¹Mestre em Saúde Pública. Instituto Técnico de Saúde do Huambo. Email: ferdinandocutassi@gmail.com; ²Doutora em Psicologia. Professora na Escola Superior de Saúde do IPB. Investigadora da UICISA; ³Mestre em Saúde Ocupacional. Instituto Superior Politécnico da Universidade José Eduardo dos Santos

Introdução: A cultura de segurança constitui um elemento fundamental para a promoção da saúde ocupacional, na prevenção dos riscos profissionais e, conseqüentemente, no combate à sinistralidade laboral. Ela gera mudanças nos profissionais a nível da percepção sobre o comportamento relacionado com a segurança na sua área de trabalho, elucidando sobre o que é correcto e o que é punível. Nesta perspectiva, a cultura de segurança leva o indivíduo a envolver-se e investir em actos seguros, até que isso se traduza em práticas diárias. **Objectivo:** avaliar a cultura de segurança assumida pelos profissionais de saúde do Hospital Geral do Huambo (HGH). **Método:** estudo descritivo, transversal, quantitativo. Os dados foram recolhidos de Novembro de 2018 a Janeiro de 2019, por meio do questionário Clima de Segurança Hospitalar. A análise foi feita através do programa SPSS versão 20. **Resultados:** participaram 300 profissionais, dos quais 73% (n=219) são do sexo feminino e 49,3% (n=148) sofreram acidentes de trabalho; relativamente aos factores, destacam-se os seguintes dados: Programas e Normas de Segurança (PNS) obtiveram 47,50% da media; Suporte para Práticas de Trabalho e Segurança (SPTS), 48,95% de média; Equipamento de Segurança e Organização do Ambiente (ESOA), 57,95%, e a dimensão Treinamento e Educação em Segurança (TDS), 55,91% da média. **Conclusão:** a pesquisa demonstrou um número considerável de ocorrências de acidentes de trabalho com subnotificação, evidenciando a interiorização da formação continuada sobre a promoção da saúde no trabalho e conseqüente actuação dos profissionais de saúde; a positividade das questões por cada factor revelou médias frágeis, tornando evidente que a cultura de segurança assumida pelos profissionais de saúde necessita de melhorias no âmbito da uniformização dos conhecimentos no domínio da higiene, saúde e segurança no trabalho.

Palavras-Chave: Cultura de segurança; Acidentes de trabalho; Higiene, Saúde e Segurança no trabalho; Factores de risco.

Referências Bibliográficas:

- Águas, R. A. S. (2016). *Cultura de Segurança*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Duarte, M. de L. C., Avelhaneda, J. C., & Parciannelo, R. R. (2013). A saúde do trabalhador na estratégia de saúde da família: percepções da equipe de enfermagem. *Cogitare Enferm*, 18(2), 323–330.
- Graça, M. da, & Freitas, G. de. (2018). Norma: Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais. *Serviço Nacional de Saúde*, 1–5.

BIOSSEGURANÇA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: CASO DOS ENFERMEIROS DA MATERNIDADE DO HOSPITAL REGIONAL DO LOBITO

Armando Tiago da Silva Eurico¹

¹Licenciado em Enfermagem, Professor-Assistente no ISP Piaget Benguela, Estudante de Mestrado em Saúde Pública no ISP Jean Piaget Benguela, atse.enf@gmail.com

Introdução: Biossegurança é/consiste em o conjunto de acções no âmbito preventivo, de minimização e eliminação de riscos inerentes às actividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento de tecnologia e serviços de laboratório, esclarecendo e instruindo sobre a manipulação, o manuseamento e o modo de descarte de resíduos químicos, tóxicos e materiais potencialmente infectantes com recurso a equipamentos de protecção individual e colectiva (EPI). **Objectivo:** Verificar a aplicabilidade das medidas de biossegurança nos Serviços de Saúde por parte dos enfermeiros da Maternidade do Hospital Regional do Lobito. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de campo efectuada entre Julho e Outubro de 2021, de nível descritivo e de carácter quantitativo, com inclusão dos 30 profissionais da classe de enfermagem da maternidade. Foi feita a aplicação de inquérito aberto com questões sobre o conhecimento das medidas de biossegurança e utilizou-se a técnica observacional nas salas de observação de parto e de recuperação em relação ao tipo de actividade e após recolha dos dados foi feita análise estatística das frequências por cálculos de prevalência no *Excel*. **Resultados:** Verificada a aplicabilidade das medidas de biossegurança por parte dos enfermeiros da Maternidade, notou-se ineficiência no âmbito da exposição (considerável) dos enfermeiros a riscos, quer de natureza, predominantemente, biológica – devido ao toque vaginal para avaliação da colo dilatado e discência do feto, o que implica contacto com sangue e fezes, fruto das contrações e do sangramento por rompimento de vasos –, como também, risco químico, fruto do manuseio de medicamentos de diferentes tipos e com apresentações distintas, bem como devido à ausência de mapas de risco para classificação, mediante as cores e tipo de risco identificado. **Conclusão:** O estudo revelou que, dos 30 enfermeiros participantes, cuja idade oscila entre 22 e 59 anos, sendo 67% do sexo feminino (20 inquiridos) e 33% (10 inquiridos) do género masculino; em relação à

categoria profissional, 30% (ou seja, 9) dos inquiridos são técnicos básicos; 53% (16 inquiridos), técnico médios; 10% (= 3), enfermeiros; e 7% (ou seja, 2 inquiridos) são enfermeiros especialistas; relativamente ao tempo de serviço dos inquiridos, varia entre 2 a 37 anos de experiência e serviço. Estes profissionais revelaram baixo nível de conhecimento sobre as medidas de biossegurança quer através do inquérito aplicado, como também na prática, não fazendo o uso correcto das medidas de protecção contra/dos diversos riscos identificados, assim como não têm usufruído de formações contínuas sobre o manuseamento e o descarte correcto de equipamentos de biossegurança, o que compromete a saúde e a segurança do trabalho de todos.

Palavras-chave: Biossegurança, manuseamento/manuseio, riscos, Serviços de Saúde.

Referências Bibliográficas:

Metello de Castro *et al.* (2012). A importância de medidas de biossegurança como prevenção de acidentes do trabalho através da identificação de riscos biológicos no mapa de risco. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, vol. 4 (3). 2339 – 2340. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750894032>.

Penna *et al.* (2010). Biossegurança: uma revisão. *Arq. Inst. Biol., São Paulo*, v.77 (3). 556 – 557. <http://doi:10.1590/1808-1657v77p5552010>.

RESÍDUOS SÓLIDOS: ANÁLISE DA PROBLEMÁTICA REVELADA PELOS MORADORES DA COMUNIDADE DO CALOMBUTÃO-BENGUELA

Amélia Cristina Dumbo Camenha¹, Fernando Augusto Pereira²

¹Enfermeira especialista, Mestre em Saúde Pública, ISP Jean Piaget de Benguela amelia.camenha63@gmail.com; ²Doutor em Sociologia, Professor-Adjunto na Escola Superior de Saúde de Bragança-IPB

Introdução: O mau tratamento dado aos resíduos sólidos pela comunidade afecta sobremaneira a Saúde das populações e origina muitas doenças. **Objectivo:** Entender a percepção que os moradores do Bairro Calombutão têm sobre os resíduos sólidos gerados pela comunidade. **Metodologia:** Estudo qualitativo de tipo fenomenológico. A recolha de dados e da informação foi feita através da observação participativa e de entrevista em profundidade. As principais questões a avaliar são relacionadas com o tipo de lixo, o lugar onde está localizado o depósito do lixo, a forma como e onde se deposita o lixo, e o conhecimento que os moradores têm sobre as doenças produzidas pelo mau tratamento do lixo. Das 120 famílias que vivem no Bairro, foram seleccionadas 60 de forma aleatória. A entrevista foi realizada a um dos representantes das famílias seleccionadas. **Resultados:** Os principais resíduos sólidos identificados foram: restos de materiais de construção e sacos plásticos abertos, contendo lixo generalizado. Os moradores consideram que a localização dos depósitos de lixo se encontra em lugares impróprios, perto de escolas onde circulam as crianças, que a recolha dos resíduos sólidos (por parte das equipas que realizam essa tarefa) demora mais de 15 dias, deixando os contentores muito cheios, com o lixo a transbordar (no chão). Consideram, também, que essa situação provoca o aumento de ratos e insectos que transmitem outras doenças, como a leptospiroses. **Conclusão:** Os resíduos sólidos interferem negativamente no meio ambiente e na Saúde da comunidade, evidenciando a complexidade das interacções entre equipas de recolha de resíduos sólidos e moradores, realidade que preocupa os moradores do Bairro, pois têm consciência das consequências (que pode trazer) do mau tratamento dos resíduos sólidos e dos riscos para a Saúde da Comunidade.

Palavras-chave: Comunidade, Resíduos; Saúde Ambiental.

Referências Bibliográficas:

Administração Municipal de Benguela, (2018). População Residencial na Cidade de Benguela. Departamento de Estatística

Alencar M.M.M. (2005). Residencial de lixo numa Escola Pública do Município de Salvador. Condombá Revista Virtual 1, V, n.2

Alves, P (2014). Elaboração de um plano de gestão de resíduos. Dissertação pr obtenção do grau de mestre em **Ciências e Tecnologias de Ambiente**. Universidade do Porto. Falculdade de Ciências

INFLUÊNCIA DAS ÁGUAS PARADAS NA SAÚDE DA POPULAÇÃO DE UMA COMUNIDADE

Lizeth Margarida V. Filipe Chitumba; Laurinda Chipepe; Eduardo Fialho; Julia Lucalua; Diamantino Américo; Américo Miranda*

*Estudantes de Mestrado em Saúde Pública no ISP Jean Piaget Benguela

Introdução: Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), grande parte das doenças que se alastram nos países em desenvolvimento é proveniente da má qualidade da água (Ribeiro & Rooke, 2010). A contaminação da água pode prejudicar a saúde dos indivíduos e, conseqüentemente, das comunidades (Silva & Feltrin, 2014).

Objectivo: Avaliar a influência das águas paradas na saúde ambiental da população da comunidade da Canata no Lobito. **Metodologia:** Estudo descritivo com abordagem quantitativa, feito no primeiro trimestre de 2022, tendo como amostra a água da comunidade da Canata, distribuída em duas categorias distintas: Água potável recolhida nas torneiras das residências e águas paradas das valas entre as residências, e também, recolha de dados do Relatório Epidemiológico no Centro Médico Anjo da Guarda referente ao primeiro trimestre. As amostras foram submetidas a análises laboratoriais, onde foram avaliadas: Ph (ph meter basic crison), Condutividade de íons da Água (Loviband), Demanda/Quantidade de Oxigénio (Loviband), Turbidez (hanna turbidimeter) e Microbiologia (cultivo Agar SS e leitura microscópica). Resultados: Aferidos foram: Ph: Água potável - 7.40, águas paradas – 7.51. Condutividade de íons da Água: Água potável - 10ms, águas paradas – 7.93 ms. Demanda/Quantidade de oxigénio: Água potável - 17%, águas paradas - 48,4%. Turbidez: Água potável - 0,33NTU, águas paradas - 141NTU. Microbiologia: através do método Agar SS (selectivo/diferencial) observou-se crescimento de micro-organismos patogénicos (Salmonella e Shigella) nas duas categorias observadas, com maior quantidade nas águas paradas. Nos exames físicos realizados aos dois tipos de água foram observadas diferenças nos valores da turbidez da água parada, sendo um indicador sugestivo de contaminação, o que foi confirmado com a presença da enfermidade no seio da comunidade, de que dá conta o relatório epidemiológico trimestral do Centro Médico, revelando como doenças mais frequentes a Malária, a Febre Tifóide e as do fórum respiratório. **Conclusão:** As águas paradas têm uma influência negativa na população

da comunidade da Canata, provocando/ potenciando a degradação das condutas e a contaminação da água potável, com a presença de micro-organismos causadores de doenças gastrointestinais, bem como de doenças transmitidas por vectores, resultantes da falta de saneamento básico do meio, devido à (a) precária gestão das infraestruturas e da saúde ambiental.

Palavras-chave: Determinantes ambientais, águas paradas, saneamento básico

Referências Bibliográficas:

Ribeiro, J. W., & Rooke, J. M. S. (2010). Saneamento básico e sua relação com o meio ambiente e a saúde pública. Basic sanitation and its relationship with the environment and public health, 1(1), 37. Google Acadêmico.

Silva, L. M. d., & Feltrin, V. P. (2014). Saúde ambiental a importância dos factores ambientais para a promoção de políticas públicas de saúde. Environmental health: the importance of environmental factors in promoting public health policies., 1(1), 36. <http://repositorio.utfpr.edu.br/jspui/handle/1/22582>

DETERMINANTES AMBIENTAIS QUE CONDICIONAM A SAÚDE PÚBLICA NUMA COMUNIDADE DO MUNICÍPIO DE BENGUELA

Marbely Paulo¹, Alberto Campos², Clarindo Mário Fernando³, Joaquina da Silva⁴,
Maria Silva⁵, Maria Gorete J. Baptista⁶

¹ Enfermeira, Instituto Politécnico de Saúde do Namibe, ylebramns@yahoo.es; ²Fisioterapeuta; ³Enfermeiro, Instituto Superior Politécnico do Cuanza-Sul, clarindofernandes92@gmail.com; ⁴Gestora de Informação e Estatística Sanitária, Instituto Superior Politécnico Jean Piaget, josinilthrafael@gmail.com ⁵Analista Clínica, Universidade Katyavala Bwila-Benguela, Faculdade de Medicina, Marialeonor1991@hotmail.com; ⁶Doutora em Biomedicina, Professora-auxiliar no ISP Jean Piaget Benguela, Angola, CESP-ISPJPB e Professora adjunta na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança-Portugal

Introdução: A preocupação em entender as condições ambientais e sua relação com o processo saúde-doença, sempre fez parte da história da Saúde Pública. O tratado “Ares, Águas e Lugares”, de Hipócrates-Séc.V A.C., constituiu o primeiro esforço sistemático de apresentação das relações causais entre factores do meio físico, social e a produção das doenças (Déoutx, 1996). Países subdesenvolvidos enfrentam vários desafios ambientais, nomeadamente Angola em que a sustentabilidade ambiental é crítica pelos níveis de desflorestação e degradação dos solos, poluição atmosférica pelo monóxido de carbono e poeiras, acumulação de resíduos sólidos a céu aberto, contaminação no mar, pela exploração petrolífera e nos rios, pela lavagem de minérios com produtos químicos, entre outros (Capitango, 2017), prejudicando a saúde das comunidades. Pelo exposto, desenvolvemos um *projecto de pesquisa* com o **Objectivo:** Identificar os determinantes ambientais que condicionam a saúde pública numa comunidade do município de Benguela. **Metodologia:** Nesta primeira fase, para a elaboração do projecto do estudo, foi feita pesquisa bibliográfica em bases de dados SciELO e Google-Académico, seleccionados 8 artigos sobre determinantes ambientais e feita uma observação primária do local onde se desenvolverá o estudo. Será observacional do tipo descritivo, com carácter quali-quantitativo, aplicando-se observação e entrevista, com gravação de áudio e fotografias, em 2022. **Resultados:** Da pesquisa bibliográfica consultada e da observação in loco, os principais determinantes ambientais a serem estudados nessa comunidade são: conhecimento dos cuidados ambientais/saúde; condições socioeconómicas; espaços verdes; qualidade do ar; condições dos alimentos e qualidade da água de consumo. Estes

aspectos estão em déficit na comunidade, como a falta de literacia em saúde ambiental, dificuldades financeiras, habitações precárias e superlotadas, coabitação com animais, escassez da flora, exposição da água e alimentos a vectores, poeira e outros poluentes atmosféricos. **Conclusão:** Aquando da identificação empírica destes factores ambientais nocivos à saúde desta comunidade, os quais se estendem à população angolana, torna-se importante a implementação de estratégias para reduzir os impactos dos riscos ambientais. É preciso uma reincorporação das questões do meio ambiente nas políticas de saúde e a integração dos objectivos da saúde ambiental numa ampla estratégia de desenvolvimento sustentável, na conquista de melhores condições de vida, nomeadamente em Angola.

Palavras-Chave: Comunidade, Ambiente, Saúde Pública, Determinantes.

Referências Bibliográficas:

Capitango, J. (dezembro de 2017). A educação ambiental na comunidade rural de Ekovongo-Bié/Angola. 23-24, pp 349-370. ISSN: 1887-2417. <http://hdl.handle.net/2183/22463>

Déoutx, S. E. (1996). *Ecologia e saúde: o impacto da deterioração do ambiente na saúde*. 1ªed, Lusociência.

Almeida, J. R.; Silva, C. E.; Silva, C. V. V.; Aguiar, L. A.; Garcia, V. S.; Souza, C. P.; Lenz, E. R. S.; Lins, G. A.; Almeida, S. M. A. (2019). Multifatorialidade em saúde ambiental. *Environmental Scientiae*, 1, 2, pp.26-47.

DOI: <http://doi.org/10.6008/CBPC2674-6492.2019.002.0002>

PERFIL DOS CIDADÃOS QUE REALIZAM ACTIVIDADES DE MOTOTÁXI E SUA INFLUÊNCIA NOS ACIDENTES DE TRÂNSITO

Valentim Chilemo Catolo¹, André Filipe M. P. Novo², Josias Justino C. Chaves³, Maria Gorete de Jesus Baptista⁴

¹Mestre em Saúde Pública, Professor no Instituto Técnico de Saúde do Huambo, valentimchilemocatolo@yahoo.com.br; ²Doutor em Enfermagem, Professor-Adjunto na Escola Superior de Saúde do IPB-Portugal, ³Mestre em Saúde ocupacional, Professor na Universidade José Eduardo dos Santos; ⁴Doutora em Biomedicina, Professora-auxiliar no ISP Jean Piaget Benguela, Angola, CESP-ISPJPB e Professora adjunta na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança-Portugal

Introdução: Angola tem-se deparado com um aumento de acidentes de trânsito envolvendo mototaxistas (cidadãos taxistas que usam veículos de duas rodas). Este meio tem vindo a ganhar credibilidade por parte da população, fazendo cobertura onde não existem transportes públicos, sobretudo nas zonas de difícil acesso bem como em projectos de novas urbanidades e não só. O exercício desta actividade sem um perfil definido permite o crescimento de acidentes de trânsito de forma galopante, sendo um problema de saúde pública. **Objectivos:** Analisar a prevalência de acidentes de mototaxistas no Huambo e descrever o perfil dos cidadãos que realizam essa actividade e sua influência nos acidentes de trânsito. **Metodologia:** fez-se um estudo descritivo transversal com abordagem quantitativa numa amostra por conveniência, constituída por 555 mototaxistas que realizam actividade no Município do Huambo, sendo seleccionados nos principais pontos da oferta destes serviços. A associação de mototaxistas do Huambo estima existir acima de 24.000 mototaxistas. **Resultados:** Segundo a Direcção Provincial de viação e trânsito, a cidade do Huambo registou até Setembro de 2018, um total de 1501 acidentes de trânsito que resultaram em 368 mortos e 1.133 feridos. Deste total estiveram envolvidos 799 mototaxistas (53,2%), sendo que 94 (25,5%) perderam a vida no local do acidente. Quanto ao perfil dos mototaxistas, os resultados apontaram que esta actividade é assumida por uma população economicamente activa, com taxa de 87,7%, a faixa etária predominante entre 24-29 anos (29,4%), 5,4% não sabem ler, 86,5% não têm carta de condução, 91,9% não estão inscritos na associação dos mototaxistas, 94,1% não faz o uso do colete reflector, 54,4% não respeita a carga horária de trabalho, 21,6% não tem dias de descanso, 49,5% já sofreu acidente e 18,2% acidentou mais de duas vezes. **Conclusão:**

os resultados demonstraram que o perfil dos cidadãos que realizam a actividade de mototáxi tem influência nos acidentes de trânsito uma vez que muitos destes não têm carta de condução, não sabem ler, não estão inscritos na associação dos mototaxistas, não se protegem, não respeitam a carga horária do trabalho, não tendo o descanso necessário, enfim, a maioria não cumpre os requisitos necessários à boa prática desta profissão.

Palavras-Chave: Mototaxista; Acidentes; Perfil do condutor.

Referências Bibliográficas:

Almeida, M. De, Celli, G., Medeiros, D. De, Conceição, F., Pinto, O., Moura, B. D. O., ... Lima, C. (2016). Prevalência e fatores associados a acidentes de trânsito com mototaxistas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(2), 382–388.

Liberato, E. (2013). Candongueiros & Kupapatas : acumulação, risco e sobrevivência na economia informal em Angola. *Revista do programa de pós-graduação em sociologia da USP*, São Paulo, v.20.1, pp.187-192.

PREVALÊNCIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E FACTORES DE RISCO CARDIOVASCULARES EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL PÚBLICO DO BIÉ

Eduardo Elambo Caiangula¹, Albano Vicente Lopes Ferreira², Manuel Simão³

¹Enfermeiro, Mestre em Saúde Pública, Professor Instituto Superior Politécnico do Bié; caiangula@hotmail.com

²Médico, Doutor em Medicina, Reitor Universidade Catavala Bwila Benguela.

³Enfermeiro, Doutor em Enfermagem, Professor na Universidade Agostinho Neto.

Introdução: A hipertensão arterial sistémica (HTA) é um factor importante de risco de doenças cardiovasculares, considerado um problema de saúde pública. A frequência da HTA e de outros factores de risco de doença cardiovascular em grupos profissionais em Angola é pouco conhecida. **Objectivo:** Determinar a prevalência da hipertensão arterial e de factores de risco cardiovascular em profissionais de enfermagem do Hospital Geral do Bié (HGB), Angola. **Metodologia:** Foi feito um estudo descritivo transversal, realizado de Setembro a Dezembro de 2019, numa amostra por conveniência constituída por 307 enfermeiros (72,7%) de ambos os sexos (13% homens e 87% mulheres) na faixa etária dos 29 a 67 (45±7) anos, de diferentes categorias e estratificados por nível socioeconómico. Além da HTA, foram avaliados o estado ponderal, a dislipidemia, a glicemia e a presença de hipertrofia ventricular esquerda (HVE). Os dados foram apresentados como médias e percentagem. **Resultados:** a frequência de HTA foi de 36,8% (homens, 42,2%; mulheres 36%); a de obesidade, 27,7% (homens, 30%; mulheres, 27,3%); a de dislipidemia, 16,6% (homens, 17,5%; mulheres, 15,7%); a de diabetes, 16,0% (homens, 5%; mulheres, 17,6%), e a da HVE pelo índice de massa ventricular esquerda, 27,7% (homens, 35%; mulheres, 26,6%). A média da pressão arterial sistólica mostrou uma tendência de aumento com a redução do nível sócioeconómico (I tercil, 140,6±22,5; II tercil, 132,3±24,8; III tercil, 129,9±21,7 mmHg). Entretanto, a classe socioeconómica média apresentou maior frequência de HTA (48%), de dislipidemia (87%), de diabetes (34,8%) e de HVE (39,3%). **Conclusão:** A frequência de HTA, de dislipidemia, de diabetes e de HVE é elevada em profissionais de enfermagem do HGB, sugerindo um efeito importante das alterações metabólicas e da sobrecarga cardíaca sobre o risco cardiovascular. Os dados apontam para a necessidade de novos estudos e da adopção de medidas de prevenção, tratamento e controlo das doenças cardiovasculares neste grupo particular.

Palavras-chave: hipertensão arterial; risco cardiovascular; prevalência; profissionais de saúde; hospital.

Referências Bibliográficas:

Ataklte, F., Erqou, S., Kaptoge, S., Taye, B., Echouffo-Tcheugui, J. B., & Kengne, A. P. (2015). Burden of undiagnosed hypertension in sub-saharan africa: A systematic review and meta-analysis. *Hypertension*, 65(2), 291-298. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.114.04394>.

Oliveira, M. M., Miguel, M., Marcus, V. B., João, M., Osni, M. F., Armando, S. C., (2017). Diretrizes em Hipertensão Arterial para Cuidados Primários nos Países de Língua Portuguesa. *Revista Brasileira de Cardiologia*; 109 (5): 389-396 Doi: 10.5935/abc.20170165.

Pereira, S. V., Valentim, M., Feijão, A., Gonçalves, M., Oliveira, P., Neto, M., et al. (2019). May Measurement Month 2017: an analysis of blood pressure screening in Angola—Sub-Saharan Africa. Published on behalf of the European Society of Cardiology. VC The Author(s). doi:10.1093/eurheartj/suz049.

BENEFÍCIOS DA FISIOTERAPIA EM PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÓNICA EM HEMODIÁLISE

¹Laurinda Nené Catanga Paulo Chipepe

¹Fisioterapeuta, Mestranda em saúde pública no ISPJEAN Piaget Benguela. juelpaulo716@gmail.com

Introdução: A doença renal crónica (DRC) é decorrente de uma lesão renal e perda progressiva e irreversível da função dos rins. A hemodiálise substitui parcialmente essa função, com o objectivo de corrigir as alterações metabólicas presentes na DRC. A fisioterapia é um recurso importante na promoção e reabilitação de alterações músculo esqueléticas, tendo um papel na prevenção das consequências advindas do tratamento de hemodiálise. **Objetivo:** pesquisar com base nas evidências científicas os benefícios da fisioterapia em pacientes com doença renal em hemodiálise. **Metodologia:** Estudo de revisão integrativa da literatura, com busca nas bases de dados: Scielo, Google académico, e Medline com publicações desde 2013 a 2021. **Resultados:** Foram encontrados 32 artigos que falavam sobre a prática de exercício físico e utilizados 4 que abordavam a avaliação dos efeitos da prática de fisioterapia nos pacientes que fazem hemodiálise. Os resultados mostraram que a intervenção fisioterapêutica nos pacientes em tratamento de hemodiálise é efetiva não só na melhoria da capacidade funcional e qualidade de vida como também em outros aspectos como, melhora da atividade do coração com controlo das arritmias e da pressão arterial, diminuição de sintomas como fraqueza muscular, dores musculares, dispneia, melhoria da autoconfiança e independência para executar as actividades diárias. (Almeida et al., 2016.) (Lima et al., 2019.). **Conclusão:** Sem dúvidas que as intervenções fisioterapêuticas durante a hemodiálise são benéficas ao estado geral dos pacientes renais crónicos, pois conduzem ao bem-estar, não só físico mas também psicossocial, sendo recomendada a integração de profissionais de fisioterapia nos centros dialíticos.

Palavras-chave: Benefícios da Fisioterapia, Doença Renal Crónica, Hemodiálise.

Referências Bibliográficas

Almeida, A. C. d., Silva, V. C. d., Rezende, A. A. B., Rodrigues, E. S. R., Silveira, J. M., & Miranda, E. F. d. (2016). Efeitos do protocolo de reabilitação fisioterapêutico na melhora da qualida de vida e capacidade funcional de pacientes em hemodiálise. *Effects*

of physiotherapeutic rehabilitation protocol on improving the quality of life and funcional capacity of hemodialysis patients, 4(2) 9-15. Google Académico.
<http://www.ojs.edu.br/index.php/2/article/view/1196>

Lima, T. d. S., Lopes, P. d. S., & Lisboa, L. P. C. (2019). Abordagem fisioterapêutica em pacientes com insuficiência renal crônica durante a hemodiálise. *Physithery approach in patients with chronic renal insufficiency during hemodialysis, 2(3), 30-36. Google Académico.*

<https://estacio.periodicoscientificos.com.br/index.php/rrsfesgo/article/view/222>

FACTORES ASSOCIADOS A FÍSTULAS OBSTÉTRICAS: UM ESTUDO EM MULHERES SUBMETIDAS A CIRURGIA DE CORRECÇÃO NO CENTRO MATERNO INFANTIL DO CUITO-BIÉ

Mário de Jesus Setumba¹, Maria Gorete de Jesus Baptista²

¹ Enfermeiro, Mestre em Obstetria e Neonatologia, Centro Materno Infantil do Cuito/Bié, Angola

² Doutora em Biomedicina, Professora-auxiliar no ISP Jean Piaget Benguela, Angola, CESP-ISPJPB e Professora adjunta na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança-Portugal

Introdução: A evidência mais antiga da Fístula Obstétrica aconteceu no Cairo/Egito, em que foi encontrada a múmia duma das esposas do Faraó Mentuhotep II, falecida aos 22 anos de idade, o seu corpo apresentava uma grande fístula urinária e ruptura completa do períneo resultante do trabalho de parto prolongado. Na Ásia e África Subsaariana mais de 2 milhões de mulheres sofrem de Fístula Obstétrica e cada ano aumenta cerca de 100.000 novos casos e 90% são causadas pelo trabalho de parto prolongado. Nos EUA e Europa, 70% das Fístulas Obstétricas são resultantes de cirurgias pélvicas. A redução do número de Fístulas Obstétricas através da prevenção ou da correcção cirúrgica são consideradas estratégias importantes para a saúde reprodutiva. **Objectivo:** Analisar os factores associados à ocorrência de Fístulas Obstétricas corrigidas cirurgicamente no Centro Materno Infantil do Cuito-Bié. **Metodologia:** Estudo descritivo, retrospectivo, quantitativo, em utentes operadas a Fístulas Obstétricas (no Hospital Dr Walter Strangway com apoio da Maternidade Lucrecia Paim e ONG Americana Fístula Foundation), internadas no CMIC, 2021. Variáveis estudadas: idade, tempo com a doença, estado civil, coabitação, acesso e distância da residência à unidade sanitária, local do parto e a duração do parto. A recolha de dados foi baseada em dados secundários obtidos nos processos clínicos e livro de registo de doentes. **Resultados:** No rastreio da patologia foram identificadas 223 mulheres com fístulas obstétricas já submetidas a cirurgia de correcção. A maior parte na faixa etária 20-29 anos (22%) e sofre da doença entre 6 e 10 anos (21%), a maioria (91%) reside em áreas suburbanas, apenas 7% são casadas vivendo no seu lar e 208 (93%) foram rejeitadas pelos seus maridos. Todos os partos foram realizados nos domicílios pelas parteiras tradicionais e tiveram duração superior a 48 horas, pelo que consideramos o trabalho de parto prolongado e obstruído como a causa principal da

fístula obstétrica, associado a outros factores de risco como, vias de comunicação difíceis, residência longe das Unidades Sanitárias e deficit de recursos humanos especializados nas unidades. **Conclusão:** A incidência de fístulas obstétricas é elevada e tem repercussões na vida dessas mulheres jovens, nomeadamente desestruturação familiar, além de todos os outros sofrimentos por que passam. Urge portanto a necessidade de organizar a assistência primária de saúde em gestantes, parturientes, puérperas, com humanização e qualidade assistencial pelos profissionais diferenciados, disponíveis a partir das instituições sanitárias dos cuidados primários de saúde.

Palavras-chave: Fístulas Obstétricas, Correção cirúrgica, Saúde reprodutiva

Referências Bibliográficas

Guerra, L. H. (2016). *Política da Antropologia Ética, Diversidade e conflito. Uma análise sócio-antropológica da Fístula Obstétrica em Moçambique.*

OMS/AFRO (2014) *Saúde das pessoas: o que funciona: Relatório sobre a Saúde na Região Africana Saúde Pública.* Organização & administração Assistência à Saúde – organização & administração Nível de Saúde África I. Organização Mundial da Saúde. Escritório Regional para a África.

Tiago, C., Ricardo S., & Martinho, A. (2013). *Abordagem Terapêutica de Fístulas Vésico-Vaginais.* Análise retrospectiva e revisão temática.

Rezende, Carlos, A. B. M., & Jorge, R. F., (2013), *Obstetrícia Fundamental.* 12ª edição. Guanabara-Koogan

SCHISTOSOMÍASE URINÁRIA EM CRIANÇAS COM IDADE ESCOLAR NOS MUNICÍPIOS DA CATUMBELA E DO CUBAL

Maria Laurinda Correia Batista¹

¹Analista clínica, Professora no ISP Jean Piaget Benguela; laurindamaria74@gmail.com

Introdução: A Schistosomíase é uma das parasitoses mais prevalentes no mundo, sendo endêmica em 76 países. Em particular, a Schistosomíase urogenital, para além da hematúria, pode evoluir para quadros como uropatia obstrutiva com calcificação da bexiga, bem como provocar **cancro/câncer** da bexiga. Na Província de Benguela, particularmente em crianças com idade escolar nos municípios da Catumbela e do Cubal, a Schistosomíase é uma preocupação de saúde pública. **Objectivo:** Avaliar a presença de *Schistosomíase haematobium* em crianças com idade escolar nos Municípios da Catumbela e Cubal. **Metodologia:** Estudo observacional, transversal e prospectivo. A população-alvo de estudo foram as crianças de 5 até 14 anos das Escolas Patrício Lumumba e do Hospital Nossa Senhora da Paz, dos municípios da Catumbela e do Cubal, respectivamente. Foram excluídas do estudo as crianças cujos pais ou responsável rejeitaram a sua participação. Assim, participarem/fizeram parte da amostra 228 estudantes, sendo 141 da Catumbela e 87, do Cubal, através da realização de análise de urina. A técnica da sedimentação microscópica permitiu identificar ovos de *Shistosoma haematobium*. Para as crianças parasitadas, foram medidas variáveis clínicas como hematúria, nível de dor na micção e dor baixo-ventre. O teste Q quadrado foi utilizado para comprovar a relação entre as variáveis antecedentes de parasitoses e hematúria relatada, e Positivo a Shistosoma. **Resultados:** Do total analisado, verificou-se que 51 crianças estavam parasitadas, o que representa 22,4%. No Município da Catumbela, 14 estudantes estavam parasitados, representando 10% do total de estudantes do município, enquanto no Cubal se encontraram 37 crianças com esse problema, representando 43% do total deste município. A faixa etária dos casos parasitados com maior frequência, em ambos os sexos, foi a de 10 - 14 anos. A hematúria está presente em 100% dos parasitados. A micção dolorosa e a dor do baixo-ventre são evidentes em 66,7%. Observou-se associação estatística significativa

($p=0,000$) entre antecedentes de parasitose e hematúria relatada e positividade de parasitose. **Conclusão:** A frequência de *Schistosomíase haematobium* nas crianças avaliadas representou 22,4%, sendo Cubal o município com maior presença de crianças parasitadas. Sintomas como hematúria, dor durante a micção e baixo-ventre estavam presentes na maioria dos parasitados. Os antecedentes de parasitose como a hematúria relatada foram variáveis que demonstraram associação com a variável de estudo: positivo a *Schistosoma*.

Palavras-chave: Schistosomíase; *Schistosoma haematobium*;

Referências Bibliográficas

Centers for Disease Control and Prevention. (August, 2019). Parasites – Schistosomiasis. <https://www.cdc.gov/parasites/schistosomiasis/biology.html/>

Centro de Investigação em Saúde de Angola – CISA. (Março, 2015).

Transmissão da Schistosomíase em Angola: estudo malacológico nas Províncias do Bengo, Luanda, Cuanza Norte e Malange
[http://www.cisacaxito.org/contents/bibliotecaitens/1519665570361.pdf/](http://www.cisacaxito.org/contents/bibliotecaitens/1519665570361.pdf)

Figueiredo, J. T. G. C. D. (2014). Lesões causadas pelos ovos de *Schistosoma haematobium* como factor de risco em doenças crónicas urinárias das zonas endémicas de Angola. [Tese de Doutoramento, Instituto de Higiene e Medicina Tropical]. Repositório da UNL (Universidade Nova de Lisboa).
<https://run.unl.pt/handle/10362/19308/>

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM O ESTADO DE SAÚDE ORAL EM ALUNOS DO COMPLEXO ESCOLAR DE MUSSENDE

Manuel Martins Donga Paulino¹; Maria José Almendra Gomes²

¹Médico dentista, Pós-graduado e Mestre em Saúde Pública; Director Geral do Hospital Municipal do Mussende, Cuanza Sul -Angola, e-mail: donga@live.com.pt; ²Professora Doutora Escola Superior de Saúde, Bragança, Portugal; Instituto Politécnico de Bragança, (UICISA: E), <https://orcid.org/0000-0001-9825-8293>

Introdução: Avaliar a QdV (Qualidade de Vida) relacionada com a saúde, através do impacto da condição de **Saúde Oral**, contribui para a melhoria das estratégias de prevenção e promoção da saúde oral, uma vez que a autopercepção da Saúde Oral pode influenciar o autocuidado e afectar, melhorando a QdV relacionada com a saúde do indivíduo. **Objectivos:** Avaliar a Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral em Estudantes do Complexo Escolar do Mussende/Angola; Determinar de que modo as variáveis sociodemográficas influenciam a Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral; determinar de que modo as variáveis do OHIP-14 influenciam a Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral da amostra em estudo. **Metodologia:** Estudo exploratório, descritivo e correlacional, num plano transversal em 222 estudantes. Foi utilizado um questionário com questões sobre as características sociodemográficas, comportamentais, clínicas e sobre a autopercepção da condição oral, avaliada através do índice OHIP-14.

Resultados: A amostra **é**, maioritariamente, do género masculino (159 estudantes = 71,6%), frequentando 66,3% (134 alunos) a 11.ª classe e 58,7% a 12.ª classe. Destes, 30,8% (correspondente a 41 estudantes) são oriundos de famílias cujo rendimento é igual ou inferior ao valor do salário mínimo. A perda de mais de duas peças dentárias foi referida por 33 estudantes (14,9%), enquanto a grande maioria (149 alunos = (67,1%) tem a dentição toda preservada. Os estudantes do género masculino apresentam médias superiores em todas as dimensões do OHIP-14. Relativamente às correlações de Spearman, estas revelam correlações positivas – razoáveis a boas –, estatisticamente significativas ($p < .01$) entre as 7 dimensões e o total da OHIP-14.

Conclusão: Concluiu-se que o público da amostra está em situação de baixos recursos económicos e apresenta reduzidos hábitos de higiene oral, bem como escassa

vigilância da saúde oral. Estes factores, associados ou não, contribuem para a redução da Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral.

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Saúde Oral/bucal; Estudantes

Referências Bibliográficas

Afonso, A., Silva, I., Meneses, Rute., & Frias-Barbosa, J. (2017). Qualidade de vida relacionada com a Saúde Oral: Validação Portuguesa de OHIP-14. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(2), 374-388. DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180208>

Alzate-Urrea S., Agudelo-Suárez AA., López-Vergel F., López-Orozco C., Espinosa-Herrera E., Posada- López A. (2015). Calidad de vida y salud bucal: Perspectiva de adultos mayores atendidos en la red hospitalaria pública de Medellín, Colombia. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*, 14(29): 83-96. Doi: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps14-29.cbsv>.

Zucoloto, M.L., Maroco, J., Campos, J.A.D.B. (2016). Impacto f oral Health on health-related quality of life: a cross –sectional study. *BMC Oral Health*. DOI: 10.1186/s12903-016-0211-2.

ADESÃO ÀS PÍLULAS COMO MÉTODO DE PLANEAMENTO FAMILIAR

Luís Paulino Vissimilo Ngungo¹; Maria Gorete de Jesus Baptista²

¹Enfermeiro, Hospital Geral do Huambo, estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia no ISP Jean Piaget de Benguela;

²Doutora em Biomedicina, Professora-auxiliar no ISP Jean Piaget Benguela, Angola, CESP-ISPJPB; Professora adjunta na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança-Portugal

Introdução: Na década de 30 surge o Planeamento Familiar como método que permite às pessoas planear e decidir os intervalos entre gestações e o número de filhos. Em África o planeamento familiar é um componente essencial dos cuidados primários de saúde. A implementação dos serviços de planeamento familiar em Angola ainda é um grande desafio, devido a pobreza, acesso difícil aos serviços de saúde incluindo os métodos anticoncepcionais, coordenação inadequada dos programas de saúde sexual e reprodutiva, a redução no financiamento dos doadores, crenças tradicionais, barreira religiosas. **Objectivo:** Caracterizar as mulheres que aderem às pílulas como método de planeamento familiar, utentes no Hospital Geral do Huambo. **Metodologia:** o estudo foi descritivo, transversal e quantitativo, desenvolvido no 2º Semestre de 2019, num universo de 500 utentes em consultas de planeamento familiar no Hospital Geral do Huambo. Foi aplicado um questionário durante as consultas de planeamento familiar e, cumpridos os pressupostos éticos, obteve-se uma amostra de 250 utentes. O processamento, análise e tratamento dos dados foram baseados nas técnicas de estatística descritiva. **Resultados:** Constatou-se que a maioria da amostra (81,6%) aderiu às pilulas como método contraceptivo, sendo a pílula Microginon a 1ª opção (84,8%); grande parte (39,6%) na faixa etária 22-26 anos, quase metade vivem em união de facto (48,8%), são estudantes (49,2%) a maioria no 1º ciclo, residem em zonas suburbanas do Huambo (49,2%), religião católica predomina (37,6%). Quanto aos motivos do planeamento familiar a maioria (90, %) respondeu intervalo intergenésico. A maioria (92,4%) recebeu orientações de um profissional de saúde e sabem que devem tomar a pilula diariamente, 87,2 % desconhecem contraindicações e 99,2% adquiriram as pilulas a partir da farmácia do Hospital. **Conclusão:** Grande parte das utentes participantes do estudo são jovens iliteradas, sendo positivo usarem o método contraceptivo, uma vez que grande parte ainda estuda. Referem ter conhecimento de

que devem seguir as orientações do profissional, mas desconhecem contra-indicações. Os profissionais dos cuidados de saúde primários deveriam ter mais intervenção, individual e comunitária, em saúde reprodutiva, nomeadamente nas jovens e mulheres em idade fértil.

Palavra-chave: Planeamento familiar; pílulas contraceptivas; adesão das utentes

Referências Bibliográficas

INE (2016). Angola: Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde (IIMS). Instituto Nacional de Estatística de Angola. Disponível em:

<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/SR238/SR238.P.pdf>

OMS (2018). Guia de implantação dos critérios médicos de elegibilidade e das recomendações da OMS para o uso de contraceção. Organização Mundial da Saúde. ISBN 978-92-4-751357-3. Disponível em:

ISBN 978-92-4-751357-3. Disponível em:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272758/9789247513573-por.pdf>

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM NAS CONSULTAS PRÉ-NATAIS NA REPARTIÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DO HUAMBO

Ana Angelina Cangombe¹ Victor Nhime Nungulo² Hamilton dos Prazeres Tavares³

¹Estudante de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia no ISP Jean Piaget Benguela anacangombe29@gmail.com; ²Assistente de Investigação da Faculdade de Medicina do Huambo, Universidade José Eduardo dos Santos; ³PhD. MD. Director-Geral do Hospital Central do Huambo

Introdução: A assistência pré-natal compreende um conjunto de actividades com a finalidade de identificar riscos e implementar medidas que trariam maior nível de saúde para a mulher e para o concepto. **Objectivo:** Analisar a qualidade da assistência pré-natal prestada às gestantes e o grau de percepção destas no atendimento pré-natal na Repartição Municipal de Saúde do Huambo. **Metodologia:** Pesquisa exploratória e explicativa em uma amostra aleatória constituída por 350 gestantes na faixa etária de 15 a 39 anos de idade, estratificados por estado civil, nível de escolaridade, ocupação, residência, números de filhos, números de gestações, número de consultas pré-natal e percepção sobre a qualidade dos serviços prestados. **Resultados:** A maioria das gestantes iniciaram as consultas pré-natais aos três meses (107/30,57%), o intervalo foi de 4 a 7 consultas (114/32,57%) e quase o total das gestantes da amostra (347/99,14%) realizaram as consultas em centros públicos. 304 (86%) fizeram o exame de sangue, 320 (91,43%) fizeram o exame de urina, 293 (83,71%) realizaram o teste do HIV, em 337 (96,29%) foi-lhes avaliado os parâmetros vitais, (peso e pressão arterial), no universo de 350 mulheres 225 (64,29%) sabem da importância da injeção do tétano para a prevenção durante a gravidez, destas 16 (4,57%) receberam as três doses segundo o recomendado, 236 (67,43%) responderam que lhes foi receitado os dois anti-anémicos compostos por ácido fólico + ferro, 169 (48,29%) receberam uma dose de Fansindar por sinais de alarme na gravidez, 132 (37,71%) realizaram ultrassonografia e 193 (55,14%) avaliaram no geral o serviço que lhes foi prestado durante as consultas como sendo bom. **Conclusão:** Urge a necessidade de se investir na assistência pré-natal de forma integral, com vista a melhorar cada vez mais a qualidade destes serviços, conduzindo ao melhor atendimento e saúde das gestantes.

Palavras-chave: Atenção pré-natal, Assistência enfermagem, Consulta pré-natal.

Referências Bibliográficas

Almeida, A. T. Oliveira, L.S., Salomão, T.V. & Maia, J. S. (2019). A consulta pré-natal do enfermeiro em meio à polêmica do conselho federal de medicina: um relato de experiência. *Revista Recien*, 9 (26), 77-86.

Maia, M. G. & Santos, F. S. (2014). Indicador de qualidade da assistência pré-natal em uma maternidade. *J Manag Prim Health Care*, 5(1):40-47

Nogueira, L. D., & Oliveira, G. d. (2017). Assistência pré-natal qualificada: as atribuições do enfermeiro – um levantamento bibliográfico. *Rev Enferm Atenção Saúde*, 6 (1), 107-119. DOI: <https://doi.org/10.18554/reas.v6i1.1538>

PREVALÊNCIA E FACTORES ASSOCIADOS À MALNUTRIÇÃO EM GESTANTES UTENTES DO CENTRO MATERNO-INFANTIL DA BAÍA-FARTA

Artur Domingos Monde¹, Maria Gorete de Jesus Baptista², Isabel Talina F. Ferreira Catraio³, Alina Ruiz Piedra⁴

¹Enfermeiro, Director Municipal de Saúde da Baía-Farta, estudante de mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia do ISP Jean Piaget Benguela, arturmonde@hotmail.com

²Doutora em Biomedicina, Professora-auxiliar no ISP Jean Piaget Benguela, Angola, CESP-ISPJPB e Professora adjunta na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança-Portugal

³Mestre em Saúde Pública, Directora Municipal de Saúde de Benguela, Docente no ISP Jean Piaget Benguela; ⁴Doutora em Ciências Médicas, Professora-Auxiliar - ISP Jean Piaget de Benguela

Introdução: A gestação é uma fase da vida em que a mulher precisa de cuidados específicos. A malnutrição na gravidez constitui um problema de saúde pública em países em desenvolvimento, por apresentar elevada taxa de morbi-mortalidade materna e neonatal. **Objectivo:** Estimar a prevalência de malnutrição nas gestantes utentes do Centro Materno infantil da Baía-Farta e identificar os factores associados, no trimestre Abril-Junho de 2021. **Metodologia:** Foi realizado um estudo transversal, analítico, de abordagem quantitativa. A amostra foi constituída por mulheres grávidas entre 16 e 40 semanas de gestação. Para a recolha de dados foi construído um questionário de perguntas fechadas, com base nas seguintes variáveis: biológicas/antropométricas, socioeconómicas, ambientais, reprodutivas e clínicas. Na avaliação do estado nutricional utilizou o Peso/Altura e foram utilizados os seguintes instrumentos: fita métrica para medição do Perímetro Braquial, balança electrónica e o estadiómetro. A classificação dos casos foi baseada nas orientações da OMS (1995) e na tabela de distribuição do IMC actual por semana gestacional de Atalah et al. (1997). O processamento dos dados foi realizado com o programa estatístico SPSS versão 21. Para o tratamento dos dados foi aplicado o teste paramétrico *t de Student* para comparar as médias da idade biológica, idade gestacional e IMC entre os dois grupos e analisada a correlação entre estas variáveis através do coeficiente de *Pearson*, com um nível de significância estatística do 95%. As associações estatisticamente significativas se identificaram como factores de risco ou protectores, através do coeficiente *Odd Ratio* (OR). **Resultados:** Verificou-se uma prevalência de grávidas malnutridas de 30,9%. Os factores de risco identificados foram: estado civil solteira (N=38; OR = 3,24), pessoas sob a sua protecção/responsabilidade (N=50; OR = 2,58), número de gravidezes

(N=41; OR = 2,72) e mulher grávida primípara (N=35; OR = 4,66). **Conclusão:** A prevalência de malnutrição nas gestantes do presente estudo foi elevada. Portanto, destaca-se a importância de políticas públicas que estabeleçam acompanhamento nutricional durante a gestação, para que mulheres malnutridas tenham as suas carências nutricionais supridas, garantindo uma intervenção oportuna com impacto positivo nas condições de saúde da gestante e da criança.

Palavras-chave: Gestação, Malnutrição, Prevalência, Factores de risco.

Referências Bibliográficas:

Atalah, S.E., Castillo, L.C., Castro, R.S., Aldea, P.A. (1997). Propuesta de um nuevo estandar de evaluación nutricional en embarazadas. *Rev Med Chile*. 125 (12): 1429-36.

ID: lil-210390

Marano, D., Nogueira da Gama, S. G., Domingues, R. M. S. M. & Marano, P. R. B. S. J. (jan-mar 2014). Prevalência e fatores associados aos desvios nutricionais em mulheres na fase pré-gestacional em dois municípios do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Bras Epidemiol*, 45-58 DOI: 10.1590/1415-790X201400010005

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (1995). El estado físico: Uso y interpretación de la antropometria. Geneva: *OMS- Series de informes técnicos*, 854.

NADO-MORTALIDADE E FACTORES ASSOCIADOS: PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA MATERNIDADE DE UM HOSPITAL MUNICIPAL EM ANGOLA

Nasilva José Miguel¹, Maria Helena Pimentel², Maria Gorete de Jesus Baptista³

¹Enfermeira, Mestre em Saúde Pública, Hospital Geral de Benguela, (namycailany@gmail.com);

²Professora-Coordenadora Escola Superior de Saúde-Instituto Politécnico de Bragança-Portugal;

³Doutora em Biomedicina, Professora-auxiliar no ISP Jean Piaget Benguela, Angola, CESP-ISPJPB, Professora-adjunta na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança-Portugal

Introdução: Angola regista elevadas taxas de fecundidade, em 2018 nas áreas urbanas foi de 6.2 filhos/mulher e nas áreas rurais, 8.2 filhos/mulher. Mas, apesar de estar a diminuir, a perda fetal é um problema de saúde pública. A vigilância da nado-mortalidade é um processo contínuo para identificar factores, analisar e interpretar informação recolhida e implementar acções para reduzir essas mortes.

Objetivos: Identificar a prevalência da nado-mortalidade e fatores associados, na Maternidade de um Hospital Municipal em Angola.

Metodologia: Estudo epidemiológico descritivo, retrospectivo, transversal de abordagem quali-quantitativa. Análise documental de registos da maternidade de um Hospital Municipal, considerando dados de 2018 (Abril-Setembro). Aplicado inquérito a uma amostra de 13 profissionais de enfermagem e aos responsáveis diretos pela maternidade, focando os fatores extra e intra-hospitalares das causas da nadomortalidade.

Resultados: Ocorreram 2.592 partos no período em estudo (média de 452 partos por mês), taxa de prevalência de 3% de nadomortalidade, média de 11,3 óbitos fetais/mês. Consultados 68 processos, mulheres idade >17 anos, a maior parte (34%) entre 22-26 anos e 9% incidiu nos >36 anos. No momento da entrada, 69% dos fetos sem vida e a maioria das parturientes (66%) teve parto eutócico. Os factores extra-hospitalares de nadomortalidade foram: descolamento prévio da placenta (14%), uso de medicamentos tradicionais, chás (de fezes e pele de Elefante e ervas), óleo de Jiboia, óleo de Baleia e fumaças (13%), seguidos da falta de seguimento pré-natal, multiparidade, eclâmpsia e malária (cada com 10%), anemia e tentativa de parto no domicílio (cada com 7%), cirrose hepática, hemorragias, cardiopatias e o difícil acesso a uma unidade sanitária (cada com 3%). Os fatores intra-hospitalares foram: falta de assistência médica (22%), trabalho de

parto prolongado e sofrimento fetal (cada com 13%), falta de comunicação na equipa, de fármacos e de enfermeiros (cada com 9%), déficit de salas operatórias, de assistência nos partos induzidos, de ecógrafo e cardiógrafo com qualidade e ainda falta de médicos especialistas (anestesiologista e neonatologista) (cada com 4%). **Conclusões:** A elevada taxa de nado-mortalidade encontrada, associada a diferentes fatores, indica déficit no sistema de saúde e socioeconómico, voltado para a comunidade e para o funcionamento dos serviços de saúde.

Palavras-Chave: Período Pré-natal; Factores de risco; Nado-mortalidade.

Referências Bibliográficas

Giraldi, L. M. (2019). Óbito Fetal: Factores Obstétricos, Placentários e Necroscópicos Fetais. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, 1, pp 98- 113.

Lima, E., Almeida, J. d., Marques, F., Oliveira, C. d., Barreto, N., & Pinho, L. d. (2016). Vigilância do óbito Fetal: Estudo das Principais Causas. *O mundo da Saúde, S. Paulo*, 2, pp 208-212.

UNFPA (Outubro 2018). *Relatório sobre a Situação da População Mundial: O poder de Escolha: direitos reprodutivos e a transição demográfica*. Fundo das Nações Unidas para a População-UNFPA.

FACTORES DE RISCO ASSOCIADOS A MORTALIDADE INFANTIL POR DESNUTRIÇÃO NO HOSPITAL GERAL DE BENGUELA EM 2021

Alina Maria Ruiz Piedra¹, Freddy Gomez Martinez², Maria del Pilar Gibert Lamadrid³

¹Doutora em Ciências da Educação Médica, Instituto Superior Politécnico Jean Piaget, Benguela, naneterng6@gmail.com

²Médico, Máster em Epidemiologia, Universidade Katiavala Bwila, Benguela, freddygomez93@gmail.com

³ Doutora em Ciências Pedagógicas, Instituto Superior Politécnico Evangélico de Lubango, maripilygl@gmail.com

Introdução: A desnutrição é uma alteração sistémica, potencialmente reversível, causada pela redução drástica, aguda ou crónica da disponibilidade de alimentos. Trata-se actualmente de um grave problema de saúde pública para Angola, daí a necessidade de identificar os factores de risco associados para a posterior desenvolver estratégias que os minimizem ou eliminem. **Objectivo:** Identificar factores de risco associados à mortalidade por desnutrição infantil, no Hospital Geral de Benguela no ano 2021. **Metodologia:** Estudo de caso-controlo, observacional e analítico. O grupo de caso constituído por 51 crianças desnutridas mortas, durante o ano 2021. O grupo de controlo integrado por 102 crianças desnutridas. O emparelhamento foi realizado pelos critérios: diagnóstico de desnutrição, grupo etário, sexo e origem. Os registos médicos foram a fonte de informação, criando um registo de dados com as variáveis do estudo. Foi utilizado o teste X^2 para demonstrar associação entre a variável de estudo: morte por desnutrição e demais variáveis. O estatístico OR facilitou determinar grau de associação e determinar o factor como de risco ou protector. A análise estatística considerou 95% de confiança. **Resultados:** a idade média do grupo de casos foi de 15,8 meses, (IC:95%, DP:8,1), com um predomínio do sexo feminino (53,9%). Entre os factores clínicos de risco identificados estão a terapia antibiótica preventiva que aumenta o risco de morte em 7,2 vezes; a palidez da pele mucosa em 5,1, como também a hemotransfusão e baixo peso de nascimento em 4,5. Os factores não clínicos de risco foram: dificuldade em amamentar, antecedentes de irmãos mais novos e não amamentação. Outros factores comportaram-se como protectores, nomeadamente o cumprimento da vacinação. **Conclusão:** Foram identificados factores clínicos e não clínicos como riscos para a mortalidade por desnutrição e também factores não clínicos

protectores, como a vacinação. A identificação destes factores permitirá a implementação de medidas que eliminem ou minimizem os riscos assinalados.

Palavras-chave: desnutrição, mortalidade infantil, factores de risco.

Referências Bibliográficas

Diez A, Manrrodán MD. (2018). Desnutrición Infantil en el Mundo: Herramientas para su diagnóstico. [Internet]. 1ra. Edición. Madrid España: Punto Didot. Disponible en: <https://nutricion.org/wp-content/uploads/2013/11/Desnutricion-infantil.pdf/>

FAO. (2019). Un nuevo informe de la ONU revela que el hambre en África sigue aumentando [Internet]. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Disponible en: <http://www.fao.org/news/story/es/item/1180445/icode/>

COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À ACTIVIDADE SEXUAL E AO USO DE PRESERVATIVOS POR ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA DE ENSINO MÉDIO DO MUNICÍPIO DE BENGUELA

Castro António Júnior¹, Kokolomany Clemente¹

¹Médico, Professor no ISP Jean Piaget Benguela; Estudante de Mestrado em Saúde Pública no ISP Jean Piaget Benguela

²Médico, Estudante de Mestrado em Saúde Pública no ISP Jean Piaget Benguela

Introdução: Angola possui desafios remanescentes no campo da saúde sexual e reprodutiva, tais como a sífilis, as doenças de transmissão sexual, e a taxa de cesarianas, a prematuridade e a mortalidade neonatal. A adolescência é o grupo etário que mais mobiliza preocupações quanto ao uso de drogas e comportamento sexual de risco. De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil, a sexualidade é essencial para a condição humana e a idade média da iniciação sexual dos adolescentes Angolanos está em torno dos 15 anos de idade. Em geral essas pesquisas demonstram baixa prevalência do uso de preservativos, além da redução do uso em relacionamentos estáveis, iniquidades socioeconómicas. **Objectivo:** Descrever o comportamento relacionado à actividade sexual e ao uso de preservativos nos adolescentes de uma Escola do Ensino Médio, no Município de Benguela. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, com abordagem quantitativa, realizada no período de 15 de Março de 2022. Participaram na pesquisa 80 jovens com idades variando de 15 a 18 anos, com uma amostra de 30 indivíduos que responderam ao questionário. Os dados foram analisados através de estatística descritiva (frequência absoluta e relativa, média). **Resultados:** A maioria dos adolescentes já teve relações sexuais alguma vez na vida (93,9%), sendo a idade média de iniciação de 15 anos. A prevalência do uso consistente de preservativos foi de 22,8%, sendo menor entre as mulheres (20,9%). Ainda, 59% dos adolescentes referiu não ter usado preservativo nenhuma vez nos últimos 12 meses, sendo o principal motivo do não uso, confiar no parceiro (73,4%). O uso dos serviços de saúde para obter preservativos foi apenas de 10,7%. **Conclusão:** Observou-se uma baixa prevalência do uso de preservativos nos adolescentes, a necessidade de visitar, fortalecer e ampliar as políticas públicas no campo da saúde sexual e reprodutiva, com vistas à prevenção de comportamentos sexuais de risco.

Palavras-chave: Preservativos; Comportamento Sexual; Saúde Sexual e Reprodutiva

Referências Bibliográficas:

Ayres et al. (2003). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: Novas perspectivas e desafios. In: AYRES, et al. Adolescence and AIDS: evaluation of a preventive education experience among peers. *Interface Comunicação, Saúde, Educação*. 7 (12): 113-28.

Boletim epidemiológico (2014). Disponível em:
<http://www.aids.gov.br/publicacao/2014/boletim-epidemiologico-2014>>

Brasília: Ministério da Saúde; 2019. Disponível em:
<http://www.aids.gov.br/ptbr/pub/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019>

CONHECIMENTO DOS PAIS/EE E PROFESSORES SOBRE AS CRIANÇAS COM DEFICIT DE ATENÇÃO E HIPERACTIVIDADE ASSISTIDAS NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE LUANDA

Mauro Matias¹, Paulo Alves²

¹Universidade Piaget de Angola – Viana, Angola, mauromatias22@hotmail.com

²Instituto Piaget – RECI - Research in Education and Community Intervention, Portugal.

Introdução: o Défice de Atenção e a Hiperactividade são uma realidade universalmente reconhecida (Teixeira, 2013). O reconhecimento das alterações comportamentais no espaço da educação familiar e escolar aparece ligado às consequências negativas que lhe estão associadas (Barbarini, 2015). O estudo da perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PDAH), a definição dos meios de diagnóstico e a intervenção terapêutica, assim como o envolvimento dos Professores e Pais/EE destacam-se nas investigações dos profissionais da saúde mental (Bonadio & Mori, 2013) e são objecto de estudo em diversos países. **Objectivo:** aferir o nível de conhecimento dos pais/EE sobre o fenómeno da PDAH nas crianças assistidas no Hospital Psiquiátrico de Luanda (HPL). **Metodologia:** estudo exploratório e descritivo, com pais/EE e professores de 30 crianças diagnosticadas com PDAH no HPL com idades entre os 4 - 11 anos, submetidas a apoio farmacológico e psicológico. Realizou-se uma entrevista semiestruturada com os Pais/EE no Gabinete de Apoio Psicológico do HPL e com os Professores nas Escolas de Ensino Primário. **Resultados:** os Pais/EE (63%) e os Professores (43,3%) não conhecem as especificidades da PDAH; 37% dos Pais/EE procuraram a consulta por iniciativa própria, 30% foram aconselhados pelos professores e 13% por amigos, e justificaram o pedido de consulta porque: a criança se tornou insuportável (43,3%), queixas dos familiares sobre o comportamento da criança (26,7%), envolvimento constante em problemas (16,7%) com interferência no funcionamento social e escolar. A maioria dos Pais/EE (63%) estão insatisfeitos com os resultados das consultas, por se manterem os comportamentos negativos e pelos efeitos da medicação. Os Professores (80%) afirmam que não foram preparados para trabalhar com PDAH; as crianças com PDAH não conseguem acompanhar as instruções (37%) e terminar os trabalhos escolares; não prestam atenção aos pormenores (23%) e manifestam dificuldades em manter a atenção em actividades lúdicas (20%). Metade

(50%) dos 30 professores inquiridos afirma que os resultados das consultas não são satisfatórios. **Conclusão:** os resultados apontam para a necessidade de investimento na formação dos Professores e Pais/EE das crianças com PDAH, visando o aumento do conhecimento e domínio do fenómeno em causa bem, como a redução da intervenção psicofarmacológica, propondo-se a criação de equipas multidisciplinares que envolvam as famílias, as escolas e os profissionais de saúde mental.

Palavras-chave: PDAH; crianças; Pais/EE; Professores.

Referências Bibliográficas:

Barbarini, T. (2015). *A criança TDAH na sociedade contemporânea: redefinindo representações*. São Paulo: Paço Editorial.

Bonadio, A. & Mori, R. (2013). *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperactividade: Diagnóstico e Práticas Pedagógicas*. Paraná: Maringá.

Teixeira, G. (2013). *Manual dos Transtornos Escolares: Entendendo os Problemas de Crianças e Adolescentes na Escola*. Rio de Janeiro: BestSeller.

LITERACIA EM SAÚDE MENTAL E VIVÊNCIAS ACADÉMICAS EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR PÚBLICO E PRIVADO DE ANGOLA

Paulo Alves¹, Dorivaldo Guedes², Arnaldo Joaquim³

¹Instituto Piaget – RECI - *Research in Education and Community Intervention*, Portugal; ²Universidade Piaget de Angola–Viana; dorivaldo.ferreira@unipiagt-angola.org; ³Instituto Superior Politécnico Jean Piaget de Benguela, Angola.

Introdução: A revisão sistemática da literatura científica mostra que os Estudantes do Ensino Superior (EES) têm pouco conhecimento ou colocam insuficientemente em prática estratégias de autocuidado, apresentando níveis baixos de Literacia em Saúde Mental (Nogueira & Sequeira 2018; Jorm, 2019). Estes níveis baixos concorrem/contribuem para maiores dificuldades na identificação de sinais e sintomas de perturbação mental e/ou para o seu reconhecimento tardio, diminuem a satisfação com a vida académica e o sucesso no percurso formativo (Loureiro & Costa, 2019). A probabilidade de relação significativa entre estes domínios, a existência de poucas evidências cientificamente confirmadas no contexto angolano, assim como a vontade de se elaborarem propostas de intervenção para a melhoria da saúde mental dos Estudantes do Ensino Superior justificam esta investigação. **Objectivo:** avaliar a literacia em Saúde Mental, a satisfação com a vida académica e o sucesso académico dos estudantes do Ensino Superior Público e Privado de Angola, assim como avaliar a relação entre estes domínios em função das variáveis sócio-demográficas. **Metodologia:** a partir do quadro de referência da revisão teórica, foi desenhado um estudo exploratório, descritivo e correlacional. O público-alvo da investigação serão os estudantes do Ensino Superior Público e Privado de Angola, numa amostragem probabilística aleatória, com recolha de dados mistos: qualitativos e quantitativos. Os instrumentos de avaliação serão construídos para a realidade angolana, atendendo às normas internacionais e instrumentos afins, nomeadamente à *Escala de Literacia em Saúde Mental* (O’Conner et al., 2015, in Rocha & Neto, 2016) e ao *Questionário de Vivências Acadêmicas* (Almeida et al.,1999). **Resultados:** os resultados a obter permitirão a identificação dos níveis de Literacia em Saúde Mental dos estudantes do Ensino Superior Público e Privado de Angola, assim como a descrição dos seus níveis de satisfação com a vida académica. Permitirão, ainda, compreender a relação com as

variáveis independentes em estudo e confirmar a sua influência no conhecimento em Saúde Mental e na satisfação com a vida académica, assim como a relação das duas variáveis dependentes com o sucesso académico. **Conclusões:** os resultados do estudo permitirão a elaboração de propostas para a promoção do sucesso académico e a satisfação com a vida académica.

Palavras-chave: Literacia; Saúde Mental; Estudantes Ensino Superior; Vivências Académicas.

Referências Bibliográficas:

Jorm, A. (2019). The concept of mental health literacy. In O. Bauer, U. Levin-Zamir, D. P. Pinheiro & K. Sorensen (Eds.), *International handbook of health literacy: Research, practice and policy across the life-span* (pp. 53-66). Policy Press.

Loureiro, L., & Costa, L. (2019). Avaliação do programa de primeiros socorros em saúde mental em estudantes de licenciatura em enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(20), 9-18. <http://doi:10.12707/RIV18087>

Nogueira, M. & Sequeira, C. (2018). A Satisfação com a Vida Académica. Relação com Bem-estar e distress psicológico. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, pp. 71-76.

AUTOCONCEITO SEXUAL NOS ADOLESCENTES DO INSTITUTO TÉCNICO DE FORMAÇÃO DE SAÚDE DA HUÍLA

Victor Hugo Bule Rafael¹; Ana Maria Nunes Português Galvão²; Anabela T.

Sachombele Martins³; Marco Paulo Braga Pinheiro⁴

¹Mestre em saúde Pública, ISP Jean Piaget de Benguela, victorhugorafael@hotmail.com; ²Doutora em Psicologia, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal; ³Mestre em Psicologia, ISP Jean Piaget de Benguela; ⁴Especialista, ISCTE-IUL, Portugal

Introdução: O autoconceito constitui-se como parte integrante da personalidade de cada indivíduo, influenciando o bem-estar psíquico e a qualidade de vida, de forma positiva ou negativa. No que diz respeito ao autoconceito sexual, este pode ser entendido como a avaliação que cada indivíduo faz sobre os seus sentimentos e ações relativos à sua sexualidade e comportamento sexual, descrevendo o que o indivíduo pensa sobre o sexo e como se sente perante comportamentos sexuais. Snell (1998) desenvolveu um Modelo Multidimensional do Autoconceito Sexual (MMAS), preconizando que a adaptação e a definição que cada indivíduo faz de si em relação aos aspectos sexuais da sua vida são características do bem-estar pessoal nas relações íntimas, considerando, para tal, diversos aspectos definidores de um conjunto de dimensões relacionadas com a globalidade do termo autoconceito sexual. **Objetivo:** Analisar o nível de autoconceito sexual e o nível em cada uma das dimensões em estudo nos estudantes do Instituto Técnico de Formação de Saúde da Huila (ITFSH); **Metodologia:** Estudo transversal e correlacional. Amostra de 200 estudantes). Aplicou-se o Questionário de Autoconceito Sexual (QAS), validado para a população portuguesa por Noné (2014), o qual avalia seis dimensões: Autoconceito Sexual Total; Locus de Controlo Emocional; Emoções Negativas; Controlo Futuro; Motivação Sexual; Vigilância. Para avaliar a consistência interna do autoconceito sexual total e das restantes cinco dimensões, foram calculados os respetivos alfas de Cronbach (Cronbach, 1951; Cronbach, 1988). **Resultados:** Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para várias dimensões, de acordo com variáveis sociodemográficas. Depreende-se dos resultados encontrados que os jovens em estudo, em média, apresentam uma baixa motivação sexual, assim como reduzidos níveis de sentimentos negativos em relação à sua sexualidade.

Conclusão: Os níveis de autoconceito sexual, em especial no que diz respeito às dimensões Motivação e Vigilância, apresentam resultados bastante diferentes do que os de estudos realizados em Portugal. Estes dois factores podem ser resultado de uma desinformação sexual desta população, recomendando-se um estudo mais aprofundado.

Palavras-chave: autoconceito sexual; estudantes; educação para a saúde

Referências Bibliográficas:

Galvão A, Costa C, Gomes MJ, Noné AR. (2016). Literacia sobre o Papiloma Vírus Humano (HPV) e Cancro do Colo do Útero (CCU): estudo exploratório em estudantes da área da saúde do ensino superior. In: 30 Congresso da Ordem dos Psicólogos Portugueses. p. 5–16.

Snell WE. 1998. The multidimensional sexual self-concept questionnaire. In: Handbook of sexuality-related measures. London: Routledge. p. 521–524.

Van Hoek G, Portzky M, Franck E. 2019. The influence of socio-demographic factors, resilience and stress reducing activities on academic outcomes of undergraduate nursing students: A cross-sectional research study. Nurse Educ Today. 72(July 2018):90–96. doi:10.1016/j.nedt.2018.10.013.

SATISFAÇÃO DOS IDOSOS COM A MEDICAÇÃO

Esmeralda Quinda Vaz de Almeida^{1,2}, Gisalda Alcântara Alves Da Trindade^{1,2}, Gisela Ramos De Ceita^{1,2}, Isabel Pinto^{2,3}, Olívia Pereira^{2,3}, Xavier Tabuada^{2,3}

¹ Estudante da Licenciatura em Farmácia da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. a40685@alunos.ipb.pt; ² Departamento das Tecnologias de Diagnóstico e Terapêutica da Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Bragança, Portugal; ³ Orientadores Científicos

Introdução: Ao longo destes últimos anos, tem vindo a aumentar a população idosa em todo o mundo (OMS, 2015). O envelhecimento é um processo natural que causa mudanças complexas, irreversíveis e progressivas nas pessoas e na sociedade, mudanças essas que influenciam em vários aspetos da vida, como a medicação (OMS, 2015). Sendo o uso dos medicamentos um fator constante entre os idosos, o conceito da satisfação dos mesmos com a medicação torna-se importante e tem sido usado como um modo de avaliar a eficácia dos medicamentos (Stefano ICA et al, 2017).

Objetivos: Avaliar a satisfação dos idosos com a medicação e os fatores sociodemográficos e clínicos relacionados. **Métodos:** O estudo seguiu uma abordagem descritiva e transversal de metodologia quantitativa do tipo observacional. O instrumento de recolha de dados foi um questionário incluindo a escala de satisfação com a medicação SATMED-Q (Ruiz MA *et al*, 2008). Foram objeto de estudo 100 idosos utentes de Farmácias da Nazaré, Portugal. Os dados foram recolhidos de Junho a Setembro de 2021. O tratamento e a análise dos dados foram realizados no *software* PSPP, através da análise descritiva e inferências, com uma significância de $p < 0,05$.

Resultados: Os resultados indicam que 98% dos idosos **se** encontram satisfeitos com a medicação, numa escala de 0 a 100 com média de 87,40 pontos. Dos 100 idosos que participaram no estudo, 62% eram do sexo feminino e 63% apresentavam idade entre 65 a 75 anos. A maioria dos utentes são casados (69%), com a instrução primária ou até ao 4º ano de escolaridade (63%) e uma situação económica média (79%). Mais de metade dos idosos (56%) revelaram que fazem algum tipo de atividade física, sendo esta a única variável associada à satisfação com a medicação, uma vez que são os idosos que realizam algum tipo de atividade física que se revelam mais satisfeitos em relação aos que não a realizam (56% **vs.** 44%, respetivamente, $p = 0,001$). **Conclusão:** A maioria dos idosos estão satisfeitos com a medicação, estando a prática de atividade física

relacionada positivamente com a satisfação. No entanto, recomendam-se novos estudos sobre esta temática, já que a medicação pode ter efeitos negativos a nível do bem-estar dos idosos, se não forem tidos em conta os fatores causadores da sua eficácia.

Palavras-Chave: Idosos. Satisfação. Medicação. Questionário (SATMED-Q).

Referências Bibliográficas:

OMS(2015). Envelhecimento e Saúde. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_pop.pdf;jsessionid=444400BE778DC70A62FD1912B74847DC?sequence=6

Ruiz MA, Pardo A, Rejas J, Soto J, Villasante F & Aranguren JL, (2008). Development and validation of the "treatment satisfaction with medicines questionnaire" (SATMED-Q)©. *Value Heal.* 11(5):913-926. doi:10.1111/j.1524-4733.2008.00323.x

Stefano ICA, Conterno LO, Silva Filho CR & Marin MJS, 2017. Medication use by the elderly: analysis of prescribing, dispensing, and use in a medium-sized city in the state of São Paulo. *Rev Bras Geriatr e Gerontol*, 20(5):679-690. doi:10.1590/1981-22562017020.170062

TERMALISMO SÉNIOR: QUALIDADE DE VIDA E QUALIDADE DO SONOMaria José Almendra Gomes¹; Ana Maria Galvão²; Maria José Alves³; Olga Ramos⁴^{1,2}Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança; UICISA (mgomes@ipb.pt)³Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança; CIMO; ⁴Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Portugal

Introdução: O termalismo esteve sempre associado a tratamentos de saúde, com função curativa, baseados em recursos naturais. Em Portugal, existe legislação que define termalismo, como o uso da água mineral natural e outros meios complementares para fins de prevenção, terapêutica, reabilitação ou bem-estar. A qualidade do sono assume um papel preponderante na regulação e restauração das funções biológicas dos indivíduos, tendo um impacto significativo na qualidade de vida. Ao nível cognitivo e neurológico, a qualidade do sono interfere com a capacidade de processamento das emoções, o que pode levar a alterações do humor e do comportamento. **Objetivos:** Avaliar a qualidade de vida e a qualidade de sono dos termalistas, em dois momentos distintos, antes e após os 14 dias de tratamentos termalistas com o intuito de verificar o efeito dos tratamentos. **Metodologia:** Estudo exploratório, quantitativo, descritivo, inferencial e longitudinal, numa amostra de 90 termalistas. Utilizou-se um questionário com variáveis socioprofissionais, avaliação da qualidade de vida (SF-36v2) e avaliação da qualidade de sono (Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh). **Resultados:** Os termalistas são, maioritariamente, do sexo feminino, com mais de 66 anos, casados, reformados, com baixo índice de escolaridade, a viver em Portugal. Relativamente à qualidade de vida antes dos tratamentos, os inquiridos revelaram boa qualidade de vida nas dimensões função social, desempenho emocional, saúde mental, vitalidade e função física. Na avaliação pós-tratamento, verificou-se um aumento na melhoria das dimensões de dor, função física e desempenho físico. No que concerne à avaliação da qualidade de sono, foi observada uma melhoria na qualidade de sono após o mesmo período de tratamentos. **Conclusão:** Os balneários termalistas são promotores do equilíbrio entre corpo e mente, sendo que os recursos a estes tratamentos promovem a prevenção da doença, a redução do stress e, conseqüentemente, melhoram a qualidade de vida. As evidências do impacto do termalismo na qualidade de vida fundamentam a definição de políticas

de saúde em geral, nomeadamente, a decisão da comparticipação de tratamentos termais pelo Serviço Nacional de Saúde.

Palavras-chave: Termalismo; qualidade de vida; qualidade do sono; séniores.

Referências Bibliográficas:

Carskadon, M. A., & Dement, W. C. (2011). Normal Human Sleep: Principles and Practice of Sleep Medicine (pp. 16-26). Missouri: Saunders.

Chaves-Termas & SPA. (2020). Termas de Portugal. Retrieved September 10, 2020, from <https://termasdeportugal.pt/noticias/chaves-o-municipio-do-pais-com-mais-unidadestermais>

Gonçalves, E. C., & Guerra, R. J. da C. (2019). O turismo de saúde e bem-estar como fator de desenvolvimento local: uma análise à oferta termal portuguesa. *Revista de Turismo y Patrimonio Cultural*, 17 (2), 453-472.

RELAÇÃO ENTRE SONO E EXCESSO DE PESO/OBESIDADE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Maria do Carmo Félix Serrano¹, Rodrigo Alexandre da Cunha Fernandes¹, Ana Maria Geraldês Rodrigues Pereira², António José Gonçalves Fernandes²

¹ Estudantes Instituto Politécnico de Bragança (carמושerrano@hotmail.com); ² Professor Doutor Instituto Politécnico de Bragança, CIMO, Portugal

Introdução: As mudanças de estilo de vida na sociedade moderna refletem-se na elevada prevalência mundial de obesidade e na má higiene do sono, embora, um sono adequado desempenha um papel fundamental na saúde do indivíduo. Uma potencial ligação entre o sono e o excesso de peso/obesidade tem sido bastante documentada, embora não pareça haver consenso entre os autores (Cappuccio et al., 2008; Marshall et al., 2008; Roda et al., 2016). **Objetivos:** Analisar a relação da qualidade e duração do sono com o excesso de peso e obesidade em indivíduos maiores de 18 anos. **Metodologia:** Esta revisão foi redigida de acordo com as recomendações PRISMA, estando o protocolo de revisão registado com o número CRD42022303265 na plataforma PROSPERO. A pesquisa bibliográfica foi realizada por todos os investigadores, nas bases de dados *Pubmed* e *Web of Science*, abrangendo apenas estudos publicados num espaço temporal de 10 anos. Desta pesquisa resultaram 3196 estudos, dos quais apenas 8 foram incluídos na revisão. O processo de extração de dados foi realizado pelos investigadores, de forma independente, a fim de serem extraídos os dados mais revelantes de cada estudo. O risco de viés foi avaliado através da ferramenta *JBI Critical Appraisal Checklist*. **Resultados:** Dos 8 estudos incluídos, 50% constatarão a associação entre a curta duração de sono e o excesso de peso/obesidade, embora tenham sido estabelecidas associações com a longa duração em 37,5% dos estudos. Relativamente à qualidade do sono, esta característica foi avaliada em três estudos, verificando-se a associação do excesso de peso/obesidade com a má qualidade do sono em um dos estudos (33%). Contrariamente, 1 estudo (12,5%) não verificou qualquer associação entre a duração/qualidade do sono e o excesso de peso/obesidade. Relativamente à avaliação do viés, seis artigos (75%) foram classificados como tendo baixo risco de viés e os restantes dois (25%) foram avaliados como tendo um moderado risco de viés. **Conclusão:** Os resultados desta revisão revelaram a existência de relação

entre a qualidade e a duração do sono e o excesso de peso/obesidade. Assim, considera-se imperativa uma promoção da higiene do sono, assim como a continuidade de desenvolvimento de estudos nesta área.

Palavras-chave: Adultos, duração do sono, excesso de peso, obesidade, qualidade do sono.

Referências Bibliográficas:

Cappuccio, F. P., Taggart, F. M., Kandala, N.-B., Currie, A., Peile, E., Stranges, S., & Miller, M. A. (2008). Meta-analysis of short sleep duration and obesity in children and adults. *SLEEP*, 31(5), 619-626. <https://doi.org/10.1093/sleep/31.5.619>

Marshall, N. S., Glozier, N., & Grunstein, R. R. (2008). Is sleep duration related to obesity? A critical review of the epidemiological evidence. *Sleep medicine reviews*, 12(4), 289–298. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2008.03.001>

Roda, C., Charreire, H., Feuillet, T., Mackenbach, J. D., Compernelle, S., Glonti, K., Bárdos, H., Rutter, H., McKee, M., Brug, J., De Bourdeaudhuij, I., Lakerveld, J., & Oppert, J.-M. (2016). Lifestyle correlates of overweight in adults: a hierarchical approach (the SPOTLIGHT project). *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 13(1), 114-114. <https://doi.org/10.1186/s12966-016-0439-x>

AValiação DO CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO SOBRE SUPLEMENTOS ALIMENTARES: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Nuno Miguel da Costa Ferreira¹; Ana Maria Galdes R. Pereira²; Filipe Ferreira³

¹Estudante Instituto Politécnico de Bragança, Campus de Santa Apolónia, 5300-253 Bragança, Portugal. nunoferreira789@gmail.com; ²Professora Doutora ESSa-Instituto Politécnico de Bragança, Portugal; Centro de Investigação de Montanha (CIMO); ³Professor Doutor Instituto Politécnico de Bragança, Portugal

Introdução: Os suplementos alimentares são géneros alimentícios destinados a complementar um regime alimentar normal e que constituem fontes concentradas de determinadas substâncias, nutrientes ou outras com efeito nutricional ou fisiológico. Atualmente, ainda há quem use estes produtos sem a devida orientação e conhecimento, o que acaba por gerar sérios danos e perigos à sua saúde. Contudo, os suplementos alimentares, quando usados da forma correcta, tornam-se benéficos para a saúde humana. Para combater o défice de conhecimento destes produtos, é importante promover campanhas de consciencialização sobre o consumo dos mesmos.

Objetivos: Avaliar o conhecimento sobre suplementos alimentares. **Metodologia:** Foi realizada uma revisão sistemática da literatura nas bases de dados *Pubmed* e *Web of Science*. Neste contexto, foram incluídas todas as publicações disponíveis entre os anos 2002 e 2022 que cumpriam os critérios de inclusão, sendo selecionados 10 artigos de um total de 3863. **Resultados:** O conhecimento foi aferido, principalmente, nos suplementos alimentares: Multivitamínico e minerais, Creatina, Beta-alanina, Vitamina D, Ácido fólico, Ferro e Ômega-3. Apenas em 2 artigos (20%), os autores classificaram o nível de conhecimento da amostra como alto, constatando-se ainda que, em 4 estudos (40%), o conhecimento sobre os suplementos foi classificado como baixo.

Conclusão: Os resultados obtidos nesta revisão sistemática permitem-nos concluir que ainda existem lacunas no conhecimento sobre a suplementação alimentar, pelo que é importante implementar cada vez mais campanhas/eventos que promovam um maior conhecimento destes produtos na população. São também necessários estudos que utilizem os mesmos métodos para comparar os conhecimentos sobre a suplementação alimentar em diferentes tipos de amostras.

Palavras-chave: Conhecimento; suplementos alimentares, literacia

Referências Bibliográficas:

Sayers, G. M., Hughes, N., Scallan, E., & Johnson, Z. (1997). A survey of knowledge and use of folic acid among women of child-bearing age in Dublin. *Journal of public health medicine, 19*(3), 328–332.

<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.pubmed.a024639>

Kim, J., Yon, M., Kim, C. I., Lee, Y., Moon, G. I., Hong, J., & Hyun, T. (2017). Preconceptional use of folic acid and knowledge about folic acid among low-income pregnant women in Korea. *Nutrition research and practice, 11*(3), 240–246.

<https://doi.org/10.4162/nrp.2017.11.3.240>

Žmitek, K., Hribar, M., Lavriša, Ž., Hristov, H., Kušar, A., & Pravst, I. (2021). Socio-Demographic and Knowledge-Related Determinants of Vitamin D Supplementation in the Context of the COVID-19 Pandemic: Assessment of an Educational Intervention. *Frontiers in nutrition, 8*, 648450. <https://doi.org/10.3389/fnut.2021.648450>.

CO-INFEÇÃO DE TUBERCULOSE PULMONAR E COVID-19: UM CASO CLÍNICO COM INTERESSE LABORATORIAL

Lília Laura Silva Martins¹, Maria José Lopes Montanha², Viviana Andreia Santos Gonçalves³, Sara Cristina Figueiredo Ervedosa⁴, Angela Maria Pais Rodrigues⁵, Josiana Adelaide Vaz⁶

¹Aluna do 4º ano da Licenciatura de Ciências Biomédicas Laboratoriais da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, Portugal. lilia.martins1997@hotmail.com; ²Diretora do SPC, Assistente Hospitalar Graduada de Patologia Clínica, Serviço de Patologia Clínica da Unidade Local de saúde do Nordeste, Bragança, Portugal.; ³Técnica Superior de diagnóstico e terapêutica da área de análises clínicas, Serviço de Patologia Clínica da Unidade Local de saúde do Nordeste, Bragança, Portugal. ⁴Técnica Superior de diagnóstico e terapêutica da área de análises clínicas, Serviço de Patologia Clínica da Unidade Local de saúde do Nordeste, Bragança, Portugal; ⁵Técnica Superior Especialista de diagnóstico e terapêutica da área de análises clínicas, Serviço de Patologia Clínica da Unidade Local de saúde do Nordeste, Bragança. Portugal, angela.rodrigues@ulsne.min-saude.pt; ⁶Centro de Investigação de Montanha, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal.

Introdução: A tuberculose (TB), provocada maioritariamente pela Mycobacterium tuberculosis, provoca 30 000 mortes/ano, segundo a OMS. A COVID19 é uma pneumonia causada pelo Sars-CoV2. Os sintomas, idênticos na TB e na COVID19 incluem febre, tosse, fadiga e dispneia. Ambas patologias são transmitidas por via aérea. Também se assemelham pela forma de afeção pulmonar e a diminuição da resposta imunitária. A comorbilidade tem quadro clínico mais grave e conseqüentemente, complicações no tratamento. **Objetivo:** Descrição de caso clínico de paciente infetado simultaneamente com SARS CoV2 e Mycobacterium tuberculosis. **Metodologia:** O presente estudo de caso é a situação de um utente que apresentava sintomas de infeção respiratória compatível com COVID19. Contudo, devido ao resultado negativo de PCR RT, seguindo o protocolo de infeção viral, “tratar os sintomas com anti-inflamatórios, antipiréticos, reforço de líquidos e antitússicos”, teve alta. O agravamento da situação clínica do paciente levou-o novamente à urgência hospitalar. Foi internado na unidade COVID e iniciou tratamento para ambas as doenças com etambutol, isoniazida, rifampicina, pirazinamida e piridoxina. **Resultados:** O utente em estudo testa positivo para COVID19 (PCR RT Genes N, E e Rprd), somando imagens de RX e AngioTAC de tórax sugestiva de TB. O quadro clínico laboratorial apresentou-se complicado desde o início, especialmente a parte hepática com TGO 50 µ/L (VR<35µ/L), GGT 303 µ/L (VR: <55 µ/L), Fosfatase Alcalina 127 µ/L (VR:30-120 µ/L),

também aparece aumentado o tempo de protrombina 13,9 μ /L (VR < 12,5 seg.) e os biomarcadores inflamatórios (Proteína C reativa 8,07 μ /L (VR < 0,1 μ /L). No seguimento do tratamento as enzimas hepáticas normalizaram com exceção de GGT 196 μ /L e os biomarcadores infecciosos normalizaram 0,19 μ /L. **Conclusão:** O diagnóstico de situações de co-infecção com COVID-19 e TB são mais complexos. O caso descrito apesar de grave foi tratado devido à idade e à fase inicial da doença. Deveria ser de considerar como protocolo o rastreio de TB em pacientes com quadros graves de Covid-19, em pacientes jovens e vacinados. Deveria também ser objeto de estudo o efeito do SARS CoV2 na progressão de tuberculose latente para tuberculose ativa.

Palavras-chave: Covid-19. Tuberculose pulmonar. Co-infecção

Referências Bibliográficas:

Silva DR, Mello FC de Q, D'ambrosio L, Centis R, Dalcolmo MP, Migliori GB.(2021). Tuberculosis and COVID-19, the new cursed duet: What differs between Brazil and Europe? *J Bras Pneumol.*;47 (2):1–8.

M. C, Tavares VR, Campos DJ, Silva AC, Bueno SK. (2013). Tuberculose: Uma Revisão De Literatura. *Rev Eletrônica da Fac Ceres* [Internet], 2(1):34–47. Available from: <https://pt.scribd.com/document/413768707/Revisao-de-Tuberculose>.

Massabni AC, Bonini EH. Tuberculose: história e evolução dos tratamentos da doença. *Rev Bras Multidiscip* [Internet]. 2019;22(2):6–34. Available from: <https://www.revistarebram.com/index.php/revistauniara/article/view/678>

O CONSUMO DE CAFÉ E RISCO DE DIABETES *MELLITUS* TIPO 2: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Maria João Simões Oliveira¹, Ana Maria G. Rodrigues Pereira², Josiana Adelaide Vaz²

¹Estudante de Licenciatura em Dietética e Nutrição, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, Portugal, mariajoaoliveira2@outlook.com, 916991680; ²Professora-Adjunta na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. Investigadora integrada do Centro de Investigação de Montanha (CIMO) do Instituto Politécnico de Bragança, Portugal

Introdução: A Diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) é um dos maiores problemas de saúde do mundo, caracterizada por hiperglicemia em conjunto com resistência e/ou deficiência relativa de insulina. O café é uma bebida muito complexa, encontrando-se-lhe mais de mil compostos químicos, incluindo hidratos de carbono, lípidos, compostos azotados, alcalóides e compostos fenólicos (Cornelis MC, 2019) (Sidorik K, 2018). A associação entre o consumo de café e o risco de DM2 é de considerável importância, tendo em conta que o café, sendo amplamente consumido em todo o mundo, importa não descurar qualquer efeito que possa causar na saúde dos consumidores, uma vez que poderá determinar consequências em termos de saúde pública (Socala K, 2021).

Objectivo: Avaliar a possível associação entre o consumo de café e o risco de DM2. **Metodologia:** Recorreu-se às bases de dados *PubMed* e *Web of Science*, nas quais se utilizou a seguinte combinação de descritores: (*coffee*) AND (*risk*) AND (*diabetes*). Dos artigos identificados foram excluídos os que não atendiam aos critérios de elegibilidade previamente definidos. Os critérios de exclusão aplicados foram: grávidas e indivíduos que faziam uso de substâncias diabetogénicas. O estudo possui protocolo registado na plataforma *PROSPERO* com o ID CRD42022301578. **Resultados:** Foram incluídos 11 estudos observacionais classificados em estudos de coorte, a partir dos quais se tiraram as seguintes conclusões: o consumo de café com cafeína tem efeito protetor relativamente ao risco de DM2. Relativamente à quantidade necessária de café para conferir protecção, verificou-se que há variação. Vários estudos concluíram ser suficiente um consumo de uma xícara por dia para se obter algum efeito, enquanto outros defendem ser necessário um consumo mínimo de 3 xícaras/dia. Entre os quatro estudos que procuraram avaliar o possível papel da cafeína no efeito protetor do café, os resultados discordam da hipótese de ser a cafeína o composto responsável por

conferir tal propriedade ao café. **Conclusão:** Esta revisão sistemática apoia a hipótese de que o consumo habitual de café está associado a um risco menor de DM2. Todos os estudos incluídos na presente revisão sistemática mostraram uma relação inversa entre o consumo de café com cafeína e o risco de DM2. Por sua vez, no que diz respeito ao consumo de café descafeinado e o seu efeito sobre o risco de DM2, esse caso/essa realidade carece de mais investigação.

Palavras-chave: Doenças metabólicas, Metabolismo; Café com cafeína; Café Descafeinado; Risco

Referências Bibliográficas:

Cornelis MC. (2019). *The Impact of Caffeine and Coffee on Human Health*. *Nutrients*, 11, 416. <https://doi.org/10.3390/nu11020416>

Sidorik K, Jaromin A, Filipczak N, Cmoch P, Cybulski M. (2018). Synthesis and Antioxidant Activity of Caffeic Acid Derivatives. *Molecules*. 23(9): 2199. <https://doi.org/10.3390/molecules23092199>

Socala K, Szopa A, Serefko A, Poleszak E, Wlaz P. (2021). Neuroprotective Effects of Coffee Bioactive Compounds: A Review. *International Journal of Molecular Sciences*. 22, 107. <https://doi.org/10.3390/ijms22010107>

SAÚDE MENTAL DOS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR EM ÉPOCA PANDÉMICA

Ana Maria Nunes Galvão¹, Maria Cristina Martins Teixeira¹, Carina de Fátima Rodrigues¹

¹Professora Doutora na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

Introdução: Associado à pandemia COVID-19, desenvolve-se uma nova crise socioeconómica que, inevitavelmente, afeta a saúde mental dos portugueses. No início do ano 2021, devido ao aumento dos casos de infeção COVID-19, a população portuguesa entra num segundo confinamento e é sujeita ao dever de recolhimento domiciliário, mantendo as escolas com o ensino presencial. Com o agravamento da situação, a 23 de janeiro, o ensino voltou à modalidade à distância. **Objetivo:** Avaliar o impacto da pandemia na saúde mental dos estudantes do Ensino Superior, durante o tempo em que decorre o segundo confinamento geral no país. Pretendeu-se avaliar os níveis de stress, ansiedade e depressão dos estudantes. **Metodologia:** O estudo é exploratório, transversal e correlacional, utilizando uma amostra não probabilística de 441 estudantes do IPB a frequentarem cursos das diferentes escolas. Os dados foram recolhidos no início do 2.º semestre do ano letivo 2020/21 período que coincidiu com o segundo confinamento nacional devido à pandemia COVID-19. Para a recolha de dados sobre o estado psicológico dos estudantes foi utilizada a escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21). Ao questionário adicionamos variáveis sociodemográficas, familiares e situacionais relacionadas com a COVID-19. A análise foi quantitativa, com recurso a técnicas de análise estatística descritiva e inferencial adequada, incluindo (coeficiente de correlação de Spearman). **Resultados:** Verificou-se que a dificuldade de acesso à internet, a um computador ou a alimentos causa aumento significativo dos níveis de ansiedade. Os níveis de depressão aumentam, também, com situações frequentes de dificuldade de acesso à internet e a alimentos. Os níveis de stress aumentam com a dificuldade de acesso à internet e a situações de apoio frequente de familiares e amigos. A procura de cuidados médicos parece estar associada a aumento significativo de níveis de ansiedade, depressão e stress. Por outro

lado, a prática de desporto diminui os níveis de depressão e, por sua vez, a saída da habitação por motivos laborais reduz os níveis de depressão e de stress.

Conclusão: A análise destes resultados reveste-se de grande importância para a prática clínica, para que se possa garantir uma intervenção psicológica compreensiva e preventiva e, também, criar condições para o treino da resiliência e de competências de enfrentamento.

Palavras-Chave: Saúde Mental, estudantes do Ensino Superior, pandemia

Referências Bibliográficas:

Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of emotional negative states: Comparison of Depression Anxiety Stress Scales (DASS) and Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335-343. DOI: 10.1016/0005-7967(94)00075-U.

Watson, D., & Clark, L. (1995). Testing a Tripartite Model: I. Evaluating the Convergent and Discriminant Validity of Anxiety and Depression Symptom Scales. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 3-14. DOI: 10.1037/0021-843X.104.1.3.

Carver, C. (1997a). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100.

ESTILOS DE VIDA DE ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR

Olga Moura Ramos¹; Máxima Martins²; Maria José Gomes³; Ana Galvão⁴

¹ Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Hospital Pedro Hispano, Porto, Portugal, <https://orcid.org/0000-0002-0039-2433>; ² Enfermeira, Cabo-Verde; ³ Instituto Politécnico de Bragança, (UICISA: E), Escola Superior de Saúde, Bragança, Portugal, <https://orcid.org/0000-0001-9825-8293>; ⁴ Instituto Politécnico de Bragança, (UICISA: E), Escola Superior de Saúde, Portugal, <https://orcid.org/0000-0001-9978-9563>

Introdução: Os estilos de vida são uma forma de viver assente em padrões de comportamentos identificáveis e relacionam-se com características pessoais, interações sociais e condições socioeconómicas e ambientais (Direção-Geral da Saúde, 2015). A pesquisa do comportamento humano revela que, entre os estudantes universitários, existem cada vez mais comportamentos considerados de risco (Organização Mundial da Saúde, 2021). **Objetivos:** Partindo da questão de investigação “Quais são os estilos de vida (atitudes e comportamentos de saúde e vivências académicas) adotados por estudantes do Ensino Superior”, objetivou-se conhecer os estilos de vida, fazendo um estudo comparativo entre os estudantes portugueses e os estudantes africanos de Países de Língua Oficial Portuguesa (PALOP). **Metodologia:** Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, correlacional, por amostragem não probabilística por conveniência de 374 estudantes do Instituto Politécnico de Bragança, dos quais 232 são estudantes africanos (Angola, Cabo Verde, Guiné Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe) e 142 estudantes portugueses. Utilizou-se um questionário com questões sociodemográficas; o Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS); e o Questionário de Vivências Académicas versão reduzida (QVA-r). **Resultados:** No que concerne às atitudes e aos comportamentos de saúde, são os estudantes africanos que praticam mais exercício físico, enquanto os estudantes portugueses têm uma nutrição melhor, assim como no domínio do autocuidado e da segurança motorizada, revelando maiores cuidados no uso de drogas ou similares, diferenças encontradas que são estatisticamente significativas em/para todas as dimensões. Em termos das vivências académicas, as pontuações médias são quase idênticas entre os dois grupos de estudantes, não se tendo encontrado diferenças estatisticamente significativas. **Conclusão:** Constata-se que os estudantes africanos têm estilos de vida pouco

saudáveis, comparando com os estudantes portugueses. Neste sentido, emerge a implementação de estratégias de inclusão, de educação para a saúde e da prática de estilos de vida saudáveis, de forma a tomarem decisões saudáveis, tendo como foco a promoção da qualidade de vida.

Palavras-chave: estudantes; vivências académicas; atitudes e comportamentos de saúde

Referências Bibliográficas:

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde. Revisão e extensão a 2020*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Organização Mundial da Saúde. (2021). *Adolescent and young adult health*. Obtido de World Health Organization: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>

O PAPEL DO PSICÓLOGO NOS PROCESSOS DE TOMADA DE DECISÃO EM SAÚDE

^aHugo Rodrigues Fernandes^{1*}; ^aSílvia Marina^{1;2}; ^aHelena P. Pereira^{1;2}; ^bMiguel Ricou^{1;2}

¹Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS). Porto. Portugal; ²Universidade do Porto. Faculdade de Medicina. Porto. Portugal. ^{a)} Psicólogo/a e Investigador/a; ^{b)} Psicólogo e Docente Universitário; (Contacto: hugorodriguesfernandes.outlook.com)

Introdução: A investigação tem demonstrado o impacto da intervenção psicológica na promoção da saúde. Enquanto especialistas dos processos mentais e dos comportamentos, os psicólogos garantem contributos específicos nos processos de tomada de decisão em saúde. **Objetivos:** Apresentar os contributos exclusivos dos psicólogos ao nível dos processos de tomada de decisão em saúde. **Método:** Apresentam-se evidências teóricas e práticas de intervenção psicológica em saúde, a partir de revisões de literatura e dos contributos práticos da equipa de investigação. **Resultados:** O contributo dos psicólogos é transversal às necessidades societárias em múltiplos contextos. Não diferente, na saúde, para além da remediação, abrange respostas de prevenção e promoção da saúde. A eficácia da intervenção psicológica no trabalho multidisciplinar, bem como aos clientes em acompanhamento e às suas famílias, tem sido demonstrada (e.g. Ricou *et al.*, 2019). A intervenção psicológica assenta em princípios éticos e deontológicos, baseados na evidência da ciência psicológica, enquadrados em processos de desenvolvimento profissional contínuo dos psicólogos (Ricou & Marina, 2020). Tais evidências oferecem sustentabilidade ao trabalho dos psicólogos no apoio em processos de tomada de decisão conscientes e congruentes com as necessidades dos clientes, com vista à sua melhor decisão, numa dada situação de saúde e num determinado contexto (Ricou *et al.*, 2019). Em termos políticos e legais, é útil melhorar as condições de acesso à intervenção psicológica, dado o contributo especializado dos psicólogos em processos de tomada de decisão consciente e dado o seu impacto no trabalho de apoio às pessoas, famílias e organizações (e.g. Marina *et al.*, 2021; Ricou *et al.*, 2019; Ricou & Marina, 2020). **Conclusão:** O psicólogo cumpre um papel específico nos processos de tomada de decisão em saúde (Ricou *et al.*, 2019; Marina *et al.*, 2021). Há evidências científicas que merecem consideração legal em alguns países, onde se reconhece a importância de

introduzir a avaliação e a intervenção psicológicas nos processos de tomada de decisão. Isto desafia à adoção de políticas públicas de saúde para mudanças facilitadoras da promoção do bem-estar e da saúde das pessoas e organizações. Tal atitude minimizaria o sofrimento psicológico e os custos socioeconómicos, decorrentes de práticas distanciadas das evidências científicas e profissionais.

Palavras-Chave: Intervenção Psicológica; Psicólogos; Tomada de decisão; Políticas de saúde.

Referências Bibliográficas:

Marina, S., Wainwright, T., & Ricou, M. (2021). The role of psychologists in requests to hasten death: A literature and legislation review and an agenda for future research. *International Journal of Psychology, 56*(1), 64-74. <https://doi.org/10.1002/ijop.12680>

Ricou, M., & Marina, S. (2020). Decision making and ethical reasoning in psychology. *Psychology in Russia: State of the Art, 13*(1), 2–10. <https://doi.org/10.11621/pir.2020.0101>

Ricou, M., Marina, S., Canário, C., Soares, R., & Duarte, I. (2019). Effect of psychology consultation on subsequent general practitioner doctor consultations. *Polish Psychological Bulletin, 50*(3), 254-258. <http://doi.org/10.24425/ppb.2019.130698>

ESTRUTURA HIERÁRQUICA DE VALORES DOS PSICÓLOGOS– ESTUDO MULTICÊNTRICO NA LUSOFONIA

¹Márcia Cruz, ²Paulo Alves, ³Fernando Faleiros, ⁴ Abiba Mamade, ⁶Ana Panzo, ⁶Susana Custódio, ⁷ Artemisa R. Dores

¹Escola Superior de Enfermagem do Porto, marciacruzsenf.pt; ²Instituto Piaget Viseu; ³ Unigram Capital; ⁴Instituto Superior de Ciências e Educação a Distância - Centro de Recursos de Chimoio-Centro de Recursos de Chimoio; ⁵Psicóloga do Serviço Penitenciário de Angola-Ministério do Interior; ⁶ciTechCare - Centro de Inovação em Tecnologias e Cuidados da Saúde, Escola Superior de Saúde, Politécnico de Leiria; ⁷Escola Superior de Saúde, Politécnico do Porto

Introdução: O conceito de “Valores” e o conseqüente comportamento ético, ainda que assumam uma dimensão universal, variam na intensidade e no posicionamento hierárquico em função das características sociais, culturais, de formação e das condições pessoais (Francis, 2004). O exercício profissional dos psicólogos está comprometido com atitudes éticas que se expressam a partir de uma estrutura de valores. Neste contexto, o Código Deontológico é “*uma ferramenta indispensável para qualquer profissão, para os seus membros, para os futuros profissionais, bem como para a população que eles servem*” (Ricou, 2014, p.183). O seu contributo para a qualidade dos comportamentos e valores considerados importantes no ensino, na investigação e na prática profissional é inquestionável. A possibilidade de ser identificada a estrutura hierárquica subjacente à prática profissional dos psicólogos (Alves, Panzo & Manuel, 2021) decorrerá, certamente, do desenvolvimento pessoal e profissional, do ambiente de trabalho, das leis e princípios, e deverá destacar-se na capacidade em aceitar o outro – os seus valores, crenças e ideologias. **Objetivos:** Identificar a estrutura hierárquica de valores dos psicólogos da Lusofonia. **Metodologia:** Alguns membros do NAP – Núcleo Académico da Psicologia da Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia, naturais de Angola, Brasil, Moçambique e Portugal, contruíram a EHVP – *Estrutura Hierárquica de Valores dos Psicólogos* –, a partir de quatro domínios: direitos universais; princípios deontológicos; normas específicas e especificidades de cada país. A EHVP permitirá o estudo exploratório, descritivo e correlacional que avalie a estrutura hierárquica de valores dos psicólogos de cada um dos referidos países. **Resultados:** A construção da EHVP, feita a partir dos respetivos Códigos Deontológicos (Angola e Brasil) e Código de Ética (Brasil), da discussão e integração das particularidades que

diferenciam e enriquecem a prática profissional dos psicólogos em Angola, Brasil, Moçambique e Portugal, assim como das regras para a construção deste tipo de instrumentos, permitiu a obtenção de 24 itens: 5 Valores Universais; 4 Princípios Deontológicos; 13 Normas Específicas da Prática Profissional; 2 Especificidades Locais.

Conclusão: O conhecimento da estrutura hierárquica de valores dos psicólogos da Lusofonia confirmará a valorização e o comportamento ético dos psicólogos e sinalizará a necessidade de formação, organização, enquadramento e consequente desenvolvimento da profissão.

Palavras-chave: Valores; Deontologia; Psicólogos; Lusofonia.

Referências Bibliográficas:

Alves, P.; Panzo, A. & Manuel, F. (2021). The hierarchical structure of the values held by psychologists working for the Angola Penitentiary Service. *Revista Internacional de Rede Académica da Ciências da Saúde da Lusofonia*. pp. 27 – 40.

Francis, R. (2004). *Ética para Psicólogos*. Lisboa: Edições Piaget.

Ricou, M. (2014). *A ética e a deontologia no exercício da psicologia*. Lisboa: Ordem dos Psicólogos Portugueses

POSTERES

MAIS HIGIENE E MAIS QUALIDADE DE VIDA PARA UMA MELHOR SAÚDE: AS CRIANÇAS DO 1.º CICLO DO ENSINO BÁSICO

Eugénia Maria Garcia Jorge Anes¹, Ana Luís Dias²

¹ Professora Adjunta, Instituto Politécnico de Bragança, Investigadora Integrada da UICISA, e professora na Escola de Saúde IPB. Bragança, Portugal.

² Enfermeira. Hospital Cascais, Portugal.

Introdução: A higiene infantil engloba a compreensão, estudo e planeamento de medidas promotoras de saúde, como forma de prevenção das doenças infantis (González, 2009). A qualidade de vida relacionada com saúde refere-se às dimensões físicas, psicológicas, mentais, sociais e funcionais do bem-estar da criança (Monteiro, 2011). A avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde nas crianças pode ser fundamental na identificação de crianças em risco, com baixos níveis de bem-estar ou que apresentem determinados problemas de saúde e, imprescindível à implementação de estratégias promotoras da saúde e da qualidade de vida em crianças e adolescentes (Abreu, Marques, Martins, Fernandes & Gomes, 2016). **Objetivo:** Avaliar hábitos de higiene e qualidade de vida em crianças do 1º Ciclo do Ensino Básico. **Metodologia:** estudo descritivo, transversal e analítico, com uma abordagem quantitativa. Utilizado um questionário constituído por questões de caracterização, pelo módulo de higiene do questionário GSHS (Global School-Based Student Health Survey) e pela escala de avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde KIDSCREEN-52©. Amostra não probabilística acidental, por conveniência, constituída por 111 crianças do 2º, 3º e 4º ano, de uma escola básica de um concelho do Nordeste Transmontano. A colheita de dados foi efetuada em 2021. Tidos em conta os pressupostos éticos da Declaração de Helsínquia e Convenção de Oviedo. **Resultados:** Foram identificadas correlações positivas e fracas entre a frequência de tomar banho, lavar as mãos depois de ir à casa de banho, lavar o cabelo e tomar banho e a qualidade de vida. Esta associação é significativa nas dimensões saúde e atividade física, tempo livre, estado de humor em geral, sobre si próprio, família e ambiente familiar e amigos, questões económicas e ambiente escolar e aprendizagem. **Conclusão:** Destacam-se assim hábitos positivos em relação à higiene e a qualidade de vida, traduzindo a uma boa relação entre as duas variáveis, verificando-se que a qualidade de vida varia no mesmo sentido que os hábitos

de higiene, ou seja, a qualidade de vida aumenta à medida que aumentam os hábitos de higiene.

Palavras-chave: Saúde; Higiene; Qualidade de vida relacionada com a saúde; Crianças.

Referências Bibliográficas:

González, F. (2009). Educación para la Salud de 0 a 6 años. In Cuadernos de Educación y Desarrollo. Vol.1, nº5 (julho 2009).

Monteiro, M. (2011). Competências para a Vida em Adolescentes: Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e da Competência Social (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – Departamento de Psicologia, Faro, Algarve.

Abreu, M., Marques, I., Martins, M., Fernandes, T., & Gomes, P. (2016). Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em Crianças e Adolescentes – Estudo Bicêntrico e Comparação de Dados Europeus. *Nascer e Crescer Revista de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto*, 3, 141-146.

QUALIDADE DE VIDA E CONHECIMENTOS DA PESSOA PORTADORA DE DIABETES MELLITUS TIPO 2

Eugénia Maria Garcia Jorge Anes⁽¹⁾; Catarina Alexandra Dias Morais⁽²⁾; Joana Moreira Ribeiro Gonçalves de Oliveira⁽³⁾

¹Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, Investigadora Integrada da UICISA, eugenia@ipb.pt; ²Enfermeira; ³ Enfermeira, Hospital Universitário do Algarve, Portugal

Introdução: Segundo a OMS (1996), a Qualidade de Vida “é um conceito amplo, subjetivo, que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções e a relação com o meio ambiente”. A Diabetes Mellitus (DM) é definida como uma doença incurável, resultante da produção insuficiente de insulina ou incapacidade de utilização eficaz da insulina produzida (Observatório Nacional da Diabetes, 2015). A Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 está associada a estilos de vida sedentários, a alimentação desregulada e desequilibrada, a tabagismo e a hipertensão arterial (DGS, 2011). O conhecimento sobre a doença e o tratamento são fundamentais na/para a gestão deste processo, contribuindo, assim, para a melhoria da Qualidade de Vida (QV) e, conseqüentemente, do estado de saúde da população com esta doença. **Objectivo:** Avaliar a QV e os conhecimentos acerca da doença e do tratamento na pessoa portadora de DM tipo 2. **Metodologia:** Estudo descritivo e analítico, de natureza quantitativa, observacional, transversal. Aplicado a 90 portadores de DM tipo 2. A amostra é acidental e não probabilística. Colheita efetuada em 2022, por formulário, constituído por dois questionários específicos: o DQOL-15 – “Diabetes *Quality of Life*” – e o QCD-20 – “Questionário dos conhecimentos da diabetes” e questões de caracterização. Foram tidos em conta todos os procedimentos éticos de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo. **Resultados:** Amostra maioritariamente feminina, de faixa etária predominantemente acima dos 71 anos. Apresentam melhor *scores* de QV e níveis de conhecimentos os participantes do sexo feminino. No que respeita à idade, apresentam maiores índices de QV e melhor nível de conhecimentos os indivíduos de faixas etárias mais baixas/jovens. Relativamente ao estado civil, o grupo dos indivíduos casados é o que apresenta maiores *scores* de QV. Relativamente à presença de outros diagnósticos, os portadores de DM tipo 2 com maior nível de

conhecimentos **têm** menos doenças associadas. **Conclusão:** A QV e o Conhecimento variam no mesmo sentido. Estas avaliações são fundamentais para o sucesso da implementação de estratégias específicas nos portadores de DM, contribuindo para a melhoria do estado de saúde destes doentes.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus; Conhecimentos, Qualidade de vida.

Referências Bibliográficas:

Direção-Geral da Saúde. (2011). Norma 002/2011: Diagnóstico e classificação da diabetes mellitus. Lisboa: Autor.

Observatório Nacional de Diabetes. (2015). Diabetes: Factos e números – O ano de 2014: Relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes (7ª ed.). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia.

WHO Quality of Life Assessment Group. (1996). What quality of life?. *World Health Forum* 1996; 17(4). p.354-356 Consultado em jan de 2022. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/54358>

SATISFAÇÃO SEXUAL E QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES EM PORTUGAL

Eugénia Maria Garcia Jorge Anes¹, Ana Liliana Rodrigues², Rui Pedro Matos Lamas Ribeiro², Liliana Isabel Cuco Gaspar²

¹Professora na Escola de Saúde IPB, Bragança, Portugal, Investigadora Integrada da UICISA, eugenia@ipb.pt; ²Enfermeiros. Hospital Vila Franca de Xira. Portugal

Introdução: A sexualidade traduz uma necessidade básica do indivíduo. A atividade sexual é uma construção social, histórica e cultural, sendo influenciada pelas relações de poder (Souza & Nery, 2016). A satisfação com a relação e a satisfação sexual, podem ser influenciadas por fatores que reduzem o investimento na relação e o compromisso com o parceiro (Rasmussen, 2016). A qualidade de vida é um conceito multidimensional da vida humana, podendo determinar a perceção do indivíduo em relação à mesma (Ledo, 2016).

Objectivo: Avaliar a satisfação sexual e qualidade de vida em mulheres, maiores de 18 anos, residentes em Portugal continental e ilhas. **Metodologia:** Estudo quantitativo, observacional, transversal, descritivo e analítico, com uma amostra não probabilística acidental. Foi aplicado um questionário constituído por questões sociodemográficos, a Escala da Satisfação Sexual para Mulheres (SSS-W) e Escala da Qualidade de Vida (SF-36v2). Esta investigação teve em conta todos os pressupostos da Declaração de Helsínquia, a Convenção de Oviedo e a legislação nacional em vigor. Foi garantida a e protecção das informações pessoais recolhidas. **Resultados:** Amostra constituída por 894 mulheres residentes em Portugal, com idades compreendidas entre 18 e 70 anos. A análise dos resultados mostra que as mulheres em Portugal apresentam bom nível de satisfação sexual em geral, apresentando média de 114,61, com um desvio padrão de 21,84. A qualidade de vida apresenta um nível geral médio de 73, com um desvio padrão de 14,20. Encontramos uma relação estatisticamente significativa da satisfação sexual em relação ao número de filhos, aumentando à medida que o número de filhos aumenta. Relativamente à qualidade de vida verificou-se uma relação estatística em relação à idade, habilitações literárias e número de filhos, sendo as mais novas, com mais habilitações e com mais filhos aquelas que apresentam melhor qualidade de vida. Verificou-se uma relação positiva entre as duas escalas que nos mostra que quanto maior o nível de satisfação sexual maior é a qualidade de vida. **Conclusão:** Comprovou-

se a existência de uma associação positiva entre a satisfação sexual e a qualidade de vida. O número de filhos foi considerado determinante da satisfação sexual e da qualidade de vida.

Palavras-Chave: Satisfação sexual, Sexualidade, Qualidade de vida, Mulheres.

Referências Bibliográficas:

Ledo, C. M. (2016). Crenças sexuais, satisfação sexual e qualidade de vida em indivíduos com e sem condições crônicas de saúde. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa. Consultado em maio de 2021. Disponível em: https://recil.grupolusofona.pt/bitstream/10437/8213/1/Disserta%20a7%20a30%20final_%20CI%20a1udia%20Ledo.pdf

Rasmussen, K. (2016). A historical and empirical review of pornography and romantic relationships: Implications for family researchers. *Journal of Family Theory & Review*, 173-191. Consultado em maio de 2021. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jftr.12141>

Souza, D. F., & Nery, I. S. (2016). A Sexualidade da Mulher na Relação Conjugal Violenta. Consultado em maio 2021. Disponível em: <https://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=29&sid=foef4d2a-7827-4efe-b5f7-4e7d7871a45e%40pdc-v-sessmgro5>

EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA EM TEMPOS DE PANDEMIA: CIÊNCIA CONTRA MITOS

Freddy Gomez Martinez¹, Alina Maria Ruiz Piedra²

¹Médico, Master em Epidemiologia. Professor auxiliar, Universidade Katiavala Bwila, Benguela, freddygomez93@gmail.com ; ²Doutora em Ciências da Educação Médica, Investigadora titular, Professora auxiliar, Instituto Superior Politécnico Jean Piaget, Benguela, naneter96@gmail.com

Introdução: O mundo enfrenta actualmente uma emergência de saúde internacional: a pandemia COVID-19. Em resposta, a comunidade científica oferece diariamente um número significativo de artigos sobre o assunto. No entanto, a informação incorrecta espalha-se nas redes sociais, nos meios de comunicação social e noutras fontes a um ritmo mais rápido do que o vírus, sendo este fenómeno conhecido como "infodemic", o qual ameaça o cumprimento pela população das medidas preventivas, facto do qual Angola não está isenta. Assim, as universidades tendo como missão facilitar o fluxo de conhecimento entre a academia e a sociedade, através da extensão universitária, são chamadas a conter este problema. **Objetivo:** Divulgar informações científicas capazes de refutar os mitos, rumores ou notícias falsas que se espalham entre a população angolana e africana em geral, sobre o COVID-19. **Metodologia:** estudo realizado entre maio e Setembro de 2020, na Universidade Katiavala Bwila, Benguela, Angola. Equipas de professores e alunos foram criadas para investigar os mitos que se espalhavam sobre o COVID-19. O grupo "Mitos e Verdades, COVID-19" foram criados no Facebook, com o objectivo de ter um espaço para refutar os mitos identificados na população, através de uma breve explicação científica, fácil de entender e, com base em artigos originais de revistas de alto impacto e do site da OMS. Para medir o impacto de cada mito, o número de vezes partilhados, as reações e comentários recebidos foram contados. **Resultados:** Foram respondidos 36 mitos, relacionados com vários tópicos, incluindo a origem do vírus, vias de transmissão, medidas preventivas, medicina natural e tradicional na prevenção e tratamento, métodos de diagnóstico, tratamento e vacinas, grupos de risco e religiosidade. A informação foi partilhada 198 vezes, 235 reações de aceitação e sete comentários amigáveis foram recebidos. **Conclusões:** Através de trabalhos de extensão, a Faculdade de Medicina Katiavala Bwila contribuiu para a divulgação de informação científica fiável para combater os mitos, rumores ou notícias

falsas sobre o COVID-19 que se espalham entre a população angolana e africana em geral.

Palavras-chave: COVID-19, informações científicas, mitos.

Referências Bibliográficas:

Biblioteca nacional de medicina. Enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19)
Disponível em
<https://www.medlineplus.gov/spanish/covid19coronavirusdisease2019.html/>

WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard With Vaccination Data Disponível em:
<https://covid19.who.int/>

Site Organización Panamericana de la Salud. Coronavirus - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud (paho.org)

VALIDAÇÃO DA ESCALA DE IMPACTO DE ACONTECIMENTOS REVISTA (IES-R)

¹Maria Joana F. Bengueiro, ² Jacqueline Duarte Vieira Lopes

¹Psicóloga Clínica, Instituto superior de ciências de saúde – norte, cooperativa de ensino superior politécnico e universitário, crl (cespu). Direcção Municipal de saúde de Benguela.

²Psicóloga Clínica, Instituto Politécnico Jean Piaget de Benguela. Direcção Municipal de saúde de Benguela. jaquevieiralopes@gmail.com

Introdução: A Perturbação do pós-stress – traumático é um padrão de reacção psicopatologia comportamental /emocional específica, resultante da exposição a um acontecimento traumático (Howarth e Leaman, 2004). Para melhorar a qualidade e uma actuação mais precoce dos cuidados prestados aos utentes com perturbações pós-stress traumática, tornou-se necessário desenvolver ferramentas precisas, práticas e fáceis de utilizar, o IES-R é provavelmente o mais utilizado. (Stroebe & Schut, 2006).

Objectivo: Analisar a validação da escala de impacto de acontecimentos, em diferentes contextos assistenciais, em utentes com perturbação pós-stress traumático.

Metodologia: Realizou-se um estudo do tipo descritivo de abordagem quantitativa, amostra aleatória simples a 250 indivíduos, com idades dos 20 aos 56 anos, colectou-se os dados nos Centros de Saúde Materno Infantil e Cambanda município de Benguela no ano 2011. **Resultados:** constatou-se que 100% dos inqueridos são do sexo masculino 63% são solteiros, 91% reside no município de Benguela, 49% referiu que já vivenciou um acontecimento potencialmente traumático, a exposição ao acidente automóvel representa um total de 50%, as dificuldades familiares equivalendo 43%. Assim, a exposição a um acontecimento traumático (como risco de morte ou ferimento para o sujeito ou outrem e irrupção de um sentimento de temor intenso, de importância ou de horror contribui para o alto índice da PTSD (Pedinielli, 2002). **Conclusão:** Os resultados confirmam a identificação do perfil de intervenção psicológica ao paciente com perturbação pós -stress traumático. A análise dos dados levou ao aprofundamento dos conhecimentos sobre a intervenção psicológica em pacientes com sintomatologia crítica da PTSD. Constatou-se que é necessário o planeamento da assistência para garantir a qualidade de atendimento. Este estudo permitiu sensibilizar os profissionais para a importância dos cuidados preventivos e/ou factores de protecção da PTSD.

Palavras-chave: Validação, escala de impacto, acontecimentos.

Referências Bibliográficas:

Pedinielli, L, (2002). As neuroses. Lisboa: Climpsi-Editores.

Howarth, Glennys e Leaman Oliveira (2004). *Enciclopédia da Morte e da Arte de Morrer*. Portugal editora.

Stroebe &, schut (2006). Complicated Grief: A conceptual analysis of the field. *Omega*, 52, 53-70.

RESILIÊNCIA EM MÃES SOLTEIRAS COM FILHOS INTERNADOS NO HOSPITAL GERAL DE BENGUELA

Jacqueline Duarte Vieira Lopes¹

¹Psicóloga Clínica, Instituto Superior Politécnico Jean Piaget de Benguela. jaquevieiralopes@gmail.com

Introdução: A resiliência humana é tida como processo de adaptação mediante traumas, tragédias, ameaças, ou até mesmo fontes expressivas de tensão como situações de dificuldades de relacionamento na família, problemas graves de saúde, problemas no ambiente de trabalho ou carências financeiras (Grotberg, 2005). **Objectivo:** Perceber os recursos que as mulheres solteiras utilizam para fazer face, às dificuldades de subsistência. **Metodologia:** A pesquisa é do tipo descritiva com uma abordagem qualitativa e quantitativa. O Público alvo do estudo são todas as mulheres solteiras com filhos dos 0 aos 15 anos internados no Hospital Geral de Benguela, com idades compreendidas dos 18 aos 45 anos. As técnicas utilizadas foram as de observação e inquérito por questionário de perguntas fechadas. **Resultado:** Constatou-se que a faixa etária de mães com maior número de filhos internados foi dos 18-25 anos, equivalente a 46,6%, 33,4% possui o 1º ciclo e 61% exerce actividade no ramo informal. Das respostas mais significantes ao questionário dicotómico de resiliência, apontam as estratégias mais utilizadas como sendo: ter recursos económicos disponíveis-80% das mães responderam negativamente, pedir ajuda sem que isso as faça sentir uma pessoa fraca- 89% responderam positivamente, 92,3% têm esperança de dias melhores, 92% são responsáveis pelos seus comportamentos, ter boas relações com os seus familiares -62,3% e 68% consideram-se optimistas. **Conclusão:** o estudo demonstrou que as mulheres são resilientes no confronto com as dificuldades e contam com o apoio social familiar e religioso. Os indivíduos que se sentem genuinamente vinculados a outros seres próximos superam melhor os obstáculos que a vida lhes coloca mais rapidamente do que aqueles que não contam com o apoio emocional de algum semelhante (Boniwell, 2016).

Palavras-chave: Resiliência, Mães, Solteiras.

Referências Bibliográficas:

Grotberg, E. H. (2005). Introdução: Novas tendências em resiliência. In A. Melillo, E. N. S. Ojeda e cols. *Resiliência: Descobrimo as próprias fortalezas* (V. Campos, Trad., pp. 15-22). Porto Alegre: Artes Médicas.

Boniwell, I. (2016). *A Ciência da Felicidade. Psicológica Positiva em poucas palavras*. Lisboa; 4Estações.

SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM LEPROSA NO MUNICÍPIO DO LOBITO E BENGUELA

Agostinho Finde Chipango¹, Fernando Banze Cassenda Fernando²; Maria Gorete de Jesus Baptista²

¹Licenciado em Farmácia, Professor no ISP Jean Piaget Benguela, chipangofarm@gmail.com

²Mestre em Ciências Farmacêuticas, Professor no ISPB; ³Doutora em Biomedicina, Professora-auxiliar no ISP Jean Piaget Benguela, Angola, CESP-ISPJPB e Professora adjunta na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança-Portugal

Introdução: O aparecimento da Lepra e das suas diferentes manifestações clínicas depende da relação entre o agente etiológico e o hospedeiro, bem como da carga bacilar do caso índice, tempo de exposição e condições socioeconómicas do indivíduo exposto. A realização do seguimento farmacoterapêutico (SF) é importante, pois contribui para a obtenção de melhores resultados na farmacoterapia instituída.

Objectivos: Realizar o seguimento farmacoterapêutico em pacientes portadores de lepra submetidos ao tratamento com multidroga resistente no Município de Benguela e Lobito. **Metodologia:** Pesquisa do tipo descritivo, exploratório com abordagem quantitativa. Numa população de 51 pacientes foi obtida uma amostra não probabilística de 33 pacientes dos quais 19 do centro de leproso do Lobito e 14 do Município de Benguela, sendo estudados em seguimento farmacoterapêutico de julho a Novembro de 2019. Para a colheita de dados se aplicou o inquérito por questionário.

Resultados: Predominaram pacientes do sexo feminino com lepra (66,6%), na faixa etária dos 20-30 anos. No processo de acompanhamento terapêutico o estudo mostra que mais de 60% obtiveram melhorias em quatro semanas e os outros 40% em doze meses. O esquema terapêutico, utilizado pelas duas leproso é o mesmo e os medicamentos são: dapsona, rifampicina e clofazimina. Para a forma multibacilar (casos com mais de cinco lesões de pele) é recomendada a associação rifampicina, dapsona e clofazimina por 12 meses. Tal procedimento não foi observado neste estudo, pois todos os pacientes são tratados apenas com um esquema multibacilar, aplica-se o esquema terapêutico do tipo um (imunomodolador e predisona) e do tipo três (glicocorticoides e predisona). Os pacientes são orientados para a toma correcta dos medicamentos diariamente e levam consigo uma folha de registo onde assinalam com uma cruz em cada quadrado, sempre que tomam os medicamentos. **Conclusão:** Os

pacientes eram muito jovens, obtendo sucesso terapêutico. O esquema terapêutico multibacilar nas leprosas de Benguela e Lobito é cumprido correctamente, conforme orienta a Organização Mundial da Saúde e os pacientes são orientados para a toma e controlo correcto dos medicamentos. Segundo Fiol (2010) a escolha do esquema poliquimioterápico tem por base a classificação da hanseníase, por isso torna-se imprescindível a adequação e o acompanhamento terapêutico.

Palavras-chave: Seguimento, Farmacoterapêutico, Lepra, Lobito, Benguela

Referências Bibliográficas:

Roe, C. & May, L.S. (2016). A Case of Leprosy in Malawi. Making the Final Push towards Eradication: A clinical and Public Health Perspective. *Infect Dis Poverty*, 5 (1), 90-90 <<http://dx.doi.org/10.1186/s40249-016-0176-z>>. Consultado aos 11 de Abril de 2021.

Amanda, S. S. (2015). A importância da farmácia clínica no acompanhamento dos pacientes com hanseníase em uma unidade básica de saúde. *Hansen. int*, 40 (1), 9-16 <http://www.ilsl.br/revista/detalhe_artigo.php?id=12354>. Consultado aos 13 de abril de 2021

Del Fiol, F. S. (2010). Perfil de prescrições e uso de antibióticos em infecções comunitárias. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 43 (1): 68–72 <<https://doi.org/10.1590/S0037-86822010000100015>>. Consultado aos 22 de Março de 2021

ESTUDO ETNOFARMACOLÓGICO DE ALGUMAS PLANTAS MEDICINAIS NA ALDEIA DE CANDEEIRO, BALOMBO- BENGUELA

Agostinho Finde Chipango¹

¹Professor no ISP Jean Piaget Benguela; chipangofarm@gmail.co

Introdução: As plantas medicinais sempre contribuíram para a cura ou prevenção das doenças que atingem as populações, principalmente em países em vias de desenvolvimento. São amplamente utilizadas no meio familiar, **sobretudo** pelas mulheres, consideradas com maior conhecimento, visto que são responsáveis pela saúde e alimentação da família (Souza, 2011). **Objectivos:** Identificar os nomes científicos de plantas encontradas na Aldeia de Candeeiro e verificar o conhecimento empírico da sua acção farmacológica por parte dos Terapeutas Tradicionais da aldeia, que as aplicam em tratamentos. **Metodologia:** Estudo do tipo descritivo, exploratório, de carácter qualitativo. Como técnica de recolha de dados sobre as plantas existentes, por intermédio de um questionário, recorreu-se à consulta bibliográfica actualizada para identificação de plantas, à observação e à entrevista aos dois terapeutas tradicionais da aldeia. **Resultados:** No quadro 1, apresentamos as informações Etnofarmacológicas (nomes científicos das plantas, adaptado de Gossweiler, 1953) das nove plantas medicinais utilizadas pelos Terapeutas Tradicionais no tratamento dos habitantes da Aldeia do Candeeiro. **Conclusão:** Os Terapeutas Tradicionais da Aldeia de Candeeiro têm um vasto conhecimento sobre a flora local e a sua aplicação a nível da Medicina Tradicional, apesar de desconhecerem os seus nomes científicos, efectuando os tratamentos com as plantas medicinais, preparando-as e aplicando-as de diversas formas, tais como a *decoção*, o *banho* e a *inalação*.

Palavras-chave: Etnobotânica, Etnofarmacologia, Plantas Medicinais.

Referências Bibliográficas:

- Souza, J.M., (2011). *Levantamento etnobotânico de plantas medicinais na cidade de Viçosa, MG. Revista Brasileira de Farmácia*, v. 90, Disponível em: <<http://www.rbfarma.org.br>. Consultado aos 26 de Outubro de 2019>.
- Gossweiler, J., (1953). *Nomes indígenas de plantas de Angola*. Agronomia Angolana, Luanda.

Quadro 1- Etnofarmacologia das plantas medicinais utilizadas pelos Terapeutas Tradicionais no tratamento dos habitantes da Aldeia do Candeeiro

Nº	Nomes indígenas	Família	Nomes científicos	Aplicação	Partes usadas	Forma de preparo
1	Umundolua	Solanaceae	<i>Steganotaenia araliácea</i> Hochst, p 281.	Um poderoso antitússico, doenças do peito e anti-helmintos.	Folhas	Infusão, cataplasma e clister
2	Etumbanjali	Icacinaceae	<i>Indigofera hendecaphylla</i> Jacq, (Ibidem, p.197).	Obstipação, oxiúros, lombriga e reumatismo	Todos órgãos	Maceração
3	Eyumbi	Leguminosae	<i>Mucuna stans</i> Welw. e Back, (Ibidem, p.207).	Colesterol	Raízes	Decocção
5	Emui	Strychnaceae	<i>Strychnos cocculoides</i> Bak. (Ibidem, p. 356).	Laxante, purif. Sangue, ajuda na retirada das pedras nos rins, próstata etc.	Raízes e frutos	Decocção e polpa do fruto
6	Njilasonde	Leguminosae	<i>Pterocarpus angolensis</i> Welw e Ex Ficalho, (Ibidem, p.2017).	Infecções urinárias	Raízes	Decocção
7	Omya Yenhala	Nymphaeaceae	<i>Ochna angustifolia</i> Hundtii, (Ibidem p.172).	Feridas crónicas	Folhas e cascas	Pó
8	Ombundi	Ericaceae	<i>Eriosema albagriseum</i> Bak e Ficalho, (Ibidem, p. 214).	Hipertensão arterial	Raízes	Maceração

9	Ohongo lo	Celastrace ae	<i>Celtis Sayauxii</i> Engel, (ibidem, p. 446).	Feridas, asma, dor do peito e regula o período menstrual	Folha s	Maceraç ão
---	--------------	------------------	--	--	------------	---------------

ATIVIDADE GASTROPROTECTORA E TOXICIDADE AGUDA DE UMA FRACÇÃO DE CLOROFÓRMIO OBTIDA DO EXTRATO AQUOSO DE *CAPRARIA BIFLORA* L

Flávio Tiopi Miguel¹, Arianna Valido Díaz^{2*}, Liliana Vicet Muro³, María A. Boffill Cárdenas^{4*}, Yilka Mena Linares^{5*}, Yannier Rodriguez Vasquez^{6*}

¹Mestre em Pesquisa e Desenvolvimento de Medicamentos. flaviotiopi@gmail.com; ²Professor Assistente, Unidade de Toxicol. Experimental; ³Professor titular Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas; ⁴Professor e pesquisador Titular e Consultor; ⁵Professor Instrutor e Pesquisador Associado; ⁶Tec. Medicina Veterinaria. Unidad de Toxicología Experimental. *Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara.

Introdução: A espécie *Capraria biflora* L. é uma planta recomendada em situações/condições que envolvem episódios dolorosos ou mediados por inflamação (Mastrapa, 2017). **Objetivos:** Determinar a atividade gastroprotectora e a toxicidade aguda da fracção de clorofórmio obtida do extrato aquoso de *Capraria biflora* L. em ratos da linhagem Sprague-Dawley. **Metodologia:** Para o estudo da toxicidade oral aguda foi utilizado o procedimento de dose fixa (OECD, 2014), utilizando uma dose de 300 mg/kg, enquanto para a atividade gastroprotectora foram avaliadas técnicas para a produção de úlceras agudas, utilizando etanol absoluto como agentes (ulcerogênicos) ulcerogênicos. Foram utilizadas doses de 50, 100 e 200 mg/kg de peso. O Omeprazol 20 mg/kg foi seleccionado como controlo positivo. **Resultados:** Através da administração de dose única de 300 mg/kg, obteve-se 100% de sobrevivência e não houve sinais nem sintomas de toxicidade. A massa corporal estava dentro dos parâmetros estabelecidos para a espécie e linhagem do modelo biológico utilizado. A fracção de clorofórmio apresentou efeito gastroprotector nos modelos agudos estudados com grau de ulceração e percentuais de inibição nas doses de 100 mg/kg (69,90% e 200 mg/kg 79,77%) para o modelo etanol absoluto, semelhante ao controlo positivo utilizado para $p \leq 0,05$. **Conclusão:** A administração oral da fracção de clorofórmio do extrato aquoso de *Capraria biflora* L. mostrou actividade gastroprotectora nos modelos seleccionados sem apresentar efeitos tóxicos.

Palavras-chave: *Capraria biflora* L., actividade gastroprotectora, toxicidade aguda, fracção de clorofórmio

Referências Bibliográficas:

Mastrapa, T. (2017). Actividad gastroprotectora de la fracción butanólica obtenida de hojas de *Capraria biflora* L. In: Facultad de Química-Farmacia Dep. de Farmacia Universidad Central Martha Abreu de Las Villas, pp. 24-30.

O USO DE MÁSCARAS COMO MEDIDA PREVENTIVA CONTRA OS RISCOS BIOLÓGICOS POR TRANSMISSÃO AÉREA E POR GOTÍCULAS

Flávio Tiopi Miguel¹, Henriqueta Nankali Bimba Fernando², Garcia Nfuidimau Miguel³, Juliana da Graça Escrita⁴

¹Instituto Superior Jean Piaget de Benguela, flaviotiopi@gmail.com; ²Universidade Mandume ya Ndemufayo. Lubango, ³Hospital Municipal do Tomboco (Zaire); ⁴Instituto Superior Jean Piaget de Benguela

Introdução: O uso de máscara deve ser para reduzir o risco de contágio, serve como medida complementar para previne a transmissão viral. A prevenção individual frente à doença respiratória é relevante, pois pode retardar a sobrecarga dos serviços de saúde. Mas a prevenção clínica, obedece às condições para evitar acidentes de trabalho. Manuseio incorrecto da máscara, a adoção de métodos e procedimentos de descontaminação a fim de evitar o manuseio excessivo. O usuário deve verificar a integridade e manutenção, caso as máscaras estejam danificadas ou não sejam adequadas para reutilização. Os principais aspetos são: 1) eficácia do método de desinfecção/esterilização; 2) a eficiência de filtragem; 3) procedimento de conservação; 4) segurança do usuário (toxicidade após acondicionamento). **Objetivo:** Descrever evidências sobre a eficácia do uso de máscaras na prevenção e controle da transmissão de infeções respiratórias. **Metodologias:** é um estudo retrospectivo transversal, com a principal fonte para recolha das informações a revisão bibliográfica. **Resultados:** As máscaras N95/FFP2 mostraram-se as mais eficazes em filtrar partículas, com um percentual médio de 94% de filtragem, Gomes e Maia, (2021). Já as máscaras cirúrgicas, apesar do alto percentual médio de eficiência de filtragem, apresentaram uma variação maior dependendo do modelo. Três tipos de máscaras tiveram amostras que chegaram a registrar protecção zero: as de espuma de poliuretano, as de algodão e as compostas por 70% de fibra de poliéster. **Conclusão:** Na literatura consultada, foram observadas diferenças significativas dos tipos de máscaras quanto a protecção contra o risco biológico. A máscara do tipo N95/FFP2 apresentou maior eficácia, seguida da máscara cirúrgica.

Palavras-chave: Máscara, riscos biológicos, prevenção.

Referências Bibliográficas:

Gomes, I. & Maia, G. (2021). Máscaras N95/PFF2. *Rev. Nexojornal*. 3-7. Consultado a 07 de abril de 2022 <https://www.nexojornal.com.br>.

Rodríguez, E. & Menéndez, A. (2020). Recomendações sobre o Uso de Máscaras na Comunidade no Contexto da Covid-19 (OMS). *Ver. Directrizes OMS*, 8. Consultado 07 de Abril 2022 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332293/WHO-2019-nCov-IPC_Masks-2020.4-por.pdf.

Rubio, R. & Martínez, M. (2014). Conhecimento sobre o uso correto de máscaras como medida preventiva contra risco biológico por transmissão aérea e por gotículas. *Enfermagem do Trabalho. Rev. Diretrizes OMS*, 3. Consultado a 07 de abril de 2022 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/350925>

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA TUBERCULOSE NO DISPENSÁRIO ANTI-TUBERCULOSE DE BENGUELA E NO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA PAZ DO CUBAL EM 2018

Pedro Mateus Gomes¹; Maria José Alves²

¹Mestre em Saúde Pública, Professor, Instituto Superior Politécnico Jean Piaget Benguela; pedromateusgomes4@gmail.com

² Professora-Adjunta, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança; CIMO

Introdução: Nos últimos anos, o mundo científico tem enfrentado enormes desafios com maior realce para a reemergência de eventos epidemiológicos, entre eles o aumento da incidência e prevalência da tuberculose. Vários fatores, estão na base deste fenómeno incluindo: socioeconómicos e o abandono do programa de controlo determinaram esse fenómeno. O impacto da pandemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) e a resistência a múltiplas drogas pelo *Mycobacterium tuberculosis* agravaram esta situação. **Objetivos:** com este trabalho pretende-se analisar o comportamento epidemiológico da Tuberculose e a sua relação com variáveis socioeconómica no DAT de Benguela e no HNSP de Cubal no ano 2018. **Metodologia:** para o alcance dos objectivos, foi feito um estudo observacional descritivo transversal e retrospectivo do nível investigativo, de paradigma positivista, utilizando como fontes secundárias de informação os registos estatísticos de duas instituições de saúde, o DAT de Benguela e o Hospital Nossa Senhora da Paz de Cubal em 2018. **Resultados:** No DAT de Benguela durante o ano de 2018 foram recebidos 1454 doentes com suspeita de TB, dos quais 528 apresentaram baciloscopia positiva o que confere uma percentagem de 36,3%. Entretanto no HNSP do Cubal a percentagem dos doentes diagnosticados com tuberculose é bastante superior com 73%. Por outro lado, no HNSP no Cubal a percentagem de doentes com TB que se mantêm bacilíferos após 2 meses de tratamento é de (9%) muito menor comparativamente aos 25% de casos detetados em Benguela. Segundo o protocolo de tratamento da TB, estes doentes após 60 dias de tratamento direto e observado (DOT) são submetidos ao exame de Biologia molecular “GenXpert” para deteção de estirpes resistentes. Nesta perspectiva, no DAT de Benguela obteve-se (66,1%) de casos, enquanto que no Cubal (50%) de (TBMR) Tuberculose Multirresistente. Nas 2 instituições, a TB e

particularmente a TBMR estão associadas a faixas etárias correspondentes a população muito jovem. De entre os doentes com tuberculose o sexo masculino apresenta maior número de casos. **Conclusão:** Após análise dos resultados, conclui-se que mais de 50% dos doentes bacilíferos após dois meses de tratamento apresentam TBMR, estes resultados devem repensar as metodologias adotadas para diagnóstico; por outro lado a população mais jovem parece estar mais suscetível para contrair estirpes resistentes aos tuberculostáticos de 1ª linha. Esta realidade deve pressupor uma intervenção imediata e um levantamento epidemiológico anual dos casos de resistência.

Palavras-chave: Tuberculose; Epidemiológico, Diagnóstico laboratorial; Angola.

Referências Bibliográficas:

Aznar ML. Mesa. (2015). Tuberculosis en África Tuberculosis en Angola. Espanha.

Estratégia de Cooperação da Organização Mundial da Saúde, 2015-2025. Relatório sobre a situação Epidemiológica da Tuberculose em Angola, 2018.

E. Aznar. Vigilância Laboratorial da Tuberculose em Portugal-Relatório 2012-INSa. Repositório.insa.pt. bitstream.

CONDIÇÕES DE VENDA DOS PRODUTOS ALIMENTARES NO MERCADO INFORMAL 4 DE ABRIL NO MUNÍCIPIO DE BENGUELA

Catarina Baptista*; Armando Tiago da Silva Eurico*; Ana Fernandes*; Ary Vemda*;
Irina Almeida*; Jacqueline Lopes*

*Estudantes de Mestrado em Saúde Pública no ISP Jean Piaget de Benguela-Angola

Introdução: A compra de alimentos no mercado informal é preocupante pois pode constituir um alto risco para a saúde dos consumidores. Visto que as pessoas envolvidas nessa actividade geralmente não possuem formação para a manipulação adequada dos alimentos, os mesmos não têm garantia de inocuidade porque na maioria das vezes são armazenados em recipientes inapropriados, sem refrigeração e infraestrutura adequada. As Doenças Transmitidas por Alimentos vêm aumentando a nível mundial pelo deficiente controle dos órgãos públicos e privados no que concerne a fiscalização dos alimentos vendidos à população (Magalhães, Carvalho, Melquiades, et. al., 2016).

Objectivos: Avaliar as condições de venda dos produtos alimentares do mercado informal 4 de abril no Município de Benguela. **Metodologia:** Tratou-se de uma pesquisa de campo, transversal, de carácter descritivo e observacional. O universo do estudo foram as vendedoras de produtos alimentares, do qual, se identificou uma amostra aleatória por conveniência com um total de 20 vendedoras. As técnicas utilizadas foram a técnica de observação simples, inquérito por questionário com perguntas fechadas e análise microbiológica da água utilizada pela lavagem das mãos. Nesta análise utilizou-se os meios de indicadores de contaminação (*E. Coli*, *Enterococcus spp* e Coliformes Fecais) para verificar a existência de microorganismos patogénicos veiculados pela água. **Resultados:** Constatou-se que 100% dos vendedores são do género feminino; 60% têm até o 1º ciclo concluído e 100% vivem em zona periférica; Existe deficiência de equipamentos e inadequada infraestrutura para manipulação dos alimentos; A análise microbiológica, evidenciou-se 11 amostras de água contaminada. A maior prevalência foi de 73% com a presença da *E. Coli*. O termo indicador de contaminação caracteriza que a água está poluída com material fecal de origem humana (Yamanaka, 2011). De acordo a Noronha et. al. (2019), as amostras contaminadas relacionam-se a hábitos comportamentais em relação à falta de higienização, manipulação e meios de

consumo. **Conclusão:** O estudo demonstrou que as condições de venda dos produtos alimentares estão em situação precária comprometendo a saúde dos consumidores.

Palavras-chave: Condições de venda; Produtos alimentares; Mercado informal; indicadores de contaminação.

Referências Bibliográficas:

Magalhães, J. A., Carvalho, S., Melquiades, R., da Rosa, G., & Merlini, L. (2016). Comércio Ambulante de alimentos: condições higiênico-sanitárias nos pontos de venda no Município da Umuarama [Street commerce of food: hygienic-sanitary conditions in the points of sale in the Municipality of Umuarama]. *Arquivos de Ciências Veterinárias e Zoologia da UNIPAR*, volume (19), 1-6. <https://doi.org/10.25110/arqvet.v19i3.6087>

Noronha, T., Vieira, D., Andrade, E., & dos Santos, W. (2019). Indicador de contaminação fecal alimentar e prevenção de doenças [Indicator of fecal food contamination and disease prevention]. *Revista JRG de estudos acadêmicos*, volume (2), 1-8. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4458735>

Yamanaka, E. (2011). Incidência, factores de virulência e resistência a antibióticos de *Escherichia Coli* e *Enterococcus spp* isolados como indicadores de contaminação fecal em água de consumo de fontes alternativas de Curitiba e região Metropolitana [Dissertação de mestrado não publicada]. Universidade Federal do Paraná.

HÁBITOS ALIMENTARES E ESTADO NUTRICIONAL DE ESTUDANTES DO CURSO DE ENFERMAGEM E OBSTETRÍCIA DO INSTITUTO SUPERIOR POLITÉCNICO JEAN PIAGET DE BENGUELA

Irina Alexandra Lopes de Almeida¹, Alina Maria Ruiz Piedra²

¹ Enfermeira, Professora Coordenadora no ISP Jean Piaget Benguela, irinalmeida@gmail.com; ² Doutora em Ciências de Educação Médica, Professora auxiliar no ISP Jean Piaget Benguela

Introdução: A alimentação é fundamental não somente para suprir as necessidades de nutrientes, mas também para manter um bom estado nutricional. **Objectivo:** Determinar a associação entre estado nutricional e hábitos alimentares. **Metodologia:** Estudo quantitativo, observacional, descritivo, transversal e prospectivo, realizado em Abril de 2022. A população de estudo incidiu sobre os 230 estudantes do 2.º ano curricular do Curso de Enfermagem e Obstetrícia do ISPJPB. A amostra foi não aleatória, confirmada por um total de 100 estudantes que aceitaram participar no/do estudo. O teste não paramétrico X^2 foi utilizado para comprovar a associação entre a variável de estudo: estado nutricional e demais variáveis dicotomizadas, com 95% de confiança. O estatístico OR facilitou determinar o tipo de associação e a variável como factor protector ou de risco. **Resultados:** Os testes evidenciaram uma realidade de 68% de estudantes eutróficos, verificando-se o nível de consumo dos produtos alimentares essenciais abaixo do normal, na grande maioria dos estudantes: 92% consomem menos porções de refeições de acordo com o estabelecido; 51%, hidratos de carbono abaixo do normal; 75%, frutas abaixo do normal; 52%, verduras e legumes abaixo do normal; 66%, produtos lácteos abaixo do normal; 67% bebem pouco água por dia. Por sua vez, em contrapartida, 60% dos estudantes consomem açúcares por excesso; 13% consomem sal em excesso e 24% têm hábitos de consumo de *fast food* mais do que o indicado. Foi observada uma associação significativa entre estado nutricional e consumo de frutas ($X^2= 3,922$, $p=0,048$), assim como *fast food* ($X^2=5,518$ $p=0,019$). O estatígrafo $OR=0,038$ (lim inf=1,23-lim sup=4,95) demonstrou uma associação directa entre as duas variáveis, em que o consumo de frutas se comporta como factor protector com possibilidade de reduzir para 2,63 vezes um estado nutricional anormal. Contrariamente, a variável *fast food* com $OR= 1,23$ (lim inf=1,54 – lim sup=3,57)

comportou-se como factor de risco que incrementa/aumenta 1,23 vezes a possibilidade de um estado nutricional anormal, pois o ingresso na vida académica implica deixar de realizar refeições completas e saudáveis, dada a extensa rotina de actividades universitárias. **Conclusão:** Demonstrou-se, através dos estatígrafos correspondentes, uma associação estatística significativa e directa entre a variável de estudo estado nutricional e as variáveis consumo de frutas e *fast food*.

Palavras-chave: Hábitos alimentares, Estado nutricional, Estudantes.

Referências Bibliográficas:

de Castro, L., & Brião, G. (2020). Guia de alimentação saudável para adolescentes [Dissertação de mestrado não publicado]. Universidade Estatal do Rio de Janeiro.

Scheunemann, C., & Lopes, P. (2019). Hábitos Alimentares e Concepções sobre Alimentação Equilibrada: Uma Investigação com Alunos do Oitavo Ano do Ensino Fundamental [Eating Habits and Conceptions about Food Balanced: An Investigation of Eighth Grade Students of Fundamental Education]. *Alexandria - Revista de Educação em Ciência e Tecnologia*, volume (12), 283-285. <http://dx.doi.org/10.5007/1982-5153.2019v12n1p279>

CONHECIMENTOS E USO DE CONTRACEPÇÃO POR ADOLESCENTES ANGOLANOS

Maria Gorete J. Baptista¹; Esmeralda Natércia G. Sabalo²; Isabel Talina F.F. Catraio³

¹Doutora em Biomedicina, Professora-Auxiliar no Instituto Superior Politécnico Jean Piaget Benguela, CESP-ISPJPB e Professora adjunta na Escola Superior de Saúde do Instituto Superior Politécnico de Bragança, Portugal.; ²Enfermeira, Centro de Saúde dos Navegantes, Benguela-Angola; ³ Mestre em Saúde Pública, Direcção Municipal de Saúde de Benguela.

Introdução: Na adolescência, a falta de informação sobre métodos anticoncepcionais, o seu uso inadequado, a falta de oferta, as más condições socioeconómicas e de comunicação entre os familiares, os tabus, ou mesmo pelo facto de ter medo de assumir a sua sexualidade (,) podem tornar-se um problema para o adolescente, podendo ocorrer a situação de gravidez precoce. Este é um grave problema social nos países subdesenvolvidos, nomeadamente em Angola, sendo a contracepção um valioso recurso para a sua prevenção. **Objectivo:** Avaliar os conhecimentos e atitudes de adolescentes sobre os métodos contraceptivos. **Metodologia:** Estudo transversal descritivo, desenvolvido em 2019, tendo sido construído e aplicado um questionário destinado à caracterização da amostra e à avaliação dos conhecimentos e atitudes sobre a contracepção. Participaram no estudo 45 alunos da Escola do I Ciclo do Ensino Secundário do Lobito, Angola. **Resultados:** Amostra maioritariamente do sexo feminino (55,6%), com frequência da 9ª classe (91,1%), com uma média de idades de 16,5 anos, em que a maioria (93,3%) conhece alguns métodos anticoncepcionais, sendo o preservativo masculino o método mais conhecido pelos inquiridos (62,2%). Verificou-se que 68,9% dos adolescentes já iniciaram a sua vida sexual e 62,2% usam a (fazem) contracepção, dos quais 35,5% são anticoncepcionais femininos e, 26,7%, o preservativo masculino. Apesar de a maioria referir conhecer os métodos contraceptivos, na avaliação dos conhecimentos pôde constatar-se um considerável desconhecimento e percepções erradas por parte dos adolescentes em relação à utilidade e segurança de alguns métodos contraceptivos, nomeadamente, acerca do método do calendário (17,8%), da pílula combinada (15,6%), da pílula de emergência (13,3%) e dos injectáveis (8,9%), tendo ocorrido gravidez em 13,3% dos adolescentes da amostra. **Conclusões:** Tendo-se verificado grande falta de conhecimentos sobre métodos contraceptivos e seu uso pelos adolescentes da amostra, há necessidade de promover a educação sexual destes e de outros adolescentes. A implementação de programas de intervenção, por entidades competentes, nas escolas e nas famílias, facultando

informações fundamentais tem carácter de emergência! Dessa forma, pensamos ser possível reduzir a elevada ocorrência da gravidez precoce em Angola.

Palavras-chave: Adolescência, Sexualidade, Métodos contraceptivos, Gravidez precoce.

Referências Bibliográficas:

Chipalanga, S. (2014). Gravidez na adolescência em Angola: Estudo do funcionamento familiar e satisfação com a vida. Dissertação em Psicologia, Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Coimbra.

Flora, C. (2015). Gravidez na Adolescência e (In) Sucesso Escolar: Um Estudo Qualitativo em Escolas Secundárias de Benguela. Dissertação em Administração e Gestão da Educação, Universidade Portucalense, Departamento de Psicologia e Educação, Portucalense-Porto.

Pérez, M. A., Rios, I., & Navarro, A. P. (2019). Atitudes em relação aos métodos contraceptivos e sua utilização entre estudantes universitários na república dominicana. *Revista de Divulgação Científica Sena Aires*, 8(1), 16-23.

FACTORES ASSOCIADOS À MORTALIDADE MATERNA: UM ESTUDO NA MATERNIDADE DO HOSPITAL GERAL DE BENGUELA

Teodora Tchiungue Cunha¹, Maria Gorete Jesus Baptista², Isabel Talina F. F. Catraio³, Alina Ruiz Piedra⁴

¹Estudante do Mestrado em Enfermagem Saúde Materna e Obstetrícia no ISP Jean Piaget Benguela, Docente no ISPB, cunhatchiungueo872@hotmail.com;

²Doutora em Biomedicina, Professora-Auxiliar no Instituto Superior Politécnico Jean Piaget Benguela, CESP-ISPJPB e Professora adjunta na Escola Superior de Saúde do Instituto Superior Politécnico de Bragança, Portugal ³Mestre em Saúde Pública, Directora Municipal de Saúde de Benguela, Docente no ISP Jean Piaget Benguela; ⁴Doutora em Ciências Médicas, Professora-Auxiliar - ISP Jean Piaget de Benguela

Introdução: A mortalidade materna é aquela que ocorre durante a gestação ou dentro de 42 dias após o seu término, devido a medidas ou causas relacionadas com a gravidez. Classificadas em diretas e básicas, muitas delas são evitáveis. O Ministério da Saúde de Angola estabeleceu como metas nacionais, a redução em 50% das taxas de mortalidade materna e o aumento em 80% da cobertura de partos institucionais assistidos por pessoal capacitado até o ano de 2017, de acordo com o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS 2012-2025). **Objectivo:** Descrever alguns factores associados à mortalidade materna na Maternidade do HGB, de 2018 à 2020. **Metodologia:** estudo transversal, retrospectivo, descritivo, quantitativa, na Maternidade do HGB. Foram consultados processos clínicos em arquivo e livros de registos dos óbitos de mulheres no período gravídico-puerperal, no período de 2018-2020. Encontrados 107 processos e selecionados apenas 74 que continham mais informação. Obtidos dados sociodemográficos, obstétricos e clínicos (causas diretas, básicas e evitáveis). Realizou-se uma análise comparativa na amostra quanto à proveniência rural e urbana. **Resultados:** Razão de mortalidade materna (RMM) foi de 514,6 / 100.000 nascidos vivos. Média de idade das 74 mulheres da amostra foi de 25,60 anos, intervalo de confiança [24,10-27,15 anos]. Predominaram as provenientes das zonas urbanas (81,1%). Nos registos, as principais causas directas de morte materna comparando as zonas urbana e rural foram, respectivamente, disfunção múltipla de órgãos (20% / 14%), hipertensão endocraniana provável (18% / 36%); choque hipovolémico (15% / 7%). Quanto às causas básicas de MM no grupo comparado urbano/rural, destacou-se a HTA (36% / 18%), Malária (21% / 13%). Quanto ao tempo de internamento até se verificar o óbito, o predomínio foi de ≤ 24 horas, sendo,

respectivamente, 50% e 37% para zona urbana e rural. **Conclusão:** Muitas das causas das mortes maternas encontradas no estudo são consideradas evitáveis e evidenciam a frágil qualidade de assistência à mulher no período gravídico-puerperal. Esperemos atingir os objectivos preconizados no PNDS (2012-2025) nos próximos anos, nomeadamente na cobertura dos partos institucionais por pessoal capacitado. Algo a reflectir neste estudo: *são muito jovens as mulheres que deixamos morrer nas maternidades!*

Palavras-chave: Mortalidade Materna, Factores Associados, Epidemiologia, Obstetrícia

Referências Bibliográficas:

Carvalho, P. I. D., Frias, P. G. D., Lemos, M. L. C., Frutuoso, L. A. L. D. M., Figueirôa, B. D. Q., Pereira, C. C. D. B., ... & Vidal, S. A. (2020). Perfil sociodemográfico e assistencial da morte materna em Recife, 2006-2017: estudo descritivo. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29, e2019185.

dos Santos, N. P., de Macedo, M. L. P., Nahum, K. D. C. P., de Lima, I. C., de Arruda, M. L. A., da Silva, J. D., ... & do Nascimento, L. S. (2021). Comitê de prevenção da mortalidade materna, Infantil e fetal no município de castanhal. *Brazilian Journal of Health Review*, 4 (2), 6600-6606.

da Silva Arruda, R., de França, A. M. B., da Silva, F., Santos, G. S., dos Santos, C. I. R., da Silva, S. I. S., & de Lima, V. T. (2020). Patologias no período gravídico-puerperal com desfecho para óbito materno. *Brazilian Journal of Development*, 6 (4), 16994-17003.

ESTUDO DE CASO SOBRE A NEURO-REABILITAÇÃO DE UMA JOVEM COM PARALISIA CEREBRAL

Arnaldina Rebeca Sateleia Moisés¹

¹Doutora em Psicologia, Professora-Auxiliar no ISP Jean Piaget de Benguela, Angola

Introdução: A paralisia cerebral é caracterizada por um grupo de transtornos de movimentos e de postura, causantes de limitações da actividade físico-motora, que não são progressivos e ocorrem no cérebro fetal ou infantil em desenvolvimento. Com frequência se acompanham, de transtornos sensoriais, perceptivos, cognitivos, comunicativos, conductuais e/ou convulsivos (Sateleia, 2016-2021). O presente estudo, é o resultado de mais de 19 anos de seguimento de uma criança com paralisia cerebral, a fim de auferir os passos dados desde o seu diagnóstico aos 5 anos de idade, tratamento de reabilitação e medicamentoso, encaminhamento, apoios recebidos, o impacto familiar, resultados e perspectivas. **Objectivos:** Avaliar o estado actual de reabilitação da jovem com paralisia cerebral e desenhar uma estratégia que contribua para a continuidade da reabilitação da jovem com paralisia cerebral atendendo ao seu desenvolvimento integral e qualidade de vida. **Metodologia:** Tendo em conta a especificidade do estudo realizado, desenvolveu-se em um desenho qualitativo, de investigação acção-participativa. **Resultados:** A jovem estudada mantém um comportamento compatível com um nível de compromisso profundo, o qual se repercute no domínio de habilidades sociais e outras, assim como na incorporação e aquisições em outras esferas mostra avanços discretos, da motricidade grossa, à mastigação, deglutição e à atenção. Do ponto de vista neuropsicológico mantém-se a presença de disfunção associada a compromisso cortical bilateral difuso. Assim sendo, propomos um plano de reabilitação baseado nas seguintes estratégias:

➤ *Programa de Neuroreabilitação integral e multifactorial da paralisia cerebral*

A lei genética fundamental do desenvolvimento das funções psíquicas superiores: É a chave para a compreensão do desenvolvimento psíquico humano (relação entre o interpsicológico intrapsicológico). Os produtos diretos que se alcançam no ensino/aprendizagem: conhecimentos, habilidades, hábitos e os indiretos (que implicam a reestruturação das funções e o acesso diferente ao funcionamento

cognitivo). Esse processo de interiorização se produz a partir de uma mediação social e instrumental. Neste caso a estratégia foi definida em:

- 1- **Reabilitação logopédica:** tratamento e prevenção dos transtornos de linguagem, fala e a voz com objectivos essenciais para eliminar as deficiências da comunicação e a profilaxia dos transtornos de linguagem em correspondência racional com a sintomatologia do transtorno e as características de cada paciente, segundo a sua idade e sexo, nos quais intervêm ativamente a família (Belisón, S.A., 2003). A paralisia cerebral se caracteriza por apresentar diversos problemas na linguagem. Quanto a sua frequência, as estatísticas afirmam que cerca de 80% dos casos de paralisia cerebral apresentam esta limitação. Isto é uma consequência de que a linguagem articulada depende da actividade das estruturas nervosas mais recentes e especificamente do córtex cerebral.
- 2- **Reabilitação física:** garantir a realização de exercícios físicos, facilitar a mobilidade e tonicidade muscular nestes pacientes que potencia seu bem-estar e seu grau de independência com o apoio da família como protagonistas do seu desenvolvimento.
- 3- **Terapia ocupacional ou defectologia:** tratar das particularidades psicológicas e fisiológicas do desenvolvimento das crianças que apresentam insuficiências físicas ou mentais no desenvolvimento de suas possibilidades educativas, autovalidismo e outras actividades; promover o desenvolvimento das habilidades e dos movimentos realizando actividades manuais, de coordenação, equilíbrio, habilidades para a vida diária como vestir-se, banhar-se, alimentar-se, etc.

Conclusões: A avaliação dos resultados da reabilitação realizada à jovem em estudo foi positiva. Mesmo não tendo melhorado a condição psicomotora desde a sua infância, conseguiu socializar-se e adquiriu qualidade de vida, com a estimulação sistemática, dos mecanismos neuroplásticos desde a Neuroreabilitação auxiliada com as TICS no processo de correcção e compensação da sua incapacidade.

Palavras-Chave: Neuroreabilitação; Paralisia Cerebral

Referências Bibliográficas:

Belisón, S.A. (2003). De vuelta a la vida. CIREN (27-1). Madrid, España: Editorial Deba.

Bell, R. (2002). Convocados por la diversidad. La Habana, Cuba: Editorial Pueblo y Educación

ÍNDICE

NOTA DE ABERTURA	3
PREVALÊNCIA DA COVID-19 E PERFIL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE INFECTADOS NO MUNICÍPIO DE BENGUELA	7
Introdução	8
1. Distribuição epidemiológica da covid-19.....	9
2. Transmissão da covid-19	10
3. Diagnóstico da covid-19	10
4. Medidas preventivas para covid-19	12
5. Metodologia.....	13
6. Resultados, análise e discussão	14
Conclusão	17
Bibliografia	17
Gráficos.....	21
ÍNDICE DE QUALIDADE NA UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL E HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS DOS PROFISSIONAIS SAUDE	22
Introdução	23
1. Enquadramento	24
2. Metodologia.....	25
3. Resultados	27
4. Discussão	29
Conclusão	31
Bibliografia	32
Tabelas	34

CONHECIMENTO E PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS EM UNIDADES DO DOENTE CRÍTICO.....	37
Introdução	38
1. Enquadramento teórico	39
2. Metodologia.....	41
3. Resultados	43
4. Discussão	44
Conclusão	46
Bibliografia	47
Tabelas	49
MAIS HIGIENE E MAIS QUALIDADE DE VIDA PARA UMA MELHOR SAÚDE: AS CRIANÇAS DO 1.º CICLO DO ENSINO BÁSICO	52
Introdução	53
1. Metodologia.....	54
2. Resultados e análise.....	56
conclusão.....	57
Bibliografia	58
Tabelas e quadros	59
QUALIDADE DE VIDA E CONHECIMENTOS DA PESSOA PORTADORA DE DIABETES MELLITUS TIPO 2.....	63
Introdução	64
1. Metodologia.....	66
2. Resultados: análise e discussão.....	68
Conclusão	73
Bibliografia	74

Tabelas	75
RELAÇÃO ENTRE SONO E EXCESSO DE PESO/OBESIDADE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA.....	
Introdução	79
1. Material e métodos	80
2. Resultados	81
2. Discussão	83
Conclusão	86
Bibliografia	89
PESO DO RECÉM-NASCIDO: INFLUÊNCIA DO IMC PRÉ-GESTACIONAL, GANHO PONDERAL E TRIMESTRE DE DIAGNÓSTICO EM GESTANTES COM DIABETES GESTACIONAL.....	
Introdução	104
3. Métodos.....	105
4. Resultados	107
5. Discussão	109
conclusão.....	111
Bibliografia	114
Tabelas e Figuras	115
CONHECIMENTO E CONSUMO DE SUPLEMENTOS ALIMENTARES EM FREQUENTADORES DE GINÁSIOS	
Introdução	125
1. Metodologia.....	126
2. Resultados	127
3. Discussão	129
Conclusão	130

Bibliografia	134
TABELAS e FIGURAS	139
PREVALÊNCIA DA DOR EM DOENTES RENAI CRÓNICOS EM TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE E SUA RELAÇÃO COM VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	144
Introdução	145
1. Enquadramento teórico	145
2. Metodologia.....	146
3. Resultados	147
4. Discussão	149
Conclusão	153
Bibliografia	154
Tabelas e Gráficos.....	155
RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS CLÍNICAS E A DOR PERCECIONADA POR DOENTES RENAI CRÓNICOS EM TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE	163
Introdução	164
1. Enquadramento teórico	165
2. Metodologia.....	166
3. Resultados	169
4. Discussão	170
Conclusão	172
Bibliografia	173
Tabelas	175
AUTOCONCEITO SEXUAL: ESTUDO DOS NÍVEIS E DIMENSÕES, NOS ADOLESCENTES DO INSTITUTO TÉCNICO DE FORMAÇÃO DE SAÚDE DA HUILA	180
	342

Introdução	181
1. Metodologia.....	184
2. Apresentação e análise de resultados	186
3. Discussão dos resultados	188
Conclusão	190
Bibliografia	191
Tabelas	192
CONFERÊNCIAS.....	196
INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM E EVOLUÇÃO DOS CUIDADOS.....	197
EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM ENFERMAGEM EM ANGOLA.....	201
EVOLUÇÃO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO GEOGRÁFICA EM SAÚDE.....	210
PSICOLOGIA POSITIVA APLICADA À SAÚDE.....	212
LITERACIA EM SAÚDE E AUTOCUIDADO.....	216
IMPACTO DA VIOLÊNCIA NA SAÚDE.....	223
DIAGNÓSTICO DO PROCESSO DE ENSINO E APRENDIZAGEM NA FORMAÇÃO DO FARMACÊUTICO PARA A ÁREA ASSISTENCIAL.....	228
COMUNICAÇÕES ORAIS	234
CIRCUITO DA UNIDADE DE SANGUE EM ANGOLA: DA DÁDIVA AO DOENTE.....	235
PRESCRIÇÃO DE BENZODIAZEPINAS EM PACIENTES IDOSOS	236
AVALIAÇÃO DA PRESCRIÇÃO MÉDICA DE ANTIBIÓTICOS EM MULHERES GRÁVIDAS INTERNADAS NA MATERNIDADE DO HOSPITAL GERAL DE BENGUELA.....	238

CONTAGEM MANUAL DE RETICULÓCITOS E ANÁLISE DIFERENCIAL DE LINFÓCITOS POR CITOMETRIA DE FLUXO A PARTIR DE <i>BUFFY COATS</i>	240
TESTES E SUA APLICAÇÃO NO DIAGNÓSTICO DA COVID-19	242
CULTURA DE SEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO HOSPITAL GERAL DO HUAMBO	246
BIOSSEGURANÇA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: CASO DOS ENFERMEIROS DA MATERNIDADE DO HOSPITAL REGIONAL DO LOBITO	248
RESÍDUOS SÓLIDOS: ANÁLISE DA PROBLEMÁTICA REVELADA PELOS MORADORES DA COMUNIDADE DO CALOMBUTÃO-BENGUELA	250
INFLUÊNCIA DAS ÁGUAS PARADAS NA SAÚDE DA POPULAÇÃO DE UMA COMUNIDADE.....	252
DETERMINANTES AMBIENTAIS QUE CONDICIONAM A SAÚDE PÚBLICA NUMA COMUNIDADE DO MUNICÍPIO DE BENGUELA	254
PERFIL DOS CIDADÃOS QUE REALIZAM ACTIVIDADES DE MOTOTÁXI E SUA INFLUÊNCIA NOS ACIDENTES DE TRÂNSITO	256
PREVALÊNCIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E FACTORES DE RISCO CARDIOVASCULARES EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL PÚBLICO DO BIÉ.....	258
BENEFÍCIOS DA FISIOTERAPIA EM PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÓNICA EM HEMODIÁLISE.....	260
FACTORES ASSOCIADOS A FÍSTULAS OBSTÉTRICAS: UM ESTUDO EM MULHERES SUBMETIDAS A CIRURGIA DE CORRECÇÃO NO CENTRO MATERNO INFANTIL DO CUITO-BIÉ.....	262
SCHISTOSOMÍASE URINÁRIA EM CRIANÇAS COM IDADE ESCOLAR NOS MUNICÍPIOS DA CATUMBELA E DO CUBAL	264

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM O ESTADO DE SAÚDE ORAL EM ALUNOS DO COMPLEXO ESCOLAR DE MUSSENDE	266
ADESÃO ÀS PÍLULAS COMO MÉTODO DE PLANEAMENTO FAMILIAR	268
AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM NAS CONSULTAS PRÉ-NATAIS NA REPARTIÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DO HUAMBO.....	270
PREVALÊNCIA E FACTORES ASSOCIADOS À MALNUTRIÇÃO EM GESTANTES UTENTES DO CENTRO MATERNO-INFANTIL DA BAÍA-FARTA.....	272
NADO-MORTALIDADE E FACTORES ASSOCIADOS: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA MATERNIDADE DE UM HOSPITAL MUNICIPAL EM ANGOLA	274
FACTORES DE RISCO ASSOCIADOS A MORTALIDADE INFANTIL POR DESNUTRIÇÃO NO HOSPITAL GERAL DE BENGUELA EM 2021	276
COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À ACTIVIDADE SEXUAL E AO USO DE PRESERVATIVOS POR ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA DE ENSINO MÉDIO DO MUNICÍPIO DE BENGUELA.....	278
CONHECIMENTO DOS PAIS/EE E PROFESSORES SOBRE AS CRIANÇAS COM DEFICIT DE ATENÇÃO E HIPERACTIVIDADE ASSISTIDAS NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE LUANDA.....	280
LITERACIA EM SAÚDE MENTAL E VIVÊNCIAS ACADÉMICAS EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR PÚBLICO E PRIVADO DE ANGOLA	282
AUTOCONCEITO SEXUAL NOS ADOLESCENTES DO INSTITUTO TÉCNICO DE FORMAÇÃO DE SAÚDE DA HUÍLA	284
SATISFAÇÃO DOS IDOSOS COM A MEDICAÇÃO	286
TERMALISMO SÉNIOR: QUALIDADE DE VIDA E QUALIDADE DO SONO	288

RELAÇÃO ENTRE SONO E EXCESSO DE PESO/OBESIDADE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA.....	290
AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO SOBRE SUPLEMENTOS ALIMENTARES: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA.....	292
CO-INFEÇÃO DE TUBERCULOSE PULMONAR E COVID-19: UM CASO CLÍNICO COM INTERESSE LABORATORIAL.....	294
O CONSUMO DE CAFÉ E RISCO DE DIABETES <i>MELLITUS</i> TIPO 2: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA.....	296
SAÚDE MENTAL DOS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR EM ÉPOCA PANDÉMICA.....	298
ESTILOS DE VIDA DE ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR.....	300
O PAPEL DO PSICÓLOGO NOS PROCESSOS DE TOMADA DE DECISÃO EM SAÚDE	302
ESTRUTURA HIERÁRQUICA DE VALORES DOS PSICÓLOGOS– ESTUDO MULTICÊNTRICO NA LUSOFONIA.....	304
POSTERES.....	306
MAIS HIGIENE E MAIS QUALIDADE DE VIDA PARA UMA MELHOR SAÚDE: AS CRIANÇAS DO 1.º CICLO DO ENSINO BÁSICO.....	307
QUALIDADE DE VIDA E CONHECIMENTOS DA PESSOA PORTADORA DE DIABETES MELLITUS TIPO 2.....	309
SATISFAÇÃO SEXUAL E QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES EM PORTUGAL	311
EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA EM TEMPOS DE PANDEMIA: CIÊNCIA CONTRA MITOS.....	313
VALIDAÇÃO DA ESCALA DE IMPACTO DE ACONTECIMENTOS REVISTA (IES-R)	315

RESILIÊNCIA EM MÃES SOLTEIRAS COM FILHOS INTERNADOS NO HOSPITAL GERAL DE BENGUELA	316
SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM LEPRA NO MUNICÍPIO DO LOBITO E BENGUELA	318
ESTUDO ETNOFARMACOLÓGICO DE ALGUMAS PLANTAS MEDICINAIS NA ALDEIA DE CANDEEIRO, BALOMBO- BENGUELA	320
ACTIVIDADE GASTROPROTECTORA E TOXICIDADE AGUDA DE UMA FRACÇÃO DE CLOROFÓRMIO OBTIDA DO EXTRATO AQUOSO DE <i>CAPRARIA BIFLORA</i> L.....	323
O USO DE MÁSCARAS COMO MEDIDA PREVENTIVA CONTRA OS RISCOS BIOLÓGICOS POR TRANSMISSÃO AÉREA E POR GOTÍCULAS	324
ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA TUBERCULOSE NO DISPENSÁRIO ANTI-TUBERCULOSE DE BENGUELA E NO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA PAZ DO CUBAL EM 2018.....	326
CONDIÇÕES DE VENDA DOS PRODUTOS ALIMENTARES NO MERCADO INFORMAL 4 DE ABRIL NO MUNICÍPIO DE BENGUELA	328
HÁBITOS ALIMENTARES E ESTADO NUTRICIONAL DE ESTUDANTES DO CURSO DE ENFERMAGEM E OBSTETRÍCIA DO INSTITUTO SUPERIOR POLITÉCNICO JEAN PIAGET DE BENGUELA	330
CONHECIMENTOS E USO DE CONTRACEPÇÃO POR ADOLESCENTES ANGOLANOS	332
FACTORES ASSOCIADOS À MORTALIDADE MATERNA: UM ESTUDO NA MATERNIDADE DO HOSPITAL GERAL DE BENGUELA	334
ESTUDO DE CASO SOBRE A NEURO-REABILITAÇÃO DE UMA JOVEM COM PARALISIA CEREBRAL	336