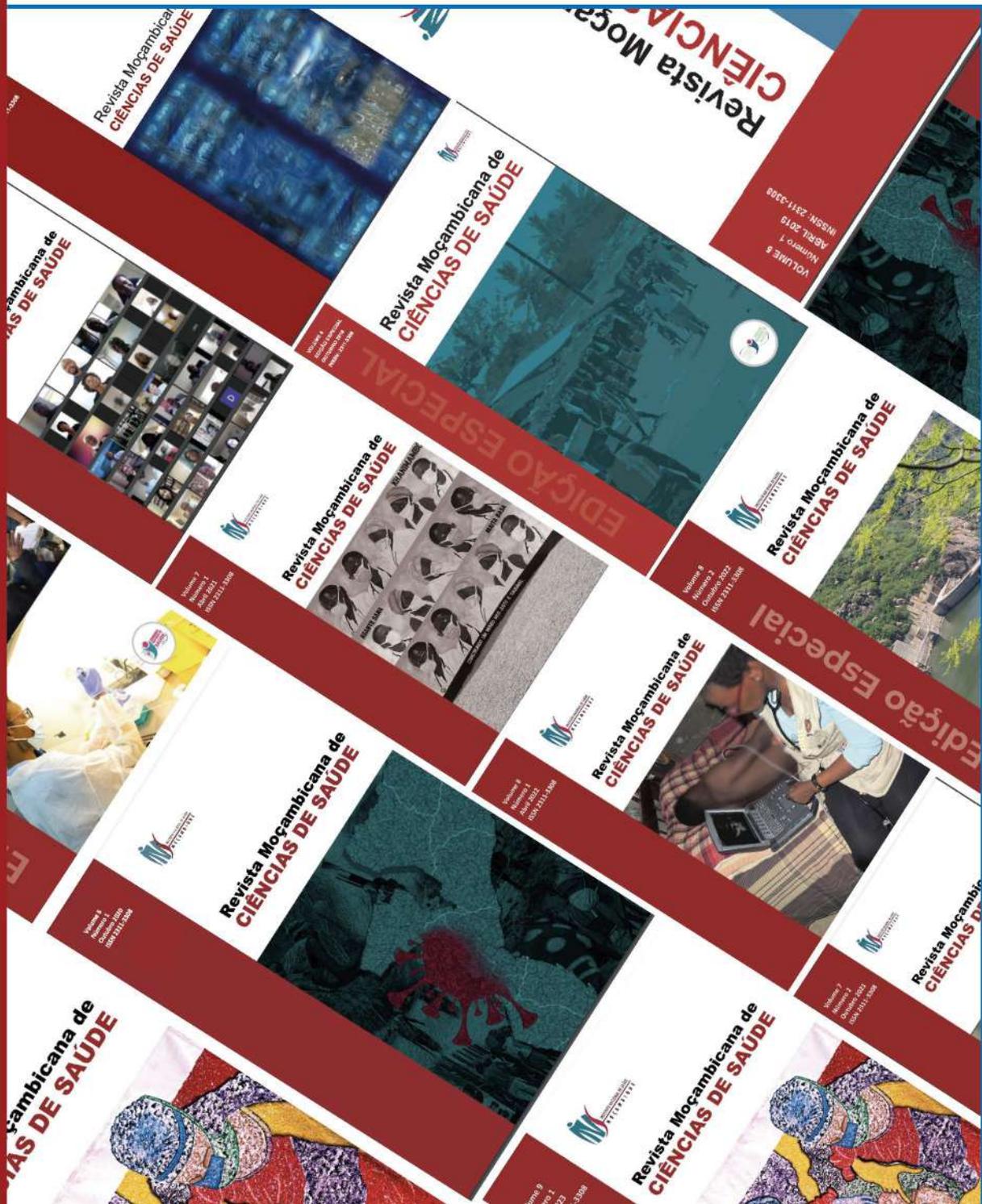


Volume 10
Número 01
Abril 2024
ISSN 2311-3308



Revista Moçambicana de **CIÊNCIAS DE SAÚDE**



10 ANOS

Revista Moçambicana de CIÊNCIAS DE SAÚDE

Publicação Oficial do Instituto Nacional de Saúde

Ficha Técnica

Editora Chefe

Ana Olga Mocumbi

Comité Editorial

Eduardo Samo Gudo

Sofia Viegas

Rufino Gujamo

Sérgio Chicumbe

Equipa Editorial

Adjine Mastala Fumo

Denise Milice

Leonildo Balango

Secretariado

Adjine Mastala Fumo

Suporte Revisão Imagens

Basílio Cumbane

Desenho Gráfico e Maquetização

Júlio Nandza

Edição e Revisão Linguística

Leonildo Balango

Denise Milice

Hermenegildo Ngonhamo

Distribuição electrónica

Mussa Chaleque

Poderá obter informações adicionais sobre a revista:

Sede do Instituto Nacional de Saúde

Distrito de Marracuene | EN1, Bairro da Vila-Parcela N^o
3943 | Província de Maputo – Moçambique

Website: <https://ins.gov.mz>

Facebook: facebook.com/ins.gov.mz

Email: revistacienciaassaude@ins.gov.mz

Biblioteca Nacional de Saúde

Distrito KaMpfumo | Av. Eduardo/Salvador Allende, Bairro
Central A 1008/1^o Andar | Cidade de Maputo – Moçambique

Instituto Nacional de Saúde (INS)

Revista Moçambicana de Ciências de Saúde, vol.10, n^o1, 2024, Maputo - Moçambique

ISSN 2311-3308

EDITORIAL

- 10 Anos da Revista Moçambicana de Ciências de Saúde..... 4
Ana Olga Mocumbi, Rufino Gujamo

ARTIGOS ORIGINAIS

- Prevalência e Factores de Risco Associados ao Síndrome Metabólico em Jovens e Adultos na Cidade de Maputo, Moçambique..... 6
Ivalda Macicame, António Prista, Nílzio Cavele, Cremildo Manhiça, Sheila Nhachungue, Gilberto Manhiça, Ana Olga Mocumbi

- Perfil de Publicações na Revista Científica do Instituto Nacional de Saúde 15
Filomena Nhatsave, Juma Cantoria, Osvaldo Inlamea, Ana Mocumbi

COMUNICAÇÕES BREVES

- “Família Modelo” na Estratégia para Adopção de Comportamentos Preventivos da Cólera e Outras Doenças Transmissíveis na Província de Cabo Delgado..... 20
Elsa Chambisse, Simone Cadorin, Edoardo Occa, Angelo Ghelardi, Inusso Chuau, Ketan Chitnis, Mussa Ally

- Registo de Ocorrência de Malária Associada a Convulsões em Processos Clínicos de Menores de 5 Anos no Distrito de Monapo..... 24
Bertino João Baptista, Artur Manuel Muloliwa, Fernando Mitano

DESCRIÇÃO DE CASO

- Feocromocitoma: Causa de Hipertensão Arterial num Adulto Jovem..... 28
Zakir Ossman, Nely Chavo, Adjine Mastala, Ana Mocumbi

ARTIGO DE OPINIÃO

- A Economia do Sexo e as Normas de Género nas Relações de “Marandzas & Sugar Daddies” e o Risco de HIV..... 32
Miguel Osório

Eventos

- Divulgação de Resultados do Sistema Comunitário de Observação em Saúde e Eventos Vitais em Moçambique..... 40
Celso Monjane, Milton Sengo, Sheila Nhachungue, Ananias Langa, Kait Nhamuchue Bene, Azarias Mungu, Simeão Tivane, Ana Torrens, Ivalda Macicame

10 Anos da Revista Moçambicana de Ciências de Saúde

A Revista Moçambicana de Ciências de Saúde (RMCS) é a publicação científica oficial do Instituto Nacional de Saúde publicada desde 2014. Nos seus primeiros 10 anos, foram publicados nove volumes (com excepção de 2017), e quatro edições especiais dedicadas as XVI e XVII Jornadas Nacionais de Saúde e às III Jornadas de Saúde da Região Centro (2022) e III da Região Norte (2023) (**Figura 1**). Nestes números, foram publicados 140 artigos científicos por autores de 40 instituições nacionais e internacionais. Os números especiais das Jornadas publicaram todos os resumos aceites para apresentação oral ou em poster. Depois de cinco anos a publicar exclusivamente em papel, foi adoptado o formato híbrido de publicação (com versões electrónica e em papel) em 2019.

Em relação à política e âmbito editorial, a RMCS tem como missão fundamental divulgar conhecimento científico de diferentes áreas de saúde humana, nomeadamente de prática clínica, laboratorial, de saúde pública, sistemas de saúde, políticas de saúde, ética e ensino de profissões de saúde. Este periódico publica artigos de investigação fundamental, epidemiológica, clínica, administração de serviços de saúde e educação para a saúde. Aceita ainda artigos de revisão, artigos sobre a prática clínica, relatos de casos clínicos, artigos de opinião e contribuições para educação contínua.

Ana Olga Mocumbi¹
Rufino Gujamo²

¹Instituto Nacional de Saúde, Editora da Revista Moçambicana de Ciências de Saúde

²Instituto Nacional de Saúde, Director da Divisão de Formação e Comunicação em Saúde

@ana.mocumbi@ins.gov.mz



Figura 1: Capas de parte das publicações dos primeiros 10 anos da RMCS

A visão estratégica e sábia da liderança do Instituto Nacional de Saúde, de criar e garantir o suporte contínuo ao projecto do periódico, com enfoque em pesquisa local e promoção da escrita científica no país, tem sido fundamental para a existência e consolidação da RMCS. Apesar das dificuldades em recursos humanos, materiais e logísticos, a RMCS é uma prioridade da liderança da instituição, sendo vista como um projecto prioritário de carácter formativo, inclusivo, visando a promoção da equidade na pesquisa em saúde. A celebração dos seus 10 anos exige por isso uma reflexão institucional sobre o seu percurso até hoje, e uma antevisão e preparação do seu futuro a curto, médio e longo prazos. O processo de reflexão já foi iniciado e esperam-se mudanças rumo à profissionalização e à modernização, de modo a assegurar a sua existência duradoura e a melhoria constante de qualidade.

Ao publicarmos o volume 10, queremos reconhecer e agradecer o suporte da Direcção Geral, Directores de Divisões, pesquisadores e técnicos do Instituto Nacional de Saúde que serviram nos sucessivos comités editoriais, corpos editoriais e secretariados. Espera-se maior envolvimento dos investigadores séniores tais como: Chefes de Programa, Centros de Treino, Unidades de Investigação, Plataformas Tecnológicas e Investigadores com comprovada experiência em escrita e disseminação de pesquisa. No entanto, reconhecendo o carácter universal do conhecimento, deseja-se também a contribuição activa de investigadores de outras instituições para apoiar a busca activa de conteúdo original, organização de números especiais e temáticos, a revisão de pares com elevada qualidade ética e científica, etc. Mais ainda, a estrutura da equipa editorial será actualizada para responder ao momento de esperado crescimento que se deseja. Por fim, a RMCS pretende treinar e reforçar o seu secretariado e assistência editorial, bem como recrutar alguns colaboradores com tempo dedicado para tramitação cuidada e atempada da correspondência e contribuições.

Espera-se ainda que a digitalização dos processos e procedimentos, associada a formalização de um secretariado técnico, uso de plataforma electrónica para a gestão do processo de submissão, revisão e interacção entre o autor e revisores, bem como o reforço técnico-administrativo da assistência editorial, irá reduzir os erros de comunicação que a equipa da RMCS tem enfrentado. O recurso a Sub-Editores para reforço da equipa editorial vai potencialmente melhorar a qualidade do processo de revisão de artigos e permitir o treino de mais cientistas para a melhoria dos artigos publicados.

Prevalência e Factores de Risco Associados ao Síndrome Metabólico em Jovens e Adultos na Cidade de Maputo, Moçambique

Ivalda Macicame¹, António Prista², Nízio Cavele¹, Cremildo Manhiça¹, Sheila Nhachungue¹, Gilberto Manhiça³, Ana Olga Mocumbi¹

¹Instituto Nacional de Saúde, Distrito de Marracuene, Moçambique; ²Universidade Pedagógica, Cidade de Maputo, Moçambique; ³Hospital Central de Maputo, Cidade de Maputo, Moçambique

 Ivalda Macicame

 Instituto Nacional de Saúde | EN1, Bairro da Vila-Parcela No 3943, Marracuene-Moçambique

 Ivalda.macicame@ins.gov.mz

Resumo

Introdução: As doenças crónicas não transmissíveis (DNTs) são responsáveis por quase três quartos de todas as mortes no mundo. A prevalência de DNTs e seus factores de risco metabólicos e comportamentais estão a aumentar rapidamente nas áreas urbanas africanas. Identificar os factores de risco comportamentais e metabólicos para DNTs na capital moçambicana e seus determinantes sociais associados pode orientar as políticas de saúde para a prevenção e controlo de DNTs. **Métodos:** Indivíduos com idade entre 15 e 64 anos, inscritos no Sistema de Vigilância Sanitária e Demográfica (HDSS) na Cidade de Maputo, realizaram procedimentos baseados na abordagem STEPwise, que incluíam medições físicas (peso, altura, circunferência abdominal e pressão arterial). Amostras de sangue capilar foram colhidas para medir a glicose e o perfil lipídico. A actividade física foi medida com pedómetros. **Resultados e discussão:** Ao todo, 963 indivíduos de 367 agregados familiares consentiram em participar do estudo. O percentual de sedentários foi de 20,8% enquanto o percentual de inactivos foi de 64,8%. A prevalência de sobrepeso (IMC ≥ 25 kg/m²) e obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²) foi de 30,9% (IC 95%: 28,0, 33,9) e 12,6% (IC 95%: 10,4, 14,7), respectivamente. A prevalência geral de síndrome metabólica (SM) foi de 5,6% (IC95%: 4,1, 7,1). Em geral, as mulheres foram mais sedentárias e inactivas e apresentaram prevalência significativamente maior de sobrepeso, obesidade e SM em comparação aos homens. Determinantes sociais como riqueza, educação e ocupação não foram associados a factores de risco comportamentais e metabólicos medidos para DNTs. **Conclusão:** Os factores metabólicos para as DNTs são altamente prevalentes nesta área periurbana da capital moçambicana, onde também estão presentes o baixo peso e as doenças infecciosas, o que confirma que o país enfrenta uma dupla carga de doenças.

Palavras-chave: Síndrome metabólico, DNTs, Determinantes sociais, Urbanização, Transversal, Moçambique

Abstract

Introduction: Chronic non-communicable diseases (NCDs) are responsible for almost three quarters of all deaths globally. The prevalence of NCDs and its behavioral and metabolic risk factors are increasing rapidly in African urban areas. Identifying the behavioral and metabolic risk factors for NCDs present in the Mozambican capital and its associated social determinants may guide health policies for the prevention and control of NCDs. **Methods:** A cross-sectional study where quantitative data regarding socioeconomic status and risk factors for NCDs was collected in individuals aged 15-64 years was conducted in the Health and Demographic Surveillance System (HDSS) in Maputo city. STEPwise Approach-based procedures were used to collect physical measures (weight, height, abdominal circumference and blood pressure). Capillary blood samples were collected to measure glucose and lipid profile. Physical activity was measured using pedometers. **Results and discussion:** Overall, 963 individuals from 367 households consented to participate in the study. The percentage of sedentary subjects was 20.8% while the percentage who were physically inactive was 64.8%. The prevalence of overweight (BMI ≥ 25 kg/m²) and obesity (BMI ≥ 30 kg/m²) was 30.9% (95% CI: 28.0, 33.9) and 12.6% (95% CI: 10.4, 14.7), respectively. The overall prevalence of metabolic syndrome (SM) was 5.6% (95%CI: 4.1, 7.1). In general, women were more sedentary and

inactive and showed a significantly higher prevalence of overweight, obesity and SM compared to men. Social determinants such as wealth, education and occupation were not associated with measured behavioral and metabolic risk factors for NCDs. **Conclusion:** Metabolic risk factors for NCDs are highly prevalent in this peri-urban part of the Mozambican capital where underweight and infectious diseases are also present, which confirms that the country is facing a double burden of disease.

Keywords: Metabolic syndrome, NCDs, social determinants, urbanization, cross-sectional, Mozambique

Introdução

O síndrome metabólico (SM) é um conjunto de factores de risco que são conhecidos por aumentar o risco de doenças cardiovasculares (DCV) e diabetes devido à obesidade abdominal e resistência à insulina.¹⁻³

A prevalência do SM varia de menos de 10% a mais de 84% nas populações em todo o mundo, dependendo da característica sociodemográfica da população e também dos critérios utilizados para definir o SM.^{4,5}

Existem várias definições diferentes para SM. Isso, juntamente com o facto de que não está claro se o diagnóstico de SM fornece mais informações (do ponto de vista clínico) do que a soma dos factores individuais, pode ser uma razão para o subdiagnóstico do SM.^{1,6} No entanto, o diagnóstico precoce do SM permite aos médicos gerirem os factores de risco individualmente e integrá-los de forma a reduzir o risco de complicações cardiovasculares.¹

Os dados epidemiológicos relacionados com o SM em África são escassos e limitam-se principalmente a pequenos estudos clínicos de grupos de alto risco.²

Um estudo de SM em crianças e adolescentes de uma área rural de Moçambique mostrou uma baixa prevalência de SM inferior a 2%.⁶

O nosso objectivo foi avaliar a prevalência e os factores de risco associados ao SM em uma população de jovens e adultos de uma área periurbana da Cidade de Maputo.

Métodos

População do estudo e procedimento de amostragem

Entre Outubro de 2017 e Abril de 2018 foi realizado um estudo transversal no âmbito do Sistema de Vigilância Demográfica e de Saúde da Polana Caniço (HDSS Polana Caniço), localizado numa zona periurbana da Cidade de Maputo.

Uma subamostra foi calculada de acordo com as suposições descritas num outro artigo.⁷ Homens e mulheres não grávidas com idade entre 15 e 64 anos foram seleccionados aleatoriamente entre aproximadamente 15.000 habitantes inscritos no HDSS. Foi implementado um plano de sensibilização da comunidade com o apoio das lideranças locais no processo de recrutamento de forma a evitar rumores relacionados com a recolha de sangue.

Recolha de dados

Os dados demográficos foram colhidos a nível individual e a avaliação do índice de riqueza foi produzida com base num questionário ao nível do agregado familiar. O questionário do agregado familiar⁸ incluiu questões relativas aos bens do agregado familiar, tipo de instalações de higiene, materiais de construção e outras informações relevantes para determinar o índice de riqueza.

Factores comportamentais de risco para doenças não transmissíveis (dieta, consumo de tabaco e álcool e actividade física) foram avaliados individualmente com base na abordagem STEPwise.⁹ A actividade física foi medida por meio de pedómetros SC-StepRx® (Steps Counts, Deep River, Canadá) durante sete dias consecutivos, que foram retirados pelos participantes do estudo apenas durante o sono e durante o banho.

Uma fita métrica foi usada para medir a circunferência abdominal em cm. Um estadiómetro (SECA 2013, SECA Group, Hamburgo, Alemanha) e uma balança (OMRON HN289, OMRON HealthCare, Yangzhou, China) foram usados para medir a altura em m e o peso em kg, respectivamente. O índice de massa corporal (IMC) foi calculado como peso em kg dividido pela altura em m ao quadrado.

Um esfigmomanómetro digital automático (OMRON M3 digital BPM HEM-7131-E, OMRON HealthCare, Kyoto, Japão) foi usado para medir a pressão arterial em mmHg. Duas medidas foram realizadas em dois a três minutos e a segunda medida foi a registada. Uma terceira medida foi tomada e considerada válida se a diferença entre a primeira e a

segunda medida fosse de 10 mmHg ou mais. Utilizamos um aparelho portátil (CardioChek Plus Professional Cholesterol/Glucose Analyzer, Polymer Technology Systems, Whitestown, EUA) para realizar testes rápidos de glicose e perfil lipídico (colesterol total, colesterol HDL e triglicérides) usando sangue capilar. Os participantes foram sensibilizados a realizar a colheita de sangue em jejum, sempre que possível.

Todos os participantes com excesso de peso receberam aconselhamento para reduzir o peso. Os participantes obesos foram encaminhados para uma unidade sanitária para aconselhamento nutricional.

Todos os participantes com hipertensão arterial não diagnosticada ($\geq 140/90$ mmHg), hiperglicemia ($> 6,3$ mmol/l) e/ou hipercolesterolemia ($> 6,2$ mmol/l) foram encaminhados para o serviço de saúde de sua preferência para cuidados adicionais.

Este estudo foi aprovado pelo Comité Nacional de Bioética para a Saúde de Moçambique. Os inquiridores receberam treino em Boas Práticas Clínicas e seguiram todos os princípios éticos descritos na Declaração de Helsinque e suas revisões durante a implementação do estudo.¹⁰

Os formulários de consentimento e assentimento foram administrados a participantes adultos/representantes legais de menores e indivíduos com idade entre 15 e 17 anos, respectivamente, antes de qualquer procedimento do estudo.

A equipa do estudo não forneceu nenhum tipo de compensação material ou financeira aos participantes do estudo.

Análise estatística

Os questionários foram elaborados usando o *Open Data Kit (ODK) Collect* aplicativo 1.14.0 (OpenRosa Consortium) e os dados foram inseridos electronicamente usando tablets (Samsung Galaxy Tab E 9,6 polegadas).

Os dados foram exportados para um Servidor ODK agregado 1.4.13 usando um banco de dados mysql 5.7.1. A verificação e a limpeza dos dados foram realizadas de forma independente por uma equipa treinada em garantia e controlo de qualidade e por um estatístico usando Excel 2013 e R Studio versão 3.4.2. Os dados foram posteriormente exportados para Stata 15.1 (StataCorp LLC, College Station, Texas, EUA) para análise.

O SM foi definido com base nos Critérios harmonizados de 2009,¹¹⁻¹³ uma definição que permite a comparação entre diferentes estudos epidemiológicos e também é recomendado para a prática clínica.² Os critérios seleccionados para o diagnóstico de SM incluem participantes com três ou mais critérios descritos na **figura 1**. O ponto de corte utilizado para definir a obesidade abdominal foi cintura circunferência > 102 cm para homens ou > 88 cm para mulheres.

A prevalência de SM foi determinada usando dois denominadores diferentes:

A primeira prevalência foi baseada em critérios mais rígidos, onde apenas os participantes do estudo que estavam em jejum foram incluídos na análise, o que significa que, em todos os participantes, estão disponíveis dados sobre todos os

Medir	Pontos de Corte Categorical
Circunferência da cintura elevada	População - e país - definições específicas
Triglicérides elevados (tratamento medicamentoso para triglicérides elevados é um indicador alternativo)	≥ 150 mg/dl (1,7 mmol/L)
HDL – C reduzido (tratamento medicamentoso para HDL – C reduzido é um indicador alternativo)	< 40 mg/dL (1,0 mmol/L) em homens < 50 mg/dL (1,3 mmol/L) em mulheres
Pressão arterial elevada (tratamento medicamentoso anti-hipertensivo em paciente com histórico de hipertensão é um indicador alternativo)	Sistólica ≥ 130 e/ou diastólica ≥ 85 mm Hg
Glicose em jejum elevada \neq (tratamento medicamentoso de hiperglicemia é um indicador alternativo)	≥ 100 mg/dL

Figura 1. Critérios para Diagnóstico Clínico da Síndrome Metabólico com base nos critérios harmonizados de 2009; reproduzido de (12).

cinco componentes usados para definir SM.

A segunda prevalência refere-se aos participantes do estudo nos quais pelo menos três dos cinco componentes estão disponíveis, o que inclui participantes sem dados sobre glicemia e/ou triglicéridos em jejum.

A análise descritiva foi baseada em proporções para variáveis categóricas e medianas e intervalos interquartis (IQR) para variáveis contínuas. Um índice de riqueza familiar foi gerado usando a análise de componentes principais, uma abordagem modificada sugerida por Filmer e Pritchett. O método combina variáveis relacionadas a bens domésticos, materiais de construção domiciliar, água, saneamento e outras variáveis em um único índice, que é posteriormente emitido como quintis.^{14,15}

O nível de actividade física medido pelos pedómetros foi classificado pelo número de passos e o tempo gasto em actividade física moderada a vigorosa (AFMV) por dia usando valores de corte de 10.000 passos por dia e 30 minutos por dia, respectivamente.

O IMC foi categorizado como baixo peso (<18,5

kg/m²), peso normal (18,5 - <25 kg/m²), sobrepeso (≥25 - <30 kg/m²) e obesidade (≥30 kg/m²) de acordo com a *World Health Organization*.¹⁶

Associações de vários factores de risco foram analisadas usando regressão binomial log-link ou alternativamente regressão de Poisson.^{17,18} As regressões univariadas foram ajustadas para idade e sexo para identificar factores cuja associação com SM teve um valor de p (P) ≤0,1 a ser considerado para inclusão em modelos multivariados.

Resultados

Quase dois terços dos participantes incluídos tinham menos de 35 anos (idade média de 28). A maioria dos participantes era do sexo feminino (58,3%), solteira (51,2%), tinha no mínimo o ensino médio (53,4%) e trabalhava (54,3%). Detalhes das características sociodemográficas dos participantes incluídos estão descritos na **tabela 1**.

Usando os critérios mais rígidos para definir a prevalência de SM, 28 dos 207 participantes tinham SM, o que dá uma prevalência de SM de 13,5% (IC 95%: 8,8, 18,2). Participantes do sexo feminino apresentaram maior prevalência de SM (21,4%

Tabela 1. Características sociodemográficas basais dos participantes inscritos no estudo da Síndrome Metabólica na cidade de Maputo, Moçambique (N=916)

Características N	Total		Masculino		Feminino		p-valor(*)
	%	N	%	N	%		
Idade, anos; mediana (IQR)	28 (21, 42)		27 (20, 38)		29 (21, 44)		
idade, anos	916		383		533		
15-24	365	39,9	159	41,5	206	38,7	
25-34	222	24,2	104	27,2	118	22,1	
35-44	130	14,2	54	14,1	76	14,3	
45-54	123	13,4	39	10,2	84	15,8	
55-64	76	8,3	27	7,1	49	9,2	0,057
Religião	862		355		507		
Muçulmano	29	3,7	16	4,5	13	2,6	
Sião	129	15,0	43	12,1	86	17,0	
crístão católico	168	19,5	79	22,3	89	17,6	
crístão protestante	472	54,8	178	50,1	294	58,0	
Sem religião	64	7,4	39	11,0	25	4,9	<0,001
Conhecimento de português: fala, escreve e lê	859		373		486		
Sim	754	87,8	345	92,5	409	84,2	<0,001
Não	105	12,2	28	7,5	77	15,8	

Estado civil		917		383		534		
	Solteiro	469	51.2	211	55.1	258	48.3	
	Casado	388	42.3	162	42.3	226	42.3	
	Viúva/Divorc	60	6.5	10	2.6	50	9.4	<0,001
Educação		916		383		533		
	Primário e Inferior	427	46,6	146	38.1	281	52,7	<0,001
	Secundário e Superior	489	53.4	237	61,9	252	47.3	
Ocupação		825		356		469		
	Desempregado	181	21.9	54	15,17	127	27,08	
	Dona de casa/dona de casa	51	6.2	0	0	51	10,87	<0,001
	Estudante em tempo integral	145	17.6	54	15,17	91	19,4	
	Empregado	448	54.3	248	69,66	200	42,64	
Índice de Riqueza		826		348		478		
	Muito baixo	109	13.2	55	15.8	54	11.3	
	Baixo	148	17.9	61	17.5	87	18.2	
	Med.	174	21.1	76	21.8	98	20,5	
	Med./alta	193	23.4	78	22.4	115	24.1	0,333
	Altíssima	202	24,5	78	22.4	124	25.9	

(*)valor-p realizado usando qui-quadrado (χ^2) teste, ou teste exato de Fisher, quando apropriado

(IC95%: 13,7, 29,1)), em comparação com participantes do sexo masculino (4,2% (IC95%: 0,9, 8,3)), $P < 0,001$.

Encontramos 49 de 916 participantes com SM, o que dá uma prevalência geral de SM de 5,6% (IC 95%: 4,1, 7,1), usando critérios mais relaxados, com mulheres apresentando maior prevalência de SM 8,2% (IC 95%: 5,8, 10,5), em comparação com homens 2,1% (IC 95%: 0,6, 3,5), $P < 0,001$.

Os participantes com idades entre 45-54 anos apresentaram a maior prevalência de SM usando critérios rígidos (34,8%) e relaxados (18,7%).

Em geral, a hiperglicemia em jejum foi o componente mais comum de SM apresentado nesta população de estudo (53,6%), seguida da obesidade abdominal (28,5%). O componente menos comum foi a hipertrigliceridemia (14,1%).

A **Tabela 2** apresenta os factores associados ao SM usando um tamanho de amostra de 916. Após ajuste para sexo e idade, os resultados mostram que as mulheres têm um risco 3,2 vezes maior de ter SM em comparação aos homens, e que o risco

de desenvolver SM aumenta em 6% a cada ano de idade ($P < 0,001$). Factores de risco comportamentais (dieta, actividade física, consumo de álcool) não foram significativamente associados ao SM. O IMC foi associado ao risco de SM neste estudo, com um aumento de 9% (IC 95%: 5%, 12%) por kg/m². HTA, HDL colesterol baixo, hiperglicemia e hipertrigliceridemia aumentam 9,6 (IC 95%: 5, 18,6), 7 (IC 95%: 3,9, 12,5), 3,5 (IC 95%: 1,7, 7,3) e 2,4 (IC 95%: 1,3, 4,5) vezes o risco de apresentar SM, respectivamente.

Usando uma definição mais relaxada de prevalência de SM (**Tabela 3**), o modelo multivariado mostra que, além da idade e IMC, o género e a ocupação também estão significativamente relacionados à prevalência de SM, com mulheres apresentando 2,3 vezes mais risco de ter SM em comparação com homens ($P < 0,001$) e jovens e adultos empregados apresentando 6,3 vezes mais risco de ter SM em comparação com participantes aposentados/desempregados ($P = 0,0120$).

Tabela 2. Associações da síndrome metabólico (SM) com características socioeconômicas, comportamentais e metabólicas, modelos univariados e modelos ajustados por gênero e idade (N=916)

Covariável	N	Eventos	% Evt.	Univariável			adj. para sexo e idade		
				RR	CI de 95%	valor-p	RR	CI de 95%	valor-p
Gênero									
Masculino	383	8	2.09	1,00	--	-	1,00	--	-
Feminino	533	41	7.69	3,68	(1,75 a 7,74)	0,0006	3.20	(1,52 a 6,73)	0,0022
Idade									
(por ano)	-	-	-	1.06	(1,04 a 1,08)	<0,0001	1.06	(1,04 a 1,07)	<0,001
Pontuação do índice de riqueza familiar, quintis									
muito baixo	109	5	4.59	1,00	--	-	1,00	--	-
Baixo	147	7	4.76	1.04	(0,35 a 3,04)	0,9456	1.13	(0,39 a 3,26)	0,8176
Médio	174	10	5.75	1.25	(0,45 a 3,47)	0,6646	1.40	(0,51 a 3,87)	0,5131
médio/alto	193	11	5.70	1.24	(0,45 a 3,46)	0,6776	1.42	(0,52 a 3,88)	0,4910
Altíssima	202	12	5.94	13h30	(0,50 a 3,38)	0,5969	1.52	(0,59 a 3,89)	0,3866
Educação									
Primário/ inferior	426	35	8.22	1,00	--	-	1,00	--	-
Secund/superior	489	14	2.86	0,35	(0,19 a 0,62)	0,0004	0,93	(0,46 a 1,88)	0,8476
Estado civil									
Solteiro	469	16	3.41	1,00	--	-	1,00	--	-
Casado	387	27	6.98	2.05	(1,15 a 3,63)	0,0147	1.07	(0,56 a 2,05)	0,8468
Viúva/divorciada	60	6	10.00	2,93	(1,20 a 7,15)	0,0181	0,73	(0,29 a 1,84)	0,4999
Ocupação									
Apos/desemp	181	3	1.66	1,00	--	-	1,00	--	-
Dona de casa	51	3	5.88	3,55	(0,73 a 17,16)	0,1151	2.86	(0,58 a 14,13)	0,1981
Estudante	145	1	0.69	0,42	(0,04 a 3,96)	0,4456	1.14	(0,11 a 11,53)	0,9134
Empregado	447	35	7.83	4.72	(1,47 a 15,21)	0,0093	5.53	(1,74 a 17,56)	0,0037
Dados ausentes	92	7	7.61	4,59	(1,20 a 17,58)	0,0261	5.23	(1,42 a 19,21)	0,0127
Pode falar, escrever e ler português									
Não	104	11	10.58	1,00	--	-	1,00	--	-
Sim	754	32	4.24	0,40	(0,21 a 0,78)	0,0068	0,79	(0,39 a 1,62)	0,5240
Dados ausentes	58	6	10.34	0,98	(0,38 a 2,51)	0,9632	0,63	(0,24 a 1,67)	0,3563
Português como língua materna									
Não	655	46	7.02	1,00	--	-	1,00	--	-
Sim	261	3	1.15	0,16	(0,05 a 0,51)	0,0018	0,36	(0,11 a 1,16)	0,0876
Consumo de Frutas por semana (por número de dias da semana)									
	-	-	-	1.01	(0,89 a 1,15)	0,8465	1.06	(0,95 a 1,19)	0,2786
Consumo de Hortaliças por semana (por número de dias da semana)									
	-	-	-	1.10	(0,96 a 1,26)	0,1604	1.05	(0,92 a 1,20)	0,4465
Aconselhamento dietético por um profissional de saúde									
Não	721	32	4.44	1,00	--	-	1,00	--	-
Sim	194	17	8.76	1,97	(1,13 a 3,45)	0,0172	1.35	(0,79 a 2,32)	0,2723
Consumo de tabaco									
Nunca	827	48	5.80	1,00	--	-	1,00	--	-
Semanalmente	36	0	0.00	0,00	(0,00 a 0,00)	<0,0001	0,00	(0,00 a 0,00)	<0,001
Diariamente	52	1	1.92	0,33	(0,05 a 2,38)	0,2717	0,34	(0,05 a 2,41)	0,2809
Consumo de álcool									
Nunca	394	26	6.60	1,00	--	-	1,00	--	-
Não último ano	94	3	3.19	0,48	(0,15 a 1,57)	0,2275	0,41	(0,13 a 1,29)	0,1284
<1x por semana	374	18	4.81	0,73	(0,41 a 1,30)	0,2845	0,94	(0,53 a 1,67)	0,8371
Diário-1x/semana	52	2	3.85	0,58	(0,15 a 2,22)	0,4292	1.13	(0,31 a 4,08)	0,8524
Aconselhada a interromper o consumo de álcool por um profissional de saúde									
Não	445	21	4.72	1,00	--	-	1,00	--	-
Sim	74	2	2.70	0,57	(0,14 a 2,37)	0,4418	0,52	(0,13 a 2,13)	0,3620
Média de passos por dia									
Até 10000	352	18	5.11	1,00	--	-	1,00	--	-
acima de 10.000	190	10	5.26	1.03	(0,48 a 2,21)	0,9411	1.16	(0,57 a 2,35)	0,6875
dados ausentes	360	21	5.83	1.14	(0,60 a 2,16)	0,6865	1.17	(0,63 a 2,15)	0,6193
Média de AFMV por dia									
Até 60 minutos	365	17	4.66	1,00	--	-	1,00	--	-
>60 minutos	177	11	6.21	1.33	(0,63 a 2,83)	0,4515	1.96	(0,95 a 4,02)	0,0678
Dados ausentes	360	21	5.83	1.25	(0,66 a 2,39)	0,4961	1.38	(0,74 a 2,56)	0,3118
IMC unidade	-	-	-	1.13	(1,10 a 1,15)	<0,0001	1.09	(1,05 a 1,12)	<0,001
Circ da cintura									

Covariável	N	Eventos	% Evt.	Univariável			adj. para sexo e idade		
				RR	CI de 95%	valor-p	RR	CI de 95%	valor-p
Normal	656	2	0,31	1,00			1,00		
Largo	256	46	17,96	58,94	(14,42-240,90)	<0,0001	46,24	(8,29 a 257,82)	<0,001
HBP									
Não	732	12	1,64	1,00	--	-	1,00	--	-
Sim	180	37	20,56	12,54	(6,79 a 23,15)	<0,0001	9,61	(4,97 a 18,57)	<0,001
Glicemia em jejum									
Normal	127	9	7,09	1,00	--	-	1,00	--	-
Alto	78	18	23,08	3,26	(1,53 a 6,95)	0,0023	3,49	(1,67 a 7,30)	0,0009
Triglicérides em jejum									
Normal	175	17	9,71	1,00	--	-	1,00	--	-
Alto	29	10	34,48	3,55	(1,87 a 6,73)	<0,0001	2,38	(1,26 a 4,49)	0,0073
Colesterol HDL									
Normal	664	14	2,11	1,00	--	-	1,00	--	-
Baixo		35	13,89	6,59	(3,60 a 12,06)	<0,0001	6,99	(3,91 a 12,49)	<0,001

N - número de pacientes/observações; Eventos = número de participantes com EM; % Evt. = percentagem de participantes com EM; RR = razão de risco

(*)Associações analisadas usando regressão binomial log-link com estimativas de variância robustas para ajustar dentro do agrupamento familiar

Tabela 3. Associações multivariadas da síndrome metabólico (SM) com características socioeconômicas e fisiológicas, (N=817)

Covariável	N	Eventos	% Evt.	Univariável			multivariável		
				e^Coef.	CI de 95%	valor-p	e^Coef.	CI de 95%	valor-p
Pontuação do índice de riqueza familiar, quintis									
Muito baixo*	109	5	4,59	1,00	--	-	1,00	--	-
Baixo	146	6	4,11	0,90	(0,30 a 2,71)	0,8459	0,83	(0,26 a 2,66)	0,7546
Médio	173	10	5,78	1,26	(0,45 a 3,49)	0,6565	1,36	(0,50 a 3,66)	0,5489
Médio/alto	192	11	5,73	1,25	(0,45 a 3,47)	0,6702	1,25	(0,46 a 3,40)	0,6614
Altíssima	197	12	6,09	1,33	(0,51 a 3,46)	0,5619	1,37	(0,53 a 3,52)	0,5182
Ocupação									
Apose/desemp*	160	2	1,25	1,00	--	-	1,00	--	-
Dona de casa	45	3	6,67	5,33	(0,91 a 31,16)	0,0630	4,70	(0,82 a 27,12)	0,0832
Estudante	132	1	0,76	0,61	(0,06 a 6,56)	0,6803	2,11	(0,18 a 24,05)	0,5483
Empregado	402	32	7,96	6,37	(1,54 a 26,41)	0,0108	6,31	(1,50 a 26,58)	0,0120
dados ausentes	78	6	7,69	6,15	(1,25 a 30,18)	0,0251	8,41	(1,82 a 38,87)	0,0064
Gênero									
Macho*	345	8	2,32	1,00	--	-	1,00	--	-
Fêmea	472	36	7,63	3,29	(1,55 a 6,96)	0,0019	2,31	(1,02 a 5,21)	0,0441
Idade									
(por unidade)	-	-	-	1,06	(1,04 a 1,08)	0,0000	1,03	(1,01 a 1,06)	0,0036
IMC									
(por unidade)	-	-	-	1,13	(1,10 a 1,16)	0,0000	1,08	(1,04 a 1,12)	0,0000

Discussão

A prevalência de SM nessa população foi significativamente maior em mulheres e o risco de SM aumentou com a idade.

Embora a prevalência geral de SM neste estudo tenha sido inferior a 10%, esta prevalência é supe-

rior à mostrada em estudos anteriores de Moçambique⁶ e de outros países africanos.² Ser mais velho, obeso e ser do sexo feminino já demonstraram aumentar o risco de SM,^{4,19} o que está de acordo com os achados do nosso estudo.

Um estudo anterior da África do Sul descobriu que

as mulheres corriam mais risco de desenvolver SM em comparação com os homens²⁰ o que confirma os achados de nosso estudo, onde as mulheres tiveram uma prevalência significativamente maior de SM do que os homens.

Nosso estudo mostra que a obesidade abdominal foi o factor de risco com maior associação com o SM em comparação com os demais factores de risco que compõem a definição de SM. Esta constatação está de acordo com a literatura anterior, onde os mesmos factores de risco foram mais apropriados para prever doenças cardiovasculares entre as mulheres²¹ e com outros estudos que descrevem a relação entre a fisiopatologia do SM e a obesidade abdominal.^{2,15}

Embora a literatura em geral descreva uma influência da actividade física (AF) na redução do risco de SM em adolescentes²¹ e em adultos² em África, nosso estudo não encontrou nenhuma associação entre SM e AF, o que está de acordo com um estudo local em crianças e adolescentes de um ambiente rural de Moçambique.⁶

A definição de SM ainda é controversa, e os pontos de corte utilizados para os diferentes factores que compõem essa síndrome variam entre os diferentes estudos^{1,21} o que dificulta a comparação deste estudo com outros da região e de outras partes do mundo. Além disso, os pontos de corte usados nas diferentes definições de SM, incluindo os seleccionados para este estudo, são baseados em populações europeias. Apesar dessa limitação, este estudo utilizou a definição mais recente de SM, o que permite a comparabilidade com os estudos mais recentes.

Apenas aproximadamente um quarto da população do estudo foi capaz de colher sangue durante o jejum, o que pode reduzir o poder do estudo ou produzir viés.

Não fomos capazes de rastrear os participantes quanto ao HIV, que é conhecido por aumentar o risco de desenvolver diabetes e DCV, e de captar o uso de terapia antirretroviral para participantes HIV positivos, que é conhecido por aumentar o risco de SM.^{19, 22} No entanto, de acordo com nossos achados, a infecção pelo HIV autorreferida não foi associada ao SM.

Devido à exigência de usar dados de glicose e triglicérides em jejum para os critérios harmonizados de 2009 para definição de SM, o tamanho

da amostra para ambas as variáveis foi menor em comparação com os outros factores de risco metabólico que compõem a definição de SM.

Conclusão

O síndrome metabólico, uma combinação de factores de risco para DNTs, está a tornar-se um problema de saúde pública com o aumento da prevalência de factores de risco metabólicos e comportamentais em Moçambique, com maior prevalência em mulheres. Embora nosso estudo não tenha encontrado associação entre SM e factores de risco comportamentais para DNT (dieta e actividade física), deve-se priorizar uma abordagem clínica e de saúde pública para reduzir o risco de eventos cardiovasculares nesses pacientes.

Agradecimentos

Os autores agradecem aos participantes do estudo e a comunidade da Polana Caniço em geral pelo seu empenho e interesse em fazer parte deste estudo. Os autores também agradecem a colaboração do *Centro de Investigação e Treino em Saúde da Polana Caniço* (CISPOC) e do Centro de Investigação do Desporto e da Actividade Física (CIDAF), em especial Vânia Maphossa, Paulino da Costa, Regina Timana e Jorge Uate e a equipa do HDSS Polana Caniço.

Financiamento

Esta pesquisa foi parcialmente financiada pelo Governo da Flandres através do projecto BICMINS: "Construir Capacidade Institucional no INS de Moçambique". Não há objecção a publicação e/ou apresentação desta pesquisa. Os financiadores não tiveram nenhum papel em qualquer componente do estudo.

Conflitos de interesse

Sem conflitos de interesse.

Contribuições de autoria

IM foi responsável por desenhar o estudo com o apoio de AP. IM e AP foram responsáveis pela implementação do estudo com o apoio de NC, CM, SN e AOM. IM liderou a análise de dados com suporte de NC.

IM preparou a primeira versão do manuscrito com apoio de AP. Todos os autores reveram e aprovaram a versão final do manuscrito.

Referências Bibliográficas

1. Blaha MJ, Bansal S, Rouf R, Golden SH, Blumenthal RS, DeFilippis AP. Uma abordagem prática “ABCDE” para a síndrome metabólica. Vol. 83, Procedimentos da Clínica Mayo. 2008. pág. 932–43.
2. Motala AA, Mbanya J, Ramaiya KL. Síndrome Metabólico na África Subsaariana. *Ethn Dis.* 2009;19(2):8–10.
3. Kahn R, Buse J, Ferrannini E, Stern M. A síndrome metabólica: Tempo para uma avaliação crítica - declaração conjunta da American Diabetes Association e da European Association for the Study of Diabetes. Vol. 28, Cuidados com o Diabetes. 2005. pág. 2289–304.
4. Solak M. Síndrome Metabólico – Mito ou Realidade na Clínica Endocrinológica. *Cardiol croata.* 2017;12(7–8):331–5.
5. Hmm H, Weerasinghe NP, Weerathna TP, Amarathunga AA. Comparação da prevalência da síndrome metabólica entre pacientes do Sri Lanka com diabetes mellitus tipo 2 usando definições da OSM, NCEP-ATP III e IDF. *Int J Dis crônica.* 2018;2018.
6. Karina F, Natacha T, Ferreira Q, Damasceno A, Maia R, Eisenmann J. Actividade física, condicionamento físico e síndrome metabólica em jovens rurais de Moçambique. *Ann od Hum Biol.*2013;40 (março de 2012):15–22.
7. Macicame I, Prista A, Parhofer KG, Cavele N, Manhiça C, Nhachungue S, et al. Determinantes sociais e comportamentos associados ao sobrepeso e obesidade entre jovens e adultos em uma área periurbana da cidade de Maputo, Moçambique. *J Globo Saúde.* 2021;11.
8. Vyas S, Kumaranayake L. Construindo índices de status socioeconômico: Como usar a análise de componentes principais. *Plano de Políticas de Saúde.* 2006;21(6):459–68.
9. Bonita R. Abordagem STEPwise da Organização Mundial da Saúde para Vigilância de Factores de Risco de Doenças Não Transmissíveis: Métodos, Desafios e Oportunidades. 2016; (janeiro).
10. Carlson R V., Boyd KM, Webb DJ. A revisão da Declaração de Helsinki: Passado, presente e futuro. *Br J Clin Pharmacol.* 2004;57(6):695–713.
11. Alberti KGMM, Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ, Cleeman JI, Donato KA, et al. Harmonizando a síndrome metabólica: uma declaração interina conjunta da força-tarefa da federação internacional de diabetes sobre epidemiologia e prevenção; Instituto Nacional do Coração, Pulmão e Sangue; Associação Americana do Coração; Federação Mundial do Coração; Internacional .Vol. 120, Circulação. 2009. pág. 1640-5.
12. Fezeu L, Balkau B, Kengne AP, Sobngwi E, Mbanya JC. Síndrome metabólica em um cenário da África subsaariana: a obesidade central pode ser o principal determinante. *Aterosclerose.* 2007;193(1):70–6.
13. Neill SO, Driscoll LO. Síndrome metabólica: um olhar mais atento sobre a crescente epidemia e suas patologias associadas. *Obes Rev.* 2015; (janeiro): 1–12.
14. Prichett DF e L. ESTIMANDO EFEITOS DE RIQUEZA SEM DADOS DE DESPESAS — OU LÁGRIMAS: Demografia. 2001;38(1):115–32.
15. Angeles SK e G. VARIÁVEIS PROXY: É A ANÁLISE DE COMPONENTES PRINCIPAIS. *Rev Renda Weath.* 2009;(1).
16. QUEM. IMC e Saúde - uma revisão crítica. *Nutri Res.* 2015;503:117–28.
17. McNutt LA, Wu C, Xue X, Hafner JP. Estimar o risco relativo em estudos de coorte e ensaios clínicos de resultados comuns. *Am J Epidemiologia.* 2003;157(10):940–3.
18. Barros AJD, Hirakata VN. Alternativas para a regressão logística em estudos transversais: uma comparação empírica de modelos que estimam diretamente a razão de prevalência. 2003;13:1–13.
19. Paula AA, Falcão MCN, Pacheco AG. Síndrome metabólica em indivíduos infectados pelo HIV: mecanismos subjacentes e aspectos epidemiológicos. *AIDS Res Ther.* 2013;
20. Kimani-murage EW, Kahn K, Pettifor JM, Tollman SM, Dunger DB, Gómez-olivé XF, et al. A prevalência de nanismo, sobrepeso e obesidade e risco de doença metabólica em crianças rurais sul-africanas. *BMC Saúde Pública.* 2010;1–13.
21. Natacha T, Ferreira Q, Santos D. Associação entre actividade física, aptidão cardiorrespiratória e síndrome metabólica em jovens. *O Estado da arte. Rev Bras Actividade Física e Saúde.* 2011;16:55–61.
22. Young F, Critchley JA, Johnstone LK, Unwin NC. Uma revisão da comorbidade entre doenças infecciosas e crônicas na África Subsaariana: TB e Diabetes Mellitus, HIV e Síndrome Metabólica e o impacto da globalização. Vol. 5, Globalização e Saúde. 2009. pág. 1–9.

Perfil de Publicações na Revista Científica do Instituto Nacional de Saúde

Filomena Nhatsave¹, Juma Cantoria¹, Osvaldo Inlamea¹, Ana Mocumbi^{1,2}

¹Instituto Nacional de Saúde, Distrito de Marracuene, Moçambique; ²Universidade Eduardo Mondlane, Cidade de Maputo, Moçambique

 Osvaldo Inlamea

 Instituto Nacional de Saúde, Vila de Marracuene, Estrada Nacional Nr 1

 osvaldo.inlamea@ins.gov.mz

Resumo

Introdução: A Revista Moçambicana de Ciências de Saúde (RMCS) foi instituída em 2013, com o objectivo de abarcar as diversas áreas de saúde humana, através de uma abordagem interdisciplinar dos aspectos relacionados com a promoção de saúde pública, prestação de cuidados clínicos e gestão de recursos, com particular enfoque em doenças endémicas e negligenciadas, com relevância para os países de língua oficial portuguesa. O presente estudo visa descrever a sua operacionalização e tendências de conteúdo científico entre 2014 e 2023.

Métodos: São descritos os processos estabelecidos para tramitação de submissões, e foram recolhidos dados sobre o tipo de artigos publicados, tempo usado no processamento dos artigos, revisão de pares e caracterização da autoria. Foi usada análise descritiva para apresentação dos dados. **Resultados:** Nos primeiros dez anos de existência a RMCS publicou 9 volumes (10 números) e quatro números especiais dedicados às Jornadas Nacionais e Regionais de Saúde. Foram considerados para análise 110 artigos publicados, dos 182 submetidos. Houve predomínio de primeiros autores afiliados ao INS (55%), mas apenas 12 (11%) tinham exclusivamente autores desta instituição. Menos de metade (45%) dos artigos publicados corresponderam a pesquisa original, quase 75% dos artigos tinham como primeiro autor um investigador baseado na Cidade ou Província de Maputo. O sexo masculino predominou nas posições chave, mas encontramos mulheres como primeiro autor de 45% e, como autor sénior, de 47% dos artigos publicados. **Conclusão:** A regularidade de publicação anual da RMCS foi conseguida nos últimos anos, e a publicação em formato digital acelerou o processo de publicação. O estabelecimento da RMCS como publicação semestral regular e a melhoria da sua qualidade, condições necessárias para indexação, requerem reforço da capacidade técnica e administrativa da revista.

Palavras-chave: Publicação científica, Autoria, Revisão de pares

Abstract

Introduction: The Revista Moçambicana de Ciências de Saúde (RMCS), is a main journal of Health Sciences in Mozambique was established in 2013 with the aim of providing knowledge to covering the various areas of human health, through an interdisciplinary approach to aspects related to public health promotion, provision of clinical care and health resource management focus on particular and relevant endemic and neglected diseases in the Portuguese-speaking countries. The present study aims to evaluate the operationalization process of this journal and trends in scientific content between 2014 and 2023. **Methods:** The processes established for processing submissions are described, and data was collected on the type of articles published, time used in processing articles, review of peers and characterization of authorship. Descriptive analysis was used to present the data. **Results** The RMCS published 9 volumes (10 issues) in the first ten years and four special issues dedicated to the Jornadas Nacionais e Jornadas Regionais de Saúde. almost 110 published articles were considered for analysis, out of the 182 submitted. There was a predominance of first authors affiliated with the INS (55%), but only 12 (11%) had authors exclusively from this institution. Less than half (45%) of the articles published corresponded to original research, almost 75% of the articles had as their first author a researcher based in the City or Province of Maputo. Males predominated in key positions, but we found women as the first author of 45% and as senior author of 47% of published articles. **Conclusion:** The regularity of annual publication of the RMCS has been achieved in recent years, and publication in digital format has accelerated the publication process. The establishment of RMCS as a regular biannual publication and the improvement of its quality, necessary conditions for indexing, require strengthening the journal's technical and administrative capacity

Introdução

A publicação científica é um instrumento através do qual a comunidade científica divulga resultados de pesquisa, realçando a pertinência e relevância da investigação científica em diversas áreas do conhecimento. Nesse sentido, constitui um marcador de desempenho de instituições académicas e de pesquisa, bem como dos seus docentes e investigadores nas actividades de ensino e de investigação científica.¹ A divulgação de conhecimento produzido pela pesquisa científica é o motor para a partilha de novo conhecimento, e provoca mudanças na prática e na metodologia de investigação, para produzir novas descobertas ou refutar conhecimento existente.²

Ao aumento rápido na produção de conhecimento que se verifica nas últimas décadas correspondeu um crescimento exponencial de publicações científicas em vários formatos. As revistas científicas são um dos veículos de divulgação do conhecimento mais usados em instituições académicas e de pesquisa. Apesar de ser uma experiência gratificante, a escrita científica para publicação em periódicos com revisão de pares é uma tarefa difícil, sobretudo em países de baixa renda e com sistemas de ensino pouco direccionados à criação de competências para a pesquisa científica nas primeiras fases da formação de estudantes. Requer determinação na priorização em relação a outras actividades, estudo contínuo para aquisição progressiva de experiência, e por vezes paciência, uma vez que o espaço disponível para publicar artigos em periódicos de grande circulação e impacto é limitado, tornando a escrita científica uma actividade altamente competitiva e que exige do autor elevada competência e escrita de alta qualidade.³ A Revista Moçambicana de Ciências de Saúde (RMCS) é um veículo importante na divulgação de pesquisa científica realizada em Moçambique, versando áreas relevantes para o conhecimento e progresso da saúde. Foi instituída em 2013 como publicação oficial do Instituto Nacional de Saúde (INS) de Moçambique, tendo como objectivo fomentar a publicação de resultados de pesquisa nas diversas áreas de saúde humana, de investigação com abordagem interdisciplinar dos aspectos relacionados com a promoção de saúde pública e do bem-estar, prevenção de doenças, prestação de cuidados clínicos e gestão de recursos em saúde, com particular enfoque em doenças endémicas e negligenciadas com relevância para os países de língua oficial portuguesa.⁴ Passados 10 anos da sua criação, foi objectivo deste

estudo descrever a evolução temporal de submissões processo de tramitação e revisão por pares da RMCS, bem como a autoria e tipo de artigos publicados.

Metodologia

Foi desenhado um estudo descritivo que usou como metodologia de recolha de informação: i) pesquisa documental para verificação do conteúdo científico dos diversos volumes da RMCS publicados disponíveis no site do INS através do link <https://ins.gov.mz/publicacoes/revista-cientifica-rmcs/>; ii) análise do conteúdo de emails trocados nos endereços electrónicos do usados como base para correspondência entre autores e tanto o secretariado como a equipe de assistência editorial da RMCS (revistacienciassaude@gmail.com; secretariadoeditorial@ins.gov.mz).

Evolução do Processo de Gestão de Submissões:

A RMCS usou diversas equipes como secretariado. Estas eram constituídas por pesquisadores que prestam apoio sem vínculo institucional com a revista e sem formação específica para as tarefas de secretariado e assistência editorial, na maior parte usando os conhecimentos adquiridos da sua participação em várias Jornadas Nacionais e Regionais de Saúde organizadas pelo INS. Foi criado um fluxo para gestão de submissões, tendo sido criada uma base de dados de artigos submetidos/publicados e elaboradas cartas padrão para respostas a autores indicando os resultados da avaliação editorial inicial, envio de convites para revisores, informação sobre resultados da revisão, e outras formas de correspondência com instituições para distribuição da RMCS. Por outro lado, foram criados formulários padronizados para registo de submissões e das contribuições de dois a três revisores por artigo submetido.

Recolha de Dados: Para caracterização do conteúdo foram analisados todos os formulários de registo de submissões e os números publicados entre Abril de 2014 e Dezembro de 2023. Os artigos foram categorizados de acordo com a composição da equipa, género do primeiro e último autor, instituições de proveniência dos autores, tipo de artigo e tempo de tramitação do mesmo. Os dados foram introduzidos numa folha *MS Excel*, e foi feita análise estatística descritiva. A variável tempo de tramitação foi calculada através da data de submissão do artigo e a data de sua aceitação para publicação. Foram excluídos da análise

i) as edições especiais da revista dedicadas a publicação de resumos apresentados nas Jornadas Nacionais ou Regionais de Saúde; ii) artigos das secções “escolhas da editora” e “resumos de publicações”, pois resumem publicações em revistas indexadas sobre Moçambique, traduzidos para a língua portuguesa.

Resultados

Entre 2014 e 2023 foram publicados 9 volumes (10 números); em 2017 não houve publicação, e em 2021 foram publicados dois números. Quatro edições especiais foram dedicadas às Jornadas Nacionais de Saúde (2018, 2021) e às Jornadas Regionais de Saúde (Centro/2022 e Norte/2023) que publicaram resumos de material apresentado nestas reuniões científicas. Desde 2019 a publicação em formato digital precede a publicação em papel, cuja tiragem é de 300-500 exemplares, e foi padronizado o design da revista de capa.

Foram recebidas 182 submissões de autores afiliados a instituições nacionais (179) e internacionais (3). Destas, 37 (20,3%) foram rejeitadas sem entrada no processo de revisão. Em doze submissões (6,6%) com conteúdo científico relevante, mas com graves erros de gramática e organização do artigo, foi oferecida mentoria aos autores (facultada por membros do comité editorial); seis autores aceitaram e foram posteriormente publicados; No total foram publicados 110 manuscritos, correspondendo a 60,4% das submissões recebidas. (Figura 1) Permanecem em processo de revisão 17 artigos.

Para os artigos originais, comunicações breves, artigos de opinião e descrição de casos aceites para publicação (total 78) foi encontrado registo de resposta de pelo menos dois revisores. A res-

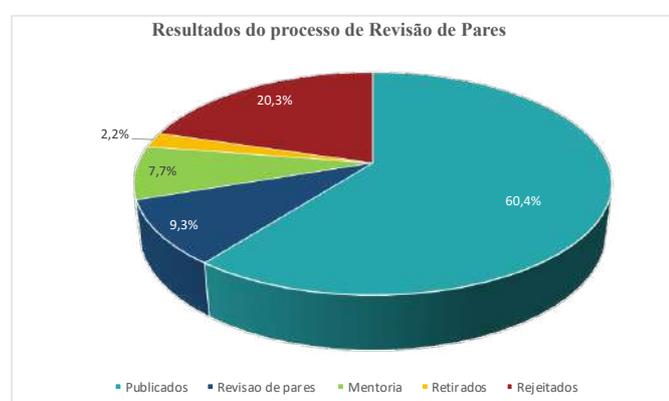


Figura 1: Resultado do Processo de revisão de artigos submetidos na RMCS

posta obtida dos revisores à primeira solicitação de revisão foi atrasada para 40 artigos (51%).

A Tabela 1 apresenta a variação de conteúdo dos volumes publicados. Ao longo dos 10 anos os tipos de artigos mais publicados foram 50 artigos originais (45%) - correspondendo a uma média de 5 artigos por número publicado - 15 artigos de opinião (14%) e 13 descrições de casos (12%). A Figura 2 apresenta o número total e de artigos originais publicados por volume, bem como a proporção de mulheres em posições chave: primeira e últimas autora. A distribuição por género das posições chave mostra que em 48 (44%) artigos publicados as mulheres ocuparam a posição de primeiro autor e em 35 (32%) foram autoras sénior (Tabela 2).

A instituição de afiliação do primeiro autor foi INS em 61 (55,5%) artigos, instituições de ensino superior em 23 (20,9%), hospitais em 8 (7,3%) e Ministério da Saúde em 6 (5,5%) (Figura 3). Doze artigos (10,9%) tinham exclusivamente autores do INS; 41 tinham autor único (37,3%).

O tempo médio desde a submissão até à publicação dos artigos foi de 16 meses (variando de 4 a 29). Dentre os autores que submeteram artigos à RMCS, 4 (2,2%) solicitaram retirada de submissões: em três casos referiram querer antecipar a data de publicação, e para um outro artigo recusaram-se a efectuar as alterações sugeridas pelo revisor e que a equipe editorial julgou pertinentes.

Discussão

Os primeiros 10 anos da RMCS foram caracterizados por regularidade de publicação e aceitação de mais de 60% das submissões nas várias categorias, apesar de dificuldades de cumprimento de prazos no processo de revisão de pares. A equipe editorial estabeleceu um processo de suporte a autores em início de carreira, que contribuiu para o aumento e melhoria de qualidade dos artigos pu-

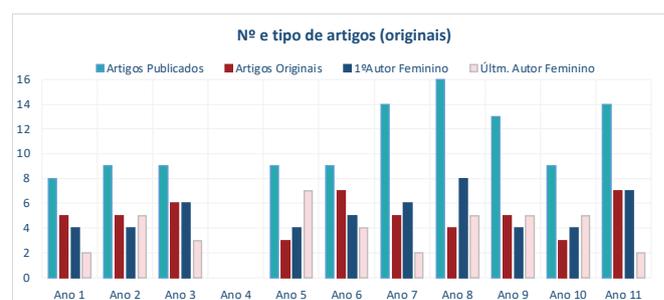


Figura 2: Variação anual no número e proporção de artigos originais publicados na RMCS

Instituição	N	%
INS	61	55,5%
Univ	23	20,9%
HOSP	8	7,3%
MISAU	6	5,5%
ISCED	4	3,6%
Outros	8	7,3%
Total	110	100,0%

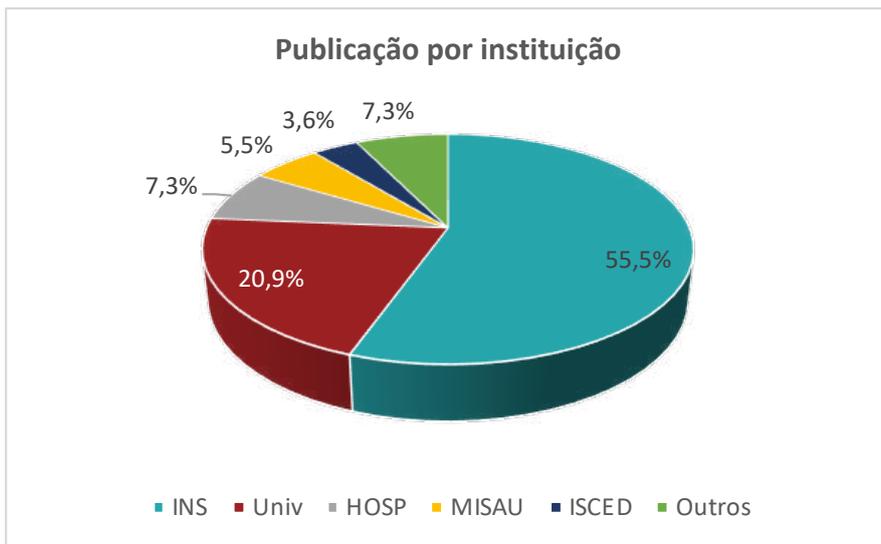


Figura 3: Instituições de filiação dos primeiros autores

blicados. Artigos originais e comunicações breves representaram menos de metade das publicações (45%). O INS foi a instituição de proveniência de mais de metade dos primeiros autores (55%), mas em apenas 12 publicações não existem autores de instituições colaboradoras. Foi encontrada boa representação do género feminino nas posições chaves: as mulheres representam 47% dos primeiros autores e 45% dos autores sénior.

Para que a RMCS se estabeleça como uma publicação semestral regular deverá receber um maior volume de submissões de artigos de qualidade científica julgada adequada para publicação. A fraca competência em escrita científica de parte dos investigadores que submete contribuições, continuará a requerer um esforço adicional de mentoria pela equipe editorial, que por isso deve ser reforçada com investigadores experientes. A não indexação da revista e a competição com revistas de instituições académicas nacionais pela publicação de artigos produzidos por um número reduzido de pesquisadores que escrevem activamente, têm dificultado o processo de revisão de pares e a mentoria de pesquisadores jovens. Estratégias para envolvimento de mais investigadores no Comité Editorial poderão contribuir para fortalecer a revista, aumentar a sua abrangência territorial, e fomentar pesquisa multidisciplinar.

Nos primeiros dois anos de publicação da revista, os artigos foram maioritariamente produzidos por autores do INS (13/17; 76%). O INS é uma instituição de pesquisa⁵ e tem políticas de incentivo à publicação que contribuem para um número elevado de submissões, pelo que chamadas públicas para

submissão de artigos de autores externos foram feitas para diversificar as submissões, particularmente de instituições de ensino superior com cursos de saúde (Figura 3).

O perfil de género dos autores que publicam em posições-chave é um indicador importante de equidade na pesquisa. As percentagens encontradas (47% dos artigos com mulheres como primeiras autoras e 45% com mulheres na última posição) não sendo ideias, representam uma boa representação das mulheres na ciência e divulgação dos resultados de pesquisa em Moçambique. Em Moçambique 33% das mulheres não têm nenhum nível de escolaridade (40% nas áreas rurais e 17% nas cidades),⁶ e a pobreza das famílias para investir na educação da rapariga condiciona tanto seu percurso escolar,⁷ como a possibilidade de ingresso em carreiras de investigação científica. As mulheres são mais propensas a abandonar carreiras como cientistas quando comparadas com os homens.⁸ É por isso importante ter mulheres cientistas com competências em desenvolvimento de pesquisa e escrita científica, que publiquem e exponham o seu trabalho e experiência de modo a motivar e inspirar meninas a escolherem a pesquisa científica como profissão. Por outro lado, verifica-se disparidade na proveniência dos autores: apenas 15.3% das publicações da RMCS foram de primeiros autores baseados fora da Cidade e Província de Maputo. Esta marcada predominância de publicações de autores baseados em instituições na Cidade de Maputo deve-se à localização de instituições de pesquisa, académicas, hospitalares e de nível central no Grande Maputo

e vila de Marracuene.

Foram identificadas lacunas no desempenho da equipa da RMCS, que resultaram num processo longo de tramitação de artigos e de revisão por pares, bem como atrasos na impressão da revista. O tempo médio de tramitação de 16 meses contraria a necessidade de publicação cada vez mais rápida dos resultados de pesquisa, particularmente usando a possibilidade de publicação digital prévia aos documentos escritos. Questões organizacionais como processo contínuo de estruturação do secretariado e corpo editorial foram identificadas como lacunas graves, para as quais propomos: i) a existência de um secretariado e corpo editorial dedicados, de modo a acelerar a tramitação de submissões; ii) a digitalização do processo de tramitação de correspondência entre o corpo editorial e os autores/revisores, com lembretes automáticos para o cumprimento dos prazos; iii) a valorização do trabalho dos revisores através da emissão de certificados com valor na sua avaliação de desempenho anual. A introdução da publicação em formato electrónico permitiu encurtar os tempos de publicação.

Conclusão

A publicação com regularidade da RMCS foi gradualmente conseguida, apesar do baixo número de submissões de artigos de pesquisa original, atrasos no processo de tramitação de artigos submetidos pelo secretariado, e duração excessiva

do processo de revisão de pares. O estabelecimento da RMCS como publicação científica com tiragem semestral regular e atempada exige um esforço de capacitação técnica e um reforço da eficiência administrativa da sua equipa.

Referências Bibliográficas

- Costa T, Lopes S, Fernández-Llimós F, Amante MJ, Lopes PF. A Bibliometria e a Avaliação da Produção Científica: indicadores e ferramentas.
- Augusto O, Clark C, Araujo Cas A. A pesquisa. *Pesqui Odontológica Bras* [Internet]. 2003 May [cited 2023 Feb 11];17(suppl 1):67–9. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/pob/a/Y7Zwy8rNNVf6TS6Sv78v6SN/?lang=pt>
- Dimitroulis G. Getting published in peer-reviewed journals. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2011;40(12):1342–5.
- Mocumbi AO. Renascimento da publicação científica oficial do Instituto Nacional de Saúde. *Rev Moçambicana Ciências Saúde*. 2014;1:5–6.
- Instituto Nacional de Saúde. disponível em: <https://ins.gov.mz/institucional/unidade-organicas/direccoes/direccao-de-pesquisa-em-saude-e-bem-estar/departamento-de-regulacao-e-promocao-da-investigacao-em-saude/reparticao-de-promocao-da-investigacao-em-saude/>
- Moçambique, Instituto Nacional de Estatística. Inquérito Demográfico e de Saúde 2022-23: Relatório de indicadores-chaves. 2023.
- UNICEF Moçambique. Situação das Crianças em Moçambique 2014. Maputo; 2014. Disponível em: <https://www.unicef.org/mozambique/relatorios/situacao-das-criancas-em-mocambique-2014>
- Cardoso T. Razão do abandono da carreira científica pelas mulheres vai além da maternidade. *Jornal USP*. 19/11/2019. Disponível em: <https://jornal.usp.br/?p=286866>

Tabela 1: Variação de conteúdo dos volumes publicados

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Originais	5	5	6	0	3	7	5	4/5	3	7	50 (45%)
Opinião	1	1	0	0	1	2	3	2/3	1	1	15 (14%)
Casos	0	1	1	0	2	0	0	5/2	0	2	13 (12%)
Eventos	0	0	0	0	2	0	1	2/0	2	1	8 (7%)
Editoriais	2	1	1	0	0	0	1	1/1	1	1	9 (8%)
Educação	0	0	1	0	0	0	2	1/0	0	0	4 (4%)
Políticas	0	1	0	0	0	0	0	0/0	1	0	2 (2%)
Revisão	0	0	0	0	0	0	0	0/0	1	0	1 (1%)
Outros	0	0	1	0	1	0	2	1/2	0	1	8 (7%)
Total	8	9	10	0	9	9	14	16/13	9	13	110

* Todos autores do INS

Tabela 2: Proporção de autores do sexo feminino nos posições chave nos volumes anuais publicados

Posição	Mulheres										Média (%)
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
1º Autor	4 (50%)	4 (44%)	6 (67%)	0	4 (44%)	5 (55%)	6 (43%)	12 (40%)	4 (44%)	7 (50%)	48 (44%)
Autor Sénior	2 (25%)	5 (55%)	3 (33%)	0	7 (78%)	4 (44%)	2 (14%)	9 (31%)	5 (55%)	2 (14%)	35 (32%)

“Família Modelo” na Estratégia para Adopção de Comportamentos Preventivos da Cólera e Outras Doenças Transmissíveis na Província de Cabo Delgado

Elsa Chambisse¹, Simone Cadorin¹, Edoardo Occa¹, Angelo Ghelardi², Inusso Chuau², Ketan Chitnis²,
Mussa Ally³

¹Médicos com África CUAMM, Moçambique, ²Unicef, Moçambique, ³NIOP (Núcleo Investigativo Operacional de Pemba)

 Elsa Chambisse

 Médicos com África CUAMM Moçambique

 e.chambisse@cuamm.org

Resumo

Introdução: O Ministério da Saúde, através da Medicos com África e o UNICEF, implementou uma das suas estratégias de comunicação para a mudança de comportamento intitulada “família modelo” na província de Cabo Delgado. Esta estratégia visa prevenir doenças como a malária, cólera, desnutrição e a COVID-19 usando ações de sensibilização das famílias para a adopção de práticas saudáveis ao nível do país. Neste âmbito, foi definida uma linha de base em seis distritos da província de Cabo Delgado, antes da implementação da mesma estratégia. A linha de base faz uma breve análise descritiva dos parâmetros encontrados nas famílias visitadas e se espera que ao longo do seguimento aconteça alteração positiva dos mesmos. **Métodos:** Foi realizada uma análise descritiva do estado das famílias em relação às práticas caracterizadas como sendo dos parâmetros da família modelo através da observação directa dos mesmos. Foram feitas entrevistas domiciliares dirigidas aos chefes dos agregados de 1890 familiares, aleatoriamente, sem discriminação de sexo, idade, bem como se é deslocado ou população nativa. Foram entrevistadas famílias nos distritos de Chiure, Ancuabe, Ibo, Mueda, Balama e Montepuez, de Outubro a Novembro de 2022. **Resultados:** os resultados estão em período de análise estatística detalhada e neste estudo apresentam-se os cumulativos preliminares de dois meses (dados colhidos ao nível dos distritos) e desagregados estatisticamente; os dados cumulativos disponíveis mostram-nos uma média de menos de 50% de adesão aos parâmetros, com diferenças notáveis entre aldeias e entre tipos de população (nativos e deslocados). **Conclusões:** A maior parte das famílias ainda está distante de alcançar os parâmetros. A intervenção através do programa, tem evidenciado que será necessário um longo seguimento das mesmas para alcançar os parâmetros definidos pelo MISAU. Os dados sugerem que as intervenções no âmbito da família modelo requerem maior conjugação de esforços e associação aos factores socioculturais, ambientais, económicos.

Palavras-chave: Prevenção, Comportamento, Saúde comunitária, Doenças transmissíveis, Deslocados

Abstract

Introduction: The Ministry of Health through Medicos com África and UNICEF has implemented one of its communication strategies for behavior change called “model family” in the province of Cabo Delgado. This strategy aims to prevent diseases such as malaria, cholera, malnutrition and COVID-19 using actions to sensitize families to adopt healthy practices at the country level. In this context, a baseline was defined in six districts of Cabo Delgado province before the implementation of the same strategy. The baseline makes a brief descriptive analysis of the parameters found in the families visited and it is hoped that over the course of the follow-up there will be a positive change in them. **Methods:** A descriptive analysis of the state of the families in relation to the practices characterised as the parameters of the model family was carried out through direct observation. Household interviews were conducted with the heads of 1890 households, randomly, without discrimination as to gender, age or whether they were displaced or native. Families were interviewed in the districts of Chiure, Ancuabe, Ibo, Mueda, Balama and Montepuez from October to November 2022. **Results:** The results are in the process of being analysed in detail and this study

presents preliminary cumulative data (data collected at district level) and statistically disaggregated; the cumulative data available shows an average of less than 50% adherence to the parameters, with notable differences between villages and between types of population (natives and displaced persons). **Conclusions:** Most families are still far from achieving the parameters. The intervention through the programme has shown that it will be necessary to follow them up for a long time in order to achieve the parameters defined by the MoH. The data suggests that interventions in the context of the model family require a greater combination of efforts and the association of sociocultural, environmental and economic factors.

Keywords: Prevention, behavior, community health, communicable diseases, displaced persons.

Introdução

A saúde de uma comunidade ou sociedade não depende apenas da genética e da condição socioeconómica, mas também do meio ambiente a que a mesma é inserida. Segundo o Ministério da Saúde (MISAU), no Plano Estratégico do Sector de Saúde (PESS) 2019-2024, a maioria das condições de saúde, senão todas, é passível de ser prevenida com intervenções de promoção de saúde e/ou de prevenção da doença e, sendo parte dos pilares do PESS, destacam-se a aceleração da prevenção da malnutrição e redução do peso das doenças endémicas nomeadamente a Malária, HIV, Tuberculose e Doenças Não Transmissíveis.¹ Em Cabo Delgado, a promoção de saúde é também feita a partir da abordagem das famílias modelo, concebida pelo MISAU e parceiros para a promoção de comportamentos saudáveis para a prevenção de doenças tais como a COVID-19, Malária, Desnutrição e Cólera através de 14 indicadores pré-definidos. Estas actividades de promoção através da abordagem das famílias modelo decorrem em seis distritos da província de Cabo Delgado desde Setembro de 2022.²

Segundo a OMS, citada no PESS (2019-2024), 10% do peso global da doença poderia ser prevenido através da melhoria da disponibilidade de água potável, saneamento, higiene e gestão adequada de recursos hídricos.

A definição da linha de base traz uma leitura sobre quais têm sido as atitudes e práticas das famílias perante os parâmetros definidos como sendo da família modelo descritos pelo MISAU. A condução dos parâmetros da família modelo é uma nova adopção do MISAU como estratégia de melhoramento da saúde das famílias que está sendo implementada ao nível de todo o País através

do Governo e dos parceiros de cooperação. Em Cabo Delgado, embora com os desafios enfrentados, como a indisponibilidade da água potável, o êxodo constante das famílias por factores ligados a ataques nas suas zonas de origem, a linha de base apreciou algumas atitudes e práticas positivas das famílias como resposta da importância e pertinência da adopção dos parâmetros pré-definidos, apesar de sugerir uma média <50% em muitas famílias.

Situação de saúde no contexto de emergência

Cabo Delgado é a província nortenha do país que desde o ano de 2017 vive situações de violência armada. De acordo com o relatório de apelo humanitário produzido pela UNFPA para Cabo Delgado, 669.256 pessoas foram deslocadas internamente. Com unidades de saúde que oferecem serviços abrangentes de saúde sexual e reprodutiva com necessidade crítica de suprimentos médicos essenciais, equipamentos e pessoal.³

Para o aspecto ligado a continuidade da educação das crianças, face ao período de emergência que também consta dos parâmetros da família modelo, deve se encorajar a voltar à escola, quer seja por meio do acesso à educação formal ou proporcionando espaços seguros de aprendizagem mais próximos de seus reassentamentos.⁴

A elevada prevalência de sintomas respiratórios em crianças desnutridas confirmou a conhecida correlação entre a desnutrição e a infecção respiratória.⁵

Em contextos sociais severamente desconstruídos, a educação contínua e a sensibilização comunitária são cruciais para alcançar e manter atitudes positivas de prevenção da cólera.⁶

A linha de base realizada espelha as atitudes e

práticas encontradas nas famílias para a prevenção das doenças através da implementação dos parâmetros da família modelo, contudo ainda existem vários aspectos estruturais que são necessários para que a promoção de saúde seja efectiva.

Métodos

Trata-se de uma análise descritiva de uma linha de base realizada previamente à implementação da estratégia família modelo do MISAU, onde foram visitadas 49 aldeias, das quais algumas são centros de reassentamentos e aldeias designadas por acolhedoras, com colheita de dados quantitativos de forma presencial através de questionário contendo as perguntas dos parâmetros definidos segundo o guião das famílias modelo, (MISAU, 2021). Para tal foram identificadas 1890 famílias e inquiridas de forma aleatória em seis distritos, através de uma ficha contendo os 14 parâmetros e a observação directa como forma de confirmar existência ou adopção dos mesmos.

Variáveis do estudo: Famílias dos centros de reassentamentos, aldeias que acolheram maior número de deslocados e os parâmetros da família modelo (MISAU). Foram realizadas questões sobre: Tem latrina com tampa e em uso? Tem sistema de lavagem das mãos e sabão ou cinza (ex: Tip tap)? Tem rede mosquiteira em uso em cada cama/esteira? Tem sistema de tratamento e conservação de água? Tem copa para secagem da loiça? Tem suporte para pau de pilão? Tem aterro sanitário? Possui um cartão de saúde da criança menor de 5 anos e outros parâmetros nutricionais em dia? A criança come pelo menos 3 vezes por dia (produtos disponíveis localmente)? Usa método moderno de PF? Se é mãe de criança menor de 1 ano fez pelo menos 4 Consultas Pré-Natais (CPN) durante a gravidez e as consultas pós-parto dentro de prazos? As crianças com mais de 6 anos frequentam a escola? Todas as crianças com mais de 6 anos que não vão à escola concluíram a 7ª Classe? As crianças com menos de 5 anos foram registadas?

Resultados

Das 1890 famílias entrevistadas, 1134/1890 (60%) possuem uma latrina com tampa e em uso. 189/1890 (10%) possuem um instrumento de lavagem das mãos após as suas necessidades. Vinte

e dois por cento possuem um utensílio de conservação e tratamento da água. Quarenta e dois por cento possui um aterro sanitário. Seis por cento possui um suporte para pilão. Trinta e quatro por cento possui uma copa de secagem de loiça. Quarenta e um por cento das famílias com crianças < 5 anos conseguem alimentar seus filhos 3 vezes ao dia. Vinte e sete por cento das famílias não usa métodos de planeamento familiar. Cinquenta por cento das famílias possui crianças >6 anos que vão a escola, sendo que 25% das famílias é que possui crianças que completaram a 7ª classe. Quarenta e quatro por cento das famílias possui crianças <5 anos com registo de nascimento. Sessenta e sete por cento das famílias possui rede mosquiteira e em uso. Em 33% das famílias foi referido que as mulheres enquanto grávidas foram a pelo menos 4 CPN. A média dos parâmetros encontrados no total das 1890 famílias visitadas foi de 44%, dos 80% esperados (**Figura 1**).

Discussão

Estatisticamente, existe a possibilidade de que a implementação dos parâmetros seja eficaz. Embora menos da metade dos parâmetros tenham sido alcançados, pode se traduzir na possibilidade de um avanço na melhoria da saúde das famílias através da criação dos mesmos. Ainda assim, os dados reflectem que não existe garantia da evolução no alcance dos parâmetros definidos como sendo de uma família modelo.

O outro aspecto é que os parâmetros não consideram as famílias que não possuem crianças em idade escolar, pais que não tem filhos, famílias cujo agregado é de idosos, entre outros factores que

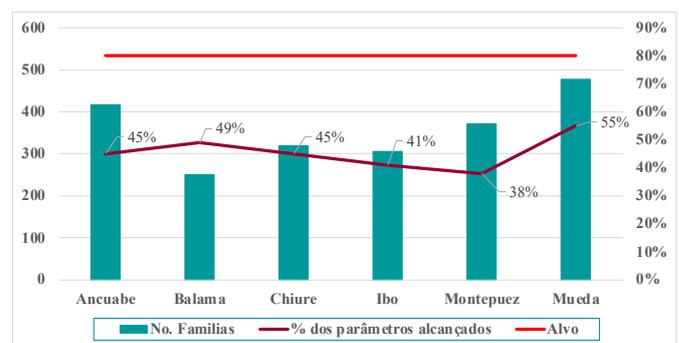


Figura 1. Média da % dos parâmetros alcançados nas famílias por distrito

podem contribuir para uma avaliação desleal entre as famílias.

A linha de base também espelha a realidade das famílias em termos de falta das condições básicas de saúde, água, alimentação e acesso à escola por parte de muitas famílias e crianças.

Conclusões

A implementação dos parâmetros da família modelo deve observar a realidade dos locais, a disponibilidade dos recursos básicos às famílias como acesso à educação, a água potável, a saúde, habitação e alimentação.

Os parâmetros da família modelo são vistos como um conjunto de práticas e comportamentos quotidianos a serem considerados a longo prazo e isto foi unânime entre as famílias visitadas. Contudo, a pobreza que se traduz na insegurança alimentar, a indisponibilidade da água potável e outros poderão contribuir para a ineficácia da abordagem das famílias modelo através dos vários parâmetros como o das 3 refeições ao dia, existência de recipiente de conservação e tratamento da água, sendo que, várias aldeias e centros de reassentamento não possuem água potável, e outros.

Em relação a conclusão, dados analisados e desagregados com rigor estatístico e análise multivariada estarão brevemente disponíveis, o que nos permitirá fornecer conclusões mais aprofundadas e refinadas. Os dados serão compartilhados com as autoridades locais para planificação direccionada por área geográfica, tipo de população envolvida e em indicadores individuais, a fim de se tornar uma ferramenta operacional de planeamento para os actores envolvidos e futuras pesquisas.

Referências Bibliográficas

1. Ministry of Health, Republic of Mozambique. *Health Sector Strategic Plan PESS 2014-2019*. Mozambique: Ministry of Health of Mozambique; 2013 Sep.
2. Ministry of Health, Republic of Mozambique. – UNICEF Guião para a Certificação das Famílias Modelo, Dezembro 2021
3. Garantindo a continuidade dos serviços de saúde sexual e reprodutiva, prevenção e resposta à violência baseada no género para mulheres e raparigas impactadas pela crise em Cabo Delgado, Moçambique, fevereiro de 2021
4. Avaliação Centrada na Aprendizagem da Resposta do UNICEF Moçambique à Emergência de Nível 2 em Cabo Delgado© UNICEF/2021
5. Malaria, HIV and Malnutrition among Internally Displaced People in Mozambique During COVID-19 Pandemic: Results from a Community Based Intervention, Doctors with Africa CUAMM, *Annals of Global Health*, December 2022 <https://annalsofglobalhealth.org/articles/10.5334/aogh.3969/>
6. Knowledge, Attitudes and Practices on Cholera and Water, Sanitation, and Hygiene among Internally Displaced Persons in Cabo Delgado Province, Mozambique, Doctors with Africa CUAMM, UNICEF Mozambique, NIOP (Núcleo de Investigação Operacional de Pemba), *American Journal of Tropical Medicine & Hygiene*, December 2022, <http://dx.doi.org/10.4269/ajtmh.22-0396>
7. Diagnóstico de impacto do conflito bélico no sistema de saúde da província de cabo delgado e propostas de intervenção para contribuir para a sua recuperação e resiliência, ALIANÇA PARA SAÚDE , 2021

Financiamento

O estudo foi realizado através dos fundos de parceria entre a entidade e o parceiro orçamental e programático UNICEF

Conflicto de Interesse

Sem conflitos de interesse

Registo de Ocorrência de Malária Associada a Convulsões em Processos Clínicos de Menores de 5 Anos no Distrito de Monapo

Bertino João Baptista¹, Artur Manuel Muloliwa², Fernando Mitano¹

¹Direcção Provincial de Saúde de Nampula, Cidade de Nampula, Moçambique; ²Universidade Lúrio, Cidade de Nampula, Moçambique

 Bertino João Baptista

 Direcção provincial de saúde de Nampula, cidade de Nampula, Av. Samora Machel n0304, Bairro Central

 Bertinobaptista@gmail.com

Resumo

Introdução: A malária é a principal causa de problemas de saúde em Moçambique, sendo responsável por cerca de 40% de todas consultas externas nas unidades sanitárias do país. Este estudo visa analisar os processos de crianças menores de 5 anos com diagnóstico de malária e convulsões, no distrito de Monapo, Nampula. **Métodos:** Tratou-se de um estudo descritivo transversal, retrospectivo com abordagem quantitativa. Foram colhidos de Novembro de 2021 a Maio de 2022, dados sobre (unidade sanitária, idade, sexo, número e tipo convulsões, tratamentos anteriores, diagnóstico definitivo, tipo de teste diagnóstico) de processos clínicos de crianças menores de 5 anos internadas com diagnóstico de malária e convulsões. Estas estiveram internadas nas enfermarias da pediatria e serviços de urgência de três Unidades Sanitárias do distrito de Monapo. **Resultados:** Foram avaliados 113 processos de pacientes, sendo 59 (52,2%) do sexo masculino. A prevalência da malária foi de 77,8% (42/54) do sexo feminino e 74,6% (44/59) do sexo masculino. Quanto a idade, a prevalência da malária foi mais alta 84,6% (11/13) em crianças com idades entre 13-23 meses. Quanto ao número de convulsões, a malária esteve presente em 64,5% (20/31) para crianças com uma crise, 79,6% (39/49) para crianças com duas crises, 81,8% (18/22) para crianças com três crises, 66,7% (4/6) para crianças com quatro crises e 100,0% (5/5) para crianças com mais de quatro episódios de crise convulsiva. O diagnóstico a entrada em pacientes com convulsões foi de anemia para três crianças, hipoglicemia para três crianças, malária para 26 crianças, síndrome febril 68 crianças. Em relação ao teste de confirmação do diagnóstico através do hematózório (HTZ), 72,6% (82/113) das crianças não tinham feito HTZ e 27,4% (31/113) fizeram HTZ. Entre as que fizeram HTZ, a prevalência da malária foi de 82,8% (24/31). Em relação ao tratamento antes da admissão constatou-se que 11,5% (13/113) tinha feito tratamento tradicional. **Conclusão:** Apesar do registo de elevada ocorrência de diagnóstico de malária com convulsões em crianças menores de 5 anos internadas houve fraca utilização de testes de laboratório para confirmação e/ou caracterização clínica da malária e suas complicações no distrito de Monapo.

Palavras-chave: Malária, Convulsões, Prevalência

Abstract

Introduction: Malaria is the main cause of health problems in Mozambique, accounting for around 40 per cent of all outpatient consultations in the country's health units. This study aims to analyse the files of children under 5 years of age diagnosed with malaria and seizures in the district of Monapo, Nampula. **Methods:** This was a cross-sectional, retrospective descriptive study with a quantitative approach. From November 2021 to May 2022, data was collected on (health unit, age, sex, number and type of seizures, previous treatments, definitive diagnosis, type of diagnostic test) from the clinical files of children under 5 years of age hospitalised with a diagnosis of malaria and seizures. They were admitted to the paediatric wards and emergency services of 3 Health Units in the Monapo district. **Results:** 113 patient files were assessed, 59 (52.2%) of which were male. The prevalence of malaria was 77.8% (42/54) in females and 74.6% (44/59) in males. Regarding age, the prevalence of malaria was highest at 84.6% (11/13) in children aged 13-23 months. As for the number of seizures, malaria was present in 64.5% (20/31) of children with

one seizure, 79.6% (39/49) of children with two seizures, 81.8% (18/22) of children with 3 seizures, 66.7% (4/6) of children with 4 seizures and 100.0% (5/5) of children with more than four seizure episodes. The diagnosis at admission for patients with convulsions was anaemia for 3 children, hypoglycaemia for 3 children, malaria for 26 children, febrile syndrome for 68 children. Regarding the test to confirm the diagnosis using haematology (HTZ), 72.6% (82/113) of the children had not undergone HTZ and 27.4% (31/113) had undergone HTZ. Among those who had undergone HTZ, the prevalence of malaria was 82.8% (24/31). Regarding treatment prior to admission, 11.5% (13/113) had received traditional treatment. **Conclusion:** Despite the high incidence of diagnosis of malaria with convulsions in children under 5 years of age admitted to hospital, there was little use of laboratory tests for confirmation and/or clinical characterisation of malaria and its complications in the Monapo district.

Key words: Malaria, Convulsions, Prevalence

Introdução

Em Moçambique, a malária é a principal causa de problemas de saúde sendo responsável por cerca de 40% de todas consultas externas. Sessenta por cento dos doentes internados nas enfermarias de pediatria são admitidos como resultado de malária severa, constituindo a principal causa de mortalidade hospitalar.¹ A estimativa de prevalência no grupo etário de 2 a 9 anos de idade varia de 40 a 80%. Em algumas zonas do país, o parasita da malária chega a infectar 90% de crianças menores de 5 anos.¹ Segundo Roll Back e colegas,² dos cerca de 1 milhão de mortes por malária que anualmente ocorrem no mundo, estima-se que 90% se registam em África, afectando principalmente crianças em idade pré-escolar. Grande parte destas mortes ocorre na África subsaariana, onde a malária representa um notável obstáculo ao desenvolvimento económico e social. A malária grave pode apresentar-se na forma de malária cerebral, apresentando como o principal sinal as convulsões.³ Entende-se que a convulsão em crianças pode estar associada a outras doenças infecciosas (meningite e febre tifóide), doença neurológica (epilepsia) e distúrbios metabólicos (diabetes).

Segundo o Inquérito Nacional sobre Indicadores de Malária em Moçambique 2018, a prevalência da Malária em crianças dos 6-59 meses é mais alta na zona norte do país, nas províncias de Cabo Delgado, Niassa e Nampula com 57%, 49% e 48% respectivamente, essas sendo as áreas de maior transmissão da doença.⁴ A província de Nampula, em particular o distrito de Monapo, mostra um défice de eliminação dos criadouros, existência de focos de crescimento dos mosquitos e mau uso de rede mosquiteiras (com desvio para uso na pesca e artesanato), deixando alguns agregados fami-

liares com crianças sem uso da mesma.³ Assim, o presente estudo teve como objectivo fazer uma análise de processos de crianças menores de 5 anos com diagnóstico de malária e convulsões.

Metodologia

Tratou-se de um estudo transversal, retrospectivo, com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado no distrito de Monapo, em três Unidades Sanitárias, sendo estas o Hospital Rural de Monapo, o Centro de Saúde de Monapo – Sede e o Centro de Saúde de Carapira. Os dados foram colhidos dos processos de internamento nas enfermarias da pediatria e serviços de urgência. A recolha de dados do estudo decorreu de Novembro de 2021 a Maio de 2022. Foram analisados processos de internamento de crianças com convulsões. O critério de inclusão foi idade entre 0-59 meses e foram excluídos os processos com informação incompleta. A amostragem foi por conveniência com base no motivo de internamento. A informação foi colhida através do questionário de recolha de dados pré-elaborado, tendo sido colhidos dados sobre unidade sanitária, idade e sexo da criança, número de convulsões, tipo convulsões, tratamentos anteriores, diagnóstico definitivo e tipo de teste diagnóstico. Após a colheita de dados, estes foram introduzidos no programa R v.4.2.2 e Excel 2021 para a respectiva análise.. Foram calculadas a frequência absoluta e relativa em tabela bivariada. A diferença entre proporções foi mensurada com o teste do qui-quadrado (χ^2), utilizando-se um intervalo de confiança de 95% (IC 95%) e uma significância estatística de $P < 0,05$ para descartar a hipótese nula.

Foram respeitados todos os aspectos éticos, e ga-

rantidas a confidencialidade dos participantes. O protocolo foi submetido ao Comité de Bioética da Universidade Lúrio e aprovado com o número de referência Ref^a 11/Junho/CBISUL/20.

Resultados

Foram avaliados 113 processos de pacientes, sendo 49.6% (56/113) do Hospital Distrital de Monapo, 31.9% (39/113) do Monapo Sede e 15.9% (18/113) de Carapira, dos quais 54 (47,8%) do sexo feminino e 59 (52,2%) do sexo masculino. A prevalência da malária foi de 77,8% (42/54) do sexo feminino e 74.6% (44/59) do sexo masculino. Vinte e duas crianças (19,5%) tinham menos de 12 meses, 40/113 (35,5%) com idade entre 13 – 23 meses de idade, 17/113 (15%) com idade entre 24-25 meses, 13/113 (11,5%) com idade entre 36-47 e 21/113 (18,6%) com idade entre 48-59 meses. A prevalência da malária foi de 84,6% (11/13) pra crianças com idade entre 13-23 meses, 81,8% (18/22) para crianças com idade, 76,2% (16/21) crianças com idade entre 48-59 meses de idade, 75% (30/40) crianças com idade entre 13-23 meses, 64,7% (11/17). A prevalência da malária por unidade sanitária (**Tabela 1**) foi de 71,4% (40/56) para o Hospital Distrital de Monapo, 75.9% (30/39) para o Centro de Saúde Monapo Sede e 88.9% (16/18) para o Centro de Saúde de Carapira.

Foram registados nos processos clínicos 31/113 (27,4%) crianças com um episódio convulsivo, 49/113 (43,3%) com 2 episódios, 22/113 (19,5%) com 3 episódios, 6/113 (5,3%) com 4 episódios e 5/113 (4,5%) com mais de 5 episódios. Destas, a prevalência da malária (**Tabela 2**) foi de 64,5% (20/31) para crianças com uma crise convulsiva, 79.6% (39/49) para crianças com duas crises, 81.8% (18/22) para crianças com três crises, 66.7% (4/6) para crianças com quatro crises e 100.0% (5/5) para crianças com mais de quatro episódios de crise convulsiva. Em relação ao tipo de convulsões, 15 crianças tiveram convulsões focais e 98 crianças tiveram convulsões generalizadas, das quais 11/15 (73.3%) e 75/98 (76.5%) tinham malária respectivamente.

O diagnóstico a entrada em pacientes com convulsões foi de anemia para três crianças, hipoglicemia para três crianças, malária para 26 crianças, síndrome febril para 68 crianças, e outros diagnósticos 13 crianças. A prevalência da malária por tipo de diagnóstico a entrada foi significa-

tiva com 100.0% (3/3) para hipoglicemia, 86.8% (59/68) para síndrome febril, 65.4% (17/26) para diagnóstico de entrada de malária, 46.2% (6/13) para outros diagnósticos e 33.3% (1/3) das crianças com diagnóstico de anemia. Em relação ao teste de confirmação do diagnóstico através do hematozoário (HTZ), 72.6% (82/113) das crianças não tinha feito HTZ e 27.4% (31/113) fizeram HTZ. Entre os que fizeram HTZ, a prevalência da malária foi de 82,8% (24/31).

Quanto a hemoglobina, 80.5% (91/113) não tinham análise da hemoglobina. Dos 22 que realizaram, 19,5% (22/113) tinham malária, dos quais 6,2 (7/113) com anemia grave (1-3g/dl), 12,4% (14/113) com anemia moderada (4-7g/dl) e 0,9% 9 (1/113) com anemia leve (8-11g/dl).

Quanto a análise de glicemia, 92.0% (104/113) das crianças não fizeram a análise de glicemia, 7.1% (8/113) das crianças tiveram o valor de glicemia de 1-3 mg/dl e 0.9% (1/113) teve valor de glicemia de 4-6 mmol/l. A prevalência da malária entre as crianças sem análise de glicemia foi de 76.9% (80/104), no grupo de crianças com glicemia de 1-3 mmol/l, a prevalência da malária foi de 62.5% (5/8) e no grupo de criança com 4-6 mmol/l a prevalência de malária foi de 100.0% (1/1).

Em relação ao tratamento antes da admissão, 72.6% (82/113) não tinham feito tratamento, 15.9% (18/113) tinham feito tratamento com Artemeter+ Lumefantrina e 11,5% (13/113) tinham feito tratamento tradicional. A prevalência da malária foi de 75.6% (62/82) para as crianças sem tratamento, 77.8% (14/18) para crianças com tratamento de Artemeter+Lumefantrina e 76.9% (10/13) para as crianças com tratamento tradicional.

Discussão

Este estudo baseado em análise de processos clínicos revela ocorrência de malária associada a convulsão em mais de $\frac{3}{4}$ (76.1%) das crianças. Contudo, 72,6% das crianças não fizeram o teste de hematozoário, 80,5% das crianças não tiveram acesso ao hemograma, apesar de estarem clinicamente classificadas como anemia grave ou moderada, e 92% não teve acesso ao teste de glicemia. Estes dados indicam fraca utilização de exames complementares para cuidados médicos a crianças graves.

O estudo demonstrou que o diagnóstico de síndrome febril em crianças com convulsões foi de 86.8% (59/68). As convulsões desencadeadas por febre e classificadas como convulsões febris têm sido,

há décadas, um grande problema para crianças em países desenvolvidos e ainda mais em locais com recursos limitados.⁵ Um estudo realizado por Siddiqui em 2005 indica que a síndrome convulsiva é um dos motivos mais frequentes de consultas na pediatria e neurologia e se estima que uma em cada 1000 criança apresentou convulsões em uma síndrome febril em 2004.⁶

Em relação à confirmação do diagnóstico, 72,6% dos pacientes não fizeram o teste de hematozário. O exame microscópico continua sendo o padrão ouro para a detecção do plasmódio e pode ser feito em esfregaço delgado (distendido) ou espesso (gota espessa).^{7,8} O diagnóstico laboratorial da malária é crucial para o sucesso das medidas de prevenção e tratamento da doença, e para a melhoria dos cuidados de saúde prestados aos utentes dos serviços de saúde.⁹ O Inquérito Nacional sobre indicadores da Malária realizado em 2019, indica prevalência de 39% de malária em crianças entre 6-59 meses de idade, baseada em teste rápido.⁹

No nosso estudo 80,5% das crianças não tiveram acesso ao hemograma, apesar de estarem clinicamente classificadas como anemia grave ou moderada. O Inquérito Nacional sobre Indicadores da Malária de 2018, revelou que embora a anemia não seja uma complicação específica da malária, as tendências na prevalência da anemia podem reflectir a morbidade da malária, contribuindo para mais de 50% das mortes relacionadas com a malária em áreas endémicas e também contribuir para a gravidade da doença.³

O estudo mostrou que várias crianças tinham previamente ao internamento feito automedicação usando medicamentos convencionais e medicina tradicional para tratamento das convulsões. As práticas de auto-medicação não constituem propriamente uma forma de desvio a lógica de intervenção médica, mas antes, uma forma de desvio ao poder e autoridade médica.¹⁰ A interpretação das convulsões pela comunidade como “doença da lua” que carece de medidas preventivas tradicionais durante a infância,¹¹ pode contribuir para esta prática.

No estudo, 92% (104/113) das crianças não teve acesso ao teste de glicemia. Considerando que baixos níveis de glicemia¹² na criança e recém-nascidos podem estar associados a convulsões,¹³ estes dados são preocupantes.

O estudo tem limitações inerentes ao facto de se ter baseado em colheita retrospectiva de dados de processos clínicos.

Conclusão

Apesar do registo de elevada ocorrência do diagnóstico de malária com convulsões, em crianças menores de 5 anos internadas, houve fraca utilização de testes de laboratório para confirmação e/ou caracterização clínica da malária e suas complicações no distrito de Monapo. Esforços devem ser feitos para alterar esta prática.

Referências Bibliográficas

1. MISAU (s/d), Plano Nacional de Controlo de Malária: Plano de Acção 2006-2008. Maputo, Moçambique.
2. ROLL BACK MALÁRIA (2007). O paludismo em África. Edição local. Maputo. Moçambique
3. Gomes AP, Vitorino RR, Costa A de P, Mendonça EG, Oliveira MG, Siqueira-Batista R. Severe Plasmodium falciparum malaria. Rev Bras Ter Intensiva. 2011 Sep; 23(3):358-69. English, Portuguese. doi: 10.1590/s0103-507x2011000300015.
4. Ministério Nacional de Saúde, Instituto Nacional de Estatística, Instituto Nacional de Estatística. Inquérito Nacional sobre Indicadores de Malária (IIM) 2018: Relatório final. ICF/The DHS Progr. 2019;1(1):1-190.
5. Costa AP, Bressan CS, Pedro RS, Valls-de-Souza R, Silva Sd, Souza PR, et al., Brasil P. Diagnóstico tardio de malária em área endémica de dengue na extra-Amazônia Brasileira: experiência recente de uma unidade sentinela no estado do Rio de Janeiro. Rev Soc Bras Med Trop. 2010 Sep-Oct;43(5):571-4. Portuguese. doi: 10.1590/s0037-86822010000500020.
6. Siddiqui TS. Febrile convulsions in children: relationship of family history to type of convulsions and age at presentation. J Ayub Med Coll Abbottabad. 2002 Oct-Dec;14(4):26-8.
7. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de Diagnóstico Laboratorial da Malária, 1 ed. Brasília, DF, 2005.
8. Relatório do Programa Nacional de Controlo da Malária, 2007. Valido em www.malariaconsortium.org/userfiles/file/Mozambique/PNCM
9. Instituto Nacional de Saúde (INS). Directriz de Garantia da qualidade do diagnóstico laboratorial da malária em Moçambique. Edição 1. 2020
10. Tavares W. Drogas anti-maláricas. In: Tavares W. Antibióticos e quimioterápicos para o clínico. 2a ed. rev. e actual. São Paulo: Atheneu; 2009
11. Sequeira A.R.S. Interpretações locais sobre a malária e o discurso sobre os provedores tradicionais de cuidados de saúde no sul de Moçambique. Saúde Soc. São Paulo.
12. Fagulha A. Hipoglicemia. Serviço de endocrinologia. Hospital universitário de Coimbra. Acta Medica Portuguesa. supl. 1989. 1:25-26. Coimbra
13. Pereira L. F. M et al. Fisiopatologia e prevenção da hipoglicemia neonatal: revisão de literatura. Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, v.4, n.2, p. 5852-5865, mar./apr. 2021

Feocromocitoma: Causa de Hipertensão Arterial num Adulto Jovem

Zakir Ossman¹, Nely Chavo¹, Adjine Mastala¹, Ana Mocumbi^{1,2}

¹Instituto Nacional de Saúde, Vila de Marracuene, Província de Maputo, Moçambique; ²Universidade Eduardo Mondlane, Cidade de Maputo, Moçambique

 Zakir Ossman

 Instituto Nacional de Saúde, Vila de Marracuene, Estrada Nacional Nr 1

 zakir.ossman@ins.gov.mz

História Clínica

Paciente de 24 anos, sexo masculino, solteiro, estudante, com história de cefaleia persistente e níveis tensionais elevados (155/129mmHg) desde Maio de 2019, altura em que foi medicado com Nifedipina 30mg (duas vezes por dia). Não apresentava qualquer tipo de comorbidades nos antecedentes pessoais, negava alergias, hábitos tabágicos, tóxicos e consumo de álcool, mas referiu avós hipertensos e tios diabéticos. Praticava exercício e referia estresse escolar. Ao exame objectivo apresentou bom estado geral, apirético, corado, acianótico, hidratado, anictérico. O paciente estava lúcido e orientado no tempo e no espaço, sem déficite motor/sensitivo focal. Confirmou-se pressão arterial elevada (160/119mmHg), sem atraso radio-femoral e pulsos normais e simétricos. Não tinha alterações na auscultação cardíaca e respiratória. O exame oftalmológico mostrou acuidade visual 10/10 em ambos os olhos, com fundoscopia normal.

Os exames laboratoriais (23/05/2019), não foram identificadas alterações nas funções hepáticas e renais, e a serologia para o VIH foi negativa. Os níveis de colesterol total e triglicéridos estavam dentro dos parâmetros normais. Verificou-se um ligeiro aumento da velocidade de sedimentação (**Tabela 1**).

Imagiologia: A radiografia do tórax realizada na mesma data não apresentou anormalidades (**Figura 1**). A ecografia abdominal realizada a 19/11/2019 revelou a presença de uma massa sólida, com características de degeneração cística, medindo cerca de 5,8 x 7,4 x 7,2 cm na suprarrenal direita. Foi nessa altura adicionado Atenolol 50mg/dia ao seu tratamento (**Figura 2**). O exame de tomografia computadorizada (28/05/2020) com cortes axiais

Tabela 1 – Exames laboratoriais

HEMOGRAMA	BIOQUÍMICA
Leucócitos: 11,2x10⁹/L	Ureia: 4,8 mmol/L
Neutrófilos: 74,7%	Creatinina: 72,89 mmol/L
Linfócitos: 19%	AST: 27 IU/L
Hemoglobina: 13,5g/dL	ALT: 26 IU/L
Hematócrito: 41,1%	Colesterol: 4,85 mmol/L
Volume corpuscular médio: 86,3fL	Triglicéridos: 0,97 mmol/L
Hemoglobina corpuscular média: 28,4pg	Sódio: 138 mmol/L
Plaquetas: 311x10⁹/L	Potássio: 4,3 mmol/L
VS: 39mm/l	Albumina: 48g/L
HIV: negativo	

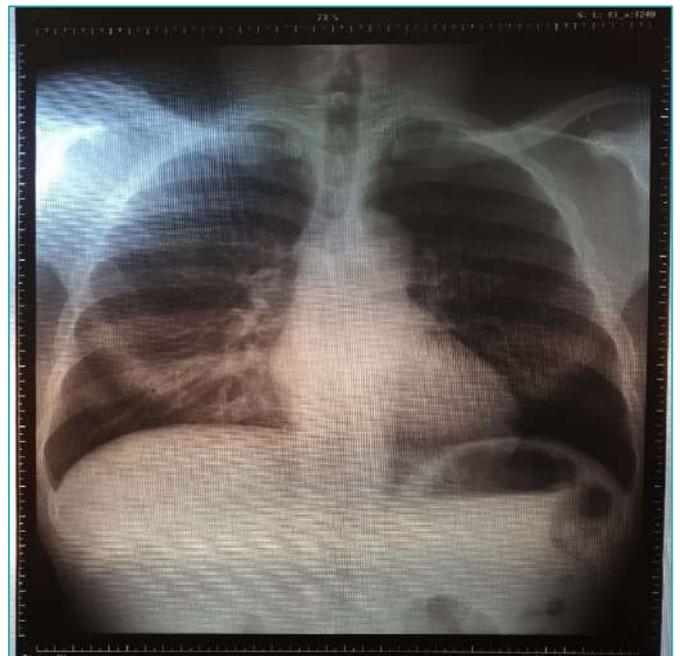


Figura 1. Imagem sugestiva de dilatação da porção torácica da aorta



Figura 2 - Ecografia abdominal

obtidos sem a administração venosa do meio de contraste iodado, sem opacificação prévia do trato gastrointestinal revelou em topografia da glândula suprarenal uma lesão arredondada, sólida e heterogênea sendo ligeiramente hiperdenso em fase sem contraste, o que sugere sangramento prévio (densidade 50-70 UH), com realce heterogêneo após contraste EV (140 UH) revelando áreas de necrose central, mede 7,2 x 6,6cm. Molda a vertente medial do polo inferior do rim, verificando-se planos de clivagem nítidos, achados inespecíficos. Na Ressonância Magnética (28/07/2021), foram realizadas seqüências multiplano ponderadas em T1 e T2, antes e após a injeção intravenosa do meio de contraste paramagnético. Realizada administração de solução hiperosmolar por via oral para distensão das ansas intestinais. Observa-se em topografia da glândula suprarenal a direita uma massa arredondada, de contornos regulares, com sinal heterogêneo (medindo 7,6 x 8,2 x 10,0 cm) e excluiu infiltração de estruturas adjacentes. Em Junho de 2023 o paciente foi internado no Hospital Central de Maputo devido a um *Pneumotórax Espontâneo À Direita*. O internamento cursou com níveis elevados de pressão arterial (203/109mmHg) com ausência de sinais de congestão pulmonar e periférica, tendo sido aumentada a dose de Atenolol para 100mg. Tal resultou na redução da pressão arterial para 159/117mmHg, frequência cardíaca de 88bpm.

Apesar da suspeita de Feocromocitoma desde

a ecografia, a confirmação foi demorada devido as dificuldades económicas do paciente. Os exames laboratoriais realizados no dia 23/06/2023 mostraram níveis elevados de metanefrinas fracionadas [metanefrina 946pg/mL (<90); normetanefrina 3.864pg/mL (<190)] e ácido vanilmandélico [188,9mg/24h (1,6-7,3)], confirmando a suspeita de Feocromocitoma.

Depois da confirmação do diagnóstico de Feocromocitoma a direita, este foi tratado em unidade especializada na gestão da tempestade hormonal esperada neste tipo de cirurgia. Na admissão, o paciente estava estável, pulso: 106b/min, pressão arterial: 188/122mmHg, SPO2: 98%. A Tomografia computadorizada do abdómen realizada em 18/08/2023 revelou: lesão de massa heterogênea de densidade mista arredondada, bem definida, com poucas densidades hemorrágicas no interior, múltiplas áreas necróticas no interior, compressão sobre o parênquima hepático adjacente após deslocamento lateral e compressão ou rim direito com indentação significativa e compressão causando deslocamento inferior e pós-lateral do rim direito com compressão significativa.

Em 21/08/2023: o exame de sangue mostrou K+: 3,4mmol/L; Creatinina: 1,30mg/dL. Foi iniciado tratamento com bloqueadores alfa, e no dia seguinte foi feita laparotomia para adrenalectomia direita aberta sob anestesia geral e epidural, tendo sido extraída uma massa sólida completamente aderente a glândula adrenal direita medindo 17x16x-13cm. A **Figura 3** mostra a massa adrenal direita excisada. Os gânglios linfáticos retrocavais eram normais e as margens estavam livres de tumor.

No pós-operatório o doente evoluiu com hipotensão e hipoglicemia, tendo sido administrados inotrópicos em infusão. O doente evoluiu com melhoria clínica e 7 dias após a cirurgia teve alta com recomendação de tratamento com amlodipina 2,5mg por dia.

Revisão da Literatura

O feocromocitoma é um tumor derivado das células cromafins adrenomedulares, que produzem catecolaminas, como a norepinefrina, a epinefrina

e a dopamina. Aproximadamente 15-20% dos tumores de células cromafins têm origem em células cromafins extra-adrenais e são designados por paragangliomas.¹ Estes tumores são benignos em mais de 25% dos casos.² Os tumores podem ser de origem esporádica ou familiar. De acordo com um estudo recente, até 35% dos casos podem estar relacionados com mutações causadoras de doença na linha germinal.³

Os feocromocitomas são tumores raros, com incidência anual de 2 a 9,1 por milhão de adultos.⁴ Homens e mulheres são afectadas igualmente. Feocromocitoma pode aparecer em qualquer idade, no entanto, mais comumente na 3ª a 5ª década de vida. Doença hereditária é mais frequente em pacientes mais jovens; feocromocitoma aparentemente esporádicos em crianças correspondem a doença hereditária em até 70% dos casos.

Os feocromocitomas aumentam a pressão arterial sistólica e diastólica simultaneamente podendo raramente causar hipertensão sistólica isolada. No entanto, cerca de 50% dos feocromocitomas são diagnosticados apenas na autópsia, pois muitos desses tumores permanece clinicamente silenciosos durante a vida.

A história clássica de um paciente com feocromocitoma inclui crises caracterizadas por cefaleia, palpitações e sudorese em associação com hipertensão grave. Essas 4 características juntas são fortemente sugestivas de feocromocitoma. Na ausência desses três sintomas e hipertensão, o diagnóstico pode ser excluído. A ocorrência dos ataques pode variar de mensal a várias vezes por dia, e a duração pode variar de segundos a horas. Normalmente, pioram com o tempo, ocorrendo com mais frequência e tornando-se mais graves à medida que o tumor cresce.

Os sinais clínicos associados aos feocromocitomas incluem Hipertensão Paroxística em 50% dos casos, hipotensão postural (devido a contração do volume), retinopatia hipertensiva e perda de peso. A taquicardia sinusal (apresentando-se como palpitações) é a anormalidade do ritmo cardíaco mais comum em pacientes com feocromocitoma, mas arritmias ventriculares mais graves ou distúrbios de condução também podem ocorrer. Outras manifestações cardíacas incluem dilatação e/ou hipertrofia ventricular reversível.

O diagnóstico de feocromocitoma pode ser estabelecido pela confirmação bioquímica de hipersecreção de metanefrinas e catecolaminas. De acordo com as directrizes mais recentes a avaliação bioquímica inicial deve incluir metanefrinas fraccionadas no plasma e na urina.⁷ Os exames de imagem auxiliam na localização e no tamanho do tumor e qualquer invasão ou metástase.⁸

O tratamento do feocromocitoma requer uma equipe multidisciplinar para cada fase. Recomenda-se preparação pré-operatória com o uso de alfa-bloqueadores para o controle da hipertensão, a frequência cardíaca e uma dieta rica em sódio com ingestão de líquidos para prevenir hipotensão grave após a remoção do tumor. A pressão arterial, a frequência cardíaca e os níveis de glicose devem ser rigorosamente monitorados após a cirurgia, pois há uma diminuição de glicose devida a diminuição acentuada de catecolaminas pela extirpação do tumor.⁹

A maioria dos tumores esporádicos é unilateral. A adrenalectomia minimamente invasiva (laparoscópica) é o tratamento de escolha para a maioria dos feocromocitomas adrenais unilaterais. A



Figura 3 – Tumor Adrenal Direita. Massa adrenal direita - 18x13x9cm. peso: 950gr. Superfície exterior: lisa. Superfície de corte: massa sólida, castanho-dourada, substituindo toda a superfície, com fino bordo de adrenal não envolvida na periferia. Área marcada de hemorragia e necrose.

adrenalectomia aberta pode ser considerada em feocromocitomas adrenais maiores ou nos casos em que o tumor é considerado invasivo.⁷ Nos feocromocitomas bilaterais - comumente hereditários - a adrenalectomia total bilateral está associada a necessidade vitalícia de reposição de esteroides com efeitos colaterais a longo prazo.¹⁰ A adrenalectomia poupadora bilateral parcial ou cortical (aberta ou laparoscópica) é uma opção nesses casos e tem demonstrado sobrevida semelhante apesar da recorrência tumoral e preservação da função adrenocortical, com redução da necessidade de terapia de reposição de glicocorticoides por toda a vida.¹⁰

Referências Bibliográficas

1. Andrade MO, Cunha VSD, Oliveira DC, Moraes OL, Lofrano-Porto A. What determines mortality in malignant pheochromocytoma? - Report of a case with eighteen-year survival and review of the literature. *Arch Endocrinol Metab.* 2018 Mar-Apr;62(2):264-269. doi: 10.20945/2359-3997000000033.
2. Plouin PF, Chatellier G, Fofol I, Corvol P. Tumor recurrence and hypertension persistence after successful pheochromocytoma operation. *Hypertension.* 1997 May;29(5):1133-9. doi: 10.1161/01.hyp.29.5.1133.
3. Neumann HP, Young WF, Krauss T, Bayley JP, Schiavi F, Opocher G, Boedeker CC, Tirosh A, Castinetti F, Ruf J, Beltsevich D, Walz M, Groeben HT, von Dobschuetz E, Gimm O, Wohllk N, Pfeifer M, Lourenço DM, Peczkowska M, Patocs A, Ngeow J, Makay Ö, Shah NS, Tischler A, Leijon H, Pennelli G, Villar Gómez de Las Heras K, Links TP, Bausch B, Eng C. 65 YEARS OF THE DOUBLE HELIX Genetics informs precision practice in the diagnosis and management of pheochromocytoma. *Endocrine - Related Cancer*, vol. 25, no. 8, pp. T201-T219. <https://doi.org/10.1530/ERC-18-0085>.
4. Farrugia FA, Martikos G, Tzanetis P, Charalampopoulos A, Misiakos E, Zavras N, Sotiropoulos D. Pheochromocytoma, diagnosis and treatment: Review of the literature. *Endocr Regul.* 2017 Jul 1;51(3):168-181. doi: 10.1515/enr-2017-0018.
5. Prejbisz A, Lenders JW, Eisenhofer G, Januszewicz A. Cardiovascular manifestations of pheochromocytoma. *J Hypertens.* 2011 Nov. 29(11):2049-60.
6. Gagnon N, Mansour S, Bitton Y, Bourdeau I. TAKOTSU-BO-LIKE CARDIOMYOPATHY IN A LARGE COHORT OF PATIENTS WITH PHEOCHROMOCYTOMA AND PARAGANGLIOMA. *Endocr Pract.* 2017 Jul 13.
7. Lenders JW, Duh QY, Eisenhofer G, Gimenez-Roqueplo AP, Grebe SK, Murad MH, Naruse M, Pacak K, Young WF., Endocrine Society. Pheochromocytoma and paraganglioma: an endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2014 Jun;99(6):1915-42.
8. Farrugia FA, Charalampopoulos A. Pheochromocytoma. *Endocr Regul.* 2019 Jul 1;53(3):191-212. doi: 10.2478/enr-2019-0020. PMID: 31517632
9. Araki S, Kijima T, Waseda Y, Komai Y, Nakanishi Y, Uehara S, Yasuda Y, Yoshida S, Yokoyama M, Ishioka J, Matsuoka Y, Saito K, Kihara K, Nakano Y, Yoshimoto T, Uchida T, Fujii Y. Incidence and predictive factors of hypoglycemia after pheochromocytoma resection. *Int J Urol.* 2019 Feb;26(2):273-277. doi: 10.1111/iju.13864.
10. Neumann HP, Reincke M, Bender BU, Elsner R, Janeztschek G. Preserved adrenocortical function after laparoscopic bilateral adrenal sparing surgery for hereditary pheochromocytoma. *J Clin Endocrinol Metab.* 1999 Aug;84(8):2608-10. doi: 10.1210/jcem.84.8.5872.

A Economia do Sexo e as Normas de Género nas Relações de “Marandzas & Sugar Daddies” e o Risco de HIV

Miguel Osório¹

¹South Africa Regional Sexual and Reproductive Health and Rights (SRHR) and HIV/AIDS Programme

@ V.osas2015@gmail.com

Resumo:

Introdução: A infecção pelo HIV e a mortalidade por SIDA tem afectado principalmente o segmento jovem, em especial as adolescentes e jovens. Este segmento é o mais produtivo da população nos últimos anos. A prática do sexo transaccional, aliado ao fraco poder de negociação do uso do preservativo nas relações sexuais estão a ajudar a alimentar a propagação do HIV, levando a cada vez mais infecções de HIV despercebidas e surgimento de gravidezes indesejadas. As raparigas e adolescentes e mulheres jovens que se envolvem na prática de sexo transaccional e transgeracional, estão em desvantagem na negociação do uso do preservativo em relação aos sugar, por dependerem dos recursos destes. Este comportamento tem implicações para o risco de contracção de ITS e HIV. **Objectivo:** A presente revisão da literatura tem como objectivo analisar os relacionamentos de “Sugar Daddies e Marandzas” e o risco do HIV, como também, compreender os factores associados à sua prática.

Métodos: A revisão adoptou métodos sistemáticos para atingir seus objectivos. A busca por dados foi realizada em bases como PubMed, Google Scholar, Medline, JSTOR, Embase, The Cochrane Library e PsycINFO, resultando na selecção criteriosa de estudos de revisão, pesquisas longitudinais e transversais, através de termos de pesquisa pré-definidos. **Resultados:** A revisão da literatura indicou que existem factores socio-comportamentais, socio-culturais e socioeconómicos, em especial a pobreza, que influenciam a susceptibilidade de mulheres jovens ao sexo transaccional e ao risco de HIV, buscando sempre por novos parceiros para obterem ganhos materiais e se notabilizarem entre os seus pares. Nas relações que envolvem assimetrias de idade e económicas, como as de *sugar daddies e marandzas*, o uso de preservativo é baixo, o que constitui um risco para a propagação do HIV. **Conclusão:** As intervenções e as respostas políticas às relações sexuais dos adolescentes e jovens com os sugar daddies precisam ser baseadas na compreensão do problema, e encontrar maneiras de se envolver com as comunidades e tentar encorajar os homens a se verem como “promotores e apoiadores das mulheres”.

Palavras-chave: Sexo transaccional/ transgeracional, *Sugar daddy/mommy/baby*, HIV-SIDA, Poder de género

Abstract

Introduction: HIV infection and AIDS-related mortality have disproportionately affected the young population, particularly adolescent girls and young women, who represent the most productive segment in recent years. The practice of transactional sex, coupled with the weak negotiating power for condom use in sexual relationships, contributes to the spread of HIV, leading to unnoticed infections and unwanted pregnancies. Girls and young women engaged in transactional and intergenerational sex are disadvantaged in negotiating condom use compared to their sugar partners, leading to implications for the risk of contracting STIs and HIV. **Objective:** This literature review aims to analyze the relationships between “Sugar Daddies and Marandzas” and the risk of HIV. Additionally, it seeks to understand the factors associated with this practice. **Methods:** The review employed systematic methods to achieve its objectives. Data were sourced from databases such as PubMed, Google Scholar, Medline, JSTOR, Embase, The Cochrane Library, and PsycINFO. A careful selection of review studies, longitudinal and cross-sectional research, guided by predefined search terms, was conducted. **Results:** The literature review highlighted socio-behavioral, sociocultural, and socioeconomic factors, particularly poverty, influencing the vulnerability of young women to transactional sex and HIV risk. These women seek new partners to gain material benefits and gain recognition among their peers. In relationships with age and economic asymmetries, such as those involving sugar daddies and *marandzas*, condom use is low, posing a risk for HIV transmission. **Conclusion:** Interventions and policy responses to sexual relationships among adolescents and youth with sugar daddies need to be informed by an understanding

of the problem. Finding ways to engage with communities and encouraging men to see themselves as “promoters and supporters of women” is crucial.

Keywords: transactional/transgenerational sex; sugar daddy/mommy/baby; HIV-AIDS; gender power.

Introdução

A infecção pelo vírus de imunodeficiência humana (HIV) e a mortalidade por síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA) tem afectado principalmente o segmento jovem e mais produtivo da população nos últimos anos. A prevalência é desproporcional em raparigas adolescentes 15-19 anos, cuja prevalência é 4,3 vezes superior à dos seus pares rapazes (6,5% vs 1,5%), e na idade dos 15-24 anos, a probabilidade de serem infectados é maior entre raparigas adolescentes e mulheres jovens (RAMJ) em comparação com seus pares (9,8 vs. 2,2).^{1,2} O presente texto procura elucidar os leitores sobre os relacionamentos de “*sugar daddies e marandzas*”, os factores associados à sua prática e preocupações quanto à vulnerabilidade que tais relacionamentos, enquadrados em desigualdades de idade e recursos, podem implicar na capacidade de adolescentes e jovens mulheres negociarem sexo seguro. Através dos pressupostos da “teoria da troca social”, onde a pessoa que é menos dependente do relacionamento normalmente detém maior poder nas negociações, procuramos compreender e explicar a relação dos sugar daddy e os sugar babies, como afirma Kirkeby et al., (2021) os “sugar babies” que dependem dos recursos dos sugar daddies estão em desvantagem na tomada de decisão sexual em relação aos sugar, que podem insistir em fazer sexo desprotegido.³ Através da dependência económica que as marandzas têm dos sugar daddies, estas encontram-se em posição frágil de negociar o sexo seguro, e a ambição de deter bens materiais sujeitam-se a ter relações sexuais desprotegidas (vidas), o que aumenta o risco de infecção pelo HIV, uma vez que a incidência do HIV é maior nos homens adultos.

Metodologia

O presente escrito é uma “*Literature review*” (revisão da literatura), onde o autor examina a literatura, faz um resumo crítico e analítico, e sintetiza o conhecimento sobre a relação do sexo transaccional entre *marandzas e sugar daddies* e o risco

de HIV. Através de uma busca bibliográfica, com base em termos de pesquisa pré-definidos – sexo transaccional/transgeracional e HIV; *sugar daddies* e adolescentes e jovens; género e HIV – em bases de dados electrónicas, como: PubMed, Medline, JSTOR, Embase The Cochrane Library, PsycINFO, e seguindo referências em artigos, revisões sistematica pré-seleccionados, o autor discute a literatura académica empregando uma abordagem narrativa, apresentando numa base temática, as diferentes abordagens teóricas e conceitos específicos envolvidos no tópico, fornecendo uma análise do que é conhecido actualmente e também revela controvérsias, fraquezas e lacunas no trabalho actual, apontando direcções para pesquisas futuras.

Definição de *Sugar daddies e Marandzas*

Os fundamentos do relacionamento entre o “*Sugar e a Marandza*”

Em todos os países, sociedades e culturas da história humana, a prática de sugar daddy/ mommy, são tão antigas quanto a existência da humanidade, e têm sido de natureza heterossexual ou homossexual. Eles podem ser gratuitos, transaccionais, exploradores, coercitivos ou ilegais. As evidências sugerem que os jovens em muitos países são explorados ou tentam tirar proveito de tais relacionamentos para atender às suas necessidades básicas, melhorar sua condição de vida e perspectivas entre os pares e/ou obter dinheiro, roupas, mensalidades escolares, presentes e vários favores em retorno para relações sexuais de alguma duração.⁴

A primeira menção de “sugar daddy”, no sentido comercial, é com referência à barra de chocolate Sugar Daddy no palito, fabricada pela Tootsie Roll Industries e inventada em 1925. A ideia de uma “barrinha de chocolate no palito” sugere comodidade, prazer e mobilidade, todas as coisas que o dinheiro pode comprar.⁵ Na literatura, um “*sugar daddy/ sugar mommy*” é o nome dado a homens/mulheres mais velhos (as) que têm relações sexuais com meninas (os) em troca de dinheiro e/ou bens materiais, bebidas, presentes, roupas e

tratamento favorável, incluindo favores em muitos aspectos da vida, como educação, emprego e pagamento de propinas, apoio financeiro para custos de vida e outros tipos de apoio, de forma periódica para o companheirismo contínuo. Estes relacionamentos estão associados a assimetrias de idade e económicas, que se acredita limitar o poder das mulheres jovens de negociar um comportamento sexual mais seguro.⁴⁻⁶ É também sinónimo do sexo transaccional, os zimbabwianos designam de Big Dhara ou NABA, ao se referir a homens idosos com certo status socioeconómico e atributos físicos, e parecem literalmente carregar sua riqueza em suas pessoas.⁷ Na vizinha África do Sul, este fenómeno é designado por “*blessing and blessed*”. Relacionamento entre homens ricos mais velhos (“abençoadores”) com mulheres adolescentes e jovens (“abençoadas”), atraem as suas prezas com dinheiro e presentes caros em troca de favores sexuais. Na maioria dos casos, esses homens mais velhos são casados que, secretamente se envolvem em casos extraconjugais com essas jovens. Por sua vez, as jovens que praticam sexo transaccional argumentam que veem seus parceiros sexuais como namorados e não como clientes, como é o caso das profissionais do sexo.⁸ Também designado de “*Taxi-queen*”, relações de troca sexual entre mulheres jovens em idade escolar e motoristas de táxi e transportes públicos (chapa, TPM), por benefícios materiais, bem como álcool e drogas e obtém status considerável entre os seus pares. E para os taxistas, os benefícios vão além do sexo, como a construção social da masculinidade hegemónica ilustrando sua atractividade para as mulheres, dirigindo com a sua “táxi queen” ao seu lado.⁹⁻¹¹ Em certos casos, os taxistas vendem a sua namorada ao comerciante, para cumprir as metas do dia.¹⁰ As jovens mulheres envolvidas nessas práticas, são estigmatizadas, vistas como promíscuas, pois passam de um sugar para outro, dormindo com vários ao mesmo tempo, enquanto os homens são considerados ‘*player*’, e admirado por terem várias parceiras.^{9,12} Em Moçambique estas relações tem a designação de “*Sugar ou Xuxu*”, o provedor, e “*Marandza*”, mulher superficial e interesseira, focada nos bens materiais e um *lifestyle* de luxo. Contudo, a essência das relações é a mesma, mudando apenas a nomenclatura nos diferentes locais.

Ao contrário dos relacionamentos românticos convencionais, onde um compromisso de longo prazo e a monogamia são muitas vezes as aspirações e expectativas dos parceiros, os arranjos tendem a ser “sem amarras”, em que ambos os parceiros podem ter relacionamentos emocionais e/ou sexuais com outros parceiros.³ A troca material que acompanha os encontros sexuais, pode ser interpretada como um gesto amoroso, mas também pode expressar um relacionamento sem amor e calculista, o que significa que a maioria das meninas procura sexo com homens mais velhos apenas para ganho monetário.⁷ Embora o sexo transaccional, às vezes, implique recompensas financeiras e materiais substanciais, os indivíduos envolvidos na prática não se consideram necessariamente envolvidos em trabalho sexual.¹³ Eles também enfatizam a importância da “química” e da conexão em seus relacionamentos. Alguns “sugar babies” querem que seus arranjos de namoro açucarados resultem em casamento e ou se transformem em relacionamentos românticos regulares.¹⁴ Outros relatos de jovens envolvidos na prática argumentam que “- Não é uma forma de namoro ... é uma forma de cobrir a prostituição, você vende e compra sexo”, ou por outra “- Isso é prostituição. Estamos em auto-engano. Nenhum de nós quer se chamar prostituta ou john. Então mudamos as palavras e lançamos em um pacote mais bonito”. São arranjos “pay-for-play” para disfarçar a verdadeira natureza da troca.¹⁴

Uma das características das relações entre os jovens e os sugar daddys/ mommy é de que os jovens não convivem com o parceiro sexual. Em alguns casos, seus sugar daddy ou mommy pagam o aluguel e até garantem que sua residência seja um ambiente seguro, confortável e respeitável, onde possam sentir uma sensação de privacidade sempre que estiverem com eles. Esses homens e mulheres mais velhos, muitas vezes ocupam cargos de liderança na sociedade ou são empresários e mulheres ou esposas de empresários (especialmente em uniões polígamas), como tal, eles temem por sua reputação e, como resultado, mantêm em segredo suas relações com os jovens. E há um reconhecimento implícito e/ou conhecimento correcto de que o amante mais velho é casado ou pode ter um ou vários outros parceiros sexuais. Estudos na Tanzânia confirmaram que metade dos

parceiros de *sugar daddy* das meninas já eram casados ou disseram que eram.⁴

“Porquê as mulheres adolescentes e jovens africanas correm um risco muito maior de contrair o HIV em comparação com os homens jovens da mesma idade?”

Sanyu A. Mojola, argumenta que o emaranhado de amor, dinheiro e a transformação de meninas em “mulheres consumidoras” está no cerne da maioria e das crises de saúde das mulheres. Isto é, *à medida que as mulheres jovens aspiram adoptar uma identidade moderna, elas desenvolvem um novo conjunto de “necessidades” de produtos de consumo que as marcam simbolicamente como modernas, incluindo roupas contemporâneas, cosméticos e produtos de higiene pessoal.*¹⁵ Mark Manson, na sua obra, *“A arte subtil de saber dizer que se f*da”*, defende que o problema actual prende-se na sociedade globalizada e mediatizada, virada para o consumo e posts nas redes sociais, gerando expectativas, virado para o feed de notícias e o feedback dado pelos seguidores e próximos.¹⁶

Essas necessidades não são fornecidas às jovens por suas famílias; mesmo quando seus pais podem pagá-las, elas vão além das concepções mais tradicionais de necessidade de suas famílias. Essas não podem ser alcançadas pelas próprias mulheres, pois essas mulheres são excluídas do mercado de trabalho. E não podem ser adquiridas por meio de relacionamentos com homens de sua idade, pois a maioria desses homens ainda está na escola ou está desempregado e, portanto, não tem dinheiro para oferecer. Em vez disso, as mulheres na tentativa e ambição de ter um estilo de vida extravagante voltam-se para homens mais velhos com dinheiro e envolvem-se em “fornecer parcerias” que oferecem acesso aos recursos necessários para se adequar às expectativas da feminilidade moderna. Ao mesmo tempo, essas parcerias colocam as mulheres em um risco muito maior de contrair HIV, devido principalmente à maior prevalência de HIV desses homens mais velhos em comparação com homens mais jovens.^{7,15} A combinação de necessidades, oportunidades, pressões sociais e dos pares sobre o materialismo e consumismo, juntamente com a conexão com a

internet evidenciam que os relacionamentos intergeracionais, alcançaram novos níveis de aceitação e possibilidade.^{5,10}

De acordo com Kuate-Defo, (2004) a internet teve um impacto tão profundo na forma como os contactos, amizades e relacionamentos sexuais são iniciados em sociedades como Moçambique. Os resultados de um estudo transversal, em Burayu – Etiópia, evidencia que *“as mulheres jovens que usam médias sociais muitas vezes ao dia tinham cerca de onze vezes mais risco de praticar comportamentos de risco do que as que usam médias sociais ocasionalmente”*.⁴ Como também, identificou que as mulheres que compartilharam textos, imagens e/ou vídeos sexualmente explícitos com seus parceiros sexuais nos medias sociais (sexting) eram cerca de 3,5 vezes mais propensos a experimentar comportamentos sexuais de risco do que aqueles que nunca fizeram sexo. As mulheres precisam de acesso a pacotes específicos de bens de consumo para serem percebidas como bonitas e sofisticadas.¹⁵

Razões e Factores Associados ao Sexo Transaccional/ transgeracional (TS)

As crises económica, sanitária e as mudanças climáticas tornaram muitas meninas vulneráveis, especialmente aquelas que vivem com seus avós, cuidadores desempregados, com renda abaixo do salário mínimo. Essas meninas são muitas vezes o principal alvo de pessoas mais velhas e abastadas, oferecem boleia, presentes, dinheiro em troca de sexo, na sua maioria *widas*.

Os jovens independentes, ou que vivem na rua e aqueles que vivem em lares monoparentais, são mais propensos a essas práticas. Os jovens que vivem sozinhos ou na rua tendem a se esforçar para garantir que suas necessidades básicas sejam satisfeitas e isso pode significar recorrer a relações sexuais com indivíduos mais velhos como estratégia de sobrevivência. Além disso, os jovens que vivem em famílias chefiadas por uma mãe solteira, podem estar sem supervisão e com tempo estruturado, em especial após o horário escolar, estão sozinhos, conseqüentemente, expõe-nos a comportamentos sexuais inseguros nesses ambientes.⁴ Os factores emocionais contribuem também para essa prática, na medida que as meninas que vivenciaram problemas familiares, negligên-

cia ou estresse recebem a afirmação, o reconhecimento e o carinho dos “sugar” que muitas vezes não tinham em casa.¹⁰

Os relatos de estudos apontam para uma complexidade de questões em jogo, para o envolvimento em tais relacionamentos, a pobreza sendo identificada como uma forte motivação. Porém Fox (2010) e Gillespie et.al (2007) *apud* Brouard & Crewe (2012) notaram que a pobreza per si *não conduz a comportamentos sexuais de risco, mas a relativa desigualdade – o sexo transacional ocorrerá com maior frequência em contextos onde perpetua o desejo por coisas, que são materiais e simbólicas, exacerbado por normas de gênero e privilégio patriarcal culturalmente instalado.*⁵

De acordo com os resultados de um estudo, a idade, baixa condição económica percebida, ser órfão e abuso de substâncias apresentaram associação positiva significativa com a prática de sexo transgeracional com “sugar daddys”. Mulheres na faixa etária de 20-24 anos tiveram cerca de sete vezes [OR: 6,87; IC 95%: 3,48-13,58] maiores chances de estar envolvido em sexo transgeracional com “sugar daddys” do que aquelas em 15-19. Da mesma forma, as mulheres que perderam ambos os pais tiveram cerca de três vezes [OR: 2,99; IC 95%: 1,14-7,84] maiores chances de praticar relação sexual com homens mais velhos. E mulheres de família de renda média percebida apresentaram duas vezes [OR: 2,54; IC 95%: 7,80-82,76] maiores chances de se envolver em TS do que aqueles de uma família rica. E aquelas que usaram substâncias foram cerca de sete vezes [OR: 6,9; IC 95%: 3,7-12,78] mais propensas a se envolver na prática. Por outro lado, o conhecimento abrangente sobre HIV/SIDA não mostrou associação significativa com envolvimento em sexo transacional.¹⁷ Os indivíduos envolvem-se em tais relacionamentos por uma variedade de motivos, dependentes da idade e contexto, variando de amor, sobrevivência económica, afecto, casamento, entre outros. Em um estudo sobre as práticas de sugar mommy – a maioria são mulheres engenhosas que ocupam cargos de alto escalão, especialmente no governo, e são solteiras (divorciadas ou nunca casadas) – na vizinha África do Sul, descobriu-se que razões percebidas pelas quais as mulheres mais velhas têm relações sexuais com homens mais jovens incluem: realização sexual, dominação, redução do estresse (relacionado ao trabalho ou a família, estar em casamentos sem amor, onde são traídas ou

são abusadas física e emocionalmente por seus cônjuges), atração física, procriação, falta de autocontrole, sentimento de juventude (gostam da aventura e espontaneidade), a distância entre os parceiros devido ao trabalho migratório, dificuldade em encontrar parceiros de idade compatível e homens jovens sendo vistos como pouco exigentes. E por sua vez, os homens mais novos retratam: ganho material, convites a um ambiente propício ao sexo, redução de estresse causado pelas meninas de sua faixa etária, ser seduzido, rejeição por mulheres de idade compatível, influência dos pares acreditando que “*pássaros da mesma cor voam juntos; então, quando seus amigos fazem algo, você tende a fazer a mesma coisa*” e crença de que as mulheres mais velhas são mais puras e sem doenças, maduras, melhores amantes, têm capacidade de lidar com os desafios da vida e são mais experientes no sexo e na vida em geral e podem ensiná-los.^{4,18,19}

Uma revisão de estudos em países da África Austral e Oriental, constatou que mulheres jovens se envolvem em relações sexuais com parceiros mais velhos para sobrevivência económica; fundos para cobrir despesas relacionadas à educação; status e conexões aprimorados nas redes sociais; melhores oportunidades e opções de vida; segurança; amor e provavelmente a opção do casamento ou apoiá-los em caso de gravidez indesejada^{4,20} em parte sexuais (alguns considerados bons na cama), por outra para manter a já alta posição de classe social.⁷ Eles observam que os pais muitas vezes encorajavam as meninas a formar relacionamentos com parceiros mais velhos e estabelecidos que poderiam levar ao casamento e advertem as meninas a “não terem filhos de um menino pobre”.²⁰ As relações com os *sugar daddies* têm outros atrativos para os jovens, dependendo do contexto. No contexto do campus universitário, a vontade de ser “chamativa” ou “*flashness*”, através de consumo conspicuo de bens de luxo, consumo constante de alimentos de prestígio, comer fora do refeitório – pela crença de que as refeições eram de péssima qualidade e em quantidade insuficiente e era sinónimo de pobreza – permite que as alunas sejam notadas no campus e se considerassem ‘mais sofisticadas’, ‘mais bem-sucedidas’ e até ‘mais atraentes sexualmente’ do que seus pares.⁷ A influência dos pares, ambiente frequentado, a cobiça nos detalhes que o amigo transborda cria a vontade de ter um igual. E pela família não pode

cumprir todas as coisas que eles desejam. “A família acha que a gente só precisa de papelaria para aprender, e o dinheiro que ganhamos vai só para isso, nem mesmo para transporte. Mas precisamos aproveitar a vida como fazem outros estudantes ricos. Você sabe, nós queremos nos divertir como um adolescente. Então, não nos importamos com a idade dele, o que mais importa é a carteira dele”.¹⁷ De acordo com White (1990) apud T. Masvawure (2010), práticas aparentes com a prostituição muitas vezes implicam muito mais do que a simples troca de dinheiro e sexo. As prostitutas em Nairóbi, oferecem “o conforto do lar”, isto é, espaço para dormir, cozinhar, limpar, água para banho, companhia, refeições quentes, refeições frias e chá. Em outro contexto, o sexo transacional para as mulheres comerciantes de peixe actua, portanto, como uma rede de segurança social muito necessária. As mulheres comerciantes de pescado em questão estabelecem casamentos temporários com pescadores como forma de assegurar um abastecimento ininterrupto de pescado, sobretudo durante os períodos em que o pescado é escasso e a concorrência entre os comerciantes é extremamente elevada.⁷

Preferência do tipo de parceiro nos relacionamentos transacionais

Uma outra visão dos relacionamentos intergeracionais evidencia que o relacionamento com um parceiro mais velho não é a escolha preferida dos jovens. As meninas não se envolvem em tais relações sexuais por causa do prazer sexual, é menos importante que a renda a ganhar. Razão pela qual elaboram estratégias engenhosas destinadas a escapar do sexo, a clássica e infalível fingir estar menstruada toda vez que saí para um encontro noturno com um sugar.⁷ Enquanto mantém redes sexuais simultâneas e subsequentes com seus colegas de escola e outros jovens parceiros, com quem gostam de praticar o sexo, aumentando assim a exposição ao risco de HIV para mulheres na faixa etária mais jovem.^{17,21}

As evidências apontam que as meninas que diziam amar seu parceiro não continuariam o relacionamento sem benefícios materiais.⁴

Homens que são incapazes de fornecer benefícios materiais são recebidos com desprezo. E nas adolescentes e jovens está evidente que nenhum homem lhes daria dinheiro ou outros benefícios materiais a menos que recebessem algo em troca (sexo),

uma percepção “ninguém é amado sem dinheiro, é visto como um negócio. Não pode convencê-las com palavras como um político”. E elas se disponibilizam a oferecer os serviços sexuais não como um meio de sobrevivência, são consideradas mercadorias que devem ser pagas e somente mulheres sem respeito próprio dariam tais serviços gratuitamente²² serve como um meio de ter acesso a “pequenos luxos”, comodidades escolares e prestígio dos pares, entre outros benefícios, enquanto os homens ganham acesso e controle sexual sobre as mulheres jovens.^{7,23-25}

A troca sexual é tratada como compensação antecipada no caso de gravidez indesejada, ou contração de ITS/HIV.²⁵

No sexo transacional com gays, a compra de álcool para outros homens é uma estratégia bem conhecida e comumente usada para comunicar atração e iniciar encontros sexuais casuais. Os recursos materiais fluem mais do parceiro com “identificação feminina” para o parceiro masculino. Os homens abertamente gays demonstram medo da solidão e, portanto, usam dinheiro e bens materiais como uma forma de “seguro” contra serem abandonados pelos parceiros.¹³

Vários estudos mostram como as mulheres jovens estão cientes de que ser atraente “compra” homens desejáveis, então usam do seu “capital erótico”, para investirem em relacionamentos transacionais com homens mais velhos e com mais recursos, tanto para status quanto para acesso a bens materiais e para ascensão social, e podem ser participantes activos nessas parcerias. Por sua vez, os homens têm preferência pelas “arm candy”, “trophy wife”, jovens mulheres atraentes, decorativa e encantadora e um símbolo de status social em si mesma, que os homens gostam de ser vistos.^{26,27}

Os homens se referem ao sexo transacional como a maneira mais fácil de fazer uma mulher satisfazer seus desejos sexuais e, ao mesmo tempo, provar sua masculinidade. Mulheres jovens se vêem como sortudas por terem sido criadas mulheres como elas poderiam explorar sua sexualidade por prazer e ganho material. Elas acham que os homens são estúpidos por pagar por “bens” (vagina) que não podem levar.²⁵

No passado os homens não precisavam negociar o consentimento com uma menina antes do sexo. Sempre que queriam fazer sexo com determinada garota, usavam a força e não davam nada em troca e as jovens não esperavam receber nada em troca e que hoje em dia as mulheres jovens podem

receber dinheiro ou presentes, mas ainda assim se recusavam a praticar sexo e, além disso, têm o poder de escolher parceiros, o que não era possível há tempos transatos.²⁵

Risco do Relacionamento dos Jovens com Sugar Daddies e Mommies – ITS, HIV.

Embora homens e mulheres gostem de sexo, os potenciais custos sociais e físicos associados ao sexo desprotegido são muito maiores para as mulheres do que para os homens. Consequentemente, os homens são menos propensos a insistir no uso do preservativo e são mais propensos a empregar táticas de resistência ao uso do preservativo do que as mulheres.³ Estudos mostraram que as mulheres são cerca de três vezes mais propensas do que os homens a serem infectadas pelo HIV através da relação sexual, as adolescentes são especialmente vulneráveis porque não estão totalmente desenvolvidas, a parede vaginal é mais fina e podem ocorrer microrasgos, é propensa a feridas e abrasão, e a carga viral no sêmen é maior do que no fluido vaginal. Enquanto os homens mais velhos são normalmente mais experientes sexualmente do que os homens mais jovens; assim, a probabilidade de infecção pelo HIV entre os homens aumenta com a idade. Como resultado, quando as adolescentes fazem sexo com homens mais velhos, as meninas enfrentam um risco ainda maior de infecção pelo HIV.^{3,28} Evidências de estudos qualitativos e quantitativos na África Subsaariana revelaram que as práticas de “sugar daddy” eram comuns e estavam associadas a comportamento sexual inseguro, caracterizados pelo baixo uso de preservativos, assimetrias de idade, econômica entre os parceiros, e aumentavam o risco de infecção e disseminação do HIV.^{6,19,29} Um estudo descobriu que uma das consequências das relações sexuais entre as meninas e o sugar daddy foi o aborto voluntário em caso de gravidez a pedido e às custas de seu parceiro, chegando a oferecer assistência para o problema.

*É difícil para os adolescentes e jovens praticarem o sexo seguro com os sugar, porque os sugar muitas das vezes estão no controlo do relacionamento, possuem mais recursos e são mais velhos, e há o medo de perder o sugar.*¹⁸ E a maioria dos “sugar daddys” gosta de sexo *widas*, alegando que o preservativo os faz cansar rápido, que não lhes dá conforto, e acusam de não confiar neles. Como

alternativa dão aos adolescentes e jovens álcool e outras substâncias para evitar o medo e esquecer a diferença de idades, ficando mais relaxados.¹⁷

De acordo com os pressupostos da teoria da troca social, onde a pessoa que é menos dependente do relacionamento normalmente detém maior poder nas negociações. Sugerindo que os “*sugar babies*” que dependem dos recursos dos sugar daddies estão em desvantagem na tomada de decisão sexual em relação aos sugar, que podem insistir em fazer sexo *widas*.³ Por seu turno, os relatos indicam que essas práticas encorajam a mudança de parceiro, uma vez que o valor dado na transação tende a variar em diferentes estágios de um relacionamento, sendo mais alto no início. Isso significa que as mulheres ganham mais com novos relacionamentos e, portanto, são motivadas a buscar novos parceiros, de preferência parceiros mais velhos.²⁵

De acordo com Luke (2005), o uso de preservativo na última relação sexual é menos comum em relacionamentos que envolvem assimetrias de idade e económicas isoladas ou combinadas – do que em outras parcerias. Revelando uma diminuição significativa de 1% nas chances de uso de preservativo para cada mês adicional de duração do relacionamento. Isto é, à medida que os parceiros se conhecem por mais tempo, a confiança aumenta e o uso do preservativo diminui. Por outra, as parcerias com profissionais do sexo comerciais eram significativamente mais propensas do que outras relações a envolverem o uso de preservativo na última relação sexual.⁶

Conclusão

As relações entre os *sugar daddies* e as *marandzas*, tem dinâmicas próprias, os homens olham para a relação como uma maneira fácil de ter mulheres, de preferência às apresentáveis e lindas, para satisfazer seus desejos sexuais e, ao mesmo tempo, provar sua masculinidade, através de favores económicos, influências políticas e sociais, por sua vez, nas mulheres, está evidente que nenhum homem lhes daria dinheiro ou outros benefícios materiais sem receber algo em troca (sexo), visto como um meio de ter acesso a “pequenos luxos” e poder económico. Estes relacionamentos estão associados a comportamento sexual inseguro, propiciam mudanças de parceiros, tanto para provar a proeza masculina assim como ter acesso a mais benefícios em novas relações, caracterizadas pela inconsis-

tência e baixo uso de preservativos e outros métodos de prevenção. Um dos riscos e consequências dessas relações é o aumento do risco de infecção e disseminação do HIV, assim como a gravidez indesejada e o aborto inseguro e ou voluntário.

A prevenção e as respostas políticas às relações sexuais dos adolescentes e jovens com os sugar daddies precisam ser baseadas na compreensão do problema, suas causas e as circunstâncias em que ocorrem. É necessária uma resposta multissecorial, com o envolvimento da comunidade, encorajando os homens a ver esses relacionamentos como normas problemáticas e encontrar defensores masculinos de relacionamentos mais igualitários.

Referências

1. Conselho Nacional de Combate ao HIV e SIDA (CNCS). PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL DE RESPOSTA AO HIV e SIDA - PEN V.; 2021.
2. Ministério da Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE), ICF. Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA Em Moçambique (IMASIDA) 2015 :Relatório Suplementar Incorporado Os Resultados de Biomarcadores de Antiretrovirais.; 2019.
3. Kirkeby KM, Lehmilller JJ, Marks MJ. Sugar Dating, Perceptions of Power, and Condom Use: Comparing the Sexual Health Risk Behaviours of Sugar Dating to Non-Sugar Dating Women Sugar Dating, Perceptions of Power, and Condom Use: Comparing the Sexual Health Risk Behaviours of Sugar Dating. *J Sex Res.* 2021;00(00):1-11. doi: 10.1080/00224499.2021.1962782
4. Kuate-Defo B. Young people's relationships with sugar daddies and sugar mummies: what do we know and what do we need to know? *Afr J Reprod Health.* 2004;8(2):13-37. doi:10.2307/3583175
5. Brouard P, Crewe M. Sweetening the deal? Sugar daddies, sugar mummies, sugar babies and HIV in contemporary South Africa. *Agenda.* 2012;26(4):48-56. doi:10.1080/10130950.2012.757862
6. Luke N. Confronting the "sugar daddy" stereotype: Age and economic asymmetries and risky sexual behavior in urban Kenya. *Int Fam Plan Perspect.* 2005;31(1):6-14. doi:10.1363/3100605
7. Masvawure T. "I just need to be flashy on campus": Female students and transactional sex at a university in Zimbabwe. *Cult Heal Sex.* 2010;12(8):857-870. doi:10.1080/13691050903471441
8. Mampane JN. Exploring the "Blesser and Blessee" Phenomenon: Young Women, Transactional Sex, and HIV in Rural South Africa. Published online 2018. doi:10.1177/2158244018806343
9. Potgieter C, Strebel A, Shefer T, Wagner C. Taxi 'sugar daddies' and taxi queens: Male taxi driver attitudes regarding transactional relationships in the Western Cape, South Africa. *Sahara J.* 2012;9(4):192-199. doi:10.1080/17290376.2012.745286
10. Shefer T, Strebel A, Potgieter C, Wagner C. 'Sometimes taxi men are rough.: Young women's experiences of the risks of being a 'taxi queen.' *Res THEORY.* 2011;9(2):1-24.
11. Strebel A, Shefer T, Potgieter C, Wagner C, Shabalala N. "She's a slut ... and it's wrong": Youth constructions of taxi queens in the Western Cape. *South African J Psychol.* 2013;43(1):71-80. doi:10.1177/0081246312474415
12. Shefer T, Strebel A, Jacobs J. AIDS fatigue and university students' talk about HIV risk. *African J AIDS Res.* 2012;11(2):113-121. doi:10.2989/16085906.2012.698078
13. Masvawure TB, Sandfort TGM, Reddy V, Collier KL, Lane T. 'They think that gays have money': gender identity and transactional sex among Black men who have sex with men in four South African townships. *Cult Heal Sex.* 2015;17(7):891-905. doi:10.1080/13691058.2015.1007168
14. Gunnarsson L, Strid S. Varieties of Sugar Dating in Sweden: Content, Compensation, Motivations. *Soc Probl.* Published online 2021:1-19. doi:10.1093/socpro/spab063
15. Mojola S. Money and HIV: Becoming a Modern African Woman in the Age of AIDS (Oakland, CA: University of California Press.; 2014. doi:10.5070/F7392031097
16. Manson M. A SUTIL ARTE DE LIGAR O F*DA-SE.; 2017.
17. Dana LM, Adinew YM, Sisay MM. Transactional Sex and HIV Risk among Adolescent School Girls in Ethiopia : Mixed Method Study. *Biomed Res Int.* 2019;2019:1-11. doi:10.1155/2019/4523475
18. Maundeni T. The boy child and HIV / AIDS in Botswana : A neglected issue in research and practice The Boy Child and HIV / AIDS in Botswana : A Neglected Issue. *Pula Botswana J African Stud.* 2004;18(1):43-54.
19. Phaswana-Mafuya N, Shisana O, Davids A, et al. Perceptions of sugar mommy practices in South Africa. *J Psychol Africa.* 2014;24(3):257-263. doi:10.1080/14330237.2014.906086
20. Oyediran, A. K, Odutolu, O., A.O. A. Intergenerational Sexual Relationship in Nigeria: Implications for Negotiating Safe Sexual Practices. *Soc Psychol Asp HIV/AIDS their Ramifications.* 2011;(October 2011). doi:10.5772/19518
21. Rasch V, Silberschmidt M, Mchumvu Y, Mmary V. Adolescent girls with illegally induced abortion in Dar es Saalam: The discrepancy between sexual behaviour and lack of access to contraception. *Reprod Health Matters.* 2000;8(15):52-62. doi:10.1016/S0968-8080(00)90006-5
22. Silberschmidt M. CHANGING GENDER ROLES AND MALE DISEMPOWERMENT IN RURAL AND URBAN EAST ÁFRICA : a neglected dimension in the study of sexual and reproductive behaviour in East Africa. In: XXIV IUSSP General Population Conference.; 2001:1-15.
23. Hunter M. Love in the time of AIDS: Inequality gender, and rights in South Africa. *Love Time AIDS Inequal Gender, Rights South Africa.* Published online 2010:1-303. doi:10.1136/sextrans-2011-050169
24. Leclerc-Madlala S. Transactional Sex and the Pursuit of Modernity. *Soc Sci.* 2003;(68). https://open.uct.ac.za/bitstream/item/22011/Leclerc_Madlala_Transactional_2004.pdf
25. Wamoyi J, Fenwick A, Urassa M, Zaba B, Stones W. "Women's bodies are shops": Beliefs about transactional sex and implications for understanding gender power and HIV prevention in Tanzania. *Arch Sex Behav.* 2011;40(1):5-15. doi:10.1007/s10508-010-9646-8
26. Longfield K. Rich fools, spare tyres and boyfriends: Partner categories, relationship dynamics and Ivorian women's risk for STIs and HIV. *Cult Heal Sex.* 2004;6(6):483-500. doi:10.1080/13691050410001701920
27. Hakim C. Erotic Capital. *Eur Sociol Rev.* 2010;26(5):499-518. doi:10.1093/esr/jcq014
28. Clark S. Early marriage and HIV risks in sub-Saharan Africa. *Stud Fam Plann.* 2004;35(3):149-160. doi:10.1111/j.1728-4465.2004.00019.x
29. Glynn J, Carael M, Auvert B, et al. Why do young women have a much higher prevalence of HIV than young men. *Aids.* 2001;15(suppl 4):S51-S60.

Divulgação de Resultados do Sistema Comunitário de Observação em Saúde e Eventos Vitais em Moçambique

Celso Monjane¹, Milton Sengo¹, Sheila Nhachungue¹, Ananias Langa¹, Kait Nhamuchue Bene¹, Azarias Mulungo¹, Simeão Tivane¹, Ana Torrens², Ivalda Macicame¹

¹Instituto Nacional de Saúde, Distrito de Marracuene, Moçambique; ²Vital Strategies, Cidade de Maputo, Moçambique

 Celso Monjane

 Instituto Nacional de Saúde EN1, Bairro da Vila-Parcela No 3943, Maputo-Marracuene

 celso.monjane@ins.gov.mz

Resumo

Este artigo apresenta uma comunicação sobre os resultados de 2019 e 2020 do Sistema de Vigilância de Eventos Vitais e Causas de Morte (COMSA) actualmente designado por Sistema Comunitário de Observação em Saúde e de Eventos Vitais (SIS-COVE) em implementação em Moçambique para monitorar a mortalidade e as causas de morte a nível nacional e provincial, incluindo o uso de autópsia verbal e social para apurar a causa de morte e seus respectivos determinantes sociais de morte.

Os resultados mostram o progresso na redução das taxas de mortalidade nas diferentes faixas etárias, a mudança de paradigma das causas de morte em todas as idades tomando como foco a monitoria do alcance dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030, nas diferentes regiões e províncias do país.

Palavras-chave: SIS-COVE, Resultados principais, Mortalidade, Disseminação.

Introdução

As fontes de dados sobre estatísticas vitais vem ganhando muita importância para monitoria de tendências na população e na saúde e para informar a tomada de decisões.¹

O SIS-COVE (Sistema Comunitário de Observação em Saúde e de Eventos Vitais) é resultante da transformação do Sistema de Vigilância de Eventos Vitais e Causas de Morte (COMSA), lançado em Janeiro de 2017 em Moçambique para estabelecer um sistema nacional de registo por amostragem para monitorar a mortalidade e as causas de morte a nível nacional e subnacional, incluindo o uso de autópsia verbal e social.

Os sistemas de registo que produzem dados precisos, contínuos e completos sobre eventos vitais e registo em níveis nacionais podem ser dispendiosos para estabelecer e manter, e o custo depende de uma variedade de factores, incluindo o tamanho do sistema, a população que coberta e a frequência de contactos com a população.²

Os dados de mortalidade podem ser recolhidos prospectivamente através de vigilância contínua

ou retrospectivamente através de inquéritos de mortalidade. A vigilância prospectiva é preferível porque a recolha em tempo real permite análise imediata e reacção oportuna.³

A disseminação de informações entre organizações e para as próprias comunidades é frequentemente negligenciada.⁴

Foram lançados no dia 18 de Maio de 2023 dois relatórios sobre causas de morte em Moçambique. Trata-se de dados obtidos com base SIS-COVE, correspondentes ao período 2019 e 2020.

Na ocasião, o Director-Geral do INS, Eduardo Samo Gudo, destacou que o país está numa fase de transição epidemiológica, o que se explica pelo aumento do peso das mortes causadas por doenças crónicas não transmissíveis e com o trauma, contrariando o que ocorria há 10 anos, em que as doenças infecciosas, com destaque para a malária, o HIV e a diarreia eram responsáveis por cerca de 9 em cada 10 mortes (**Figura 1**). *“Estes relatórios demonstram que há uma mudança no perfil das causas de morte em Moçambique, com a transição para um perfil de peso triplo de doença. Este*

novo perfil é caracterizado por um aumento do peso de morte por doenças crónicas não transmissíveis e trauma, num contexto em que se verifica a persistência das doenças infecciosas como uma importante causa de morte no país”, esclareceu.

Um breve histórico da vigilância de mortalidade

O conceito de usar dados de mortalidade como base para acções de saúde pública surgiu na Europa cerca de 600 anos atrás com o surgimento do pensamento científico durante o Renascimento. Essas informações foram divulgadas em uma 'Bill of Mortality' semanal para aqueles que o exigiram para que a acção pudesse ser tomada. Análises detalhadas das Cartas de Mortalidade semanais foram feitas por John Graunt (1662), que foi o primeiro a estimar a população de Londres e para contar o número que morreu de causas específicas.⁵

Face às dificuldades na colecta de informações de mortalidade, foi criada em 2017 a Plataforma de Mortalidade, que é parte integrante do Observatório Nacional de Saúde. Tem como objectivo gerar informações através de dados de mortalidade colhidos no Sistema Nacional de Saúde e nas outras instituições de modo a ter a real situação de mortes no país, compilar as informações de causa de morte por regiões geográficas do país, promover debates públicos para análise de dados de mortalidade, produzir estimativas sobre as caracte-

terísticas clínicas e epidemiológicas de todas as doenças consideradas relevantes para o país bem como de criar uma base laboratorial para as principais causas de morte no país. De forma específica, a plataforma permite monitorar as tendências de mortalidade ao longo dos anos e o alcance de metas pré-estabelecidas, avaliar o impacto das políticas de saúde, identificar os determinantes sociais associados à mortalidade e os grupos vulneráveis, além de guiar as políticas de saúde.

Metodologia de divulgação dos resultados

Apresentações em plenária

Foi feita divulgação central e provincial dos resultados. A divulgação central contemplou dados nacionais e foi apresentada a instituições e parceiros com interesse na área. Seguidamente, a divulgação provincial contemplou dados de interesse de cada província e apresentada a instituições e parceiros com interesse na área.

Debates públicos

foram organizadas sessões de debate em formato de mesa-redonda em todas as províncias, com o objectivo de partilhar e discutir os principais resultados deste inquérito. Estas sessões contaram com a presença direcção e serviços provinciais de saúde local, diferentes instituições que implementam actividades e realizam pesquisas no país, actores comunitários que incluem líderes comunitários e Agentes comunitários de saúde.

Panfletos e folhetos desdobráveis

A divulgação através de panfletos e folhetos desdobráveis é uma ferramenta importante para a disseminação de resultados essenciais, de forma simples, rápida e sustentável. Para este estudo, tal incluiu a produção de outros meios de reprodução gráfica, tais como *roll ups* e *flyers*, estes últimos para repercussão nas plataformas digitais (**Figura 2**).

Debates radiofónicos e televisivos

Foram realizados debates a nível central e provincial, quer em programas de rádio,



Figura 1: Intervenção do director geral do INS no âmbito da divulgação dos resultados do SIS-COVE

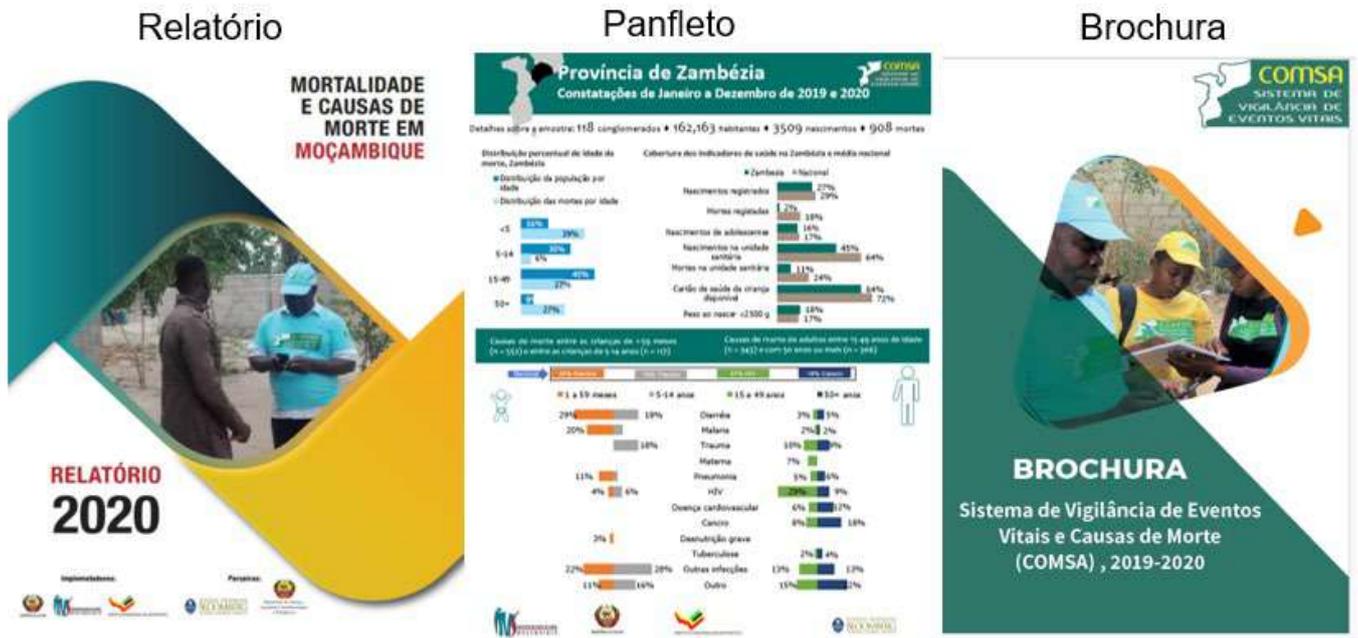


Figura 2: Principais produtos de divulgação dos resultados do SIS-COVE

assim como de televisão permitindo a colocação de questões pelos moderadores ou ouvintes e telespectadores dos órgãos de comunicação social.

Formação de jornalistas

De formas que a informação relativa aos resultados do COMSA seja devidamente tratada e partilhada aos vários fóruns públicos, foi realizada uma formação destinada a jornalistas, sobre ferramentas de tratamento da informação/estatísticas gerada. A formação abrangeu os principais órgãos de comunicação social nacional, privilegiando os que têm representação nacional integrando o GABINHO e Sindicato Nacional de Jornalistas.

Comunicação e divulgação dos resultados

A Directora da Divisão de Inquéritos e Observação de Saúde do INS, Ivalda Macicame, falou sobre a relevância da criação do sistema de vigilância da mortalidade, lembrando que o país necessita de dados concretos sobre mortalidade e causas de morte para planear, de forma multisectorial, actividades e avaliar o progresso em direcção às

metas globais e nacionais.

Macicame justificou a relevância do SIS-COVE, indicando que as informações geradas pelo sistema são importantes para avaliar a eficácia dos programas de saúde e informar o processo de planeamento, a fim de reduzir a mortalidade e promover a saúde e o bem-estar.

“Moçambique, tal como a maioria dos países africanos, tem grandes desafios em termos de recolha, notificação ou mesmo registo de óbitos”, por isso lançou em 2017 o Sistema de Vigilância de Eventos Vitais e Causas de Morte (COMSA), cuja implementação começou em 2018, e foi mais tarde renomeado como SIS-COVE”.

Principais mensagens dos resultados

Sobre óbitos comunitário, 76% ocorreram fora da unidade sanitária entre 2019 e 2021.

É importante priorizar a procura de serviços de saúde assim como assegurar o início atempado do tratamento de qualquer tipo de doença. É neste âmbito que o MISAU e parceiros tem vindo a intensificar as acções para aumentar a expansão da rede sanitária em Moçambique e com maior enfoque nas comunidades rurais.

Infecções e trauma em menores de 14 anos e Cancro em maiores de 50 anos lideraram a mortalidade entre 2019 e 2021. O que isto significa?

A mudança no padrão de causas tem a particularidade de exigir acções contínuas e combinadas, e promover acções que contribuam para reduzir os acidentes de viação que é a principal causa de trauma em menores de 14 anos. Também a necessidade de se promover acções que contribuam para a redução de neoplasias na população com idade superior a 50 anos.

Acidentes de Viação e quedas são as principais causas de morte traumática

A prevenção envolve factores simples e complexos. Em primeiro lugar, o uso do cinto de segurança é uma das medidas que mais previnem acidentes em todo o mundo, bem como o uso de capacete e equipamento de protecção. Além disso, ser prudente ao volante, deixando o celular e as bebidas alcoólicas de lado.

Partos institucionais: apenas 65% dos nascimentos ocorreram na unidade sanitária

A realização do parto na unidade sanitária, em condições apropriadas, para a monitoria de todas as fases do parto, oferece a melhor oportunidade para garantir os cuidados ideais para a mulher e o bebé. Diminuindo, assim, a mortalidade materna e neonatal bem como assegurar a recuperação rápida e prevenção de doenças ou complicações da mãe e do bebé. Devemos reforçar a mensagem de que o parto institucional é crucial para a boa saúde da mulher e o recém-nascido.

O peso da mortalidade por doenças crónicas não transmissíveis e trauma aumentou nos últimos 12 anos no país, como é demonstrado na Figura 3.

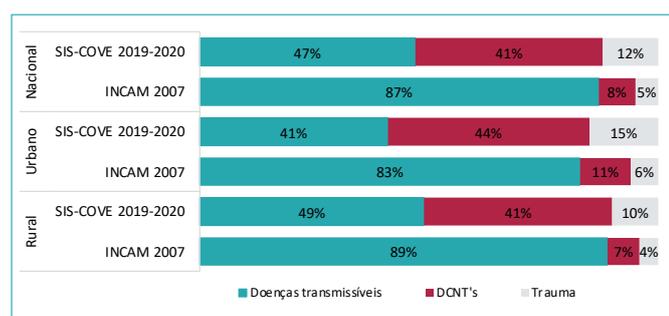


Figura 3: Principais resultados: evolução dos principais grupos de causas de morte entre 2007 e 2020

Existem maiores rácios de mortalidade materna na área rural e nas zonas centro e norte do país nos anos 2019 e 2020.

Para a redução destas mortes, devem ser propostas medidas de prevenção, planeamento familiar, que impeçam a ocorrência de gravidez indesejada, assistência pré-natal adequada, equipa qualificada para atendimento nas emergências obstétricas e vigilância no período puerperal.

Discussão

A comunicação é cada vez mais entendida como um facilitador da mudança a nível individual e social para alcançar os objectivos de desenvolvimento estabelecidos, incluindo a saúde.⁶ Há um interesse crescente nos meios de comunicação social por questões de saúde, incluindo nutrição e alimentação. Isso pode ser constatado pela observação dos principais produtos jornalísticos: uma grande profusão de capas de revistas e manchetes de jornais, programas de TV e telejornais.⁷

A disseminação dos resultados do SIS-COVE demonstrou que o processo de vigilância, incluindo uma ampla investigação de mortes, analisa e ajuda reclassificar as causas de morte, ampliou o conhecimento sobre a notificação das mortes.

Este estudo confirma que o registo de nascimentos e óbitos pelo CRVS é baixo em todas as províncias, o que já foi descrito em relatórios anteriores.⁸

O processo da disseminação dos resultados permitiu perceber e adoptar uma comunicação sobre vigilância de mortalidade e causas de morte. Os resultados de inquéritos em saúde exigem que o jornalista e outros funcionários de comunicação tenham capacidade de descodificar o vocabulário, conceitos e discursos técnicos de diferentes profissionais.⁹ Cabe a este verificar a relevância da informação, contextualizando-a de forma que a sua transmissão para o público seja factual, credível e atraente. É nesse contexto que foi realizado um treino aos jornalistas, que antecedeu ao lançamento dos relatórios oficiais.

Boa base científica e fontes especializadas são essenciais para a credibilidade do que é produzido. Acrescenta-se o factor emocional para con-

tar histórias de uma forma interessante, factual e efectiva. A comunicação científica em saúde deve ser feita de forma atractiva, capaz de aumentar o interesse da população no SIS-COVE e ser capaz de gerar mudanças no comportamento e no estilo de vida.

Conclusões e Recomendações

As regiões norte e centro devem continuar sendo priorizada pelos programas e serviços de saúde, considerando que continuam a suportar o maior fardo de resultados negativos de saúde em termos de mortalidade e outros indicadores-chave da saúde. Recomenda-se uma atenção no redireccionamento de recursos a programas voltados para redução da prevalência contínua de mortes devido a doenças não transmissíveis e trauma entre crianças mais velhas e adultos, cancro e doenças cardiovasculares entre adultos mais velhos, mas mantendo o quanto possível a atenção em causas infecciosas. Adicionalmente, a necessidade de promover uma melhor procura de atendimento também deve ser acompanhada simultaneamente por melhorias na qualidade do atendimento, incluindo um sistema de encaminhamento eficaz. Mais ainda, devem ser desenvolvidos e fortalecidos programas destinados a melhorar a procura imediata de cuidados entre as mulheres grávidas em casos de sinais de perigo e entre os recém-nascidos. Finalmente, é importante fortalecer o subsistema comunitário de saúde, garantido a comunicação entre os agentes comunitários de saúde e Agentes Polivalentes Elementares para melhor provimento de cuidados à população na comunidade.

Referências Bibliográficas

1. Ye Y, Wamukoya M, Ezeh A, Emina JBO, Sankoh O, 2012. Health and demographic surveillance systems: a step towards full civil registration and vital statistics system in sub-Saharan Africa? *BMC Public Health*.
2. Setel PW, Sankoh O, Rao C, Velkoff VA, Mathers C, Gonghuan Y, Hemed Y, Jha P, Lopez AD, 2005. Sample registration of vital events with verbal autopsy: a renewed commitment to measuring and monitoring vital statistics. *Bull World Health Organ*.
3. Checchi F, Roberts L: Interpreting and using mortality data in humanitarian emergencies: a primer for non-epidemiologists. 2005, London, United Kingdom: Overseas Development Institute, Report number: 52
4. Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP): ALNAP Annual Review 2003: Humanitarian Action: Improving Monitoring to Improve Accountability and Learning, Introduction. [Online]. 2003, Available at: <http://www.alnap.org/resource/5198.aspx>
5. Declich S., Carter AO. Vigilância em saúde pública: origens históricas, métodos e avaliação. *Boletim de Organização Mundial da Saúde* 1994.
6. Suresh, K. (2011). Evidence based communication for health promotion: Indian lessons of last decade. *Indian Journal of Public Health*, 55(4), 276-285. PMID:22298137. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4103/0019-557X.92405>.
7. Goldberg, JP (1992). Nutrition and health communication: the message and the media over half a century. *Nutrition Reviews*, 50(3), 71-77. PMID:1565289. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1753-4887.1992.tb01272.x>.
8. Instituto Nacional de Estatística (INE). 2022. Estatísticas Vitais, 2021-2022. Maputo, Moçambique: INE
9. Schwind JS, Norman SA, Rahman MK, Richmond HL, Dixit SM, Rajbhandari RM, Wagner SK, Karmacharya D. Health Reporting Characteristics among Journalists in Nepal Utilizing a One Health Framework. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Mar 9;18(5):2784. doi: 10.3390/ijerph18052784. PMID: 33803397; PMCID: PMC7967283.



Lema

PROMOVENDO A RESILIÊNCIA DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE COMBASE EM EVIDÊNCIA CIENTÍFICA



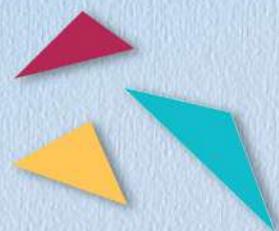
Centro Internacional de Conferências Joaquim Chissano

CIDADE DE MAPUTO

PARA MAIS INFORMAÇÕES CONTACTE:



secretariado.jns@ins.gov.mz



Revista Moçambicana de CIÊNCIAS DE SAÚDE

Volume 10 | Número 01 | Abril 2024

EDITORIAL

10 Anos da Revista Moçambicana de Ciências de Saúde

ARTIGOS ORIGINAIS

Prevalência e Factores de Risco Associados ao Síndrome Metabólico em Jovens e Adultos na Cidade de Maputo, Moçambique

Perfil de Publicações na Revista Científica do Instituto Nacional de Saúde

COMUNICAÇÕES BREVES

“Família Modelo” na Estratégia para Adopção de Comportamentos Preventivos da Cólera e Outras Doenças Transmissíveis na Província de Cabo Delgado

Registo de Ocorrência de Malária Associada a Convulsões em Processos Clínicos de Menores de 5 Anos no Distrito de Monapo

DESCRIÇÃO DE CASO

Feocromocitoma: Causa de Hipertensão Arterial num Adulto Jovem

ARTIGO DE OPINIÃO

A Economia do Sexo e as Normas de Género nas Relações de “Marandzas & Sugar Daddies” e o Risco de HIV

Evento

Divulgação de Resultados do Sistema Comunitário de Observação em Saúde e Eventos Vitais em Moçambique